



“Min kropp, mitt val” FÖRSTFÖDERSKORS ÖNSKAN OM ELEKTIVT KEJSARSNITT

- en studie av bloggar på internet

“My body, my choice” FIRST-TIME MOTHER´S WISH FOR ELECTIVE CAESAREAN SECTION

- a study of blogs on internet

Examensarbete inom huvudområdet
Reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Avancerad nivå
15 Högskolepoäng
Hösttermin År 2019

Författare: Amanda Johansson
Therese Härnlund

Handledare: Stina Thorstensson

Sammanfattning

Titel: "Min kropp, mitt val" Förstfödorskors önskan om elektivt kejsarsnitt - en studie av bloggar på internet

Författare: Johansson, Amanda & Härnlund, Therese

Institution: Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i Reproductiv, perinatal och sexuell hälsa, RP720A, 15 högskolepoäng

Handledare: Stina Thorstensson

Examinator: Lena Mårtensson

Sidor: 28

Månad och år: Augusti, 2019

Nyckelord: barnmorskor, förstfödorskors, elektivt kejsarsnitt och humanitär indikation

Bakgrund: Antalet kejsarsnitt ökar såväl globalt som i Sverige. Kejsarsnitt är ett kirurgiskt ingrepp som innebär risker för såväl kvinna som barn. Trots risker önskar förstfödorskors att genomgå ingreppet istället för en vaginal förlossning. Barnmorskors professionella stöd är av stor vikt för förstfödorskors upplevelse inför, under samt efter sin förlossning. Studien utfördes för att förstå orsakerna till att förstfödorskors önskar elektivt kejsarsnitt. **Syfte:** Var att fördjupa förståelsen kring förstfödorskors önskan om elektivt kejsarsnitt. **Metod:** Kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats. Datainsamlingen resulterade i 14 bloggar från sökmotorn Google.se som analyserades. **Resultat:** Analysen resulterade i tre teman: *Sökandet efter trygghet inför sin förlossning*, *Tankar på en vaginal förlossning väcker varierande känslor* och *Val av förlossningsmetod - en rättighet* samt sju subteman. Mest framträdande var känsla av brist på kontroll och otrygghet inför en vaginal förlossning. Möjligheten att få välja förlossningsmetod ansågs vara en mänsklig rättighet. **Konklusion:** Förstfödorskors som önskar elektivt kejsarsnitt sökte trygghet inför sin förlossning. Elektivt kejsarsnitt ingav trygghet då det uppfattades som en mer kontrollerad och säker förlossningsmetod både för kvinnan och barnet. Föreställningen av att genomgå en vaginal förlossning skapade rädsla och obehag.

Abstract

Title: "My body, my choice" First-time mother's wish for elective caesarean section - a study of blogs on internet

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Midwifery, 15 ECTS

Author: Johansson, Amanda & Härnlund, Therese

Supervisor: Stina Thorstensson

Examiner: Lena Mårtensson

Pages: 28

Month and year: August, 2019

Keywords: midwife, first-time mother, elective caesarean section and maternal request

Background: The number of caesarean sections increases both globally and in Sweden. Although caesarean section is a surgical procedure that involves risks for both women and child, first-time mothers wish to undergo the procedure instead of a vaginal delivery. The midwife's professional support is important for first-time mothers before, during and after childbirth. This study was conducted to understand the reasons why first-time mothers want elective caesarean section. **Aim:** To deepen the understanding of first-time mothers wish for elective caesarean section. **Method:** A qualitative content analysis with an inductive approach was used. Google.se was used for data collection, the collection resulted in 14 blogs. **Result:** The analysis resulted in three themes: *The wish for security during childbirth*, *Thoughts on a vaginal delivery raises a variety of emotions* and *Choice of birthing method - a right* and seven sub-themes. Most prominent was the feeling of lack of control and insecurity for a vaginal delivery. Choice of birthing method was considered a human right. **Conclusion:** First-time mothers strive for security during childbirth. Elective caesarean section was described as a safe and controlled birthing method. Thoughts on a vaginal delivery raises fear and discomfort for first-time mothers.

Förord

Vi vill tacka de kvinnor som genom deras blogg ärligt och öppet delat med sig av sina upplevelser och tankar. Utan era berättelser hade studien inte varit möjlig! Tack till vår handledare Stina Thorstensson och kurskamrater för god vägledning och engagemang. Till sist vill vi tacka våra familjer för gott tålamod och fint stöd.

Definitioner och terminologi

<i>Anamnes</i>	<i>Patienten delger vårdpersonal sin sjukdomshistoria samt upplevelse kring symtom och välmående</i>
<i>Autonomi</i>	<i>Innebär i denna studie, kvinnans rätt till självbestämmande</i>
<i>Blogg</i>	<i>Öppen dagbok som skrivs på internet</i>
<i>Elektivt kejsarsnitt</i>	<i>Elektivt kejsarsnitt är ett planerat ej akut kejsarsnitt som bestäms under graviditeten och ett datum ges för förlossningen</i>
<i>Humanitär indikation</i>	<i>Innebär i denna studie, på egen önskan p.g.a. exempelvis rädsla eller tidigare trauma</i>
<i>Moderkaka</i>	<i>Organ som bildas i livmodern under graviditet som transporterar syre och näring från kvinnan till barnet samt transporterar koldioxid och slaggprodukter från barnet till kvinnan. Moderkakan fungerar som barnets lungor, njurar, tarmar och lever innan födseln</i>
<i>Modermun</i>	<i>Livmoderns mynning i slidan</i>
<i>Prolaps</i>	<i>Sjunka ner, glida fram detsamma som framfall</i>
<i>Sfinkterskada</i>	<i>Skada i analens ringmuskelatur</i>
<i>SF-mått</i>	<i>Symfys-fundus mått. Mått på barnets tillväxt. Mäts från symfysens (blygdbenets) övre kant till fundus (livmoderns högsta punkt)</i>
<i>Transition</i>	<i>Övergång från ett tillstånd till ett annat. Ett exempel på transition är att vara en egen individ som får barn och får en ny identitet som förälder</i>
<i>Trimester</i>	<i>Tremånadersperiod under graviditet, delas in i första, andra samt tredje</i>

Innehållsförteckning

INLEDNING	s. 1
BAKGRUND	s. 1
Kejsarsnitt	s. 1
Risker med kejsarsnitt	s. 2
Psykisk utveckling under graviditeten	s. 2
Förlossningsupplevelsens betydelse för välbefinnandet	s. 3
Kompetensområde för barnmorskor	s. 4
Barnmorskors arbete på en barnmorskemottagning	s. 4
Teoretiska modeller	s. 5
Medical model of pregnancy « Pregnancy as a normal life event	s. 5
Barnmorskors professionella stöd	s. 6
PROBLEMFÖRMULERING	s. 7
SYFTE	s. 7
METOD	s. 8
Val av metod	s. 8
Miljö	s. 8
Urval	s. 8
Inklusionskriterier	s. 8
Exklusionskriterier	s. 9
Datainsamling	s. 9
Analys	s. 9
Etiska överväganden	s. 10
Författarnas förståelse	s. 11
RESULTAT	s. 12
Sökandet efter trygghet inför sin förlossning	s. 12
Kontrollen ger mig trygghet	s. 12
Vårdorganisationen skapar en känsla av otrygghet	s. 13
Tanken på en vaginal förlossning väcker varierande känslor	s. 13
Känsla av rädsla och obehag	s. 14
Rädsla för förlossningsskador och komplikationer	s. 14
Tidigare trauman av betydelse för vaginal förlossning	s. 14
Val av förlossningsmetod - en rättighet	s. 15
Min kropp mitt val	s. 15
Elektivt kejsarsnitt det enda alternativet	s. 15

DISKUSSION	s. 16
Metoddiskussion.....	s. 16
Resultatdiskussion.....	s. 18
Konklusion.....	s. 22
Förslag på klinisk tillämpning.....	s. 22
Förslag på fortsatt forskning.....	s. 22

REFERENSER	s. 23
-------------------------	--------------

BILAGOR

1. Arbetsfördelning

INLEDNING

Under åren 2006–2016 föddes mellan 103 000–120 000 barn per år i Sverige. År 2016 föddes ungefär 21 000 barn i Sverige med kejsarsnitt oavsett indikation, vilket är en procentuell siffra på cirka 18 % (Socialstyrelsen, 2018). Kejsarsnitt har blivit allt vanligare i både utvecklade- och utvecklade länder. World Health Organization (WHO, 2015) avråder från att allt för många förlossningar sker med kejsarsnitt och fastställer en rekommenderad procentuell siffra på 10–15 % som antalet kejsarsnitt på befolkningsnivå inte bör överstiga. I relation till WHO:s mål ligger Sverige strax över målet. I Sverige utförs de flesta kejsarsnitt på medicinska grunder och i vissa fall på stark önskan från den gravida kvinnan. Önskan om att föda barn med kejsarsnitt kan grunda sig på såväl medicinska som psykologiska orsaker. Oavsett om förlossningen sker vaginalt eller med kejsarsnitt är det en viktig händelse i livet, hur kvinnan upplever sin förlossning kan komma att ha stor betydelse för hennes hälsa och välbefinnande. Barnmorskor har en central roll i att tillgodose en positiv upplevelse för gravida kvinnor såväl under graviditet som under förlossning. En gravid kvinna med önskan om kejsarsnitt är i behov av professionellt stöd, barnmorskor behöver därför ha förståelse för dessa kvinnor för att på bästa sätt kunna erbjuda detta. Förhoppningen med denna studie var att skapa förståelse kring orsakerna till förstföderskors önskan om elektivt kejsarsnitt, för att på lämpligaste sätt kunna utforma stödet för att hjälpa kvinnan att förstå vad just hon behöver oavsett förlossningsmetod. Genom förståelse kan barnmorskor möta kvinnor i deras förväntningar, stödja och stärka samt inge trygghet inför förlossning och kommande föräldraskap.

BAKGRUND

Kejsarsnitt

Antalet kejsarsnitt har ökat i Sverige såväl som globalt även om stora skillnader mellan världsdelar ses. År 2014 hade Latinamerika och Karibien högst antal förlossningar med kejsarsnitt på ungefär 40 % medan Afrika hade lägst med cirka 7 % (Betrán et al., 2016). Av alla förlossningar i Sverige år 2016 var ungefär 18 % kejsarsnitt. År 1990 uppmättes siffran till cirka 11 % (Socialstyrelsen, 2018). Ökningen av kejsarsnitt förklaras dels bero på kulturella aspekter men även förändringar på befolkningsnivå med högre ålder på kvinnor som föder barn samt mer fetma och ohälsa. Den låga andelen kejsarsnitt i Afrika tros bero på bristande hälso- och sjukvård (Betrán et al., 2016). År 2016 föddes ungefär 21 000 barn i Sverige med kejsarsnitt, av dessa var cirka 10 000 elektiva kejsarsnitt (Socialstyrelsen, 2018).

Kejsarsnitt innebär att kvinnans buk öppnas med ett snitt för att förlösa barnet. Denna förlossningsmetod används främst vid medicinska indikationer som försämring av kvinnans eller barnets hälsa samt vid riskfaktorer identifierade under graviditet. Kejsarsnitt delas in i två kategorier, akut och elektivt kejsarsnitt. Akut kejsarsnitt utförs vid komplikationer under graviditet eller pågående förlossning. Indikationer för akut kejsarsnitt är dålig förlossningsprogress, vaginal blödning, skada i livmodern, sjukdom hos kvinnan, hotande tillstånd hos barnet eller ogynnsamt fosterläge (Andolf, 2014; Wiklund & Hildingsson,

2016). Medicinska indikationer för elektivt kejsarsnitt är en moderkaka som sitter helt eller delvis för modermunnen, lågt sittande moderkaka, tidigare operationer i livmodern, hinder i förlossningskanalen, utförda prolaps- eller inkontinensoperationer, besvär från tidigare sfinkterskada, stort SF-mått eller tidigare utdraget värkarbete (Lilja, 2010). Kvinnor med stark ångest, oro eller rädsla inför förlossningen kan bli beviljade elektivt kejsarsnitt på humanitära indikationer. Processen inleds med besök på en särskild samtalsmottagning där en utförlig anamnes dokumenteras där kvinnan beskriver och motiverar orsaken till sin önskan. En bedömning av kvinnans förutsättningar till en vaginal förlossning utförs utifrån anamnesen och mötet med kvinnan. I bedömningen beaktas risken för psykisk ohälsa om kvinnan genomgår en vaginal förlossning mot sin vilja som riskerar att avslutas med akut kejsarsnitt. Skriftlig samt muntlig information delges kvinnan om risker med kejsarsnitt såväl för kvinna som barn. Stödinsatser och samtal utformas utifrån kvinnans orsaker till önskan om elektivt kejsarsnitt. Bedöms kvinnans orsak som stark och önskan kvarstår om elektivt kejsarsnitt efter stödinsatser kan kvinnan beviljas elektivt kejsarsnitt (Nationella medicinska indikationer, 2011).

Risker med kejsarsnitt

Kejsarsnitt på medicinska indikationer förhindrar dödlig och sjuklig utgång hos kvinna och barn, däremot saknas evidens för fördelar med kejsarsnitt utförda utan medicinsk indikation. På samma sätt som alla kirurgiska ingrepp är kejsarsnitt förenligt med kort- och långsiktiga risker som kan påverka kvinnans samt barnets hälsa och framtida graviditeter (WHO, 2015). På befolkningsnivå är en frekvens av kejsarsnitt som överstiger 10 % inte förenat med reducerat antal fall med dödlig utgång hos kvinna eller barn. Med stöd av detta har WHO tagit fram en procentuell siffra på 10–15 % som antalet kejsarsnitt på befolkningsnivå ej bör överstiga (a.a.). Kejsarsnitt utan medicinska indikationer är en riskfaktor för fler komplikationer såväl psykologiska som medicinska för kvinna och barn i samband med förlossningen samt första tiden efter förlossningen (Wiklund, Andolf, Lilja & Hildingsson, 2012). Cetisli, Arkan och Top's (2018) studie visar på konsekvenser såsom försenad anknytning mellan kvinna och barn samt försenad amningsstart efter kejsarsnitt. Kvinnor som föder barn med kejsarsnitt kan behöva mer stöd första tiden för att främja dessa faktorer.

Psykisk utveckling under graviditeten

Under graviditeten genomgår den gravida kvinnan på liknande sätt som fostret, en process av utveckling och mognad. Kvinnan påverkas dels av upplevelsen av processen som sker i kroppen och känslorna kring detta. Den biologiska mognaden av fostret delas in i tre perioder, så kallade trimestrar. På liknande sätt kan kvinnans psykologiska utveckling kategoriseras (Raphael-Leff, 1991). Raphael-Leff (1991) beskriver graviditetens psykologiska utvecklingsprocess indelat i tre faser: *fusionsfas*, *differentieringsfas* och *separationsfas*. Under första trimestern då fusionsfasen äger rum upptas en stor del av tankeverksamheten till graviditeten. Kvinnan kan pendla mellan att vissa dagar vara överväldigad av graviditeten och andra dagar omedveten om den. Under fasen har kvinnan ett stort fokus på sin egen kropp och de förändringar den genomgår. De första tankarna på barnet uppkommer och kvinnan skall nu acceptera barnet som en del av sin kropp. I samband med att fosterrörelserna uppfattas påbörjas differentieringsfasen under den andra trimestern. Från att ha haft graviditeten i fokus riktas nu mer tankar mot fostret. Fasen präglas av att

barnet uppfattas som en egen individ och ingår som en del i planer och fantasier. Under den tredje trimestern infaller separationsfasen och här står förlossningen i fokus med förberedelser och en längtan efter barnet. Kvinnan kan känna sig trött på graviditeten och förbereder sig praktiskt inför barnets ankomst (a.a).

Att bli förälder är en turbulent period i livet som kan präglas av känslor av lycka och osäkerhet (Seefat-van Teeffelen, Nieuwenhuijze & Korstjens, 2009). En transition sker för kvinnan under graviditeten då hon övergår från att vara en enskild individ till föräldraskap. För förstföderskor kan processen starta tidigt i graviditeten och vara en sårbar tid (Darvill, Skirton & Farrand, 2008). Transitionen kan upplevas positiv men också utmanande både fysiskt och psykiskt (Hertfelt-Wahn, Nissen & Ahlberg, 2005). Genom sitt professionella stöd har barnmorskor en central roll för kvinnor under transitionen till föräldraskap (Seefat-van Teeffelen et al., 2009). Under graviditeten initieras även kvinnans anknytning till barnet. Tankar, reflektioner och känslor kring barnet och blivande föräldraskap bidrar till att en grundläggande relation till barnet skapas. En positiv utveckling av relationen är en viktig del i barnets utveckling. Ambivalens till graviditet, långvarig svår stress/oro och svår förlossningsrädsla är exempel på faktorer som bidrar till negativ utveckling av relationen mellan kvinnan och barnet. Barnmorskor har en viktig uppgift i att identifiera förhållanden som kan ha en negativ inverkan på anknytningsprocessen (Nelson, 2003; SFOG, 2016).

Förlossningsupplevelsens betydelse för välbefinnande

En förlossning är en av de största händelserna i en kvinnas liv där barnmorskor kan göra stor skillnad. Förlossningsvården strävar mot att kvinnor upplever förlossningen som en positiv händelse. En negativ upplevelse kan medföra långsiktiga följder för kvinnans hälsa och välbefinnande (Simkin, 1991; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad, 2004) såsom posttraumatiskt stressyndrom, depression och ångest (Beck, 2004). Förlossningsupplevelser med negativ association kan även få ogynnsamma konsekvenser relaterat till det nyfödda barnet genom kvinnans förmåga att amma samt knyta an till sitt barn (Laurence, 1997). Större fokus från barnmorskor på psykosociala faktorer utan att bortse från medicinska omständigheter kan reducera negativa upplevelser under graviditet och förlossning (Waldenström, 2005; WHO, 2018).

Kvinnans möjlighet till en tillfredsställd förlossningsupplevelse påverkas av flera faktorer där tron på sin egen förmåga att föda barn, känsla av kontroll och att ha stödjande personer i omgivningen är viktiga delar (Karlström, Nystedt & Hildingsson, 2015; Nilsson, Thorsell, Hertfelt-Wahn & Ekström, 2013). Barnmorskors arbete skall utgå från människans rätt till autonomi och genom dialog skapa delaktighet i vården (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). En kvinna som upplever sig sedd som en unik individ och som en del i de beslut som fattas kring hennes vård, bidrar till att en tillfredsställd förlossningsupplevelse kan uppnås (Nilsson et al., 2013). Känslan av kontroll är en väsentlig del i förlossningsupplevelsen där förmåga att hantera smärtan är av betydelse (Christiaens & Bracke, 2007; Goodman et al., 2004; Karlström et al., 2015; Melander, 2002). Förlust av kontroll under vårkarbetet kan ha en större negativ effekt än själva smärtan i sig (Nilsson et al., 2013). Karlström et al. (2015) beskriver att kontroll även innebär att vara fysiskt och mentalt förberedd, ha kunskap om förlossningsprocessen och ha en aktiv roll under förlossningen. För kvinnor som genomgår kejsarsnitt är känsla av kontroll likaså en viktig del i upplevelsen och innefattar faktorer som delaktighet och känslan av att vara väl informerad (Fenwick, Gamble och Mawson, 2003).

Det har visat sig att om den gravida kvinnans förväntningar blivit tillgodosedda genererar det oftare till en mer positiv upplevelse (Ayers & Pickering, 2005; Christiaens & Bracke, 2007; Goodman, Mackey & Tavakoli, 2004). Positiv respektive negativ förväntan inför förlossningen kan vara relaterat till att upplevelsen blir densamma (Ayers & Pickering, 2005). Studier visar att förlossningsupplevelsen kan variera beroende på förlossningsmetod (Schindl et al., 2003; Waldenström et al., 2004). Studier som jämfört förlossningsupplevelsen i relation till förlossningsmetod visar att kvinnor som genomgått förlossning med kejsarsnitt på egen önskan, kan ha en bättre förlossningsupplevelse jämfört med kvinnor som fött barn vaginalt (Schindl et al., 2003; Wiklund, Edman & Andolf, 2007). Däremot skulle fler kvinnor som genomgått en vaginal förlossning välja denna förlossningsmetod igen (Schindl et al., 2003). Avseende kejsarsnitt kan ett akut utförande utgöra en riskfaktor för en otillfredsställd förlossningsupplevelse (Waldenström et al., 2004; Schindl et al., 2003).

Kompetensområde för barnmorskor

Barnmorskor arbetar självständigt inom kompetensområdet reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Barnmorskor skall arbeta för allas rätt till sexuell och reproduktiv hälsa. Sexuell samt reproduktiv hälsa innebär rätten till ett tillfredsställande sexualliv utan tvång, våld eller diskriminering där trygghet samt välbefinnande upplevs av individen. Rätten att själv bestämma över sin kropp och ha tillgång till en välfungerande hälso- och sjukvård (ICM, 2017a; ICM, 2017b; Socialstyrelsen, 2014; WHO, 2017). Barnmorskor ser graviditet och förlossning som något naturligt och friskt tills medicinska eller psykologiska faktorer ses avvika (ICM, 2017b). Barnmorskor arbetar enligt den etiska koden för barnmorskor i partnerskap med kvinnan för att främja hennes autonomi och stärka individuella förmågor genom att informera och stödja (ICM, 2017b; ICM, 2008). Barnmorskor på en barnmorskemottagning har en betydande roll att möta kvinnor med ett preventivt samt hälsofrämjande arbete. Genom att sprida information, arbeta för en sexuell samt reproduktiv hälsa och stödja kvinnor under graviditet, förlossning samt de första sex veckorna efter förlossning (ICM, 2017a; ICM, 2017b; SFOG, 2016).

Barnmorskors arbete på en barnmorskemottagning

För kvinnors möjlighet till sexuell och reproduktiv hälsa har barnmorskors arbete på en barnmorskemottagning en viktig roll. Arbetet omfattas dels av hälsofrämjande insatser såväl som preventivt arbete med att uppmärksamma risker för ohälsa (ICM, 2017a; ICM, 2017b; SFOG, 2016). WHO:s definition av reproduktiv hälsa belyser rätten till god hälso- och sjukvård som möjliggör för kvinnan att genomgå en graviditet och förlossning säkert samt ge familjer bästa chans att få friska barn (Glasier, Gülmezoglu, Schmid, Moreno & Van Look, 2006; WHO, 2017). Hälsovård under graviditet är ett av barnmorskemottagningens verksamhetsområden där barnmorskor arbetar utifrån ett besöksprogram, så kallade psykosociala och medicinska basprogram. Programmen utformas av varje landsting men bygger på nationella rekommendationer. Syftet med besöksprogrammen är att identifiera medicinska och psykologiska riskfaktorer samt upptäcka komplikationer. Barnmorskor gör första bedömningen om kvinnan skall utgå från basprogrammet eller om en individuell vårdplan bör utformas (NICE, 2018; SFOG, 2016; Wickberg, 2005). För att identifiera risker för psykisk ohälsa hos kvinnan är det av stor vikt att barnmorskor strävar efter att skapa en god relation till kvinnan där hon känner tillit. Viktiga delar i bedömningen är också att

identifiera vilket socialt stöd kvinnan har och hur hennes livssituation upplevs. Det psykologiska basprogrammet används som en grund för samtalen genom hela graviditeten för att följa kvinnans psykologiska utveckling (Wickberg, 2005).

Larsson, Wärnå-Furu och Näsmans (2017) studie visar att hälsovård under graviditet är av stor betydelse för gravida kvinnor där de upplever en självklarhet att delta i vården som erbjuds. Känslor som oro och osäkerhet kan uppstå under graviditeten och barnmorskor möjliggör för kvinnor att få hjälp och stöd i en tid av osäkerhet. I relation till den psykologiska utvecklingen belyser Melender (2002) och Wickberg (2005) att psykologiska avvikelser bör identifieras under graviditeten. En viktig uppgift barnmorskor har under hela graviditeten är att uppmärksamma kvinnors inställning till graviditet och förlossning samt låta dem berätta och samtala om sin eventuella oro. Om kvinnan uppvisar påtaglig oro/ångest inför graviditet eller förlossning bör åtgärd vidtas (a.a). Barnmorskor har en viktig uppgift att ge kvinnan känsla av trygghet under graviditet. Genom att lyssna till kvinnan, bekräfta och bemöta hennes individuella behov medverkar det till att hon kan släppa sin oro och därmed genomgå graviditeten i trygghet (Bäckström, Mårtensson, Golsäter & Thorstensson, 2016). Med kunskap och förståelse har barnmorskor en betydande roll att förklara och sätta ord på kvinnors upplevelser, kroppsliga förändringar och smärta. Graviditeten innebär en lång väntan och barnmorskebesöken ses som tillfällen då kvinnan kan fokusera på och dela sina tankar med barnmorskor och därmed vila från sin oro. Bli undersökt och få barnet kontrollerat med livmodertillväxt och avlyssning av fostrets hjärtljud samt få veta att processen sker enligt normalitet medför sinnesro (Larsson et al., 2017).

Teoretiska modeller

Medical model of pregnancy « Pregnancy as a normal life event

För att se helheten kring kvinnan, graviditeten och hennes förväntningar på förlossningen kan ”Medical model of pregnancy« Pregnancy as a normal life event” användas då det medicinska ställs i relation till det normala. ”Medical model of pregnancy” belyser det medicinska istället för att se till hela människan. Graviditet ses som ett sjukligt tillstånd där medicinska åtgärder är nödvändiga. Kvinnan uppmuntras till att se sig som patient då graviditeten ses som en sjukdom. Modellen fokuserar på det medicinska med läkaren i centrum som ensam beslutsfattare som endast delger patienten restriktivt med information. Graviditeten förutsätts vara riskfylld till efter förlossningen då en komplikationsfri graviditet kan ses som normal. Denna modell genererar fysiskt frisk kvinna och barn (Bryar & Sinclair, 2011).

Motsatsen till ”Medical model of pregnancy” är ”Pregnancy as a normal life event” som ser graviditeten som en normal, frisk samt unik händelse. Modellen ser till hela kvinnan och tar hänsyn till såväl psykiska som fysiska individuella aspekter. Kvinnan samt hennes partner står i centrum och delges information för att kunna vara beslutsfattare. Kvinnan samt hennes partner uppmuntras till att ta beslut kring graviditeten samt förlossningen utifrån individuella behov, i motsats till att barnmorskor eller förlossningsläkare tar beslut. Kvinnan står i centrum och tillit till hennes förmåga att fatta beslut visas. Modellen genererar fysiskt frisk kvinna och barn med tillfredsställda individuella behov (Bryar & Sinclair, 2011). Utifrån barnmorskans kompetensbeskrivning är barnmorskor ansvariga för den normala graviditeten, förlossningen och postnatalperioden men har samtidigt kompetens för att

självständigt bedöma när en situation avviker från det normala och vänder sig till andra professioner vid behov (Svenska barnmorskeförbundet, 2018).

Barnmorskors professionella stöd

Socialt stöd innebär en ömsesidig relation som upplevs i sociala nätverk där båda parter ger samt får stöd. Det professionella stödet begränsas till en professions kompetensområde och är inte ett ömsesidigt förhållande, då enbart ena parten erbjuds stöd (Hupcey & Morse, 1997). Professionellt stöd från barnmorskor har stor betydelse för kvinnan under graviditeten och förlossning. Genom att lyssna till kvinnans individuella känslor, upplevelser, oro samt bekräfta att graviditeten fortskrider normalt upplevs stödet som betryggande och känslomässigt (Bäckström et al., 2016; Thorstensson, Nilsson, Olsson, Hertfelt-Wahn & Ekström, 2012). En stödjande barnmorska under förlossningen har visat sig reducera risken för en negativ förlossningsupplevelse (Waldenström et al., 2004). Det professionella stödet främjar transitionen och den psykologiska utvecklingen till föräldraskap om information och stöd givits under graviditeten (Seefat-van Teeffelen et al., 2009).

Det professionella stödet är en grundläggande del av barnmorskors arbete genom att stödja och stärka kvinnans egna förmågor. Ett väl utformat professionellt stöd hjälper kvinnan att förstå vad just hon behöver för att uppnå en positiv upplevelse av graviditet och förlossning (Bäckström et al., 2016). Professionellt stöd delas in i fyra kategorier *informativt stöd*, *bekräftande stöd*, *praktiskt stöd* samt *känslomässigt stöd*. Informativt stöd innebär att ge information som saknas för att ge möjlighet till ett informerat val. Bekräftande stöd används för att bekräfta upplevelser och stärka individens egna förmågor. Praktiskt stöd innebär att praktiskt erhålla redskap eller utföra något som stödjer individen, exempelvis remittera patienten till rätt enhet för bästa möjliga stöd. Känslomässigt stöd betyder att visa empati, förståelse samt tillit till den andra individen. Känslomässigt stöd bidrar till trygghet och känsla av sammanhang (Langford, Bowsher, Maloney & Lillis, 1997).

PROBLEMFORMULERING

Kejsarsnitt utfört på medicinska indikationer förhindrar dödlig och sjuklig utgång hos kvinna och barn. Evidens för fördelar med kejsarsnitt utfört utan medicinska indikationer saknas. WHO avråder från att allt för många förlossningar sker med kejsarsnitt och fastställer en rekommenderad procentuell siffra på 10–15 %, som antal kejsarsnitt på befolkningsnivå inte bör överstiga. Antalet kejsarsnitt ökar såväl globalt som i Sverige. Under år 2016 föddes ungefär 18 % av alla barn i Sverige med kejsarsnitt vilket innebär att Sverige ligger strax över WHO:s mål. Elektiva kejsarsnitt som genomförs i Sverige utförs på medicinska indikationer och i vissa fall på stark önskan från kvinnan. Kejsarsnitt är ett kirurgiskt ingrepp som innebär risker för såväl kvinna som barn och de medicinska samt psykologiska riskerna behöver noga ställas i relation till indikationen. Oavsett förlossningsmetod är förlossningen en av det största händelserna i en kvinnas liv, där upplevelsen har stor betydelse för hennes hälsa och välbefinnande. Barnmorskor har genom professionellt stöd en central roll i att tillgodose en tillfredsställd upplevelse såväl under graviditet som förlossning. En bättre förståelse behövs för att förstå varför vissa förstföderskor föredrar elektivt kejsarsnitt som förlossningsmetod. Genom förståelse kan barnmorskor utforma det professionella stödet för att på bästa sätt hjälpa kvinnan att förstå vad just hon behöver för att uppnå en positiv upplevelse av graviditet och förlossning.

SYFTE

Syftet var att fördjupa förståelsen för förstföderskors önskan om elektivt kejsarsnitt.

METOD

Val av metod

För att söka förståelse kring förstfödernas önskan om elektivt kejsarsnitt var det lämpligt att arbetet utgick från kvalitativ metod med induktiv ansats. Induktiv ansats innebär att författaren strävar efter att observera verkligheten öppet och neutralt (Graneheim & Lundman, 2004; Priebe & Landström, 2012). Metoden var användbar då målet var att erhålla ökad förståelse kring ett fenomen där utgångspunkten var från den levda verkligheten (Friberg, 2017; Henricson & Billhult, 2017). Ett fenomen kan innebära upplevelser, erfarenheter, förväntningar eller behov. Fenomenet fördjupas och kan förstås för att sedan resultera i kunskap som kan tillämpas i omvårdnadssituationer (Friberg, 2017). Kvalitativ innehållsanalys beskrivs som en lämplig analysmetod för att belysa levda erfarenheter och upplevelser med fördelen av att ge stort textmaterial med varierat innehåll som resulterar i evidens (Elo & Kyngäs, 2007; Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017; Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2016).

Miljö

Bloggar på internet var ett lämpligt redskap vid datainsamling. Informanterna valde självständigt att dela med sig öppenlydande av upplevelser på internet med möjlighet till konfidentialitet, vilket resulterade i omfattande data. Polit och Beck (2016), Ridings, Gefen & Arinze (2002) samt Robinson (2001) menar att det finns en styrka i att informanten upplever anonymitet då mer informationsrik data kan lämnas. Texttypen i bloggar har en berättande karaktär och lämpar sig då läsaren vill få förståelse för människors upplevelser (Segesten, 2012). Datainsamling från internet möjliggjorde att inkludera alla informanter, oavsett geografiskt avstånd som annars inte varit möjligt (Polit & Beck, 2016).

Urval

Studiens urval baseras på informanter i bloggar på internet som valdes efter studiens syfte. Bakgrundsinformation om informanterna såsom ålder, utbildningsnivå samt geografisk tillhörighet kan ej redovisas då informationen inte presenteras i alla bloggar. Urvalet av informanter har utförts enligt intensiteturval för att få en djupare förståelse om fenomenet. Polit & Beck (2016) menar att vid intensiteturval väljs informationsrika exempel som tydligt och talande beskriver fenomenet för att fördjupa förståelsen. Intensiteturval ger även möjlighet till en tydligare bild av fenomenet även om mindre mängd data används.

Inklusionskriterier

Bloggar på internet skrivna av personer som identifierar sig som kvinna, är förstföderna och önskar elektivt kejsarsnitt. Endast bloggar skrivna på svenska har inkluderats. I studien användes både bloggar som uppdateras dagligen och bloggar där författaren avslutat sitt skrivande.

Exklusionskriterier

Lösenordskyddade bloggar. För att ta del av så aktuella inlägg som möjligt exkluderades bloggar skrivna före år 2014.

Datainsamling

Under våren 2019 utfördes insamlingen av data genom bloggar som besvarade studiens syfte. För sökning av bloggar användes sökmotorn Google.se. Två sökningar genomfördes med olika sökord för att undvika bortfall av bloggar orsakat av ordval (se tabell A). En sökning på Google.se presenteras i form av sidor där varje sida resulterar i tio länkar. Länkarna är placerade i turordning gentemot sökordens relevans. Författarna granskade de tio första sidorna för sökningen med sökorden *önskan om kejsarsnitt+blogg* och de tjugo första sidorna för sökningen med sökorden *planerat kejsarsnitt+blogg*. Därefter bedömdes datamättnad uppnådd. Datamättnad innebär att ingen ny relevant information utifrån syftet framkom (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2016). De länkar som innehöll bloggar som bedöms relevanta för studiens syfte studerades noggrant. 294 bloggar granskades och slutligen valdes 14 bloggar som omfattades av inklusionskriterierna samt besvarade studiens syfte.

<i>Tabell A: Översikt av sökprocess för identifiering av relevanta bloggar</i>						
Sökmotor	Datum	Sökord	Träffar	Granskade länkar	Lästa bloggar	Valda bloggar
Google.se	190115	Önskan om kejsarsnitt+blogg	59 700	94	16	4
Google.se	190115	Planerat kejsarsnitt+blogg	164 000	200	60	10

Inläggen som analyserades från bloggarna sparades ned i ett dokument vilket utgjorde 86 A4-sidor med 1,5 radavstånd.

Analys

Datamaterialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundman (2004). Kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats bygger på en metod där insamlad data analyseras genom att identifiera mönster. Under processen eftersöks likheter och skillnader där ord, meningar och stycken, så kallade meningsenheter som är relevanta för studiens syfte identifieras ur det insamlade datamaterialet. De meningsbärande enheterna kondenseras där det väsentliga inkluderas och överflödigt text faller bort. Meningsenheter relateras till varandra genom innehåll och sammanhang. De kondenserade meningsenheterna abstraheras och koder skapas för att beskriva innehållet. Koder med likheter sammanförs och bildar subteman. Subteman med likheter ombildas till teman vilket utgör resultatet. Kvalitativ innehållsanalys möjliggör att analysera det manifesta dvs. det

konkreta textinnehållet såväl som det latent, bakomliggande i textinnehållet (Graneheim & Lundman, 2004).

Analysprocessen påbörjades genom att författarna läste igenom det insamlade datamaterialet flera gånger för att bekanta sig med texterna. Författarna granskade det insamlade datamaterialet individuellt inledningsvis för att sedan gemensamt diskutera innehållet för att säkerställa objektiviteten. Meningsbärande enheter som svarade på studiens syfte lyftes ur texten och sparades i en tabell i ett separat dokument. De meningsbärande enheterna kondenserades och koder skapades. Koder med likheter sammanfördes och bildade sju subteman. Likheter mellan subteman identifierades och tre stycken teman framkom som presenterar studiens resultat se tabell C. Ett exempel från analysprocessen beskriven av Graneheim och Lundman (2004) presenteras i tabell B.

Tabell B: Exempel på analysprocessen				
Meningsenheter	Kondensering	Kod	Subtema	Tema
<i>Jag har aldrig velat uppleva en vaginal förlossning och jag är själv född genom kejsarsnitt så det känns naturligt</i>	<i>Aldrig velat vaginal förlossning, själv född med kejsarsnitt detta är naturligt</i>	<i>Aldrig velat vaginal förlossning, velat kejsarsnitt.</i>	<i>Min kropp mitt val</i>	<i>Val av förlossningsmetod - en rättighet</i>

Etiska övervägande

Vid användande av bloggar på internet krävs etiska överväganden (Robinson, 2001; Polit & Beck, 2016). Informanterna har inte kunnat ge sitt tillåtande att information de delgivit i bloggar används i studien, vilket kan betraktas som inskränkande på privatlivet. Robinson (2001), Dahlborg-Lyckhage (2012) samt Ali och Skärsäter (2017) menar att är data offentlig och därmed inte kräver inloggningsuppgifter, krävs inget etiskt godkännande från informanten då ett outtalat medgivande delgivits från informanten relaterat till offentlighetsprincipen.

Deltagande i studier har både fördelar och risker (Polit & Beck, 2016). En fördel med informanternas deltagande i denna studie var att de bidrog till studiens resultat, som möjligen kan komma att hjälpa kvinnor i liknande situationer i framtiden. En risk för informanterna med sitt deltagande i studien var risk för inskränkning på privatlivet.

Enligt Vetenskapsrådet (2011) finns det fyra forskningsetiska principer som skall beaktas vid forskning. Dessa är *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. Eftersom data samlades in från bloggar på internet var *informationskravet* samt *samtyckeskravet* svårt att tillgodose, då kontakt ej funnits med enskilda informanter. Viktigt att avidentifiera data som inkluderats från internet då samtycke ej kunnat inhämtas för att göra informanten anonym och upprätthålla autonomin (Eastham, 2011; Robinson, 2001). I enlighet med *konfidentialitetskravet* skall all data som inhämtas avkodats för att inte

kunna härledas till enskilda individer för att upprätthålla anonymitet. I enlighet med *nyttjandekravet* skall data som inhämtas enbart använts i studiens syfte och ej spridas (Vetenskapsrådet, 2011).

I denna studie har all data samt information om informanterna som inhämtats avkodats för att värna om konfidentialiteten för informanterna. Alla citat har skrivits om i samråd med handledaren för att inte kunna härledas till informanten. All data har enbart använts för studiens syfte. Data som hämtats har analyserats med en så objektiv ställning som möjligt samt utan att förvränga resultat.

Författarnas förförståelse

Viss kunskap kring ämnet fanns innan studiens början, exempelvis kunskap om risker med kejsarsnitt samt kejsarsnittets möjliga påverkan på anknytning och amning. Graneheim och Lundman (2004) samt Polit och Beck (2016) betonar vikten att reflektera samt skapa medvetenhet över den egna förförståelsen då denne aldrig kan bortses, för att inte påverka analysprocessen negativt.

Då ingen av författarna till denna studie hade personlig erfarenhet av kejsarsnitt fanns enbart enskilda tankar om varför kvinnor önskar elektivt kejsarsnitt.

RESULTAT

Resultatet av analysprocessen presenteras i följande tre teman med sju tillhörande subteman vilket framgår av tabell C.

Teman	Subteman
Sökandet efter trygghet inför sin förlossning	Kontrollen ger mig trygghet
	Vårdorganisationen skapar en känsla av otrygghet
Tankar på en vaginal förlossning väcker varierande känslor	Känsla av rädsla och obehag
	Rädsla för förlossningsskador och komplikationer
	Tidigare trauman av betydelse för vaginal förlossning
Val av förlossningsmetod - en rättighet	Min kropp mitt val
	Elektivt kejsarsnitt det enda alternativet

Förstfödorskors önskan om elektivt kejsarsnitt grundade sig i olika förväntningar, känslor och uppfattningar. Kvinnorna beskrev strävan efter trygghet inför sin förlossning, där elektivt kejsarsnitt beskrevs som tryggt och kontrollerat. Vårdorganisationens uppbyggnad skapade otrygghet hos förstfödorskorna där ovissheten om den förlösande barnmorskan var en central del. Föreställningen av att genomgå en vaginal förlossning väckte känslor som rädsla och obehag hos kvinnorna. Kvinnorna beskrev risker med en vaginal förlossning som något de inte ville riskera. Tidigare trauman påverkade även kvinnornas inställning till en vaginal förlossning. Kvinnorna upplevde valet av förlossningsmetod som en rättighet då det handlar om rätten att bestämma över sin egen kropp.

Sökandet efter trygghet inför sin förlossning

Förstfödorskors önskan om elektivt kejsarsnitt grundade sig i att finna trygghet inför sin kommande förlossning. Trygghet upplevdes ur flera avseenden.

Kontrollen ger mig trygghet

Förstfödorskor som önskade elektivt kejsarsnitt sökte trygghet inför sin förlossning. Trygghet upplevdes då det fanns vetskap om när, var och hur deras barn skulle födas. Miljön var en viktig del i upplevelsen av trygghet. Tanken på att föda i en operationssal gav ett lugn som tilltalade kvinnorna. En operation upplevdes kontrollerad då den utförs av kunnig personal där kvinnan själv slipper ha ansvar. Genom att vara i en operationssal innebar det att ha all beredskap på plats om något skulle hända vilket uppfattades som en trygghet. Det upplevdes som en trygghet att ha både barnmorska och läkare närvarande vilket gav fler kompetenser vid olika situationer.

Det är skönt att veta att man redan är inne på operation så att dem snabbt kan åtgärda problem om något skulle gå fel. (Blogg 10)

Förstfödorskorna upplevde bristande tillit till den egna kroppens förmåga att hantera och klara av en vaginal förlossning. Kvinnorna beskrev en rädsla för att förlora kontrollen och den bristande tilliten gav en känsla av att tappa kontrollen redan innan förlossningen. Förstfödorskorna uppfattade ansvaret under en vaginal förlossning som sitt och att eventuella komplikationer kunde vara orsakade av kvinnan själv. Förstfödorskorna beskrev att de inte ville känna det ansvar som de menade råder under en vaginal förlossning och fann därför en trygghet i att lämna över ansvaret till personalen. Genom att lämna ansvaret över kroppen och barnet till kunnig personal upplevdes kontroll som gav ett lugn då risken för att själva påverka förlossningen negativt försvann.

Jag lämnar ansvaret för min kropp i personalens händer vilket känns skönt. Jag har själv fått bestämma över min kropp utan att bli tvingad till något. (Blogg 4)

Förstfödorskor som önskade elektivt kejsarsnitt menade att barnet då föds på ett mer kontrollerat och mindre riskfyllt sätt och upplevde en trygghet i att lämna över det medicinska ansvaret till personalen. Kvinnorna beskrev att de strävade efter att föda sina barn utifrån en så säker metod som möjligt för barnets välmående. Förstfödorskorna beskrev att de satte barnets säkerhet och välbefinnande framför sig själva.

Det viktigaste för mig är att barnet kommer ut på det säkraste sättet! (Blogg 10)

Vårdorganisationen skapar en känsla av otrygghet

När det kommer till att föda barn vaginalt upplevde kvinnorna att det till viss del var slumpen som var avgörande för huruvida förlossningen kommer gå bra eller inte. Ovissheten skapade en känsla av otrygghet. Vårdorganisationens uppbyggnad var en bidragande orsak till känslan av otrygghet. Känslan av förtroende, trygghet och tillit till sin barnmorska under en vaginal förlossning var viktigt för kvinnorna. Att då inte ha någon tidigare relation till barnmorskan som medverkar under förlossningen skapade en otrygghet. Samarbetet med barnmorskan upplevde kvinnorna som en väsentlig del för att lyckas genomgå en vaginal förlossning. Oro fanns över att samarbetet inte skulle fungera och att barnmorskan kvinnan blev tilldelad inte skulle vara bra eller ge det stöd kvinnan önskade. Även om samarbetet skulle fungera väl upplevde kvinnorna sig otrygga över att inte hinna föda under barnmorskans arbetspass och att då tvingas skapa en ny relation till en ny barnmorska. Kvinnorna beskrev också en känsla av otrygghet över ovissheten om huruvida hon skulle få föda på det sjukhus hon önskade eller om det var fullt just när hon skulle föda.

En positiv vaginal förlossning beror mycket på ett väldigt bra samarbete och ett starkt förtroende till barnmorskan. (Blogg 1)

Tanken på en vaginal förlossning väcker varierande känslor

Föreställningen av att genomgå en vaginal förlossning framkallade varierande känslor hos förstfödorskorna. Känslor som införlivades hos kvinnorna medförde att de av olika anledningar önskade föda sitt barn genom kejsarsnitt snarare än att genomgå en vaginal förlossning.

Känsla av rädsla och obehag

Önskan för elektivt kejsarsnitt grundade sig dels på en rädsla inför en vaginal förlossning där kvinnorna även uttryckte en skräck och fobi inför detta. Föreställningen om att föda sitt barn vaginalt framkallade ångest och var en mental påfrestning för kvinnorna. Förstföderskorna upplevde en rädsla inför att inte kunna hantera smärta vid en vaginal förlossning. Vid ett elektivt kejsarsnitt upplevde kvinnorna en trygghet i att veta att de inte behövde försöka hantera smärta under förlossningen. Kvinnorna beskrev sig ha låg smärtröskel vilket skapade känslor som panik, rädsla och obehag.

Tanken på en vaginal förlossning skapar en stark känsla av att det är fel förlossningssätt för mig och ger mig ett obehag. (Blogg 9)

Rädsla för förlossningsskador och komplikationer

Rädsla för förlossningsskada i underlivet var en del i att kvinnorna önskade elektivt kejsarsnitt. Förstföderskorna beskrev rädslor inför att få bestående skador såsom inkontinens och påverkan på samlivet. Föreställningen var att förlossningsskador antingen har ökat de senaste åren eller att kvinnor i dag vågar prata om sina skador. Kvinnorna hade en bristande tilltro till eftervården och uppfattningen var att de inte skulle få hjälp om en förlossningsskada skulle uppstå. Om risken inte fanns för skada eller att det fanns en god eftervård skulle kvinnorna eventuellt kunna genomgå en vaginal förlossning. Elektivt kejsarsnitt upplevdes inte som riskfyllt utan enbart ha fördelar. Kvinnorna beskrev en trygghet i att få bevara sin kropp och dess funktioner.

Jag är mer rädd för skador vid en vaginal förlossning än operationen vid kejsarsnitt. (Blogg 3)

Önskan om ett elektivt kejsarsnitt grundade sig bland annat på uppfattningen om de risker som en vaginal förlossning innebär. Kvinnorna beskrev rädslor inför att barnet ska få syrebrist, att förlossningen avslutas med akut kejsarsnitt eller sugklocka och att moderkakan ska fastna. En medvetenhet fanns om att risken för detta är liten, däremot var det en risk dem inte var villiga att ta. Uppfattningen var att ett kejsarsnitt var mer säkert för barnet då risken för syrebrist inte var lika stor som vid en vaginal förlossning.

Det är jobbigt att jag oroar mig för att hon skall få syrebrist eller att det skall bli akutsnitt. (Blogg 6)

Tidigare trauman av betydelse för vaginal förlossning

Förstföderskorna uppgav att tanken på en vaginal förlossning väckte minnen från upplevda trauman, vilket skapade varierande känslor. Trauman som kvinnorna upplevt var av betydelse för en vaginal förlossning var sexuella övergrepp samt sena missfall. Kvinnorna hade även upplevt utsatta situationer inom sjukvården som skapat nya trauman. Situationer där kvinnorna varit avklädda i utsatta positioner med flera människor i omgivningen som väckt minnen. Tanken på att vara i en utsatt situation inför många människor skapade känslor som rädsla, panik och obehag för kvinnorna. Sjukvårdens bristande förmåga att bemöta

dessa kvinnor i utsatta situationer kunde leda till att situationen upplevdes som ett nytt övergrepp för kvinnorna.

Att ligga med fastspända ben i gyn position med alla människor där nere gav mig panik, jag grät och fick inte fram något men ville bara skrika. (Blogg 1)

Minnen av t.ex. ett livlöst foster efter sent missfall som tidigare upplevts kunde väckas av tanken på en vaginal förlossning. Starka känslor uppstod av att tänka på att det nuvarande barnet skulle födas vaginalt som det avlidna fostret gjort tidigare. Kvinnorna såg framför sig att även det nuvarande barnet skulle vara livlöst vilket skapade en rädsla.

Tanken på en vaginal förlossning får mig att minnas mitt livlösa foster i min hand. (Blogg 4)

Val av förlossningsmetod - en rättighet

Förstfödorskorna som önskade elektivt kejsarsnitt ville ha rätten att bestämma över sin egen kropp samtidigt som alternativet att föda vaginalt aldrig funnits hos kvinnorna sedan innan graviditeten.

Min kropp mitt val

Att få välja förlossningsmetod menade kvinnorna gav en bekräftelse på rätten att få bestämma över sin egen kropp. Kvinnorna upplevde det kränkande att inte få bestämma själva och att det var en inskränkning i integriteten. Rätten att själv få bestämma över sin kropp sågs som en mänsklig rättighet och som en jämställdhetsfråga. Känslan av att vara omyndigförklarad uppstod när möjlighet inte fanns att få bestämma över en viktig händelse i livet. Förstfödorskorna upplevde det viktigt att känna att de inte var tvingade till en vaginal förlossning. Kvinnorna upplevde tvånget om en vaginal förlossning som ett kroppsligt och psykologiskt övergrepp. Kvinnorna ansåg att de själva skulle få bestämma om de ville utsätta sin kropp för risken att få förlossningsskador och komplikationer efter en vaginal förlossning.

Kvinnor som tagit ett medvetet beslut efter att ha satt sig in i riskerna borde få bestämma över sin egen kropp. Få föda sitt barn utifrån sina egna förutsättningar. (Blogg 1)

Elektivt kejsarsnitt det enda alternativet

Förstfödorskorna hade redan innan graviditeten vetat att elektivt kejsarsnitt var det enda alternativet vid förlossning. Kvinnorna kunde inte se sig själv föda vaginalt och kände inget behov av att uppleva en vaginal förlossning. Kvinnorna beskrev en känsla av att inte känna sig bekväma med allt vad det innebär att genomgå en vaginal förlossning. Var kvinnan själv född genom kejsarsnitt fanns en uppfattning om att elektivt kejsarsnitt var rätt förlossningsmetod för henne också.

Jag har aldrig velat uppleva en vaginal förlossning och jag är själv född genom kejsarsnitt så det känns naturligt. (Blogg 11)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studien har såväl styrkor som svagheter som påverkar studiens resultat.

För att erhålla förståelsen kring förstfödorskors önskan om elektivt kejsarsnitt tillämpades kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Metoden bedömdes lämplig för att öppet och neutralt (Graneheim & Lundman, 2004; Priebe & Landström, 2012) få ökad förståelse kring fenomenet utifrån den levda verkligheten (Friberg, 2017; Henricson & Billhult, 2017). Inom kvalitativ forskning är trovärdighet av resultatet avgörande. Trovärdighet i en studie innebär att studien har en *tillförlitlighet*, *överförbarhet* samt *giltighet* (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2016). Genom att tydligt beskriva forskningsprocessen i studien stärks trovärdigheten (Polit & Beck, 2016).

Ett väl avgränsat och specifikt syfte främjar för ett trovärdigt resultat (Polit & Beck, 2016). Studiens syfte begränsas till förstfödorskors önskan om elektivt kejsarsnitt vilket möjliggör för ett *tillförlitligt* resultat. Omfödorskors önskan kan influeras av en tidigare förlossningsupplevelse och begränsningen kan vara en del i att söka förståelse för grunden till kvinnors önskan om kejsarsnitt då de inte präglas av en tidigare erfarenhet av fenomenet. Inkludering av omfödorskor hade eventuellt bidragit till ett annat resultat som varit användbart för att få en ännu bredare förståelse för varför kvinnor önskar kejsarsnitt.

Överförbarhet är en del i att uppnå trovärdighet och innebär att studiens resultat är generaliserbart till att användas för andra sammanhang (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck 2016). För att främja *överförbarheten* är det av stor vikt att ge en tydlig beskrivning av kultur, sammanhang, urval och egenskaper hos informanterna, datainsamling och analysprocess (Graneheim & Lundman, 2004). En geografisk avgränsning till att enbart inkludera bloggar med informanter bosatta i Sverige utformades. Då förlossningsvården kan skilja sig mellan länder och kulturer finns risk för att resultatet inte hade varit *tillförlitligt* om en internationell spridning hade tillämpats. Då bakgrundsinformation inte är tillgänglig på alla bloggar kan *överförbarheten* dock inte specificeras.

För att fördjupa förståelsen för förstfödorskors önskan om elektivt kejsarsnitt baseras urvalet av informanter på de som valt att delge beskrivande och informationsrika texter snarare än att söka större mängd data. Urvalet utgick därför från ett intensitetsurval som är lämplig för att söka djupare förståelse för fenomenet med tydliga beskrivningar (Polit & Beck, 2016). Tillräcklig mängd data baseras på hur väl den svarar på studiens syfte på ett *tillförlitligt* sätt (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017; Graneheim & Lundman, 2004). Genom att välja informanter utifrån en variation av erfarenheter, perspektiv, ålder och kön menar Graneheim och Lundman (2004) bidrar till en rikare variation av fenomenet som studeras vilket på så sätt främjar studiens *tillförlitlighet*. Under analysprocessen uppmärksammades att bakgrundsinformationen på informanterna inte var tillgängligt, detta bedömdes däremot aldrig som problematiskt då Brownlow och O'Dell (2002) menar att möjligheten finns för en naturlig spridning när data inhämtas från bloggar på internet.

Internet kan vara en bra källa till information vid forskning (Polit & Beck, 2016). En omfattande datainsamling utfördes på sökmotorn Google.se med olika sökord i två sökningar

för att främja möjligheten att inkludera material som svarade på studiens syfte. Alla länkar på de tio respektive tjugo första sidorna från de två sökningarna på Google.se granskades noggrant av författarna var för sig för att sedan diskuteras utifrån relevans till studiens syfte. Länkarna studerades enskilt innan diskussion för att inte exkludera relevant material utifrån en enskild bedömning. Datamättnad bedömdes uppnådd efter att ha granskat de tio respektive tjugo första sidorna från de två sökningarna på Google.se. Uppnådd datamättnad innebär att ingen ny information framkommer (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2016). Under sökningen med sökorden *önskan om kejsarsnitt + blogg* presenterade Google.se endast de 50 första länkarna för att få så relevanta resultat som möjligt. De länkar som kom därefter var snarlika de 50 första resultaten och utelämnades. Sökningen kunde göras om och då inkluderades de utelämnade resultaten, detta resulterade i att ytterligare 44 länkar kunde granskas. Det medförde att det endast var möjligt att granska de tio första sidorna och därmed 94 länkar. Begränsningen i antal sidor som kunde granskas medför att relevant material kan ha exkluderats.

Möjlighet att utföra en studie igen utifrån beskrivning av forskningsprocessen påverkar en studies *tillförlitlighet* (Polit & Beck, 2016). Studiens *tillförlitlighet* påverkas av datainsamling på internet då internet ständigt förändras (Robinson, 2001). Möjlighet finns därför att andra bloggar skulle kunna inkluderas samt att bloggar som inkluderats i studien inte funnits tillgängliga vid ett senare tillfälle vilket möjligen skulle påverka en kommande studies resultat. Studiens *tillförlitlighet* stärks genom en välarbetad datainsamling med uppnådd datamättnad. Studien presenteras såväl i löpande text som i tabeller för att främja *tillförlitligheten*.

Under analysen uppmärksammades både för- och nackdelar med att inhämta datamaterial från bloggar. Vid insamlandet av data genom bloggar kan det medföra att informantens beskrivning inte i samma utsträckning blir lika specifik och möjligen begränsad, till skillnad mot vid en intervju då specifika frågor kan ställas (Polit & Beck, 2016; Ridings et al., 2002; Robinson, 2001). Graneheim och Lundman (2004) menar att det under en intervju kan finnas negativa konsekvenser med att kunna ställa följdfrågor då risken finns att dessa är oväsentligt för syftet. Vid tolkning av text kan det däremot finnas risk för misstolkning då uttryck i form av bland annat tonläge och kroppsspråk går förlorad (a.a). Datainsamling genom bloggar har en styrka i att informanten öppenhetligt förmedlar det budskap som önskas av egen vilja (Polit & Beck, 2016; Ridings et al., 2002; Robinson, 2001). Materialet blir ärligt och informanten behöver inte boka upp ett möte för att förmedla informationen, utan delger när och vad informanten själv vill (Polit & Beck, 2016). Det inkluderade datamaterialet i studien beskrev fenomenet uttömmande och detaljerat vilket Graneheim et al. (2017) samt Polit och Beck (2016) menar bidrar till att uppnå *giltighet*.

En viktig etisk aspekt vid studier som avser människor är huruvida samtycke ska inhämtas eller ej. Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) beskriver att forskningen ska etik granskas av en regional etikprövningsnämnd om det finns risk för fysisk eller psykisk påverkan hos en individ. Det finns däremot undantag då samtycke inte behöver inhämtas. Skärsäter och Ali (2017) beskriver att offentlig kommunikation i form av t.ex. bloggar på internet innefattar material som kan användas till forskning där samtycke ej behöver inhämtas. Medvetenhet om dilemmat gör att studien värnar om att informanternas identitet skyddas, etiska överväganden har därför förts angående användning av citat i studiens resultat. Användandet av citat styrker *giltigheten* av resultat där läsaren själv kan skapa sig en uppfattning av trovärdigheten (Polit & Beck, 2016). Risken vid citatanvändning

är däremot att informanten identifieras. Eftersom datamaterialet kommer från bloggar som finns tillgängliga för allmänheten utan krav på inloggningsuppgifter på Google.se beslutades att använda citat enligt offentlighetsprincipen. I studien är allt datamaterial avkodat och citat omformulerade för att värna om anonymiteten för informanterna då samtycke ej inhämtats.

Dataanalysen utfördes enligt analysprocessen beskriven av Graneheim & Lundman (2004) och har noggrant beskrivits såväl i text som tabeller vilket främjar studiens trovärdighet.

Resultatdiskussion

Resultatet av studien visar att förstfödorskör som önskar elektivt kejsarsnitt söker trygghet inför sin förlossning och föreställningen av att genomgå en vaginal förlossning väcker varierande känslor. Kvinnorna anser dessutom att val av förlossningsmetod är en rättighet. En fördjupad förståelse för kvinnornas önskan kan bidra till att lyckas utforma vården utifrån kvinnans behov. Studiens resultat är av stor betydelse då tidigare studier menar att mer forskning krävs för att förstå varför kvinnor önskar elektivt kejsarsnitt för att kunna bemöta dessa kvinnor på ett bättre sätt (Karlström, Nystedt & Hildingsson, 2011).

Kvinnorna i studien söker trygghet inför sin förlossning och resultatet visar att vårdorganisationen i dagens uppleda instabila förlossningsvård skapar en otrygghet hos förstfödorskorna. Kvinnorna upplever en otrygghet i att inte veta om de får komma in till förlossningskliniken de önskat eller om dem tvingas åka till ett annat län till följd av platsbrist. Kvinnorna upplever även en otrygghet i att inte ha träffat den förlösande barnmorska innan förlossningen då ett fungerande samarbete anses avgörande för förmågan till att kunna föda vaginalt. Kvinnorna menar att de tvingas bygga upp ett förtroende till en barnmorska de inte känner under en utsatt situation. Hildingsson, Rubertsson, Karlström och Haines (2018) beskriver att det finns caseload projekt i olika delar av Sverige där barnmorskans arbetsform har omarbetats. Kvinnan har då en mindre grupp barnmorskor som följer henne under graviditeten, förlossningen samt eftervården. Kvinnan träffar enbart bekanta barnmorskor med en uppbyggd tillit under hela vårdförloppet. En arbetsform som denna är mer utformad utifrån kvinnorna och deras behov av trygghet. Idag är det endast enstaka kliniker som arbetar utifrån denna modell som möjligen kan inspirerar fler kliniker att testa arbetsformen (a.a). Hildingsson et al.'s (2018) studie visar att kvinnor upplever en trygghet i arbetsformen med en minskad eller helt reducerad rädsla efter förlossningen. En positiv upplevelse erhöles av kvinnorna trots att de genomgick en vaginal förlossning utan medicinsk smärtlindring.

Förstfödorskorna beskriver en oro över att inte få det stöd av barnmorskan som önskas under en vaginal förlossning. Wiklunds (2007) studie bekräftar denna oro som en komponent till varför kvinnor önskar föda sitt barn genom elektivt kejsarsnitt (a.a). Den pressade förlossningsvården i Sverige medför att barnmorskor kan behöva ansvara för flera kvinnor samtidigt vilket kan påverka det kontinuerliga stödet negativt. Det finns projekt i Sverige där förlossningskliniker infört en födande per barnmorska vilket ger bättre förutsättningar för att kunna erbjuda kontinuerligt stöd till kvinnan. Hodnett, Gates, Hofmeyr och Sakala (2013) menar att kontinuerligt stöd förutsätter att det finns tillräckligt med tid för att hänge sig patienten (a.a). Med den rådande förlossningsvården i Sverige är det sannolikt att denna typ av vårdstrategi inte alltid är möjlig även om det tydligt framkommer av studiens resultat att behovet finns. Tidigare forskning visar att tillräckligt stöd och närvaro av en barnmorska

är en viktig del för att förlossningen ska uppfattas som positiv. Skillnad finns i vilken utsträckning kvinnor önskar ha barnmorska närvarande, gemensamt är däremot att de önskar ha en barnmorska tillgänglig om behovet finns (Karlström et al., 2015). En stabil förlossningsvård där kontinuerligt stöd kan erbjudas alla kvinnor skulle kunna främja kvinnors känsla av trygghet inför och under en vaginal förlossning där upplevelsen dessutom uppfattas som positiv.

Resultatet av studien visar att det finns bristande kunskap kring en vaginal förlossning hos förstföderskorna som önskar elektivt kejsarsnitt. Orsaken till detta är oklar men kan möjligtvis bero på bristfällig information. Förstföderskorna menar att de själva bär ansvar för förlossningen vid en vaginal förlossning. Information behöver förmedlas att barnmorskan är ansvarig under en vaginal förlossning för välmåendet hos såväl kvinna som barn under hela förlossningsförloppet. Langford et al.'s (1997) beskrivning av professionellt stöd med indelningen *informativt stöd*, *praktiskt stöd*, *bekräftande stöd* och *känslomässigt stöd* används för att förtydliga. Resultatet i föreliggande studie indikerar ett behov av att barnmorskor behöver erbjuda *Informativt stöd* på barnmorskemottagningen om vilka åtgärder som utförs aktivt av barnmorskan under förlossningen för att t.ex. förebygga förlossningsskador. Barnmorskan bör upplysa om *praktiskt stöd* för att minska risken för bristningar som att varma dukar, perinealskydd och att bromsa barnets framfödande under utdrivningen är självklara moment. Information kring att barnmorskan under hela förlossningen ger *bekräftande stöd* samt vägleder kvinnan så att hon inte behöver känna att ansvaret för förlossningen är hennes. Informera om att den förlösande barnmorskan erbjuder ett *känslomässigt stöd* under hela förlossningen med kvinnan i fokus.

Resultatet visar att förstföderskorna önskar elektivt kejsarsnitt för att uppleva en trygghet inför sin förlossning. En trygghet som möjligen kan upprätthållas genom andra åtgärder än ett elektivt kejsarsnitt. Kvinnorna saknar förtroende till vården samtidigt som tilltron till sin egen förmåga saknas. Bäckström et al. (2016) menar att när barnmorskor på en barnmorskemottagning erbjuder professionellt stöd till kvinnan under graviditeten stödjer och stärker barnmorskan kvinnans förmåga till att göra henne införstådd med vad som krävs för att just hon ska känna sig trygg (a.a). Genom denna förståelse kan vården möjligtvis utformas med fokus på de faktorer som krävs för att kvinnan ska uppleva trygghet. Karlström et al. (2015) menar att barnmorskor behöver erbjuda kvinnan samt hennes eventuella partner professionellt stöd under såväl graviditet som förlossning och eftervård (a.a). Genom att lyssna och erkänna kvinnors individuella behov av stöd har barnmorskan på en barnmorskemottagning en unik möjlighet till att hjälpa den gravida kvinnan att uppleva trygghet under graviditeten (Thorstensson et al., 2012). Förstföderskors önskan om elektivt kejsarsnitt baseras på olika grunder utifrån vad resultatet visar. Barnmorskor på barnmorskemottagningen behöver därför vara öppna för den unika kvinnans behov och önskan. En inlyssnande och erkännande barnmorska för kvinnornas individuella behov medför att kvinnor känner sig sedda som individer vilket inger trygghet samt en känsla av att vara unik (Thorstensson et al., 2012).

Förstföderskorna i studien menar att de upplever fördelar med kejsarsnitt och har en uppfattning av att kejsarsnitt är mindre riskfyllt med mindre komplikationer för både kvinna och barn till skillnad från än en vaginal förlossning. Kontroll är en central del i förstföderskors önskan om kejsarsnitt där kontrollen inger trygghet medan känslan av att inte veta när eller hur barnet ska födas framkallar en otrygghet. Det är troligt att vikten av att känna kontroll möjligen kan vara en del av kvinnornas personlighet. Sahlin, Carlander-Klint,

Hildingsson och Wiklund (2013) menar att önskan om elektivt kejsarsnitt inte nödvändigtvis behöver bero på rädsla utan kan vara kvinnors väl befästa känslor, tankar och föreställningar (a.a) vilket är i enlighet med resultatet. Förstföderskorna upplever en trygghet i att förlossningen känns mer kontrollerad och att kvinnan kan lägga över ansvaret på personalen. Resultatet är i enlighet med det resultat som Sahlin et al. (2013) sett i sin studie där kvinnor beskriver kejsarsnitt som mer kontrollerat och säkert i flera avseenden. Wiklund (2007) beskriver att kvinnor som önskar föda barn genom kejsarsnitt har en minskad tilltro till sig själva gällande självkontroll och är rädda för att tappa kontrollen under födandet (a.a). Liknande resultat påvisas även i denna studie där förstföderskorna förmedlar en rädsla inför att tappa kontroll vid en vaginal förlossning. Karlström, Nystedt & Hildingsson (2011) menar att kvinnor som önskar elektivt kejsarsnitt som beviljas har en större rädsla inför förlossningen samt att de är mindre nöjda med sin förlossning efteråt. Karlström et al. (2015) menar att välbefinnandet hos kvinnor påverkas betydande av en förlossningsupplevelse.

För att skapa djupare förståelse för förstföderskors önskan om elektivt kejsarsnitt tillämpas de teoretiska modellerna ”Medical model of pregnancy « Pregnancy as a normal life event”. Bryar och Sinclair (2011) menar att den teoretiska modellen ”Medical model of pregnancy” utgår från att graviditeten och förlossningen är riskfyllda och sjukliga tillstånd som kräver medicinska åtgärder. Resultatet visar att förstföderskorna som önskar elektivt kejsarsnitt ser förlossningen som riskfylld med flertalet komplikationer och skador som följd. Kvinnorna föreställer sig risker såsom att barnet skall drabbas av syrebrist eller att förlossningen skall behöva avslutas med sugklocka eller akut kejsarsnitt. Förstföderskorna är i ”Medical model of pregnancy” och ser behov av medicinska åtgärder som ett elektivt kejsarsnitt istället för en vaginal förlossning. Motsatsen till ”Medical model of pregnancy” menar Bryar och Sinclair (2011) är ”Pregnancy as a normal life event”. ”Pregnancy as a normal life event” ser graviditet och förlossning som en normal, frisk samt unik händelse. Modellen ser till hela kvinnan och fokuserar på hennes styrkor samt förmågor. Barnmorskor arbetar för att främja det normala och friska i varje graviditet och förlossning utifrån ”Pregnancy as a normal life event”. Barnmorskor vill göra kvinnan samt hennes eventuella partner delaktiga i vården och besluten som fattas skall vara kvinnans och inte barnmorskan eller förlossningsläkarens. Resultatet i studien indikerar att förstföderskorna och barnmorskorna arbetar utifrån olika modeller. I barnmorskans kompetensområde utesluter modellerna inte varandra utan samspelar, genom att barnmorskan agerar vid situationer som avviker från det normala.

Val av förlossningsmetod anser förstföderskorna är en rättighet som går hand i hand med rätten att bestämma över sin egen kropp. Det kan vara motsägelsefullt att vara myndig men inte få bestämma över sin kropp, kvinnorna ser det som kränkande och att tvingas genomgå en vaginal förlossning upplevs som ett övergrepp såväl fysiskt som psykiskt. Det är sannolikt att dessa kvinnor upplever sig exkluderade från att delta i sin egen vård. Alla människor har utifrån sina mänskliga rättigheter rätt att bestämma över sin egen kropp (ICM, 2017a; ICM, 2017b; Socialstyrelsen, 2014; WHO, 2017). Utifrån barnmorskans etiska kod (ICM, 2014) ska barnmorskor stödja kvinnors rätt att aktivt delta i beslut kring sin vård (a.a). Detta kan bli problematiskt då varken barnmorskor eller kvinnor utan medicinsk grund för kejsarsnitt har rätt att bestämma förlossningsmetod. För kvinnan kan det vara av stor betydelse om barnmorskan eftersträvar en vård som är inriktad för att stödja och stärka dessa kvinnor.

Förstföderskors oro för eventuella förlossningsskador grundar sig i en rädsla att inte få hjälp efter förlossningen om en skada med bestående men uppstår. Föreställningen är att förlossningsskador till följd av vaginal förlossning blir allt vanligare, alternativt att det nu är

fler kvinnor som vågar prata om sina erfarenheter. Förlossningsskador upplevs skambelagt att prata om och det har funnits en uppfattning om att kvinnor får räkna med att kroppen fungerar annorlunda efter en förlossning och att exempelvis inkontinens är acceptabelt. Resultatet är i enlighet med Wiklund (2007) som betonar att risken för förlossningsskada vid vaginal förlossning är en stor oro och därmed en av orsakerna till önskan om kejsarsnitt (a.a). Barnmorskor arbetar för att främja kvinnors sexuella samt reproduktiva hälsa (ICM, 2017a; ICM, 2017b; Socialstyrelsen, 2014; WHO, 2017). Kunskapen kring förlossningsskador samt åtgärder av dessa är idag större och barnmorskor uppmanar kvinnor att söka vård vid eventuella problem i framtiden. Det finns hjälp att få och ingen kvinna ska behöva lida av en förlossningsskada. Andolf et al. (2010) samt Rortveit, Daltveit, Hannestad och Hunskaar (2003) menar att kvinnor som fött barn vaginalt har en ökad risk för inkontinens innan menopaus jämfört med kvinnor som genomgått kejsarsnitt. Efter menopaus framgick ingen skillnad på grupperna. Kejsarsnitt motverkar inte risken för inkontinens helt eftersom graviditeten i sig själv ökar belastningen på bäckenbotten och därmed ökar risken för inkontinens.

Resultatet visar att förlossningsvården behöver bemöta kvinnornas behov inför förlossningen, och ha en vård samt en vårdorganisation som förmedlar förtroende och skapar trygghet hos kvinnorna. Studiens resultat pekar på vikten av att förlossningsvården utformas så att kvinnorna känner sig delaktiga och lyssnade på. Med de känslor, uppfattningar och upplevelser kvinnorna i studien beskriver är det möjligt att upplevelsen av en eventuell vaginal förlossning kan upplevas som negativ. Det är därför rimligt att dessa kvinnor får hjälp under graviditeten för att förstå vad just hon behöver för att känna trygghet och att vården utformas därefter. Karlström, Nystedt, Johansson och Hildingsson (2011) betonar att känsla av otrygghet har visat sig inverka negativt för förlossningsupplevelsen och ökar risken för att kvinnor önskar elektivt kejsarsnitt vid nästkommande barn (a.a). Studier visar dessutom att hälsovård under graviditeten har stor betydelse för gravida kvinnor. Karlström et al. (2015) beskriver att kvinnor som skattat sin förlossningsupplevelse som mycket positiv redogör även för vikten av både fysisk och mental förberedelse under graviditeten. Michels, Kruske och Thompson (2013) belyser också samband mellan en god förlossningsupplevelse och en positiv erfarenhet av vården under graviditeten.

I studiens resultat framkommer att förstföderskor som önskar elektivt kejsarsnitt beskriver förväntningar på en mer kontrollerad förlossning jämfört med en vaginal förlossning. Det är rimligt att det kan bli problematiskt att bemöta dessa förväntningar vid en vaginal förlossning. Gällande vaginal förlossning är förväntningen att förstföderskorna tror att de ska tappa kontrollen under födandet samt att de inte ska kunna hantera smärtan. Goodman et al. (2004) menar att det är betydande att få sina förväntningar inför förlossningen tillfredsställda för att främja för en positiv förlossningsupplevelse. Karlström et al. (2015) har sett att kvinnor som har en positiv upplevelse av vaginal förlossning beskriver vikten av kontroll såväl som förmågan att kunna släppa taget och lita på sin kropp och att vara avslappnad. Goodman et al. (2004) och Karlström et al. (2015) menar att personlig kontroll har visat sig vara en viktig del för en positiv förlossningsupplevelse (a.a). Då en vaginal förlossning till stor del innebär en oförutsägbar process där flera faktorer gör den svår att planera kan det finnas fördelar om den födande kvinnan till viss del är öppen för detta. Med dessa förutsättningar kan det rimligtvis bli komplicerat att möta kvinnors behov av kontroll med deras förväntningar. Genom att barnmorskan arbetar med att stödja patientens autonomi och sträva efter att skapa trygghet och tillit kan möjligtvis kvinnans förväntningar till viss del tillgodoses. Delaktighet har visat sig ha en stor betydelse för förlossningsupplevelsen.

Kvinnor som upplevde sig involverade och delaktiga under sin förlossning beskriver också förlossningen som en positiv upplevelse (Karlström et al., 2015).

Konklusion

Förstföderskor som önskar elektivt kejsarsnitt söker trygghet inför sin förlossning. Elektivt kejsarsnitt inger trygghet då det uppfattas som en mer kontrollerad och säker förlossningsmetod både för kvinnan och barnet. Föreställningen av att genomgå en vaginal förlossning skapar rädsla och obehag. Uppfattningen är att en vaginal förlossning medför risker som kvinnorna inte vill utsätta sig själva och sitt barn för. Valet av att få välja förlossningsmetod anses vara en mänsklig rättighet.

Förslag på klinisk tillämpning

- * Vården behöver utformas efter kvinnors behov exempelvis genom caseload för att skapa trygghet hos kvinnorna.
- * En tydligare informativ arbetsform på barnmorskemottagningen behöver utformas för att skapa en större trygghet och kunskap hos förstföderskor.
- * Möjligheten finns att förståelsen till varför förstföderskor önskar elektivt kejsarsnitt kan leda till kunskap om dessa kvinnors behov. Förståelsen kan möjligen vara en bidragande faktor i att reducera antalet kejsarsnitten som utförs utan medicinsk indikation då en bättre arbetsform kan utformas.

Förslag på fortsatt forskning

- * Studera vad förstföderskor saknar i den befintliga vården på barnmorskemottagningen samt förlossningen för att känna sig trygga. Resultatet kan ligga till grund för en mer anpassad arbetsform utifrån kvinnornas behov.
- * Studera orsaker till omföderskors önskan till elektivt kejsarsnitt.
- * Studera välmående hos förstföderskor som upplevts sig tvingade att genomgå en vaginal förlossning mot sin vilja.

REFERENSER

- Ali, L. & Skärsäter, I. (2017). Att använda internet vid datainsamling. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (uppl. 2:1, s. 217–232). Lund: Studentlitteratur AB.
- Andolf, E., Bottinga, R., Larsson, C., Lilja, H., Wennerholm, U-B. & Vladic Stjernholm, Y. (2010). Maternella långtidseffekter av kejsarsnitt (SFOG-rapport 2010:65). Hämtad från <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG6546953362-8e9e-4acd-bd5b-ff9f6415419d.pdf>
- Andolf, E. (2014). Kejsarsnitt. I H. Hagberg, K. Maršál & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (uppl. 2:1, s. 549–572). Lund: Studentlitteratur AB.
- Ayers, S., & Pickering, A. D. (2005). Women's expectations and experience of birth. *Psychology & Health*, 20(1), 79–92. doi: <https://doi.org/10.1080/0887044042000272912>
- Beck, C. T. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nursing research*, 53(4), 216–224.
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990–2014. *PloS one*, 11(2), e0148343. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
- Brownlow, C., & O'Dell, L. (2002). Ethical issues for qualitative research in on-line communities. *Disability & Society*, 17(6), 685–694. doi: 10 1080/0968759022000010452.
- Bryar, R. & Sinclair, M. (2011). Conceptualizing midwifery. I R. Bryar & M. Sinclair (Red.), *Theory for midwifery practice* (uppl. 2:1, s. 16–58). Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Bäckström, C. A., Mårtensson, L. B., Golsäter, M. H., & Thorstensson, S. A. (2016). “It's like a puzzle”: Pregnant women's perceptions of professional support in midwifery care. *Women and birth*, 29(6), e110-e118. doi: 10.1016/j.wombi.2016 04 011
- Cetisli, N. E., Arkan, G., & Top, E. D. (2018). Maternal attachment and breastfeeding behaviors according to type of delivery in the immediate postpartum period. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 64(2), 164–169. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.64.02.164>
- Christiaens, W., & Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC pregnancy and childbirth*, 7(26). doi:10 1186/1471-2393-7-26
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2012). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.

- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2008). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357–366. doi: 10.1016/j.midw.2008.07.006
- Eastham, L. A. (2011). Research using blogs for data: public documents or private musings?. *Research in nursing & health*, 34(4), 353–361. doi: 1002/nur.20443
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Fenwick, J., Gamble, J., & Mawson, J. (2003). Women's experiences of Caesarean section and vaginal birth after Caesarian: A Birthrites initiative. *International journal of nursing practice*, 9(1), 10–17. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00397.x>
- Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (uppl 3:1, s. 129–138). Lund: Studentlitteratur AB.
- Glasier, A., Gülmezoglu, A. M., Schmid, G. P., Moreno, C. G., & Van Look, P. F. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *The Lancet*, 368(9547), 1595–1607. doi:10.1016/S0140-6736(06)69478-6
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of advanced nursing*, 46(2), 212–219. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56, 29–34. doi: 10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (uppl 2:1, s. 111–119). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hertfelt-Wahn, E., Nissen, E., & Ahlberg, B. M. (2005). Becoming and being a teenage mother: how teenage girls in South Western Sweden view their situation. *Health care for women international*, 26(7), 591–603. doi: 10.1080/07399330591004917
- Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., & Haines, H. (2018). Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual & reproductive healthcare*, 16, 50–55. doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.006>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*, (7), 1–17. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5
- Hupcey, J. E., & Morse, J. M. (1997). Can a professional relationship be considered social support?. *Nursing outlook*, 45(6), 270–276. doi: 10.1016/S0029-6554(97)90006-3

ICM: International Confederation of Midwives (2008). *International Code of Ethics for Midwives*. Hämtad från <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>

ICM: International Confederation of Midwives (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Hämtad från <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>

ICM: International Confederation of Midwives (2017a). *International Definition of the Midwife*. Hämtad från https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf

ICM: International Confederation of Midwives (2017b). *Philosophy and Model of Midwifery Care*. Hämtad från <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>

Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(251), 1–8. doi: 10.1186/s12884-015-0683-0

Karlström, A., Nystedt, A., Johansson, M., & Hildingsson, I. (2011). Behind the myth—few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*, 27(5), 620–627. doi: 10.1016/j.midw.2010.05.005

Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2011). A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(3), 93–99. doi: 10.1016/j.srhc.2011.03.002

Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of advanced nursing*, 25(1), 95–100. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x

Larsson, Å., Wärnå-Furu, C., & Näsman, Y. (2017). The meaning of caring in prenatal care from Swedish women's perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 702–709. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12383>

Laurence R.J. (1997) Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association Journal* 156, 831–835.

Lilja, H. (2010). *Obstetriska indikationer för elektivt kejsarsnitt* (SFOG-rapport 2010:65). Hämtad från <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG6546953362-8e9e-4acd-bd5b-ff9f6415419d.pdf>

Melender, H.L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101–111. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00170.x>

Michels, A., Kruske, S., & Thompson, R. (2013). Women's postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(2), 172–182. doi: <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.791921>

Nationella medicinska indikationer. (2011). Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan (Rapport 2011:09). Hämtad 2018-12-12 från <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nationella-indikationer-kejsarsnitt-moderns-onskan.pdf>

Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(4), 465–477. doi: 10.1177/0884217503255199

NICE: National Institute for Clinical Excellence. (2018). *Antenatal care for uncomplicated pregnancies*. Hämtad från <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/ifp/chapter/Antenatal-appointments>

Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., & Ekström, A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing research and practice*, 2013. doi:10.1155/2013/349124

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (uppl 2:1, s. 25–42). Lund: Studentlitteratur AB.

Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman & Hall.

Ridings, C. M., Gefen, D., & Arinze, B. (2002). Some antecedents and effects of trust in virtual communities. *The Journal of Strategic Information Systems*, 11(3–4), 271–295. doi: [org/10.1016/S0963-8687\(02\)00021-5](https://doi.org/10.1016/S0963-8687(02)00021-5)

Robinson, K. M. (2001). Unsolicited narratives from the Internet: a rich source of qualitative data. *Qualitative health research*, 11(5), 706–714. doi: 10.1177/104973201129119398

Rortveit, G., Daltveit, A. K., Hannestad, Y. S., & Hunskaar, S. (2003). Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *New England Journal of Medicine*, 348(10), 900–907. doi: 10.1056/NEJMoa021788

Sahlin, M., Carlander-Klint, A. K., Hildingsson, I., & Wiklund, I. (2013). First-time mothers' wish for a planned caesarean section: deeply rooted emotions. *Midwifery*, 29(5), 447–452. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.02.009>

Schindl, M., Birner, P., Reingrabner, M., Joura, E. A., Husslein, P., & Langer, M. (2003). Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 82(9), 834–840. doi: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00194.x>

Seefat-van Teeffelen, A., Nieuwenhuijze, M., & Korstjens, I. (2009). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery*, 27(1), e122-e127. doi: 10.1016/j.midw.2009.09.006

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. Friberg, F. (Red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.

SFOG - Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. (2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa* (Rapport nr 76). Hämtad från <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203–210. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1991.tb00103.x>

Socialstyrelsen. (2014). *Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19564/2014-10-26.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Statistikdatabas om graviditeter, förlossningar och nyfödda*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/graviditeter-forlossningarochnyfodda>

Svenska barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

Thorstensson, S., Nilsson, M., Olsson, L., Hertfelt-Wahn, E. & Ekström, A. (2012). Women's Experiences of Midwifery Support during Pregnancy A step in the Validation of the Scale: “The Mother Perceived Support from Professionals”. *Journal of Nursing and Care*, 4, 1–6, doi: 10.4172/2167–1168,1000241

Vetenskapsrådet. (2011). *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2018-12-13 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Waldenström, U. (2005). Kvinnors upplevelse av förlossningen. I B. Sjögren (Red.), *Psykosocial Obstetrik Kropp och Själ och Barnafödande* (s.143–148). Lund: Studentlitteratur AB.

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17–27. doi: <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x>

Wickberg, B (2005). Psykologiska insatser under graviditet och postpartumtid - en metod för mödrahälsovården. I B. Sjögren (Red.), *Psykosocial Obstetrik Kropp och Själ och Barnafödande* (s.71–81). Lund: Studentlitteratur AB.

Wiklund, I. (2007). *Caesarean section on maternal request: Personality, fear of childbirth and signs of depression among first-time mothers*. (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Stockholm). Hämtad från <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/38369>

Wiklund, I., Andolf, E., Lilja, H., & Hildingsson, I. (2012). Indications for cesarean section on maternal request—guidelines for counseling and treatment. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(3), 99–106. doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.06.003>

Wiklund, I., Edman, G., & Andolf, E. (2007). Cesarean 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 Scandinavica*, 86(4), 451–456. doi: <https://doi.org/10.1080/00016340701217913>

Wiklund, I. & Hildingsson, I. (2016). Att föda med kejsarsnitt. I H. Lindgren, K. Christensson & A. K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa-barnmorskans kompetensområde* (s. 568–578). Lund: Studentlitteratur AB.

World Health Organization (WHO). (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. Hämtad från: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization (WHO). (2017). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Hämtad från <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization (WHO). (2018). *Making childbirth a positive experience*. Hämtad från <https://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/>

BILAGA 1

Arbetsfördelning:

Amanda Johansson	Therese Härnlund
Diskutera ämnesval till studien	Diskutera ämnesval till studien
Läsa om etiska riktlinjer vid forskning	Läsa om etiska riktlinjer vid forskning
Göra en pilotsökning av ämnet	Göra en pilotsökning av ämnet
Formulering av sammanfattning och abstract	Formulering av sammanfattning och abstract
Formulera lista över definitioner och terminologi	Formulera lista över definitioner och terminologi
Formulera syftet	Formulera syftet
Söka fram artiklar till bakgrund samt granska kvalitén av dessa	Söka fram artiklar till bakgrund samt granska kvalitén av dessa
Sammanställa tidigare forskning och formulera inledning och bakgrund	Sammanställa tidigare forskning och formulera inledning och bakgrund
Läsa om vald metod i metodböcker och artiklar samt beskriva metod	Läsa om vald metod i metodböcker och artiklar samt beskriva metod
Datainsamling och genomgång av insamlade data	Datainsamling och genomgång av insamlade data
Analysera insamlad data	Analysera insamlad data
Skapa koder, subteman samt teman	Skapa koder, subteman samt teman
Formulera resultat	Formulera resultat
Formulera metoddiskussion	Formulera metoddiskussion
Formulera resultatdiskussion	Formulera resultatdiskussion
Formulera konklusion	Formulera konklusion
Formulera kliniska implikationer och fortsatt forskning	Formulera kliniska implikationer och fortsatt forskning
Formalia	Formalia
Referenshantering i referenslista	Referenshantering i referenslista
Generell referenshantering	Generell referenshantering
Korrekturläsning och bearbetning av all text	Korrekturläsning och bearbetning av all text
Korrigerering efter respondentskap	Korrigerering efter respondentskap