



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Magisternivå

Barnmorskans uppfattning om indikationer och effekter av förlossning med elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation utifrån arbetslivserfarenhet

En intervjustudie

Midwifery perception of indications and effects of childbirth by elective caesarean section on humanitarian indication illuminated on the basis of work experience

Författare: Daniela Hellman och Malin Söderström

Handledare: Christina Pedersen och Kerstin Erlandsson

Examinator: Magdalena Mattebo

Ämne/huvudområde: Sexuell, Reproduktiv och Perinatal hälsa

Kurskod: VV3013

Poäng: 15 hp

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Sammanfattning

Bakgrund: Statistik visar på ökat antal elektiva kejsarsnitt internationellt och nationellt. Ett kejsarsnitt kan rädda liv på mor och barn om komplikationer uppstår, elektivt kejsarsnitt är även liksom andra stora operationer förenat med risker för komplikationer. Antalet elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation har ökat i Sverige och cirka 17 % av alla förlossningar sker via kejsarsnitt. Att vårda och stödja kvinnor före, under och efter en förlossning med kejsarsnitt hör till barnmorskans arbete. **Syftet** med studien var att beskriva barnmorskors uppfattning om indikationer och effekter av förlossning med elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation belyst utifrån arbetslivserfarenheter. **Metod:** kvalitativ metod: semistrukturella intervjuer med nio barnmorskor. Materialet analyserades via fenomenografisk analys i sju steg. **Resultat:** Fyra beskrivningskategorier framkom, *Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation är ett etiskt dilemma*, *Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation är en stor operation*, *Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation påverkar organisation och barnmorskans arbetsmiljö* och *Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation påverkar kvinnans förlossningsupplevelse*. Vidare framkom nio kategorier som beskriver barnmorskors uppfattningar. **Slutsats** Barnmorskor uppfattar elektiva kejsarsnitt som något komplext, att de med sina yrkeskunskaper värnar det naturliga vid kejsarsnitt på humanitär indikation och att de har brist på mandat att stödja och stärka kvinnors informerade val om elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation. **Klinisk tillämpbarhet:** Resultatet kan användas vid undervisning kring barnmorskans stödjande och vårdande arbete i samband med förlossning via kejsarsnitt. Vidare kan resultatet vara underlag till diskussioner inom mödrahälsovård och förlossning i syfte att ge barnmorskor stärkt mandat till sina stödjande och informativa uppgifter.

Nyckelord: Barnmorskor, elektivt kejsarsnitt, förlossningsrädsla, uppfattningar, fenomenografi.

Abstract

Background: Statistics show an increased number of elective caesarean section internationally and nationally. A caesarean section can save the life of mother and child if complications arise, elective caesarean section in common with other major surgeries involve risk of complications. The number of elective caesarean sections on humanitarian indication has increased in Sweden and about 17% of all deliveries via caesarean section. To care and support women before, during and after a cesarean is an essential part of midwifery work. **Objective:** The aim of the study is to describe midwives' perception of indications and effects of childbirth by elective caesarean section on humanitarian indication illuminated on the basis of work experience. **Method:** A qualitative approach: semi structural interviews with nine midwives, phenomenographic analysis in seven steps was used for analysis of data. **Results:** Four descriptive categories emerged, *elective Caesarean section on humanitarian indication is an ethical dilemma*, *elective Caesarean section on humanitarian indication is major surgery*, *elective Caesarean section on humanitarian indication affect the organization and midwives working environment* and *elective Caesarean section on humanitarian indication affect the woman's birth experience*. Further nine categories that describe midwife's perceptions emerged. **Conclusion:** Midwives perceived elective ceaserean section as something complex, that with their professional skills they support the natural part in caesarean sections on humanitarian indication and they lacked mandate to support and strengthen women's informed choice regarding elective Caesarean section on humanitarian indication. **Clinical applicability:** The result can be used in education regarding midwives supportive and caring role in deliveries with caesarean section. In addition the result can be used in discussions at delivery wards and antenatal care units regarding improving midwives mandate for their supportive and informative tasks.

Keywords:

Midwife, electiv ceaserean section, fear of childbirth, conceptions, phenomenography.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund.....	1
Definition av centrala begrepp	1
Kejsarsnitt	2
Orsaker till att kvinnor önskade kejsarsnitt.....	3
Barnmorskans roll att stödja och stärka	5
Problemformulering	6
Syfte	7
Metod	7
Design	7
Urval.....	7
Datainsamling	8
Dataanalys	8
Etiska överväganden	10
Resultat.....	11
Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation är ett etiskt dilemma.....	12
Kvinnans informerade val kontra samhällstrend.....	12
Kvinnans rätt att bestämma över sin egen kropp kontra samhällsekonomi...	12
Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation är en stor operation	13
Komplicerad förlossning och postpartumtid.....	13
Fördröjd anknytning.....	14
Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation påverkar organisation och barnmorskans arbetsmiljö	14
Oklart på vilka grunder elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation utfördes utifrån läkares dokumentation.....	14
Medförde merarbete för barnmorskan	15
God omvårdnad vid en vaginalförlossning kunde förhindra kommande elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation	16
Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation påverkar kvinnans förlossningsupplevelse	16

Rädsla för vaginal förlossning – en bakomliggande orsak till elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation	16
Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation – en positiv förlossningsupplevelse	17
Diskussion	18
Resultatdiskussion.....	18
Metod och Etikdiskussion	23
Slutsats	25
Klinisk tillämpbarhet.....	25
Förslag på framtida forskning	25
Referenser	26
Bilaga 1. Robsons 10 klassifikationer.....	32
Bilaga 2. Informationsbrev verksamhetschef.....	33
Bilaga 3. Informationsbrev.....	34

Inledning

Barnmorskans viktigaste verktyg är hennes teoretiska och praktiska kunskaper, samt hennes egen intuition och tron på sig själv om sina kunskaper. För att vinna förtroende hos kvinnan är det viktigt att barnmorskan visar gott samspel till kvinnan och att hon förstår kvinnan för att stärka självkänslan och kvinnans tro på sig själv för att klara av en förlossning. Barnmorskan ska finnas där för att stödja och stärka kvinnan under förlossningen på hennes villkor, även använda sig av sina professionella kunskaper för att bidra till en säker förlossningshandläggning och kunna stå till svars för konsekvenser av vården hos kvinnor (Svenska Barnmorskeförbundet, 1999). Kommunikationen och samspelet mellan barnmorskan och kvinnan är därför av stor vikt. För att främja kommunikation och barnmorskans yttersta ansvar att i varje situation stödja och stärka kvinnor i deras val har författarna funnit det värdefullt att lyfta fram barnmorskors uppfattningar om elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation och diskutera det utifrån barnmorskans stödjande och stärkande funktion.

Bakgrund

Definition av centrala begrepp

Kejsarsnitt på humanitär indikation innebär att det inte föreligger någon medicinsk indikation och utförs på moderna önskan.

Kejsarsnitt kan delas in i elektiva kejsarsnitt som utförs när kvinnan inte har kommit in i förlossningsarbete med värkar, akuta som utförs efter värkarbetets debut och urakuta kejsarsnitt som ska ske inom några minuter då fara för moderns eller barnets liv föreligger (Kaplan, Hogg, Hildingsson och Lundgren, 2009).

Den reproduktiva hälsan innebär förmågan att fortplanta sig och frihet om beslutade kring kvinnors barnafödande och möjligheten att få friska barn. För god reproduktiv hälsa krävs kunskap om och tillgång till födelsekontroll och smittskydd samt trygga förhållanden under graviditet och förlossning (OHCHR [Office of the High Commissioner for Human Rights], 2015).

Kejsarsnitt

Kejsarsnitt (sectio Caesarea) var något som utfördes för århundraden tillbaka då modern avlidit i barnsäng och utfördes för att lagen lex Caesarea förbjöd att man begravde modern med barnet kvar i magen. På 1600-talet utfördes ett kejsarsnitt på en levande kvinna för första gången. På 1800-talet utvecklades anestesi (Lurie och Glezerman, 2003) och i och med detta började man använda sig av kejsarsnitt då det fanns eventuella hinder för en vaginal förlossning, syftet var då att rädda livet på modern. På 1960-talet utfördes kejsarsnitt på fetal indikation och på 1970-talet uppfann man fosterregistrering via kardiokografi (CTG) och därmed ökade frekvensen av kejsarsnitt (Kaplan et al, 2009).

I världen är mödradödligheten stor, ca 830 kvinnor dör varje dag av komplikationer till följd av graviditet och förlossning. De vanligaste komplikationerna är blödning, infektion, havandeskapsförgiftning och osäkra aborter. Flickor under 15 år är de som drabbas av den högsta mödradödligheten i utvecklingsländerna. Bristen på tillgång till säker förlossningsvård är ett stort problem och många förlossningar sker i hemmet utan utbildad personal, som barnmorska eller läkare (WHO, 2015).

Kejsarsnitt har blivit allt mer vanligt globalt, i både hög- och låginkomstländer sker idag fler kejsarsnitt än tidigare (WHO, 2015). Kejsarsnitt är något som vanligtvis utförs när det föreligger en fara för moderns eller barnets hälsa under en vaginal förlossning och är därmed en viktig del av förlossningsvården för att förhindra mödra- och spädbarnsdödligheten (Filippi, Granaba, Calvert, Murray och Storeng, 2015; Parkhurst och Rahman, 2007). Ett kejsarsnitt kan rädda liv på mor och barn om komplikationer uppstår som t.ex. avstannat värkarbete, havandeskapsförgiftning och hotande fosterasfyxi. I låginkomstländer kan sociala och kulturella normer påverka kvinnan i valet av förlossningsmetod. För privata kliniker kan kejsarsnitt vara en lönsam verksamhet då kvinnor med okunskap kring förlossningsmetoder får betala för kejsarsnitt, ibland utan medicinsk indikation (Parkhurst och Rahman, 2007).

Kirurgi, som ett kejsarsnitt, kan ge komplikationer på både kort och lång sikt och leda till sämre hälsa hos både mor och barn samt försämra den reproduktiva och

sexuella hälsan. En kvinna som tidigare genomgått ett kejsarsnitt, akut eller planerat, riskerar större komplikationer vid nästa förlossning såsom postpartumblödning och uterusruptur (Størksen, Garthus-Niegel, Adams, Vangen och Eberhard-Gran, 2015; Kok et al, 2014).

I utvecklingsländer har kvinnan större risk att drabbas av komplikationer efter ett kejsarsnitt då resurserna för säker kirurgi och behandling inte alltid finns att tillgå (WHO, 2015).

År 1985 ansåg WHO att antalen kejsarsnitt per region inte skulle överstiga 10-15%, vilket många studier visar att det gjorde och att det till stor del beror på kejsarsnitt på humanitär indikation. Robsons klassifikationssystem har utvecklats för att identifiera behov av förändring, minska antalet omotiverade kejsarsnitt och för att förbättra kvaliteten på vården för gravida kvinnor under förlossning. Robsons klassifikationssystem delar in alla förlossningar i 10 grupper, se bilaga 1, och är baserat på 5 parametrar. Paritet och tidigare kejsarsnitt, spontan förlossningsstart, induktion eller kejsarsnitt innan värkdebut, fosterbjudning och fosterläge, antal foster och graviditetslängd (Robson, 2001). Alla kvinnor kan klassificeras i en av de fem parametrarna och registreras, detta kan hjälpa vårdinrättningar världen över för att jämföra fakta mellan antal kejsarsnitt globalt (Costa, Cecatti, Souza, Milanez och Gülmezoglu, 2010).

Av alla förlossningar i Sverige sker idag cirka 17 % via kejsarsnitt och var en tydlig ökning från 5 % av alla förlossningar på 1970-talet (Socialstyrelsen, 2015). Ett elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation utförs utifrån kvinnans önskan och det föreligger ingen medicinsk indikation. (Socialstyrelsen, 2011). År 2013 var 19.5 % förstföderskor och ca 8 % av alla kejsarsnitt utfördes på moderns begäran (Socialstyrelsen, 2015).

Orsaker till att kvinnor önskade kejsarsnitt

Oro och rädsla inför graviditet och förlossning kan leda till prematur eller överburen graviditet. Det kunde även bidra till ett långdraget värkarbete, en högre önskan om mer smärtlindring under förlossningen samt ökad risk för akut kejsarsnitt. Studier har visat att förlossningsrädda kvinnor besöker förlossningsavdelningen fler gånger under graviditeten på grund av oro och har

sämre anknytning till barnet efter förlossningen och upplever amningsproblematik och depression (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi och Halmesmäki, 2001; Salomonsson, Alehagen och Wijma, 2011; Klint-Carlander, Edman, Christensson, Andolf och Wiklund, 2010).

Kvinnans emotionella och psykiska hälsa gav en stark påverkan på förväntningar inför och upplevelser av graviditet och förlossning. Hade kvinnan ett sämre psykiskt mående under graviditeten kunde det avspeglade sig under förlossningsarbetet. Ett psykiskt dåligt mående under graviditeten kunde vara en bidragande faktor till rädsla inför en förlossning och dessa kvinnor önskade ofta ett planerat kejsarsnitt (Fenwick et al, 2015; Størksen et al, 2015).

I en enkätstudie av Ryding et al (2015) där 6422 gravida kvinnor deltog beskrevs att en av de största orsakerna till kejsarsnitt utan medicinsk indikation kunde vara rädsla inför förlossningen, både hos förstföderskor och hos flerföderskor.

Tolmacheva (2015) beskrev i sin studie att kvinnor ville ha möjlighet att välja ett elektivt kejsarsnitt och inte behöva utsättas för ett akut kejsarsnitt om något inte gick som planerat under förlossningen. Att kvinnorna inte behövde känna rädsla för att inte skulle klara av en vaginal förlossning och få känna kontroll var flera viktiga faktorer för många kvinnor (Tolmacheva, 2015), samt rädslan för att inte hantera förlossningssmärta (Richens, Hindley och Lavender, 2015). I flera studier beskrevs att det fanns ett samband mellan kvinnor som hade en rädsla inför förlossning, rädsla under latensfasen och vidare i förlossningsarbetet hanterade värkarbetet sämre, hade större risk att drabbas av ett akut kejsarsnitt (Salomonsson et al, 2011; Saisto et al, 2001).

Om kvinnan tidigare varit med om en traumatisk förlossning kunde detta försvåra en kommande vaginal förlossning och vidare bidra till att kvinnan ville föda via ett elektivt kejsarsnitt (Socialstyrelsen, 2011; Ryding et al, 2015). Var kvinnan förstföderska kunde hon skrämmas av andras upplevelser, erfarenheter och berättelser kring förlossning. Sexuella övergrepp och tidigare traumatiska upplevelser från sjukvården kunde leda till en rädsla för att föda vaginalt (Salomonsson et al, 2011). Om barnet blivit skadat eller till och med avlidit under en tidigare förlossning kunde det leda till rädsla för en vaginal förlossning. Kvinnor var rädda för att drabbas av fysiska skador som urin- och

avföringsinkontinens, livmoderframfall och påverkat sexualliv efter en vaginal förlossning (Socialstyrelsen, 2011; Fenwick, Staff, Gamble, Creedy och Bayes, 2010).

Medias påverkan gav inte alltid rätt intryck av ett normalt förlossningsarbete (Steel och Jomeen, 2015). Salomonsson et al (2011) menade att kvinnor idag var mer öppna om rädsla inför förlossning och detta påverkades av medias fokus kring psykologiska aspekter i samband med graviditet och förlossning. Kvinnor tog även reda på mycket fakta om förlossningar på internet.

Barnmorskans roll att stödja och stärka

I Sverige vårdar barnmorskan kvinnor under normal graviditet och förlossning och läkare tillkallas vid komplikationer, barnmorskan finns dock fortfarande delaktig (Lundgren och Berg, 2007). Kvinnor som deltog i en studie av D'Cruz och Lee (2014) beskrev att det var viktigt att känna tilltro till vårdpersonalen.

Barnmorskans kunskap och stöd under förlossningen ansågs viktigare än en doktors tekniska kunskap. Vårdpersonal ska arbeta efter en etisk värdegrund som bygger på en humanistisk människosyn, mötet mellan vårdgivare och patient ska grundas på respekt för patienten. Om patienten får vara delaktig i sin vård kan kunskaper, upplevelser och erfarenheter skapa bättre förutsättningar för vården. Om patienten inte får vara delaktig kan det riskera att patienten förlorar förtroendet för sjukvården. (Socialstyrelsen, 2005).

Kvinnor har belyst vikten av att få vara delaktiga under förlossningen, att de blev sedda i salen både under normal förlossning men även när något akut inträffade, att barnmorskan inte förbisåg kvinnan i det akuta skedet var viktigt. Kvinnor önskade en lugn barnmorska som informerade hur förlossningsarbetet fortlöpte (Berg, Ólafsdóttir och Lundgren, 2012). En kvinna med rädsla, dåligt socialt stöd och arbetslöshet behövde mer stöd och handledning under graviditeten och inför kommande förlossning (Saisto et al, 2001).

Fenwick et al (2015) och Salmononsson et al (2011) beskrev att för kvinnor, som deltog i ett barnmorskelett föräldrastöd i grupp och fått förberedelse kring graviditet och förlossning kunde föräldrastödet bidra till att de i högre grad vågade genomgå en vaginal förlossning och kunde därmed minska antalet kejsarsnitt på

humanitär indikation. En förlossningsplan kunde hjälpa kvinnor att hantera rädsla inför förlossningen och samtidigt hantera förlossningsarbetet bättre än kvinnor utan en förlossningsplan (Salomonsson et al, 2011).

Barnmorskorna belyste vikten av en lugn atmosfär under förlossningen och att detta var viktigt för kvinnor med rädsla och oro under förlossningen.

Barnmorskans roll var att skapa trygghet, stödja och stärka som vidare ledde till en tryggare födande kvinna som kände lugn i sig själv och i sitt självförtroende (Lundgren och Berg, 2007). Efter ett kejsarsnitt var det viktigt för barnmorskan att vara ett stöd för modern genom att främja anknytningen mellan mor och barn.

Smärta efter förlossningen hos de som genomgått kejsarsnitt kunde vara en orsak till att det första amningstillfället skedde längre tid efter förlossningen jämfört med vaginalt förlösta kvinnor (Cakmak och Kuguoglu, 2007). Kvinnor som var vaginalt förlösta var mindre stressade över amningen jämfört med kvinnor som genomgått ett kejsarsnitt (Klint-Carlander et al, 2010). Om barnet behövde vårdas på neonatalavdelning efter förlossningen kunde det vara svårt att etablera en bra anknytning mellan mor och barn (Wigert, Johansson, Berg och Hellström, 2006). Anknytningen till barnet kunde försämrans på grund av ett kejsarsnitt (D’Cruz och Lee, 2014).

Problemformulering

Barnmorskan har en viktig roll att med sina kunskaper stödja och stärka kvinnan i förlossningsarbetet både under ett normalt och akut skede. Barnmorskans profession är att alltid stödja och stärka kvinnan i de beslut kvinnan tar kring sin reproduktiva hälsa. Barnmorskan stöder och stärker kvinnor utifrån kvinnors upplevelser i varje situation kvinnan befinner sig i. För att stödja och stärka kvinnor som önskar att föda med elektiva kejsarsnitt är det viktigt att ta reda på vilka uppfattningar om elektiva kejsarsnitt som barnmorskor bär med sig in i mötet med kvinnan. Barnmorskor kunde utifrån de uppfattningar som hon själv kanske bär med sig medvetandegöras och därmed skapades förutsättningar för ett vårdmöte där stödet blev optimalt för kvinnan i varje situation. Barnmorskans uppfattning om kejsarsnitt på humanitär indikation belyst utifrån arbetslivserfarenheter hade inte tidigare studerats.

Då statistiken visade på ett ökat antal elektiva kejsarsnitt ville författarna till denna studie undersöka vad legitimerade barnmorskor inom förlossning och/eller postpartumvård hade för uppfattningar om indikationer och effekter av förlossning med elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation belyst utifrån barnmorskornas arbetslivserfarenheter.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva barnmorskors uppfattningar om indikationer och effekter av förlossning med elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation belyst utifrån arbetslivserfarenheter.

Metod

Design

En kvalitativ design användes med individuella semi-strukturella intervjuer för datainsamling. Analysen inspirerades av den fenomenografiska metoden, vilken ursprungligen baserades av Marton (1981) för forskning om pedagogik. Denna metod syftar till att beskriva hur olika uppfattningar om verkligheten skiljer sig hos olika människor på kollektiv nivå.

Det fenomenografiska forskningsresultatet handlar inte i första hand om en beskrivning av den uppfattade företeelsen i sig, utan om variation i tänkande gällande företeelsen. Mänskliga uppfattningar utforskades och inte fenomenen i sig. Författarna fokuserade på människors erfarenheter, deras personliga uppfattande om något. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012).

Urval

Deltagare i studien var barnmorskor som arbetade på ett sjukhus i Mellansverige, ålder mellan 33 och 59 år med mellan 3 och 19 års arbetslivserfarenhet inom förlossnings- och/ eller postpartumvård. Inklusionskriterier var svensktalande legitimerade barnmorskor som hade en arbetslivserfarenhet på minst 1 år inom förlossnings- och/eller postpartumvård och som arbetade inom förlossnings- och/ eller postpartumvård vid tidpunkten för studiens genomförande.

Exklusionskriterier var barnmorskor som inte hade arbetat vid förlossnings- eller

med postpartumvård eller barnmorskor med mindre än 1 års arbetslivserfarenhet. Informationsbrev till en verksamhetschef skickades för godkännande att få genomföra en intervjustudie av legitimerade barnmorskor på vederbörande kvinnoklinik, bilaga 2. Samtliga 35 barnmorskor informerades om studien och tillfrågades om deltagande via e-post från verksamhetschefen.

Urvalet av deltagare till intervjustudien var ett strategiskt bekvämlighetsurval. Barnmorskorna som hörde av sig för deltagande (till MS eller DH) erhöll ett informationsbrev, bilaga 3, där studiens syfte beskrevs och de barnmorskor som ville medverka i studien fick skriva på ett skriftligt medgivande. Barnmorskor som kunde inkluderas enligt kriterierna erbjöds delta studien. 9 barnmorskor deltog i studien.

Datainsamling

Datainsamling utfördes genom semi-strukturella individuella intervjuer. Enkla öppna frågor via en intervjuguide användes under intervjuerna och ibland användes följdfrågor. En pilotintervju, där båda författarna deltog, genomfördes med en barnmorska för att säkerställa intervjuguidens genomförbarhet. Inga tillägg i intervjuguiden och pilotintervjun inkluderades senare i analysen.

Datainsamlingen genomfördes under december månad 2015. Två av intervjuerna skedde med endast en intervjuare närvarande av praktiska skäl och samtliga intervjuer transkriberades av författarna direkt efter genomförd intervju. Intervjuerna pågick under cirka 20 till 30 minuter och skedde på en avskild plats, ett rum på vårdinrättningen, där intervjun kunde genomföras ostört.

Dataanalys

Analysen genomfördes med fenomenografisk inspiration i sju steg.

Det första steget, *Familiarization*, innebar att författarna till studien lyssnade på de inspelade intervjuerna och läste det transkriberade materialet, för att se om barnmorskornas uppfattningar kunde bedömas i enlighet med studiens syfte. Vidare lästes materialet fler gånger för att lära känna datamaterialet. Det blev uppenbart att barnmorskor hade uppfattningar om effekter och indikationer av elektiva kejsarsnitt.

I det andra steget, *Conception*, klassificerades data genom att urskilja relevanta och signifikanta uttalanden i de individuella intervjuerna var för sig, 124 olika föreställningar identifierades. I det tredje steget, *Condensation*, reducerades de individuella uttalandena genom att finna de centrala delarna i större meningsbärande enheter.

Nästa steg var *Grouping*, då innehållskategorier med det som alla talade om som utgångspunkt och det som framstod som signifikant organiserades och namngavs. Innehållskategorierna blev "Kvinnans rätt att bestämma över sin egen kropp", "Samhälle påverkar", "Enkel väg, bekvämlighetsskäl", "Rädslan byggs på", "Rädsla", "Anknytning", "Dålig dokumentation, snittas "lättvindigt", "Stor operation", "Större risker för kvinnor och barn", "Merarbete för barnmorskan och barnmorskans arbetsmiljö", "Stöd vid vaginal förlossning för att förebygga elektivt snitt", "Vart drar man gränsen?", "Kontroll", "Kunskap" "Etiskt dilemma", "Det kostar jättemycket" och "Kvinnans rätt att bestämma över sin egen kropp". Dessa rubriker var ett första steg och ett led i processen att skapa beskrivningskategorier i de kommande stegen.

I det femte steget, *Comparison*, jämfördes inledande beskrivningskategoriernas likheter och olikheter med avsikten att avgränsa uppfattningarna från varandra i kategorier.

Det sjätte steget, *Naming*, innefattade att namnge beskrivningskategorierna utifrån kärnan i deras tillskrivna innebörder. Kategorierna namngavs "Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation påverkar kvinnans förlossningsupplevelse", "Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation påverkar organisation och barnmorskans arbetsmiljö", "Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation är en stor operation" och "Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation är ett etiskt dilemma" med tillhörande kategorier, se tabell 2.

I det sjunde steget, *Contrastive comparison*, läste författarna intervjuerna en sista gång och bedömde att barnmorskors uppfattning presenterades i resultatet. Författarna är överens om resultaten i studien. Citaten som finns presenterade i resultatet beskriver barnmorskors uppfattningar om indikationer och effekter av

förlossning med elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation belyst utifrån arbetslivserfarenheter.

Tabell 1. Analysprocessens steg

<i>Familiarization</i>	<i>Conception</i>	<i>Condensation</i>	<i>Grouping</i>	<i>Collective Description</i>	<i>Naming</i>	<i>Contrastive comparison</i>
Barnmorskors uppfattningar bedöms	”medicinska nackdelar för mamma och barn och längre vårdtider efter en operation” ”risken för att drabbas av en stor blödning ökar ju med ett snitt” ”sen är det ju risken för blodpropp” ”barnet får ju inte den här pressen på lungorna”	Barnmorskorna hade uppfattningar om vilka risker som finns med snitt.	Större risker för kvinnor och barn	Barnmorskornas uppfattning om elektivt kejsarsnitt var att det var en stor bukoperation som för kvinnan kunde medföra komplikationer.	<i>Uppfattning:</i> Kejsarsnitt är förenat med risker. <i>Beskrivningskategori:</i> Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation är en stor operation <i>Kategori:</i> Komplicerad förlossning och postpartumtid	Barnmorskors uppfattningar har bedömts.

Etiska överväganden

Studien genomfördes enligt Vetenskapsrådet (2015) forskningsetiska principer angående information, samtycke, konfidentialitet och nyttjandekravet.

Informationskravet innebar att information till deltagarna lämnades både skriftligt, se bilaga 2, och muntligt kring vem som ansvarade för studien, studiens syfte och genomförande samt kriterierna för att delta i studien. Deltagarna informerades om att medverka i studien var helt frivilligt och anonymt. All data var avidentifierad och deltagarna hade möjlighet att avbryta sin medverkan utan närmare motivering när som helst. Samtyckeskravet innebar att deltagarna fick ge sitt samtycke till att medverka i studien genom att skriva under informationsbrevet, bilaga. 2.

Konfidentialitetskravet innebar att intervjuerna spelades in och endast författarna till studien tog del av det inspelade materialet som förvarades i en av författarnas bostad så att ingen utomstående kunde komma åt materialet.

Nyttjadedekravet innebar att studiens insamlade material endast användes till forskningsändamål som presenterades i form av en magisteruppsats vid Högskolan Dalarna. Den kliniska verksamheten kommer att kunna ta del av denna studie efter presentation och examination. Inget etiskt tillstånd från Högskolan Dalarna behövdes. De etiska principerna har efterföljts och deltagarna tillhör ingen etiskt utsatt grupp. Författarna har reflekterat över sin förförståelse tillsammans med handledarna och med varandra för att egna värderingar eller åsikter från författarna inte skulle färga analysen.

Resultat

Resultatet från intervjuerna med de nio barnmorskorna presenteras med fyra beskrivningskategorier med tillhörande kategorier, se tabell 2.

Tabell. 2 Beskrivningskategorier och tillhörande kategorier

Beskrivningskategorier	Kategorier		
Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation är ett etiskt dilemma	Kvinnans informerade val kontra samhällstrend	Kvinnans rätt att bestämma över sin egen kropp kontra samhällsekonomi	
Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation är en stor operation	Komplicerad förlossning och postpartumtid	Fördröjd anknytning	
Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation påverkar organisation och barnmorskans arbetsmiljö	Oklart på vilka grunder elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation utfördes utifrån läkares dokumentation	Medförde merarbete för barnmorskan	God omvårdnad vid en vaginalförlossning kunde förhindra kommande elektiva snitt på humanitär indikation
Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation påverkar kvinnans förlossningsupplevelse	Rädsla för vaginal förlossning – en bakomliggande orsak till elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation	Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation – en positiv förlossningsupplevelse	

Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation är ett etiskt dilemma

Kvinnans informerade val kontra samhällstrend

Barnmorskors uppfattning om elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation som ett etiskt dilemma var att kvinnorna behövde göra ett väl underbyggt informerat val. De behövde få veta mer exakt vad det innebar med elektivt kejsarsnitt och vilka risker det medförde för mor och barn på kort och lång sikt. Detta för att kvinnorna skulle kunna fatta ett välinformerat beslut. Barnmorskornas uppfattning var att alla kvinnor inte gjorde ett informerat val när de förlöstes via elektivt kejsarsnitt utan att många kvinnor i okunskap fattade sitt beslut på en otillräcklig grund av vinklad information. Flera barnmorskor hade uppfattningen att kvinnorna inte förstod vad ett kejsarsnitt innebar förrän det väl var dags för förlossningen.

”Det är ju superviktigt att de vet vad de ger sig in på” (informant 4)

Den globala trenden där elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation ökar i många delar av världen kommer att komma till Sverige och bli mer förekommande uppfattade barnmorskorna. Kvinnor kan idag i andra länder själv planera dag för förlossningen och ett kejsarsnitt är normaliserad som förlossningsmetod.

”Jag vet att det här ökar över hela världen, så det är ingenting specifikt för Sverige” (informant 3)

Kvinnans rätt att bestämma över sin egen kropp kontra samhällsekonomi

Barnmorskornas uppfattning om elektiva kejsarsnitt som ett etiskt dilemma var att kvinnans rätt att bestämma över sin egen kropp gick före kostnaden för ett elektivt kejsarsnitt. Ekonomin var en etiskt svår fråga. Om trenden ökade och fler ville ha ett elektivt kejsarsnitt så blev det kostsamt för samhället och det drabbar andra som behöver sjukvård för resurserna är begränsade. Å andra sidan uppfattade några av barnmorskorna att ur ett samhällsperspektiv blev kostnaderna mindre belastade vid ett elektivt kejsarsnitt kontra kostnaderna för eventuella komplikationer efter en vaginal förlossning som svåra bristningar och skador på barnet. Hos kvinnor som

genomgått ett kejsarsnitt tidigare så var det enligt barnmorskorna vanligare med elektivt kejsarsnitt även nästkommande graviditeter.

”så det är klart att om 1700 kvinnor ska snittas på ett sjukhus per år så blir det jättemycket pengar kontra om 1700 kvinnor föder vaginalt” (informant 4)

Elektiva kejsarsnitt som etiskt dilemma hade hos barnmorskorna sin förankring i arbetslivserfarenhet då de träffat på kvinnor som de önskat i efterhand att de blivit erbjudna elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation med tanke på den traumatiska förlossning de upplevt. Å andra sidan var elektivt kejsarsnitt enligt barnmorskorna en enkel väg för andra kvinnor som ville ha kontroll på situationen, vill bevara kroppen i ursprungligt skick och planera när barnet skulle komma.

Barnmorskornas uppfattning var att en del kvinnor inte skulle föda fler än ett barn om de inte beviljades elektivt kejsarsnitt.

”Jag tycker att det är en vinst att det föds barn oavsett om det är via snitt eller vaginalt, så att en kvinna inte blir utan barn för att hon inte vågar föda vaginalt” (informant 6)

Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation är en stor operation

Komplicerad förlossning och postpartumtid

Barnmorskornas uppfattning om elektivt kejsarsnitt var att det var en stor bukoperation som för kvinnan kunde medföra komplikationer som blodproppsrisk, infektionsrisk, besvär från tarmar och smärta postpartum. Den stora operationen innebar ofta att kvinnorna blev mer begränsade när de inte kunde ta sig upp ur sängen och hade problem med att röra sig obehindrat på grund av smärtan i buken efter kejsarsnittet. Ju fler kejsarsnitt ju större risk för uterusruptur var barnmorskornas uppfattning. Smärtan efter operationen innebar mer smärtlindrande åtgärder såsom läkemedel och hjälp med att hitta en bra position i sjukhussängen för kvinnorna, som ofta var sängliggande första dygnet menade barnmorskorna.

Kvinnorna hade svårt att på grund av smärtan hålla barnet nära sig och lägga till barnet vid amning och barnet kom ofta igång senare med amningen. Om kvinnan kanske dessutom fick någon komplikation kunde hon inte ha barnet hos sig.

”Alltså ett planerat kejsarsnitt, det är ju ett stort, stort ingrepp” (informant 1)

Fördröjd anknytning

Barnmorskornas uppfattning om förlossning med elektivt kejsarsnitt var att den fördröjde anknytningen. Barnmorskorna försökte arbeta på ett sådant sätt att förlossningen och mötet med barnet blev så naturligt som möjligt för att förebygga fördröjd anknytning. Att främja anknytningen mellan mor och barn tyckte de var en viktig del i yrkesrollen. När barnet föds fram lägger barnmorskan barnet direkt på bröstet för att främja den första kontakten och anknytningen. För kvinnan kunde anknytningen till barnet ta längre tid än vid vaginal förlossning enligt barnmorskorna. Vidare uppfattade barnmorskorna att smärta efter kejsarsnittet gjorde att kvinnorna hade svårare att ha barnet nära på grund av ömmande buk, smärtan efter ett kejsarsnitt kunde bidra till att kvinnan inte orkade ta sig till barnet. Barnmorskornas uppfattning var att det fanns risk att mor och barn blev separerade från varandra efter ett kejsarsnitt, att barnet var i behov av läkarundersökning eller hamnade på barnavdelningen vilket kunde fördröja anknytningen mellan mor och barn.

”Smärta, det kan påverka kvinnans anknytning till barnet...” (informant 9)

Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation påverkar organisation och barnmorskans arbetsmiljö

Oklart på vilka grunder elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation utfördes utifrån läkares dokumentation

Barnmorskornas uppfattningar utifrån de journalanteckningar de tagit del av var att läkare beslutade om och utförde elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation på oklara grunder. De ansåg att läkarna behövde lyfta för och nackdelar på kort och lång sikt tillsammans med kvinnan vid bedömningssamtalet, vilket sällan framgick om det gjorts via journalanteckningarna.

”Ibland journalmässigt kan de kännas som att de kommer dit och säger att de vill ha ett snitt, och Ja det går bra...” (Informant 5).

Barnmorskorna uppfattade att kvinnors önskan om elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation skulle vara noggrant utrett, samt att de fått saklig information

kring de komplikationer som kvinnan och barnet kunde drabbas av, att komplikationerna kunde vara livshotande för både kvinnan och barnet. Vidare uppfattade barnmorskorna att detta kanske kunde få snittfrekvensen att sjunka. Dessutom menade barnmorskorna att om kvinnorna fått kejsarsnitt beviljat utan en diskussion om riskerna med kejsarsnitt så hade man förstärkt deras uppfattning om att en vaginal förlossning var farlig och att kvinnorna troligtvis inte upplevde mindre rädsla vid en kommande förlossning.

Barnmorskorna uppfattade att om man stöttade kvinnan via aurorabesök och psykolog och tog reda på den bakomliggande orsaken till varför kvinnorna hellre förlöstes med kejsarsnitt hade man sett till kvinnans bästa. Hade kvinnan tidigare upplevt en traumatisk förlossning kunde det vara av betydelse att hjälpa henne att bearbeta denna inför den kommande förlossningen.

”Ibland så är kvinnan beslutsam och vill göra ett kejsarsnitt, då är det svårt och prata henne till något annat..” (informant 3)

En fördel med elektivt kejsarsnitt var enligt barnmorskorna att de kunde planera patientflödet på avdelningen bättre och styra förlossningarna till olika dagar.

Medförde merarbete för barnmorskan

Barnmorskorna uppfattade att det var merarbete kring en förlossning med kejsarsnitt och att det ställde högre krav på barnmorskorna för att finnas tillgängliga och ge god information både inför och under operationsdagen. Barnmorskornas uppfattning var att de ville bidra till ett så naturligt förlopp som möjligt under kejsarsnittet för att medverka till en fin förlossning med familjen i fokus.

”Allmänt tänker jag att det ställer högre krav på mig som barnmorska...” (informant 9)

Fler kontroller, smärtlindring och omvårdnad kring kvinnorna uppfattade barnmorskorna att ett elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation medförde. Effekterna av ett kejsarsnitt på humanitär indikation var att arbetet postpartum blev tyngre enligt barnmorskorna eftersom kvinnorna behövde mer stöd vid mobilisering och generellt för att kejsarsnitt är en stor operation. Barnmorskorna

uppfattade att arbetsbelastningen ökade då de i sin yrkesroll var i behov av att identifiera avvikelser och observerade kvinnan med tanke på de komplikationer som kunde uppstått efter kejsarsnittet. Barnmorskorna uppfattade att antalet kejsarsnitt på humanitär indikation är för många. Kvinnorna behövde också mer amningsstöd vilket påverkade arbetsbelastningen enligt barnmorskorna.

”När dom är snittade så har det ju mer smärta och det är svårare att hjälpa till med amningsställningar” (informant 7)

God omvårdnad vid en vaginalförlossning kunde förhindra kommande elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation

Barnmorskornas stöd och hjälp under en förlossning kunde menade barnmorskorna vända oro och rädsla till något positivt som stärkte kvinnan att klara av förlossningen och övervinna rädsla. Barnmorskornas uppfattning var att det skulle vara en barnmorska per förlossning för att stötta och hjälpa kvinnan. Då skulle det också vara möjligt att ge kvinnorna en god omvårdnad vid den vaginala förlossningen och även minska elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation. Barnmorskorna uppfattade att de ville få utveckla sin kompetens i normal förlossning och de uppfattade det tråkigt att många kvinnor önskade kejsarsnitt på humanitär indikation.

”Det kan vara väldigt stärkande att genomgå en vaginal förlossning” (informant 6)

Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation påverkar kvinnans förlossningsupplevelse

Rädsla för vaginal förlossning – en bakomliggande orsak till elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation

Barnmorskornas uppfattning var att de kvinnor som önskade elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation var rädda inför en vaginal förlossning.

”Fler och fler är rädd för att föda, för att föda barn överhuvudtaget...” (informant 3)

En del av kvinnorna hade tidigare varit med om traumatisk förlossning, hade tidigare blivit utsatt för sexuella övergrepp och/eller led av psykisk ohälsa. Många

av de kvinnor som barnmorskorna mött i sin arbetslivserfarenhet var rädda för att drabbas av komplikationer som bristningar i underlivet, att underlivet skulle förändras utseendemässigt och att de skulle drabbas av inkontinensbesvär.

”De som får ett planerat kejsarsnitt, på grund av humanitär (indikation), de är ju rädd, alltså de är ju väldigt rädda” (informant 1)

Barnmorskorna hade uppfattningar om att kvinnorna påverkades av vad de hört i sociala medier och vad de läst på internet, som fakta kring förlossningar på föräldraforum. I bekantskapskretsen får blivande kvinnorna veta hur hemskt det är att föda barn och hur ont det gjort och höra skräckexempel av sina egna mödrar och systrar.

”Jag tror först och främst att internet är en bidragande orsak till att rädslan ökar” (informant 1)

Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation – en positiv förlossningsupplevelse

Barnmorskorna uppfattade att elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation bidrog till en tryggare kvinna med en positiv förlossningsupplevelse som minskade risken för ett trauma om kvinnan genomgått en vaginalförlossning och var orolig för en kommande förlossning.

”Om man har en förlossningsrädsla så får man välja ett snitt om man vill...”
(Informant 8)

Barnmorskor uppfattade att när rädda kvinnor fick vara med och välja förlossningsmetod kunde det vara positivt för kvinnans autonomi. Kvinnorna kunde knyta an till barnet bättre och behövde mindre stöd och uppföljning när de fått vara med och bestämma. Barnmorskorna uppfattade att kvinnor med svår förlossningsrädsla skulle ha rätt till ett elektivt kejsarsnitt.

”så därför tror jag det här barnafödandet som egentligen är det naturligaste av allt annat får ta ett steg tillbaka” (informant 8)

Diskussion

De centrala delarna i resultatet beskrev barnmorskors uppfattning om elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation.

I den första beskrivningskategorin beskrevs *elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation som ett etiskt dilemma*. Kvinnor borde ha rätt att välja ett elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation utifrån informerat val var barnmorskornas uppfattning.

I den andra beskrivningskategorin beskrevs *elektivt kejsarsnitt som en stor operation* som kunde medföra komplicerad förlossning och postpartumtid för kvinnor och barn.

Den tredje beskrivningskategorin beskrev hur *elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation påverkade organisation och barnmorskors arbetsmiljö*. Elektiva kejsarsnitt medförde merarbete för barnmorskan. Barnmorskors uppfattning var att god omvårdnad vid vaginal förlossning kunde förhindra kommande elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation.

I fjärde beskrivningskategorin beskrevs *elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation påverkade kvinnans förlossningsupplevelse*. Elektiva kejsarsnitt kunde bidra till en positiv upplevelse för kvinnan.

Nedan diskuteras barnmorskornas uppfattningar om elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation inom varje beskrivningskategori i relation till vetenskapliga publikationer.

Resultatdiskussion

I den första beskrivningskategorin beskrevs elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation som ett etiskt dilemma. Barnmorskorna uppfattade att kvinnorna inte valde förlossning med elektivt kejsarsnitt utifrån ett informerat val utan fattade sitt beslut på otillräcklig grund. En tvärsnittsstudie av Haines, Rubertsson, Pallant och Hildingsson (2012) har visat att information skapar förtroende mellan kvinna och barnmorska och förtroendet kan leda till att attityder förändrades. Bristande förtroende för personal och rädsla inför förlossning var faktorer som kunde

påverka kvinnans val av förlossningsmetod t.ex. elektivt kejsarsnitt på humanitärindikation istället för vaginal förlossning (Haines et al, 2012). Vidare, i en fenomenografisk studie av Gibbins och Thomsom (2001), beskrevs att saklig och realistisk information behövdes för att kvinnan skulle kunna välja och besluta om ett för henne ”rätt” val gällande sin förlossning. Intressant nog fann författarna i en enkätstudie av Turner et al (2008) som beskrev att läkare skulle vara mer villiga att genomgå ett kejsarsnitt än vad barnmorskor var. Läkarna beskrevs ”rädda” för att hamna i konflikter med kvinnorna och därmed förlora sina patienter och därför gick de med på kvinnornas önskan om kejsarsnitt utan att informera och diskutera med kvinnorna om de olika alternativen.

Hade kvinnan tidigare genomgått ett kejsarsnitt fick hon det lättare vid nästa förlossning. Kvinnorna hade i sin tur gott förtroende för den medicinska kunskapen som läkaren innehade (Fenwick et al, 2010). Kvinnor har även gott förtroende för den svenska barnmorskan (Socialstyrelsen, 2011). För att värna det normala födandet borde kvinnor därför erbjudas hjälp att bearbeta rädsla inför en vaginal förlossning. Om det vid bedömningsamtalet med läkare framgår att kvinnan är rädd för att föda vaginalt kunde hon hänvisas till aurorabarnmorska eller psykolog (Hagberg, Marsal och Westgren, 2014). Barnmorskor och läkare har en unik kompetens att skapa ett gott möte med kvinnan och hennes partner. Mötet mellan kvinnan och läkaren/barnmorskan bör utmynna i en förtroendefull relation, god omvårdnad och kvinnors informerade val. Barnmorskornas uppfattning i den aktuella studien var att oavsett vilket val kvinnan tog är hennes uppgift att stödja och stärka kvinnans eget val. Det sammanfaller med Lundgren och Bergs studie (2007) om barnmorskans stödjande och stärkande roll. God omvårdnad vid en vaginalförlossning kunde förhindra kommande elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation uppfattade barnmorskorna i den aktuella studien. En god relation mellan kvinnan och barnmorskan under förlossningen kunde stärka kvinnans tro på sig själv och känslan att klara av en normal förlossning och uppleva trygghet och säkerhet enligt Lundgren och Berg (2007) och Berg et al (2012). Detta resonemang stöds vidare i en studie av O'Hare och Fallon (2011) som beskriver barnmorskors stöd under förlossningsarbetet som stärkande för kvinnan. Information till kvinnan var viktigt under förlossningsarbetet, för att kvinnan skulle känna delaktighet.

Barnmorskorna fick arbeta med att finna det unika i varje förlossning och använde sig av sina praktiska och teoretiska kunskaper för att ge ett gott stöd. Barnmorskan hade en unik roll att skapa trygghet hos kvinnan och arbeta för att skapa en positiv upplevelse av barnafödandet och bidra till att kvinnan med rätt stöd inte valde interventioner på oklar grund (Haines et al, 2012). Det behövs även en rättvisande bild i media av olika förlossningsalternativ för att kvinnor ska göra informerade val enligt Steel och Jomeen (2015). Barnmorskorna uppfattade i den aktuella studien att sociala medier och personer i kvinnornas närhets gav intryck av att en normal förlossning kunde vara skrämmande. Detta bekräftades i tidigare nämnd studie av Steel och Jomeen (2015). Medias bild av en normal förlossning kunde vara missvisande, vilket kunde skrämna kvinnor. Vidare i en studie av Fenwick et al (2010) beskrevs att kvinnor hört skräckhistorier om sina egna mödrars förlossningsupplevelser och där barn tagit skada under vaginala förlossningar.

Barnmorskornas uppfattning var att elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation kommer att bli allt mer förekommande i Sverige. Detta stämmer väl överens med den globala trenden och nationella statistiken. Under de senaste tio till femton åren har elektiva kejsarsnitt ökat globalt (Turner et al, 2008). När Svenska siffror jämförs med andra länder är de fortfarande relativt låga (Gunnervik, Josefsson, Sydsjö och Sydsjö (2008). Barnmorskor i den aktuella studien liksom i andra studier (Gunnervik et al, 2008; Josefsson et al, 2011) ansåg att barnmorskornas yrkesgrupp värnade normal födsel och dess fördelar för t.ex. anknytning, amning och kvinnans återhämtning i linje med evidensbaserad vård vid normal förlossning (Renfrew et al, 2014). Barnmorskorna i den aktuella studien arbetade aktivt med att göra födsel med kejsarsnitt så lik en vaginal födsel som möjligt. De poängterade t.ex. att de värnade anknytningen mor-barn och ansåg det arbetet viktigt för barnmorskan.

Barnmorskorna tog även upp den samhällsekonomiska aspekten ur svenskt perspektiv. Ur det perspektivet är kejsarsnitt på humanitär indikation en kostsam lösning enligt barnmorskorna. Det sammanfaller med nationella siffror hämtat från Socialstyrelsen (2011) och motiverar att barnmorskor får resurser i form av tid för att informera blivande föräldrar kring förlossningsalternativ och dess innebörd för den sexuella och reproduktiva hälsan. Samtidigt var barnmorskors uppfattning om

att kvinnans rätt att bestämma över sin egen kropp gick före kostnaden för ett elektivt kejsarsnitt. Elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation uppfattade barnmorskorna i den aktuella studien kunde vara en positiv förlossningsupplevelse som ofta bidrog till en tryggare kvinna. När kvinnorna fick vara delaktiga i deras val av förlossning uppfattades anknytningen mellan mor-barn som positivt. Kvinnors rätt att välja kontrasteras med kejsarsnittets fördelar och nackdelar för den sexuella och reproduktiva hälsan i ett samhällsperspektiv. Den åsikten sammanfaller med andra studier (Habiba et al, 2006; Turner et al, 2008). Vanligaste orsaken till att obstetriker utförde elektivt kejsarsnitt utan medicinsk indikation var i respekt för kvinnans autonomi och kvinnans rätt att välja (Habiba et al, 2006; Turner et al, 2008).

I den andra beskrivningskategorin beskrevs elektivt kejsarsnitt som en stor operation, ett bukingrepp som kunde medföra komplikationer för kvinnan och barnet. Mobiliseringen för kvinnorna tog längre tid och kejsarsnittet medförde smärta vilket innebar att kvinnorna krävde mer smärtlindring. I en studie av D´Cruz och Lee (2014) beskrevs att inte enbart barnmorskor anser, utan kvinnor själva tror, att ett kejsarsnitt ger en längre läkningsprocess, längre återhämtningstid, att de inte får lyfta och bära på en längre tid jämfört med en vaginal födsel. Mot bakgrund av den informationen kunde det i en kommande studie vara intressant att intervjua kvinnor om varför kvinnor trots denna vetenskap väljer kejsarsnitt på humanitär indikation framför vaginal födsel.

Den stora bukoperationen ledde till att kvinnorna hade svårt att ha barnet liggande hos sig på magen på grund av ömmande buk vilket även kunde försämra amningsinitieringen. Detta bekräftas i medicinska studier (Cakmak och Kuguoglu, 2007; Erlandsson, Dsilna, Fagerberg och Christensson, 2007; Saisto et al, 2011). I en studie av Cakmak och Kuguoglu (2007), där man observerat amningsmönster efter förlossning, visades att smärta efter förlossningen hos de som genomgått kejsarsnitt kunde vara en orsak till att det första amningstillfället skedde längre tid efter förlossningen jämfört med vaginalt förlösta kvinnor. Kvinnor som fött med kejsarsnitt fick en fördröjd amningsstart. Saisto et al (2011) beskrev att kejsarsnittsförlösta kvinnor har sämre anknytning till barnet och mer amningsproblem.

Den tredje beskrivningskategorin beskrev hur elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation påverkade organisation och barnmorskors arbetsmiljö.

Barnmorskorna uppfattade att arbetsbelastningen ökade då kvinnorna som genomgått kejsarsnitt krävde mer hjälp med mobilisering, mer smärtlindring och amningshjälp, och de uppfattade att ansvaret på barnmorskorna ökade jämfört med ansvaret vid en vaginal förlossning som är barnmorskans självständiga ansvarsområde (Socialstyrelsen, 2011). En fördel med elektiva kejsarsnitt uppfattade barnmorskorna vara att beläggningen på avdelningen kunde planeras.

Som barnmorska är det viktigt att vara närvarande under förlossningen och finnas där som stöd och trygghet (Larkin, Begley och Devan, 2010). I dagens kvinnosjukvård ansvarar barnmorskorna ofta för flera patienter samtidigt och kvinnornas upplevelse av stöd från barnmorskan under förlossningen kan därmed bidra till en förlossningsupplevelse som påverkas negativt om inte en barnmorska finns närvarande för att stödja (Lundgren och Berg, 2007). Frågan är om resurserna inom förlossningsvården bör stärkas genom en barnmorska per patient under förlossningsarbetet, för skapandet av en god relation till kvinnan under förlossningen och för att möjliggöra för barnmorskan att arbeta evidensbaserat med den normala förlossningen (Renfrew et al, 2014, Walsh, 2007).

I fjärde beskrivningskategorin beskrevs elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation påverka kvinnans förlossningsupplevelse.

Elektiva kejsarsnitt kunde bidra till en positiv upplevelse för kvinnan såväl som en negativ. Barnmorskorna i den aktuella studien uppfattade att rädsla för vaginal förlossning var en bakomliggande orsak till kvinnornas önskan om att få ett elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation. Barnmorskorna hade mött kvinnor som uppgett att de var rädda för att drabbas av komplikationer som bristningar i underlivet och inkontinens vid en vaginal förlossning. Ett flertal studier bekräftar att förlossningsrädsla var den främsta orsaken till elektivt kejsarsnitt (Salomonsson et al, 2011, Åmark och Ryding, 2006, Karlström, Engström-Olofsson, Nystedt, Thomas och Hildingsson, 2009). Vidare i en intervjustudie av Fenwick et al (2010) beskrev kvinnor att de upplevde rädsla inför en vaginal förlossning, kvinnorna var

rädda att drabbas av komplikationer som fysiska skador på/i underlivet och kunde inte förstå hur ett barn skulle kunna födas fram utan att kvinnan skulle ta skada.

I en enkätstudie av Karlström, Nystedt, Johansson och Hildingsson, (2011) beskrev kvinnorna elektivt kejsarsnitt som det säkraste sättet att föda på för att inte drabbas av fysiska skador. Kvinnor som önskade elektivt kejsarsnitt såg inte en vaginal förlossning som en naturlig process, de var rädda för smärta och vidare för sin egen och barnets säkerhet (Haines et al, 2012; Karlström et al, 2011).

Barnmorskorna uppfattade att kvinnor med psykisk ohälsa i större utsträckning önskade elektivt kejsarsnitt. Kvinnors emotionella och psykiska hälsa påverkade deras förväntningar inför förlossning och psykisk ohälsa kunde vara en bidragande orsak till förlossningsrädsla och dessa kvinnor önskade ofta ett elektivt kejsarsnitt (Ryding, 2015). I alla tider har barnafödandet varit en naturlig process (Walsh, 2007). När är det tid att värna den normala förlossningen och barnmorskans specifika yrkesområde; att stödja och stärka den sexuella, reproduktiva och perinatale hälsan för kvinnor och deras rättigheter på ett balanserat sätt (Walsh, 2007, Renfrew et al, 2014).

Metod och Etikdiskussion

Författarna till denna studie ansåg att en kvalitativ design med inspiration från fenomenografen (Marton, 1981) var väl lämpad för denna studie då ett fenomenografiskt studieresultat utforskade mänskliga uppfattningar och fokuserade på människors erfarenheter och deras personliga uppfattande om något (Granskär och Höglund- Nielsen, 2012).

Genom kvalitativ metod kunde upplevelser från en mindre grupp människor beskrivas och passade därför bra in i denna studie som baserades på en mindre grupp barnmorskor (Polit och Beck, 2006). Författarna ansåg att om forskningen hade baserats på kvantitativ metod hade datamaterialet samlats in genom olika former av mätningar eller observationer som t.ex. en enkätstudie. Polit och Beck (2006) beskrev att den typen av forskning baseras på statistik vilket inte var något som eftersträvades i denna studie. Deltagarna i den aktuella studien tillhörde ingen etiskt utsatt grupp. Det kunde ha varit intressant att inhämta kvinnors egna åsikter om ämnet men en intervjustudie kunde i det fallet stöta på etiska hinder som

möjlig kunde överbryggas med en enkätstudie. Fördelen med intervjuer var att författarna kunde få informanternas åsikter på bredd och djup men endast från ett fåtal informanter. Med en enkät kunde författarna gå ut till betydligt fler informanter men fått åsikter på ett grundare plan men med mer kvantitet. Om kvinnor skulle intervjuas kunde enkäter vara att föredra av etiska orsaker för att inte riskera att sår en enskild kvinna på ett djupare plan med intervjufrågor i en intervjusituation. Om kvinnor skulle tillfrågas var därför enkäter att föredra där kvinnor fick svara och uttrycka sin åsikt på ett ytligare plan med mindre risk att skada ur etisk synvinkel. De kunde möjligen uppleva sig skuldbelagda och därför var valet att intervjua barnmorskor relevant.

Analysmetoden har väl beskrivits genom en fenomenografisk analys i sju steg där enskilda uppfattningar gav upphov till olika beskrivningskategorier om informanternas samlade uppfattningar om indikationer och effekter av förlossning med elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation belyst utifrån arbetslivserfarenheter.

Författarna har stärkt giltigheten i resultaten med citat direkt tagna från intervjuerna vilket kunde öka läsarens förståelse för uppfattningarna och gav läsaren ett bättre sammanhang av resultatet. För att stärka trovärdigheten i analysen transkriberades materialet från intervjuerna av båda författarna tillsammans för att risken för feltolkning skulle minimeras. Diskussion och reflektion mellan författarna kring datamaterialet har pågått under hela arbetes gång. Tillsammans med handledarna har författarna reflekterat över sin förförståelse för att personliga åsikter inte skulle påverka studiens resultat. Studien innehåller även vetenskaplig litteratur samt vetenskapliga artiklar som stärker trovärdigheten av resultatet. Fenomenografi som ansats gjorde det möjligt att beskriva människor erfarenheter, förståelse och upplevelser och passade därför för forskning inom detta område (Granskär och Höglund- Nielsen, 2012).

Informanterna i studien var i olika åldrar, mellan 33-59 år, och hade olika lång arbetslivserfarenhet, mellan 3-19 år, inom förlossnings- och/eller postpartumvård vilket ansågs vara föredömligt då det gav ett vidare material och trovärdigheten förstärktes (Polit och Beck, 2006; Granskär och Höglund- Nielsen, 2012)

Vidare ansåg författarna att då syftet med studien var att beskriva barnmorskors uppfattningar om indikationer och effekter av förlossning med elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation belyst utifrån arbetslivserfarenheter, var fenomenografi en lämplig design. Även om studien är en liten intervjustudie kan resultaten med försiktighet överföras i liknande sammanhang i Sverige.

Slutsats

Barnmorskor uppfattar elektiva kejsarsnitt som något komplext, att de med sina yrkeskunskaper värnar det naturliga vid kejsarsnitt på humanitär indikation och att de har brist på mandat att stödja och stärka kvinnors informerade val om elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation.

Klinisk tillämpbarhet

Barnmorskornas uppfattning i denna studie beskrev att vissa kvinnor inte har tillräcklig kunskap och väljer därför förlossningsmetod på ett icke informerat val. Med detta i åtanke kan personal inom mödrahälsovården ta del av detta resultat och arbeta för ökad information till kvinnorna redan i tidig graviditet. Resultatet kan även användas i barnmorskeutbildning vid undervisning kring barnmorskans stödjande och vårdande arbete i samband med förlossning via kejsarsnitt. Vidare kan resultatet vara underlag till diskussioner inom mödrahälsovård och förlossning i syfte att ge barnmorskor stärkt mandat till sina stödjande och informativa uppgifter.

Förslag på framtida forskning

I studien beskrevs att barnmorskors uppfattning om elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation medförde längre läkningsprocess och återhämtningstid för kvinnan vilket även tidigare studier har bekräftat. Mot bakgrund av den informationen kunde det i en kommande väl genomtänkt enkätstudie eller en väl genomtänkt intervjustudie efter etiskt godkännande vara intressant att intervjua kvinnor om varför de trots denna vetskap väljer kejsarsnitt på humanitär indikation framför vaginal födsel.

Referenser

Berg, M., Ólafsdóttir, O. & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 79–87. doi:10.1016/j.srhc.2012.03.001.

Cakmak, H. & Kuguoglu, S. (2007). Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via caesarean section: An observational study using LATCH breastfeeding charting system. *International Journal of Nursing*, 44(7), 1128-1137. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.04.018.

Costa, M.L., Cecatti, J., Souza J., Milanez, H. & Gülmezoglu, M.A. (2010). Research Using a Caesarean Section Classification System based on characteristics of the population as a way of monitoring obstetric practice. *Reproductive Health Journal*, 7(13). <http://www.reproductive-health-journal.com/content/7/1/13>.

D’Cruz, L. & Lee, C. (2014). Childbirth expectations: an Australian study of young childless women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(2), 196–208. doi: 10.1080/02646838.2013.875134.

Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I. & Christensson, K. (2007). Skin-to-Skin Care with the Father after Caesarean Birth and Its Effect on Newborn Crying and Prefeeding Behavior. *Birth*, 34(2), 105–114. doi: 10.1111/j.1523-536X.2007.00162.x.

Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D. & Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*, 26(4), 394-400. doi:10.1016/j.midw.2008.10.011.

Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., Scuffham, P. & Ryding, E. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirthfear on women’s birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(284). doi:10.1186/s12884-015-0721-y.

- Filippi, V., Ganaba, R., Calvert, C., Murray, S.F & Storeng, K.T. (2015). After surgery: the effects of life-saving caesarean sections in Burkina Faso. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(1) doi: 10.1186/s12884-015-0778-7.
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Gibbins, J. & Thomsom, A.M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17, 302-313. doi:10.1054/midw.2001.0263.
- Gunnervik, C., Josefsson, A., Sydsjö, A. & Sydsjö, G. (2008) Attitudes towards mode of birth among Swedish midwives. *Midwifery*, 26, 38-44. doi:10.1016/j.midw.2008.04.006.
- Hagberg, H. Marsal, K. & Westgren, M. (2014). *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.
- Habiba, M., Kaminski, M., Da Fré, M., Marsal, K., Bleker, O., Libero, J., Grandjean, H., Gratia, P., Guashino, S., Heyl, W., Taylor, D. & Cuttini, M. (2006). Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, 647-656. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.00933.
- Haines, H., Rubertsson, C., Pallant, J. & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(55). doi: 10.1186/1471-2393-12-55.
- Josefsson, A., Gunnervik, C., Sydsjö, G. & Sydsjö, A. (2011). A Comparison between Swedish midwives and obstetricians & Gynaecologists opinions on caesarean section. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 555-560. doi 10.1007/s10995-010-0630-7.
- Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Stockholm: Studentlitteratur.
- 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., Engström-Olofsson, R., Nystedt, A., Thomas, J. & Hildingsson, I. (2009) Swedish caregivers' attitudes towards caesarean section on maternal request. *Women and Birth*, 22(2), 57-63. doi:10.1016/j.wombi.2008.12.002.

Klint-Carlander, A-K., Edman, G., Christensson, K., Andolf, E. & Wiklund, I. (2010). Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 1(1), 27–34. doi: 10.1016/j.srhc.2009.10.001.

Kok, N., Ruiter, L., Hof, M., Ravelli, A., Mol, B.W., Pajkrt, E. & Kazemier, B. (2013) Risk of maternal and neonatal complications in subsequent pregnancy after planned caesarean section in a first birth, compared with emergency caesarean section: a nationwide comparative cohort study. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 216-223, doi: 10.1111/1471-0528.12483.

Larkin, P., Begley, C.M. & Devane, D. (2010) Not enough people to look after you: An exploration of women's experience of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*, 28, 98-105. doi: 10.1016/j.midw.2010.11.007.

Lundgren, I. & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-women relationship. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21, 220-228. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x.

Lurie, S. & Glezerman, M. (2003). The history of cesarean technique. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 189(6), 1803-1806. doi: 10.1016/S0002-9378(03)00856-1.

Marton, F. (1981). Phenomenography. Describing conceptions of the world arounds. *Instructional Science*, 10(2), 177-200. doi: 10.1007/BF00132516.

Marton, F. (1986). Phenomenography. A research approach to investigating different understanding of reality. *Journal of Thought*, 21(3), 28-49. <http://www.jstor.org/www.bibproxy.du.se/stable/42589189>.

O'Hare, J. & Fallon, A. (2011) Women's experience of control in labour and childbirth. *British Journal of Midwifery*, 19(3), 164–169. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2011.19.3.164>.

- Parkhurst, J.O. & Rahman, S.A. (2007). Life saving or money wasting? Perceptions of cesarean section among users of services in rural Bangladesh. *Health Policy*, 80, 392-401. doi: 10.1016/j.healthpol.2006.03.015.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Renfrew, M.J., McFadden, A., Bastos, M., Campbell, J., Channon, A., Cheung, N.F., Delage Silva, D., Downe, S., Powell Kennedy, H., Malata, A., McCormick, F., Wick, L. & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145. doi:10.1016/S0140-6736(14)60789-3.
- Richens, Y., Hindley, C. & Lavender, T. (2015). A national online survey of UK maternity unit service provision for women with fear of birth. *British Journal of Midwifery*, 23(8), 574-579.
<http://web.b.ebscohost.com/www.bibproxy.du.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=618de233-0456-4225-abb8-b03e3b77dd38%40sessionmgr120&vid=7&hid=110>.
- Robson, M.S. (2001). Can we reduce the caesarean section rate? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 15(1) 179-194.
 doi:10.1053/beog.2000.015
- Ryding, E.L., Lukasse, M., Van Parys, A., Wangel, A-M., Karro, H., Kristjansdottir, H., Schroll, A-M. & Schei, B. (2015). Fear of Childbirth and Risk of Cesarean Delivery: A Cohort Study in Six European Countries. *Birth Issues in Perinatal Care*, 42(1), 48-55. doi: 10.1111/birt.12147.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.E. & Halmesmäki E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(5), 492-498.
 doi: 10.1111/j.1471-0528.2001.00122.x.

Salomonsson, B., Alehagen, S. & Wijma, K. (2011). Swedish midwives' views on severe fear of childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2, 153-159.
doi:10.1016/j.srhc.2011.07.002.

Steel, B. & Jomeen, J. (2015). Caesarean section by maternal request. *British Journal of Midwifery*, 23(9), 624-629.
<http://web.b.ebscohost.com/www.bibproxy.du.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=618de233-0456-4225-abb8-b03e3b77dd38%40sessionmgr120&vid=12&hid=110>.

Størksen, H., Garthus-Niegel, S., Adams, S., Vangen, S. & Eberhard-Gran, M. (2015). Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(221). doi:10.1186/s12884-015-0655-4.

Tolmacheva, L. (2015). Vaginal birth after caesarean or elective caesarean - What factors influence women's decisions? *British Journal of Midwifery*, 23(7), 470-495.
<http://web.b.ebscohost.com/www.bibproxy.du.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=618de233-0456-4225-abb8-b03e3b77dd38%40sessionmgr120&vid=4&hid=110>.

Turner, C. E., Young, J. M., Solomon, M. J., Ludlow, J., Benness, C. & Phipps, H. (2008). Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115, 1494-1502. doi:10.1111-j.1471-0528.2008.01892.x.

Walsh, D. (2007). *Evidence-based care for normal labour and birth- a guide for midwives*. London och New York: Taylor and Francis Group.

Wigert, H., Johansson, R., Berg, M. & Hellström, A.L. (2006). Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 35-41. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00377.x.

Åmark, H. & Ryding, L. (2006). Kvinnor som önskar kejsarsnitt. *Läkartidningen*, 12(103).

Socialstyrelsen. (2005). Att mötas i hälso- och sjukvård. Hämtad 2015-12-29 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19620/2015-1-5.pdf>.

Socialstyrelsen. (2013). Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973-2011 – Assisterad befruktning 1991-2010. Hämtad 2015-12-08 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-27>.

Socialstyrelsen. (2011). Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan. Hämtad 2015-11-24 från <http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/graviditet>.

Socialstyrelsen. (2015). Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda. Hämtad 2015-11-24 från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/graviditeter,forlossningarochnyfodda>.

Svenska Barnmorskeförbundet. (1999). Den internationella etiska koden för barnmorskor. Hämtad 2015-12-08 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>

Office of the High Commissioner for Human Rights. (2015). Hämtad 2015-12 -29 från <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/HealthRights.aspx#InfoSeries>.

Vetenskapsrådet. (2015) Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2015-12-08 från Vetenskapsrådet: www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf

World Health Organization. (2015). Maternal mortality. Hämtad 2015-11-19 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>

World Health Organization. (2015). WHO statement on caesarean section rates. Hämtad 2015-11-23 från http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/

Bilaga 1. Robsons 10 klassifikationer

R1: Enkelbörd, förstföderska >36v, föregående fosterdel huvud, spontan förlossningsstart.

R2A: Enkelbörd, förstföderska >36v, föregående fosterdel huvud, induktion

R2B: Enkelbörd, förstföderska >36v, föregående fosterdel huvud, elektivt kejsarsnitt.

R3: Enkelbörd, omföderska, >36v, föregående fosterdel huvud, spontan förlossningsstart.

R4A: Enkelbörd, omföderska, >36v, föregående fosterdel huvud, induktion.

R4B: Enkelbörd, omföderska, >36v, föregående fosterdel huvud, elektivt kejsarsnitt.

R5A: Enkelbörd, omföderska, >36v, föregående fosterdel huvud, tidigare kejsarsnitt, spontan förlossningsstart.

R5B: Enkelbörd, omföderska, >36v, föregående fosterdel huvud, tidigare kejsarsnitt, induktion.

R5C: Enkelbörd, omföderska, >36v, föregående fosterdel huvud, tidigare kejsarsnitt, elektivt kejsarsnitt.

R6 Enkelbörd, förstföderska, föregående fosterdel säte.

R7: Enkelbörd, omföderska, föregående fosterdel säte.

R8A: Flerbörd, spontan förlossningsstart.

R8B: Flerböd, induktion.

R8C: Flerbörd, elektivt kejsarsnitt.

R9: Enkelbörd, tvärbjudning.

R10A: Enkelbörd <37v, föregående fosterdel huvud, spontan förlossningsstart.

R10B: Enkelbörd <37v, föregående fosterdel huvud, induktion.

R10C: Enkelbörd <37v, föregående fosterdel huvud, elektivt kejsarsnitt.

Bilaga 2. Informationsbrev verksamhetschef

Ansökan om tillstånd för att få genomföra en intervjustudie:

Syftet med studien är att beskriva barnmorskors uppfattningar om indikationer och effekter av förlossning med elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation belyst utifrån arbetslivserfarenheter.

Då statistiken visar på ett ökat antal elektiva kejsarsnitt vill vi som författare till denna studie ta reda på vad legitimerade barnmorskor inom förlossning och postpartumvård har för uppfattningar och tankar baserat på egna erfarenheter kring att en stor del gravida kvinnor väljer att föda via elektivt kejsarsnitt.

Vi önskar intervjua 10-12 stycken legitimerade barnmorskor som har en arbetslivserfarenhet på minst 1 år inom förlossnings- och postpartumvård. Deltagarna kommer att bli tillfrågade samt få skriftlig och muntlig information, v.g. se bilaga 2. Intervjuerna kommer att ske i december månad 2015. Resultatet av intervjuerna kommer att avidentifieras och sammanställas i en magisterexamen via institutionen för omvårdnad vid Högskolan Dalarna.

Med vänlig hälsning:

Student:

Daniela Hellman

Tel: 070-777 40 94

e-post v15danhe@du.se

Student:

Malin Söderström

Tel: [073-694 44 73](tel:073-6944473)

e-post h14sodma@du.se

Handledare:

Kerstin Erlandsson

Tel: 023-77 84 11

e-post ker@du.se

Handledare:

Christina Pedersen

Tel: 073-270 16 98

e-post cpn@du.se

Härmed ges tillstånd för att genomföra studien:

Namnteckning:

Namnförtydligande:

Datum:

Bilaga 3. Informationsbrev

Du tillfrågas härmed om deltagande i en studie.

Syftet med studien är att beskriva barnmorskors uppfattningar om indikationer och effekter av förlossning med elektiva kejsarsnitt på humanitär indikation belyst utifrån arbetslivserfarenheter.

Bakgrund:

Då statistiken visar på ökat antal elektiva kejsarsnitt utan medicinsk indikation vill vi som författare till denna studie ta reda på vad DU, som legitimerad barnmorska inom förlossning- och postpartumvård, har för uppfattningar och tankar kring detta, baserat på dina egna erfarenheter. Elektivt kejsarsnitt är liksom andra stora operationer förenat med risker för komplikationer. Risken för stor blödning, skador på bukorgan, infektioner och blodproppar är större hos de kvinnor som genomgår kejsarsnitt än hos de som föder vaginalt. Risken för abnorm placentation ökar om kvinnan önskar mer än 1-2 barn efter ett första kejsarsnitt. Barnet kan drabbas av komplikationer som neonatal andningsstörning, hypoglykemi och hypotermi efter ett kejsarsnitt.

Metod och genomförande:

En kvalitativ metod med semi-strukturella individuella intervjuer, planerat deltagande av 10-12 barnmorskor inom förlossnings- och postpartumvård. Intervjun kommer att ta ca 30 minuter och ske på en avskild plats på sjukhuset.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt och anonymt. All data kommer att vara aidentifierad och Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Undersökningen kommer att presenteras i form av en magisteruppsats vid Högskolan Dalarna.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga.

Student:

Daniela Hellman

Tel: 070-777 40 94

e-post v15danhe@du.se

Handledare:

Kerstin Erlandsson

Tel: 023-77 84 11

e-post ker@du.se

Student:

Malin Söderström

Tel: 073- 694 44 73

e-post h14sodma@du.se

Handledare:

Christina Pedersen

Tel: 073-270 16 98

e-post cpn@du.se

Jag samtycker härmed till att medverka i studien:

Namnsteckning:

Namnförtydligande:

Datum:
