

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Master i Jordmorfag

Keisersnitt på eget ønske – en systematisk litteraturstudie

Utdanningsinstitusjon: Høgskolen i Oslo og Akershus

Fakultetet for Helsefag

Kandidat: 105 og 111

Veileder: Ellen Blix

Kull: 2015

Dato: 27.10.2016

Ord: 16 226

Forord

Vi vil gjerne takke vår veileder Ellen Blix for konstruktive tilbakemeldinger underveis i oppgaven. Vi vil også takke de ansatte på biblioteket på Høgskolen på Kjeller for veiledning og hjelp, og en stor takk til bibliotekar Elisabeth Karlsen i forbindelse med vår systematiske søk.

Sammendrag

Bakgrunn: Keisersnitt øker i den vestlige verden. Det er sammensatte årsaker til dette. En av årsakene antas å være kvinner som ønsker seg elektive keisersnitt uten at det foreligger medisinsk indikasjon.

Hensikten med oppgaven er å prøve å forstå hva som ligger bak dette ønske. Gjennom kvalitativ forskning ønsker vi å få en bedre forståelse av fenomenet. Problemstilling er «utforsket og syntetisert kvalitativ forskningskunnskap om vestlige kvinners ønske om keisersnitt når det ikke foreligger medisinske indikasjoner».

Metode: En systematisk litteraturstudie med søk i 6 databaser med til sammen 12 søkeord hvor det ble identifisert 1282 potensielt aktuelle artikler og ved bruk av kvalitativ sjekklister har vi inkludert 12 artikler i vår oppgave, data fra 428 kvinner. 76 var førstegangsfødende.

Resultater: Vi fant behov for kontroll og frykt for fødsel var i stor grad beskrivende for deres ønske, samt påvirkning fra omgivelsene.

Nøkkelord: Keisersnitt, eget ønske, uten medisinsk indikasjon

Abstract

Background: Cesarean section increases in the western world. There are more complex reasons for this. One of those reasons is believed to be women seeking elective cesarean without prior medical indications.

The purpose of this exercise is to try to understand what lies behind this desire. By looking at qualitative research, we want to get a better understanding of this phenomenon. Thesis question: «Explored and synthesized qualitative research knowledge about western women request for cesarean in the absence of medical indications».

Method: A systematic literature study where we applied for 6 databases with a total of 12 keywords where it was identified in 1282 potentially relevant trials and using qualitative checklist we included 12 articles in our exercise. Total 428 women, 76 nulliparous.

Results: We found that the need for control and fear of childbirth was largely descriptive of their desire, as well as impact from the environment.

Keywords: Cesarean, maternal request, without medical indication

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning	s.1
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av oppgaven	s.1
1.2 Oppgavens formål og problemstilling	s.2
1.3 Begrepsavklaring	s.3
1.4 Inklusjon og eksklusjonskriterier	s.3
2.0 Teoretisk rammeverk	s.5
2.1 Utviklingen av keisersnitt i Norge	s.5
2.2 Keisersnitt – fordeler og ulemper	s.6
2.3 Medikalisering	s.7
3.0 Metode	s.9
3.1 Systematisk litteraturstudie	s.9
3.1.1 Styrker og svakheter ved systematisk litteraturstudie	s.9
3.2 Søkeprosessen	s.10
3.2.1 Flytskjema for systematisk litteratursøk, figur 1	s.13
3.3 Presentasjon av inkluderte studier	s.14
3.3.1 Tabell 1 Oversikt over inkluderte studier	s.14
3.4 Syntetisering av data	s.18
3.4.1 Tabell 4 over 56 identifiserte tema	s.20
3.5 Hovedtema	s.24
4.0 Resultater	s.26
4.1.1 Kontroll	s.26
4.1.2 Syn på fødsel	s.28
4.1.3 Frykt	s.31
4.1.4 Omgivelsers innflytelse	s.32
4.1.5 Valg	s.35
5.0 Drøfting	s.39
5.1 Drøfte funn opp mot gjeldende forskning	s.39
6.0 Avslutning	s.47
6.1 Oppsummerte resultater	s.47
6.2 Hva betyr funnene for klinisk praksis	s.49
6.3 Styrker og svakheter med vår oppgave	s.50

Referanser

Vedlegg 1

Vedlegg 2

Vedlegg 3

Vedlegg 4

1.0 INNLEDNING

Vi vil her presentere bakgrunn for oppgaven og dens formål, samt problemstilling og våre inklusjons og eksklusjonskriterier.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av oppgave

Ca. 10 000 keisersnitt utføres årlig og er et av de hyppigste utførte større operative inngrep i Norge (Häger, Øian, Nilsen, Holm & Berg, 2006).

Veileder i fødselshjelp (2014) skriver at «*vi anbefaler ikke keisersnitt på kvinnens ønske alene, og i fravær av medisinsk indikasjon*». Man tilstreber å gjøre unødvendige intervensjoner. Det er i mange deler av den vestlige verden en økende insidens av keisersnitt, dette gjelder også i Norge (Tollånes, 2009). Norge hadde i 2014 en samlet keisersnittfrekvens 17,9 % på landsbasis, med store individuelle fylkesvise variasjoner fra 8.0% til 25.5% (Folkehelseinstitutt, 2014). Dette er mer enn hva Verdens Helseorganisasjon (WHO) anser som forsvarlig. De hevder i sine retningslinjer for teknologiske inngrep under fødsel at keisersnittsraten ikke skal overstige 10-15%. At keisersnitt redder liv innenfor fødselsomsorgen er det ingen tvil om. Allikevel sees ikke en bedring i sykelighet og dødelighet hos mor og barn parallelt med den økende bruken av keisersnitt. Det kan derfor tyde på at en keisersnittsfrekvens over et visst nivå ikke er hensiktsmessig (Tollånes, 2009).

En økning i den elektive keisersnittraten kombinert med en reduksjon av antall vaginale fødsler etter keisersnitt, er en viktig årsak til økt antall keisersnitt. Det er nå anerkjent at keisersnitt uten medisinsk indikasjon ikke tilbyr helsefordeler for mor og barn, men derimot gir økt helserisiko både fysisk og emosjonelt, sammenlignet med vaginal fødsel. Keisersnitt på grunn av maternelt ønske har bidratt til den økende keisersnittraten (Fenwick, Staff, Gamble, Creedy & Bayes, 2010).

Kvinner som ønsker keisersnitt i fravær av obstetrisk indikasjon er ikke en homogen gruppe. Få er førstegangsfødende. Den mest åpenbare bakenforliggende faktoren til ønske er tidligere negativ fødselsopplevelse. Et tidligere akutt keisersnitt er overrepresentert (Ryding, 1993).

Årsaken til økningen i forekomst av keisersnitt kan knyttes til både medisinske og ikke-medisinske faktorer. Det er den ikke –medisinske faktoren «mors ønske» vi vil se nærmere på i denne oppgaven. Bakgrunnen til det kommer fra prosjektplanen til «Gjennombruddsprosjekt om keisersnitt». Dette var et prosjekt Den Norske Legeforening startet i 1998 første gang. De hadde som mål å klargjøre det medisinske grunnlaget for keisersnitt og medvirke til at

keisersnitt kun gjøres når det er grunnlag for det. Variasjonen i hyppigheten av keisersnitt var det også ønskelig å gjøre noe med. De prosjektansvarlige antar at prosjektet var medvirkende årsak til at stigningen av keisersnittfrekvensen er lavere i Norge, enn hva man ser i andre nordiske og Europeiske land (Häger et al., 2006).

Det ble på ny planlagt et «gjennombruddsprosjekt for keisersnitt» i 2006 og det er denne prosjektplanen vi tar utgangspunkt i (Häger et al., 2006). Her er fokuset størst på den kvalitetsforbedrende del innenfor fødselsomsorgen samt en forskningsdel. De tar utgangspunkt i en fortsatt økende bruk av keisersnitt uten at man ser en bedring i sykkelighet og dødelighet hos mor og barn. De nevner tre viktig fokus hvor ett av de nettopp er keisersnitt som utføres på mors eget ønske uten medisinsk årsak. **De skriver videre at det er mangelfull kunnskap og svært forskjellig praksis når det gjelder «keisersnitt på eget ønske» og at man vet relativt lite om hvorfor kvinner ønsker keisersnitt uten en klar medisinsk grunn.** Vi ønsker i vår masteroppgave å finne kunnskap om dette for bedre forstå hva som ligger bak et slik ønske.

Prosjektplanen til gjennombruddsprosjektet sier også at man mangler retningslinjer i Norge i dag for hvordan slike pasienter skal møtes og håndteres og at praksis er svært forskjellig mellom avdelinger.

1.2 Oppgavens formål og problemstilling

Vi tenker at en bedre forståelse for hvorfor kvinnene ønsker keisersnitt vil bidra positivt i vårt møte med denne pasientgruppen. Gjennom utdannelsen har vi vært innom flere tema som var interessante å fordype seg i og det snakkes stadig om stigende keisersnittsrater. Det snakkes i den sammenheng om økende ønske fra kvinnen uten at det foreligger medisinske indikasjoner. Det ville være interessant å vite hva disse kvinnene beskriver. Vi kunne laget et primærstudie på disse kvinnene, men vi har kommet frem til at vi ønsker å vite hvor mye forskning som foreligger det på temaet og kvaliteten på dette. Vi har derfor valgt å gjøre en systematisk litteraturstudie for å vurdere hva for foreligger av forskning, eventuelt avdekke mangler innenfor temaet. Vi fikk tidlig veiledning på temaet, og fikk råd om at vi ikke nødvendigvis burde avgrense oss til kun førstegangs fødende, men også inkludere flergangsfødende. Dette begrunnet med at det muligens ikke er nok materiale gjort på kun førstegangs fødende og også grunnet at vi ønsker å få frem beskrivelser av disse kvinnene. Vi

har valgt å skrive det som vi skal gjøre, nemlig å utforske og syntetisere. Vi har valgt følgende problemstilling:

«Utforsket og syntetisert kvalitativ forskningskunnskap om vestlige kvinners ønske om keisersnitt når det ikke foreligger medisinske indikasjoner.»

1.3 Begrepsavklaring

Medikalisering kan defineres som «*moderne medisin har ekspandert og omfatter nå forhold som tidligere ikke ble regnet som medisinske problemer*» (Helman, 2007).

Begrepet eget ønske velger vi å definere som «*keisersnitt utført etter mors ønske, til termin, i fravær av noen maternell eller føtal indikasjon*» (Tollånes, 2009).

Keisersnitt deles inn i elektive som er planlagte operasjoner, og akutte keisersnitt hvor beslutningen tas under pågående fødsel eller akutte komplikasjoner i svangerskapet (Henriksen & Molne, 2015). Vi vil i denne oppgaven ha fokus på de elektive keisersnittene da det er de som er aktuelle for fenomenet «eget ønske». Gynekologisk veileder definerer et elektivt keisersnitt som at det er bestemt minst 8 timer før utførelse (Legeforeningen, 2014).

En finsk sosiolog, Alasuutari har kategorisert keisersnitt i soner: **Keisersnitt som sentral sone**, hvor keisersnitt er livreddende. Dette er situasjoner hvor det ikke er tvil om at det er fordeler med å utføre keisersnitt, kvinnen eller barnet kan være i stor fare for morbiditet.

I gråsonen finnes keisersnitt som er tatt av kliniker som er i tvil, som oftest er det en beslutning som diskuteres med kvinnen.

I den perifere sonen er det keisersnitt som er gjort ved fravær av medisinske indikasjoner. De potensielle bivirkninger av en stor operasjon er større enn fordelene (Kealy & Liamputtong, 2011).

1.4 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
----------------------------	-----------------------------

Empiriske primærstudier	Studier som ikke er skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk
Fra vestlige land definert som Nord – Amerika, Australia, New Zealand, Europa foruten tidligere Sovjetunionen (Blix, Øian & Kumle, 2008)	Studier hvor det ikke kommer frem beskrivelser fra kvinnene
Alle kvinner, både førstegangs og flergangsfødende og vi inkluderte kvinner som har hatt tidligere keisersnitt	Studier hvor det ikke kommer frem at det er kvinnenenes ønske
Kvinner som ikke har medisinske indikasjoner (det er obstetrikers avgjørelse hva som er medisinsk indikasjon).	

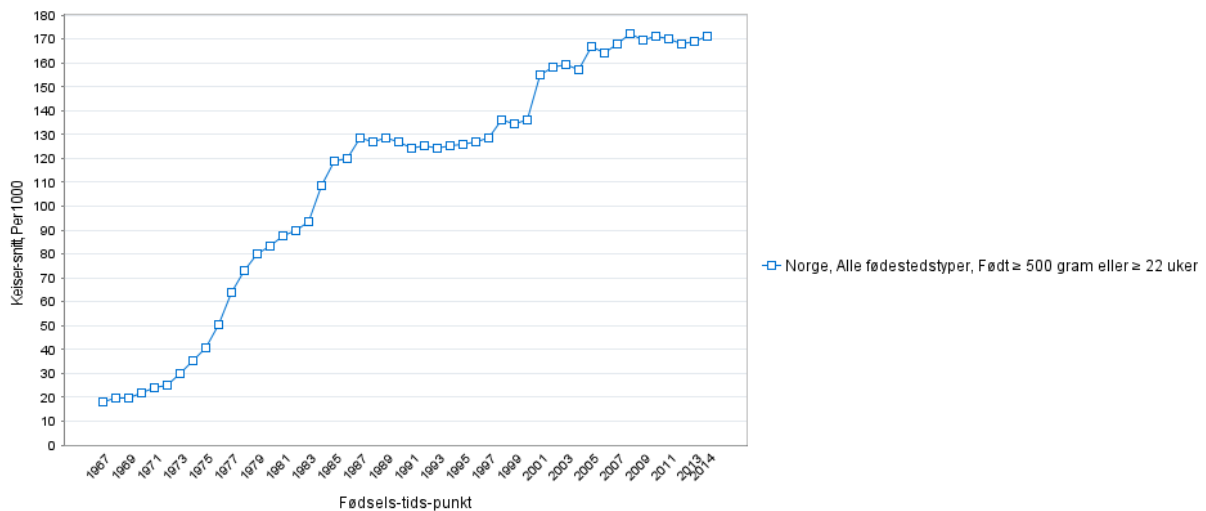
Vi har begrenset oss til vestlige land da fenomenet keisersnitt på eget ønske forekommer i disse landene og denne begrensning er også satt grunnet tidsbegrensning og oppgavens størrelse. Vi ønsker å få frem kvinners beskrivelser. Alle som ikke har en medisinsk indikasjon inkludert. Vi har ikke satt noen grense for hvor gammel artikkelen kan være, da fenomenet eget ønske ikke har eksistert så mange år. Det ble inkludert en artikkel fra 1993 som hadde blitt brukt i flere av referanselistene, da vi mener verdien av dataene er fortsatt gyldige. Vi har begrenset oss til studier skrevet på språk vi behersker, dette er gjort delvis grunnet oppgavens størrelse og delvis som ledd i å kvalitetssikre studiene.

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

Vårt teoretiske rammeverk er keisersnitt i et historisk perspektiv sett i lys av medikalisering av fødselsomsorgen.

2.1 Utviklingen av keisersnitt i Norge

Det utføres rundt 10 000 keisersnitt i Norge hvert år. Forekomsten av keisersnitt har de senere år vært stabilt på rundt 17 %, og siden 2001 har hvert 6. barn blitt forløst med keisersnitt, hvorav 60 % har vært akutt keisersnitt og 40% elektiv keisersnitt. Keisersnitthypigheten viser store regionale forskjeller (Folkehelseinstituttet, 2015). Det første kjente keisersnittet i Norge ble utført i 1843. En kvinne som hadde ligget lenge i fødsel fikk fjernet to døde barn. Selv døde hun to dager etterpå. Det første keisersnittet hvor barnet overlevde var i 1849. Første gang både mor og barn overlevde var i 1890. På denne tiden anså man keisersnitt som siste utvei. Fra å være en siste utvei har keisersnitt blitt mer og mer alminneliggjort. I 1967 var det bare 1,8% av alle gravide som ble forløst med keisersnitt, og kun når mors liv sto i fare (Tidsskriftet, 2003).



Grafen fra Medisinsk Fødselsregister viser utviklingen av keisersnitt i Norge siden 1967. Bergsjø (2007) skriver at grensene for medisinsk indikasjon har endret seg og at medikaliseringen har ført til økt forekomst av keisersnitt. Han skriver at mellom 5-10 % av keisersnitt gjøres uten at det foreligger medisinsk indikasjon. Medisinsk fødselsregister registrerer ikke hva som går under «mors ønske», og derfor er det vanskelig å gi et nøyaktig

tall på dette. Det foreligger tall rundt 7.6 % på eget ønske i Norge (Kolås et al., 2003). Andre studier viser sprikende tall, for eksempel i USA rapporteres det mellom 2.6-18% av alle keisersnitt er på mors ønske uten medisinske indikasjoner (Kornelsen, Hutton & Munro, 2010). Fallende perinatal dødelighet, og lav mødre og spedbarnsdødelighet kjennetegner også utviklingen i Norge. Samfunnsmessige forhold som økt forekomst av overvekt og livsstilssykdommer blant fødende, og høyere alder hos førstegangsfødende er alle forhold som bidrar til denne utviklingen. I tillegg er det i dag vanligere å forløse barn som ligger i seteleie ved keisersnitt. (Bergsjø, 2007). Til tross for at en randomisert studie underbygget at det var tryggere å bli forløst ved elektivt keisersnitt enn vaginal fødsel ved seteleie (Hannah, Hannah, Hewson, Hodnett, Saigal & Willan, 2000), har studien møtt kritikk, og i Norge har man fortsatt med vaginal seteforløsning. Likevel ser man en økning av keisersnitt ved sete i Norge og studien kan ha påvirket dette (Bergsjø, 2007).

2.2 Keisersnitt – fordeler og ulemper

Keisersnitt ble introdusert som en livreddende metode for både mor og barn. Flere studier har sett sammenheng mellom økende keisersnittsrater og redusert mor-barn dødelighet i befolkningen i lavinntektsland hvor store deler av populasjonen har mangelfull tilgang på grunnleggende svangerskapsomsorg. Nyere studier viser at når keisersnittsraten stiger opp mot 10 % er det forbundet med lavere mor og spedbarnsdødelighet, mens en forekomst over 10% er derimot ikke forbundet med bedre overlevelse (WHO, 2015).

Fødsel er en grunnleggende og mektig menneskelig erfaring. Kvinnene beskriver ofte empowerment (evne til selvkontroll), glede, stolthet og prestasjon, mens andre kvinners erfaringer omhandler traumer, frykt, smerte og tap av kontroll. Hvordan kvinnene føder påvirker følelsene deres. I senere år har keisersnitt blitt en tryggere metode på grunn av forbedret anestesi og operasjonsmetoder kombinert med bedre medisiner for å bekjempe infeksjoner og blodpropp. Likevel forblir keisersnitt en kirurgisk metode ledsaget av abdominale og uterine snitt, arr og adheranser. Det er også evidens for økt sannsynlighet for problemer i påfølgende svangerskap for både mor og barn (Lavender, Hofmeyr, Neilson, Kingdon & Gyte, 2012). Til tross for bekymringer knyttet til fordeler, sikkerhet og kostnader øker forekomsten av keisersnitt, og dette ses i sammenheng med medikalisering av fødselsomsorgen.

Det sees økt risiko for blant annet akutte respiratoriske problemer hvis det blir forløst med elektivt keisersnitt mot vaginal forløsning. Nyere forskning har sett sammenheng mellom keisersnitt og immunologiske sykdommer (Sevelsted, Stokholm, Bønnelykke & Bisgaard, 2015). I 21% av tilfellene får kvinnene som har fått utført keisersnitt korttidskomplikasjoner som som f.eks. blodtap og infeksjoner. Av langtidskomplikasjoner er det ca. 45 % sjanse for nytt keisersnitt i påfølgende svangerskap, samt økt risiko for spontanabort, blødning i svangerskapet, ektopisk svangerskap, placenta praevia og intrauterin fosterdød (Legeforeningen, 2014).

2.3 Medikalisering

Fødselsprosessen kan ses på som enten en biologisk, naturlig hendelse som enhver frisk kvinne vil kunne beherske og hjelperne kun griper inn dersom der er nødvendig, eller så kan man se på fødsel som en medisinsk tilstand fylt av risiko, som igjen kan kontrolleres ved overvåkning og hjelp fra «fødselshjelperne». Denis Walsh kaller dette for henholdsvis den biomedisinske og kvinnesentrerte modellen (Blix, 2010). Han sier at den biomedisinske modellen er reduksjonistisk ved at den ser på kroppen som en maskin og at den vektlegger de fysiske prosessene. Sikkerheten er viktigst og man fokuserer på patologi og teknologi er sentralt. Den kvinnesentrerte modellen fokuserer mer på normalitet og ser heller på teknologi som en støttespiller. Dette synet er holistisk i den forstand at fysiologiske, psykososiale og sjelelige aspekter vektlegges og man tenker at fødselen blir en integrert del av kvinnens liv.

Helman skriver at det er fundamentelle forskjeller mellom leger og mødres perspektiv på fødsel. Ved det medisinske synet, skiller man svangerskapet fra resten av mors livserfaringer og behandler det som en isolert medisinsk hendelse. Kvinnen mottar medisinsk oppfølging fra starten av svangerskapet og avslutter medisinsk oppfølging etter fødsel. Men andre aspekter ved mors liv kan være grunnleggende å vektlegge for å mestre sin nye sosiale rolle som mor (Helman, 2007).

I de siste tiårene har man i den vestlige verden sett en økende tendens til bruk av intervensjoner og regulering av den fysiologiske fødselsprosessen. Medikalisering kjennetegnes av uhensiktsmessig bruk av inngrep, teknologi og helsepersonell, og er i dag en av utfordringene for den perinatale omsorgen i Europa. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom at stadig flere kvinner får utført keisersnitt på eget ønske uten at det foreligger

medisinsk indikasjon for det (Kolås et al., 2003). Helman (2007) skriver at man ser en medikalisering av mange andre aspekter med livet, eksempelvis er døden medikalisert og det er vanligere å dø på sykehus enn hjemme. De naturlige sidene ved biologien ved døden, blir nå ofte sett som unaturlige. Det samme gjelder i psykiatrien, hvor oppførsel blir definert som unormal, kan bli medikalisert som psykiatriske problemer, eksempelvis ensomhet, sorg og arbeidsledighet (Helman, 2007).

3.0 METODE

I dette kapitlet besvarer vi vår metode og fremgangsmåte for søkeprosessen, presenterer flytskjema og en oversikt over våre inkluderte artikler, og syntetisering av data som fører frem til identifisering av tema.

3.1 Hva er systematisk litteraturstudie?

Det er en sammensatt og kompleks problemstilling vi ønsker å forstå, derfor har vi valgt å gjøre en systematisk litteraturstudie av kvalitative data. Systematisk oversikt er en synlig og forståelig måte å komme frem til resultatet på, hvor man systematisk redegjør for innhenting og hvordan man har vurdert kunnskapen (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013). Styrken med å gjøre systematisk studie, er at man ikke unnlater noe relevant forskning og dermed ikke påvirker prosessen ved å f.eks å kun inkludere studier som underbygger ting man tror og det vil kunne komme ny kunnskap og nyanser ut av dette. Flere og flere studenter har litteratursøk som del av deres forskning for følgende grunner. Litteratur-studier har blitt viktigere i helse og sosial fag, som i jordmorfag. Systematiske studier får frem hele puslespillet og derfor er studiene så viktige (Aveyard, 2014). Vi vurderer primærstudier og gjør en annenordensanalyse, så det er ikke vi som gjør primærfortolkning og dermed er det ikke vi som skal sitte med forforståelsen i selve intervjuene. Vi tolker alle studiene vi sitter igjen med, og vi har også en forforståelse vi må være bevisste på. Vi har begrenset erfaring med disse kvinnene og må møte funnene med et åpent sinn.

3.1.1 Styrker og svakheter ved systematisk litteraturstudie

Fordeler med litteraturstudie er å bruke data som allerede eksisterer. Ulempen kan være at man må gå gjennom hver publikasjon og se på hvordan de har gjennomført studien, noe som kan være vanskelig når man har lite erfaring fra vitenskapelig arbeid (K. Dahlberg, 2014). Styrker ved å gjøre denne type studie, er at vi har lært oss systematiske søk som vi gjennom oppgaven har fått god trening i, samt søke og vurdere forskning etter sjekklister. Dette vil være en fordel når vi raskt må få overblikk over siste forskning i jobbsammenheng. Svakheter kan være at vi tolker allerede fortolket materiale, det er ikke råmateriale vi analyserer. De svært detaljerte systematiske litteraturstudiene som gjøres, har et stort forskerteam hvor man gjennomgår all litteratur som foreligger i hele verden på det temaet, men på grunn av vår

oppgaves omfang vil naturlig nok dette få noen begrensninger med å gå gjennom all litteratur og gråsonelitteratur grunnet oppgavens størrelse. Vi vil likevel bruke den samme systematiske fremgangsmåten og i så stor grad som oppgaven tillater. En styrke med oppgaven er at vi er to studenter som har vurdert alle artiklene, hvilket kvalitetssikrer artiklene og avdekker nyansene. Vi brukte flere uker på å granske og kvalitetssikre de 20 fulltekstartiklene for å finne hvilke som skulle inkluderes. En annen styrke er at vi har ført dagbok under hele oppgaven for å holde oversikt. Vi har også hatt god nytte av å bruke referanseverktøyet EndNote hvor vi har hatt ulike mapper på hver database for å holde oversikt. Det er ikke behov for å søke etiske komiteer for å gjøre oppgaven (Øyen, Solheim & Johansen, 2013).

3.2 Søkeprosessen

Systematisk søk ble utført på biblioteket den 12 og 13 Mai sammen med en erfaren bibliotekar på Høyskolen i Oslo og Akershus, avdeling Kjeller. Vi har deltatt på kurs med bibliotekar om systematiske søk. Når vi hadde søkt generelt på keisersnitt og eget ønske, så vi etter ulike søkeord de har brukt, og vi har tatt med oss disse søkeordene videre. En styrke med oppgaven er at begge studentene har gjort søket og alle vurderinger om søkeord, databaser og vurdering av potensielt aktuelle artikler sammen. Vi oppdaget flere av de samme artiklene å de ulike databaser og vi tenker det styrker vårt søk.

Vi valgte oss ut følgende databaser:

Cinahl via Ebscohost	Embase via Ovid	Maternity And Infant Care
Medline via Ovid	SveMed+	PsycInfo via Ovid

Våre søkeord:

Caesarean Section*	Cesarean Section*	Caesarean Deliver*	Cesarean Deliver*
Non Medical*.mp.	No Medical*.mp.	Without Medical*.mp.	Absence of medical*.mp.

Maternal Request.mp.	Mother*request.mp.	Patient Preference.mp.	Choice
----------------------	--------------------	------------------------	--------

Vi hadde valgt de første fem databasene selv, og fikk tips fra bibliotekar om at det kunne være hensiktsmessig å søke i databasen PsycInfo for å finne kvalitative studier.

Vi har gjort et bredt litteratursøk med få avgrensninger for å få mest treff. Dette resulterte i mange treff. I de mindre databasene søkte vi i to omganger, hvilket vil si at vi brukte søkeordene som omhandler keisersnitt ved å bruke «OR». Vi søkte på alle de andre ordene og kombinert de to med «AND», dette for å få mest mulig treff ved å ikke begrense for mye.

I den største databasen EMBASE, så vi at vi ville ende opp med en u håndterlig mengde materiale, og vi da var nødt til å sette dette opp i tre bolker, istedenfor to. Vi slo sammen alle ordene som omhandlet keisersnitt i en bolke, ord om mors ønske i en bolke og medical ordene i en bolke, og så kombinerte vi de tre ordene med «AND». Vi hadde en diskusjon rundt det å velge å avgrense for kvalitative studier med High Sensitivity, men valgte å ikke gjøre dette, fordi vi kunne gå glipp av noen artikler.

Database	Potensielt aktuelle artikler	Antall artikler videre for vurdering
Maternity And Infant Care (Multi-Search L53)	261	15
SveMed+	17	9
Cinahl	361	13
Medline	443	16
Embase	80	4
PsycInfo	120	9
Totalt:	1282	66

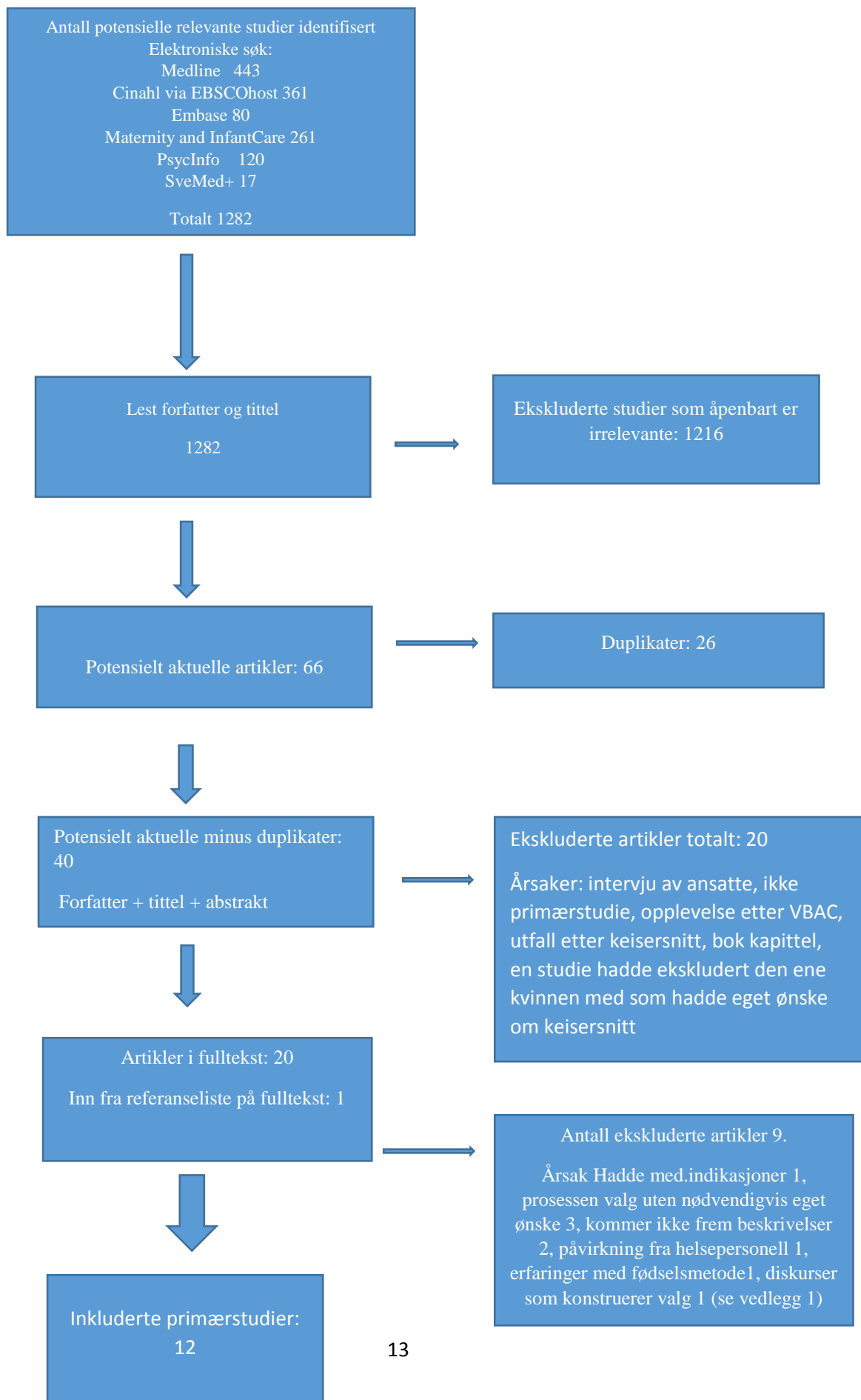
I databasen **Maternity and Infant Care** gjorde vi først ett Multi-Search hvor vi fant at L53 var koden som dekket Caesarean Section Caesarean By Choice. Det var kun denne databasen som hadde mulighet for et slikt Multi-Search.

Til sammen fikk vi 1282 aktuelle treff i de 6 databasene. 1216 artikler ble ekskludert fordi det åpenbart ikke var aktuelle, fordi det på tittelnivå fremkom at det ikke var relevant for vår

problemstilling, at studien var gjort i ett ikke vestlig land. Vi hadde 66 potensielt aktuelle artikler og det ble søkt etter duplikater i referanseverktøyet EndNote, hvor til sammen 26 artikler ble fjernet grunnet duplikater.

På dette tidspunktet er det 40 artikler som vi leser tittel og sammendrag på. Her ble ytterligere 20 artikler fjernet og årsak til ekskludering blir presentert i vedlegg 1. Disse er ekskludert fordi de ikke møter inklusjonskriteriene eller ikke svarer på vår problemstilling. Vi satt igjen med 20 artikler som vi printet ut i fulltekst. En artikkel Arthur, D fra databasen Maternity and Infant Care måtte vi bestille på biblioteket. Vi tok for oss ti artikler hver. Vi printet ut sjekklister for kvalitative studier (vedlegg 2) og sjekklisten la vi foran hver eneste av artiklene for kvalitetssikring ved bruk av de 10 spørsmålene. Vi gjennomgikk alle referanselistene til de 20 artiklene for å se etter aktuelle artikler og da så vi flere av de artiklene vi allerede hadde inkludert. En artikkel fra referanselistene til de artiklene vi tok ut i fulltekst ble inkludert. Denne kom ikke opp i søket vårt, da HIOA først startet å abonnere på dette tidsskriftet fra 1994, denne bestilte vi. Underveis diskuterte vi artiklene, og skrev ned kommentarer om hvordan vi vurderte artiklene. Når vi hadde lest de ti artiklene hver, byttet vi artikler, slik at vi fikk gjort vurderinger av alle 20 artiklene individuelt. Dette gjorde vi for å kvalitetssikre at begge vurderte studiene likt og at vi var to om å vurdere hvilke som skal ekskluderes. Det ble brukt nesten 3 uker på å kvalitetssikre artiklene og underveis hadde vi veiledning for å få hjelp med spørsmål vi hadde. Vi har blitt godt kjent med innholdet i artiklene ved å lese de flere ganger for å se om vi finner nye nyanser underveis. Flere av de ekskluderte artiklene vil bli brukt i drøftingen. Men som Aveyard (2014) poengterer, er det viktig holde fokus på nøyaktig det som er vår problemstilling, og ikke litteratur som er rett utenfor vår problemstilling. Vi var begge usikre om artikkelen (Karlstrom, Nystedt, Johansson & Hildingsson, 2011) skulle inkluderes da vi leste det som at kvinnene oppgav at de hadde medisinske indikasjoner og det var en mixed-methods. Vår hovedveileder var med å vurdere denne og vi inkluderte den kvalitative delen da det fremkom beskrivelser.

3.2.1 Flytskjema for systematisk litteratursøk, figur 1.



3.3 Presentasjon av inkluderte studier

Som ledd i den kritiske vurderingen av hver studie, har vi vurdert rollen forsker har, hvor studien er publisert. Vi har vurdert om formålet med studien er tydelig og om det er korrekt metode valgt, videre har vi vurdert om deltakere var representative og om antallet samsvarer med metode, hvordan data ble samlet og analysert. Det er totalt antall 428 kvinner. Av disse kommer det frem at 76 var førstegangsfødende, og 281 var flergangsfødende. I en studie står det at 71 kvinner deltok, og majoriteten av disse var flergangsfødende, så her vet man ikke antall førstegangsfødende. Dette presenteres i tabellen under.

3.3.1 Tabell 1, oversikt over 12 inkluderte studier:

Forfatter/år Tidsskrift publisert	Formål	Deltakere og studiested	Resultater
McAra-Couper, Jones & Smythe, (2012) Feminism & Psychology	Hva som påvirker kvinnenes valg med intervensjoner som f.eks keisersnitt	33 kvinner i 6 fokusgrupper. New Zealand	Kontroll, forutsigbarhet, normalisering av operasjon,
McGrath & Ray-Barruel, (2009) International Journal of Nursing Practice	Kvinnens syn på fødsel i valgprosessen etter tidligere keisersnitt	20 kvinner, men data fra de 16 kvinner som ønsket elektiv keisersnitt i Australia	Enklere med keisersnitt, tryggere for barnet, kontroll, unngå skuffelse, unngå smerte
Munro, Kornelsen & Hutton, (2009) Journal of Midwifery & Women`s Health	Utforske hvilken påvirkning fødselshistorier har ved ønske om keisersnitt uten medisinske indikasjoner.	17 førstegangsfødende. Canada	Påvirkning fra venner og familie, media
Åmark & Ryding, (2007) Lakartidningen	Økt kunnskap om hvorfor kvinnen ønsker keisersnitt	10 kvinner, 6 av dem førstegangsfødende. Sverige	Fødselsangst, skam over å ønske seg keisersnitt

Forfatter/år Tidsskrift publisert	Formål	Deltakere og studiested	Resultater
Karlstrom, Nystedt, Johansson & Hildingsson, (2011) Midwifery	Beskrive forekomst og årsak til ønske keisersnitt	Siden det var både kvantitative og kvalitative data, har vi tatt med videre de 71 kvinnene som kom med beskrivelser.	Eneste valg med keisersnitt, ambivalens omkring sitt valg, negativ fødselsopplevelse, frykt for fødsel,
Rhodes, (2013) Doktorgrad- avhandling	Hensikten med studien er å utforske kvinnens opplevelser med et elektivt keisersnitt etter en tidligere traumatisk fødsel. Vi har trukket ut det som er aktuelt hos de som ønsker keisersnitt.	13 kvinner hvor 8 gav skriftlig redegjørelse og 5 kvinner ble intervjuet (ansikt til ansikt, skype eller telefon). England.	Kontroll, fødselsangst, syn på keisersnitt, unngå smerter
Kornelsen, Hutton & Munro, (2010) J Obstet Gynaecol Can	Å utforske kvinners erfaringer med beslutningsprosessen som leder til elektivt keisersnitt uten medisinske indikasjoner.	17 førstegangsfødende, Canada.	Alder, frykt, risiko, påvirkning fra familie historie om forløsninger,
Fenwick, Staff, Gamble, Creedy & Bayes, (2010) Midwifery	Beskriver kvinners ønske om keisersnitt uten medisinske indikasjoner i første svangerskap.	14 kvinner deltok, studie gjennomført i Australia.	Vaginal forløsning ble ansett som farlig og uforutsigbar, tap av kontroll, frykt, påvirkning fra behandler, ikke tro på egen fødeevne

Forfatter/år Tidsskrift publisert	Formål	Deltakere og studiested	Resultater
Shorten, Shorten & Kennedy, (2014) BIRTH	En analyse av erfaringene til gravide kvinners interaksjon med informasjon, kommunikasjon med behandlere og utfordringene med beslutningsprosessen vedrørende fødselsmetode etter keisersnitt.	187 kvinner bidro med kvalitative data, studien gjennomført i Australia.	Kvinnens opplevelse av egen risiko, kunnskap om fødselsalternativer, holdninger og meninger blant familie og venner, minner fra tidligere fødselsopplevelse og behandlers praksis påvirker valget.
Ryding, (1993) Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica	Forstå kvinner som krever keisersnitt uten medisinske indikasjoner.	33 kvinner intervjuet, 28 var flergangsfødende, 5 førstegangsfødende.	Negative fødselshistorier, frykt for smerte, tap av kontroll, fødselsangst, tillitproblemer, frykt for akuttsnitt.
Sahlin, Carlander-Klint, Hildingsson & Wiklund, (2013) Midwifery	Å beskrive de underliggende årsakene for ønske om keisersnitt i fravær av med.indikasjoner hos førstegangsfødende.	12 førstegangsfødende kvinner, Stockholm, Sverige.	“Deeply rooted emotions” – alltid visst de ønsket keisersnitt, kontroll, sikkerhet, negative erfaring med helsevesenet, skam over ønske keisersnitt.
Arthur & Payne, (2005)	Uforske og identifisere årsaker til at kvinner ønsker keisersnitt i fravær av medisinske indikasjoner.	5 førstegangsfødende, New Zealand	Frykt for fødsel, anser vaginal fødsel som farlig, kontroll,

Forfatter/år Tidsskrift publisert	Formål	Deltakere og studiested	Resultater
New Zealand College of Midwives			

Vi har nøye selektert ut hvilke artikler vi skal ha med og det har vært noen diskusjoner underveis. Det er artikler som omhandler beslutningsprosessen etter keisersnitt, om man skal velge seg keisersnitt eller vaginal fødsel. Her er det flere faktorer som kan påvirke og det er ikke nødvendigvis alle som ønsker seg keisersnitt. Men vi har diskutert disse artiklene grundig sammen med vår veileder. Det kommer frem gode beskrivelser fra kvinner som ønsker seg keisersnitt, og derfor er artikkelen inkludert. Det er en annen artikkel som tar for seg beslutningsprosessen og informert valg, men også her kommer det frem rikelige beskrivelser fra kvinner som ønsker keisersnitt uten medisinske indikasjoner.

Aveyard (2014) skriver at man må gjøre vurdering om kvaliteten på hver enkelt studie. Vi har gjort dette gjennom våre sjekklister. Det er noen artikler som vi har vurdert som særdeles gode artikler (Munro et al., 2009), i andre studier har vi sett begrensinger ved at f.eks antall kvinner som ønsker keisersnitt ikke kommer tydelig frem (McAra-Couper et al., 2012) og i (Ryding, 1993) hvor analysen ikke beskrevet. Dette er viktig fordi man må være bevist styrkene og begrensingene ved funnene man inkluderer i oppgaven. Aveyard poengterer videre at det ikke finnes perfekte studier og ser også nødvendigheten med å se styrkene med studiene. Om man kun inkluderer studier som er vurdert til svært god kvalitet, kan man gå glipp av viktige nyanser man kan få om man inkluderer studier som har noen åpenbare begrensinger, så lenge man er klar over begrensingene. Vi har ikke vurdert noen av de inkluderte studiene til å være av dårlig kvalitet eller av store mangler, foruten Ryding sin studie fra 1993 hvor det ikke er beskrevet tydelig analyse.

Artiklene ble vurdert etter sjekkliste (vedlegg 2)

McAra-Couper et al., (2011)	Høy kvalitet 9/10 JA
Sahlin et. al (2013)	Høy kvalitet 9/10 JA
McGrath & Ray-Barruel (2009)	Middels kvalitet 7/10 JA
Munro et al., (2009)	Høy kvalitet 9/10 JA
Karlstrøm et al., (2011)	Høy kvalitet 8/10 JA
Åmark & Ryding (2007)	Høy kvalitet 8/10 JA
Rhodes (2013)	Høy kvalitet 8/10 JA
Kornelsen et al., (2010)	Høy kvalitet 8/10 JA
Fenwick et al., (2010)	Høy kvalitet 9/10 JA
Arthur & Payne (2005)	Høy kvalitet 8/10 JA
Shorten et al., (2014)	Høy kvalitet 8/10 JA
Ryding (1993)	Middels kvalitet 7/10 JA

En utfyllende tabell med oversikt over styrker og svakheter med våre inkluderte studier blir presentert i vedlegg 3.

Det har blitt gjennomført dybdeintervju, fokusgrupper og telefonintervju i artiklene. Vi har også inkludert kvalitative data fra spørreskjema hvor kvinnene kunne gi sine beskrivelser. Data fra spørreskjema vil ofte ikke være så informative som ved f.eks et dybdeintervju. Det er viktig å hente ut disse dataene nøye og dette har vi med oss i gjeldende artikler (Aveyard, 2014). En utfyllende presentasjon over metode, datasamling og analyse i de inkluderte artiklene blir presentert i vedlegg 4.

3.4 Syntetisering av data.

Det finnes to avanserte måter å analysere kvalitativ litteratur på. Meta-etnografi og meta-studie (Aveyard, 2014). I følge Aveyard krever disse metodene høy ekspertise av flere forskere og er på et høyt nivå. Vi har valgt å følge anbefalingene fra hovedveileder om å følge Aveyard for å gjøre en tematisk analyse. Dette anbefales grunnet oppgavens størrelse og at vi gjør denne typen arbeid for første gang. Tematisk analyse kan også kalles tematisk syntese

(Thomas & Harden, 2008). Hele prosessen frem til vi landet på tolv artikler, gjorde vi sammen. Med viten om at det ville styrket oppgaven at begge ville analysert alle artiklene, har vi på grunn av tidsbegrensing valgt å analysere 6 artikler hver. Når vi analyserte, leste vi resultatdelen i hver artikkel grundig og vi identifiserte tema hvor det kom frem beskrivelser om kvinnenes ønske om keisersnitt. Vi kopierte alle identifiserte tema over i et word-dokument for å holde oversikt over identifiseringen. Man kan bruke uttrykk som er brukt i artikkelen eller man kan omskrive funnene i egne ord. Temaene skal direkte reflektere problemstillingen som man har. Her ser vi hva det handler om og ikke begreper. Dette materiale har allerede fortolket og komprimert og derfor tolker man linje for linje. Gjennom denne prosessen kommer vi tett på materiale i første omgang og ut i fra dette kan man danne hovedtema.

Her er noen eksempler på denne identifiseringen:

«Women did not make decisions in isolation – partners, family members, and friends all provided opinions and varying degrees of pressure»

Kvinnene tok ikke valgene sine alene – partner, familiemedlemmer og venner tilførte meninger og varierende grad av press. = påvirkning fra familie/venner. (Shorten et al., 2014)

«My wish for a caesarean section has been there for a long time. Even before I knew I wanted children»

Ønske om keisersnitt har vært der i lang tid Til og med før jeg visste jeg ville ha barn = alltid visst at man ønsker seg keisersnitt (Sahlin et al., 2013)

«I was far more nervous about an emergency c-section and it all being a rushed job and a panic instead of being planned and calm»

Jeg var mye mer nervøs for ett akutt keisersnitt og at det skulle bli en forhastet jobb og panikk istedenfor at det var planlagt og rolig = frykt for akutt keisersnitt (McGrath & Ray-Barruel, 2009)

Det er gjennom denne detaljerte granskingen at vi har identifisere tema. Generering av tema, selv om det er forsøkt å tolke nøytralt, vil alltid være fortolkende og subjektiv, avhengig av den innsikten vi som har tolket har det (Aveyard, 2014). Det blir etter hvert identifisert mange tema. For å unngå fortolkning i denne delen, skrev vi ned tema på den måten vi identifiserte dem. Det vil si at i noen artikler var det *tap av kontroll* som ble identifisert, mens det i andre artikler ble identifisert som *ønske om kontroll*. Vi kunne allerede på dette tidspunkt slått ordene sammen fordi vi ser det handler om det samme, men for å bevare den systematiske fremgangsmåten, slik at leser kan følge vår vei, har vi valgt å gjøre det på denne måten. For å få en oversikt, har vi plassert temaene inn i en tabell

3.4.1 Tabell 4, over 56 identifiserte tema:

Ønske om kontroll	Rhodes, (2013)	Fenwick et al., (2010)	Shorten et al., (2014)	Munro et al., (2009)	McAra-Couper et al., (2012)	
	McGrath & Ray-Barruel, (2009)	Sahlin et al., (2013)				
Fødselsangst	Ryding, (1993)	Rhodes, (2013)	Åmark & Ryding, (2007)	McGrath & Ray-Barruel, (2009)	Karlstrom et al., (2011)	
Retten til å velge selv	Arthur & Payne, (2005)	McAra-Couper et al., (2012)	Sahlin et al., (2013)	McGrath & Ray-Barruel, (2009)		
Frykt for fødselssmerter	Ryding, (1993)	Åmark & Ryding, (2007)	McGrath & Ray-Barruel, (2009)	Karlstrom et al., (2011)		
Alltid visst at de ønsket keisersnitt	Sahlin et al., (2013)	Karlstrom et al., (2011)	Åmark & Ryding, (2007)	Kornelsen et al., (2010)		
Risiko for barnet	Åmark & Ryding, (2007)	McGrath & Ray-Barruel, (2009)	Sahlin et al., (2013)			
Syn på vaginal fødsel	Fenwick et al., (2010)	Shorten et al., (2014)	Arthur & Payne, (2005)			

Tro på egen fødeevne	Fenwick et al., (2010)	Åmark & Ryding, (2007)	McGrath & Ray-Barruel, (2009)			
Følelser under beslutningsprosessen	Shorten et al., (2014)	Karlstrom et al., (2011)	McGrath & Ray-Barruel, (2009)			
Påvirkning fra familie og venner	Fenwick et al., (2010)	Munro et al., (2009)	Shorten et al., (2014)			
Oppfattelse av risiko	Kornelsen et al., (2010)	Munro et al., (2009)				
Egen oppfattelse av medisinsk indikasjon	Kornelsen et al., (2010)	Karlstrom et al., (2011)				
Tap av kontroll	Ryding, (1993)	Åmark & Ryding, (2007)				
Kvinnens syn på keisersnitt	Rhodes, (2013)	Fenwick et al., (2010)				
Frykt for akuttkeisersnitt	Ryding, (1993)	McGrath & Ray-Barruel, (2009)				
Behandlerens holdninger	Fenwick et al., (2010)	Shorten et al., (2014)				
Tidligere traumatisk fødselsopplevelse	Rhodes, (2013)	Shorten et al., (2014)				
Media (internett og film)	Åmark & Ryding, (2007)	Munro et al., (2009)				
Fødeselsdepresjon	Ryding, (1993)	Rhodes, (2013)				
Alder	Kornelsen et al., (2010)	Arthur & Payne, (2005)				
Skyldfølelse over valget	Arthur & Payne, (2005)	Åmark & Ryding, (2007)				
Omgivelsenes meninger om kvinnens valg	McGrath & Ray-Barruel, (2009)	Sahlin et al., (2013)				

Holdning til informasjon om risiko ved keisersnitt	Fenwick et al., (2010)	Åmark & Ryding, (2007)				
Keisersnitt for å beholde kontrollen over fødselsprosessen	Arthur & Payne, (2005)					
Keisersnitt som tryggeste valg	Karlstrom et al., (2011)					
Negative fødselshistorie	Ryding, (1993)					
Frykt for livet og helsen til babyen	Ryding, (1993)					
Ett lettere valg, kortere tid	McGrath & Ray-Barruel, (2009)					
Behandlerens syn	Rhodes, (2013)					
Ett syn på vaginal fødsel som farlig	Ryding, (1993)					
Mistillit til helsepersonell	Åmark & Ryding, (2007)					
Kvinne som kjønn (utseende)	McAra-Couper et al., (2012)					
Negativ fødselsopplevelse	Karlstrom et al., (2011)					
Egne eller slektingers erfaringer fra sykehus	Sahlin et al., (2013)					
Delt beslutningstaking	Shorten et al., (2014)					
Manglende arenaer - snakke om elektivt keisersnitt	Arthur & Payne, (2005)					
Familiekriser	Ryding, (1993)					
Sikkerhet til det ufødte barnet	Arthur & Payne, (2005)					
Frykt for å miste verdighet	Fenwick et al., (2010)					
Normalisering av operasjon	McAra-Couper et al., (2012)					

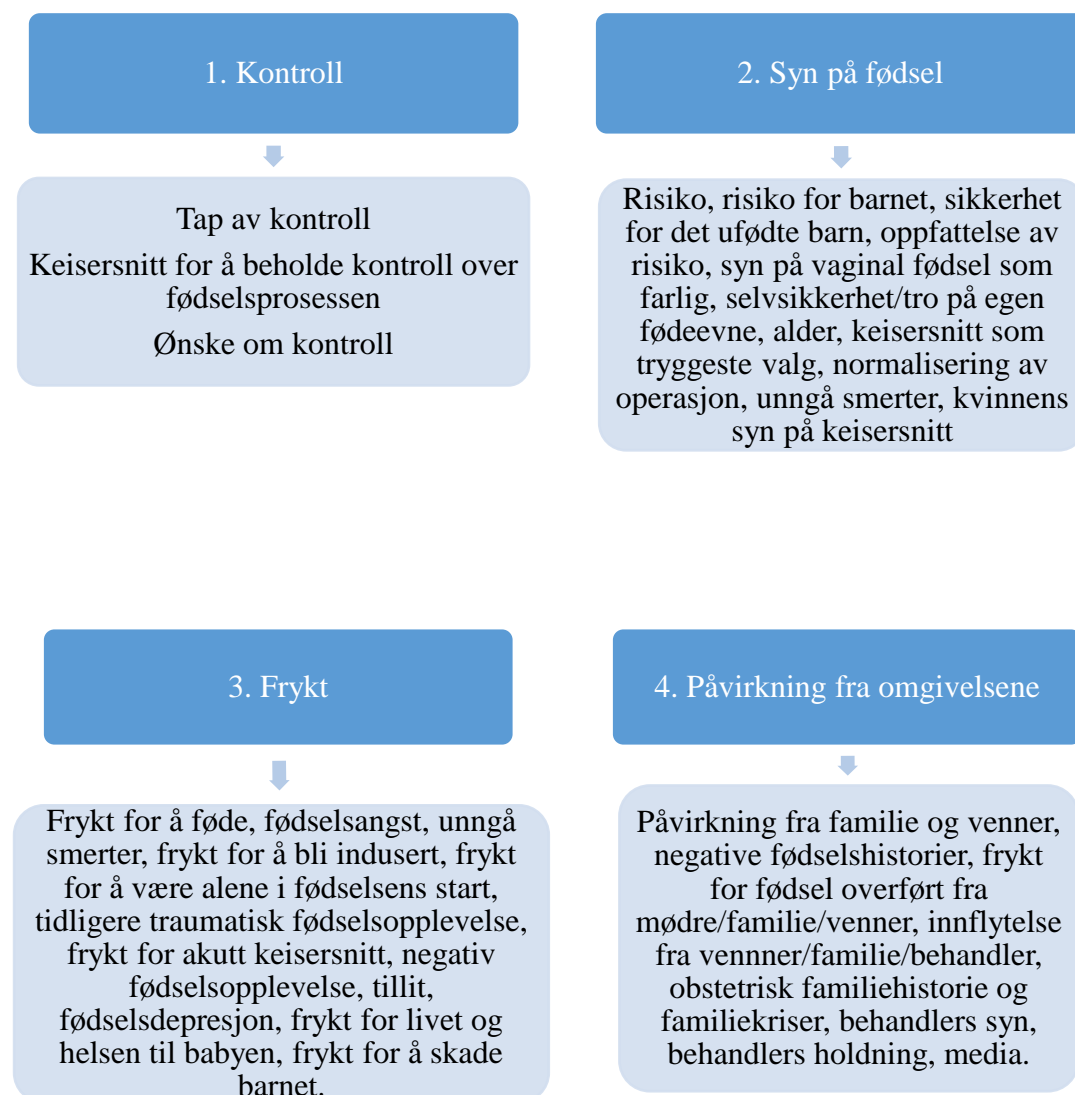
Tillit	Ryding, (1993)					
Frykt for ytterligere traume mot vagina	Rhodes, (2013)					
Unngå smerter	Rhodes, (2013)					
Frykt for å føde	Fenwick et al., (2010)					
Rifter	Ryding, (1993)					
Obstetrisk familiehistorie	Kornelsen et al., (2010)					
Sosial innflytelse	Kornelsen et al., (2010)					
Frykt	Kornelsen et al., (2010)					
Risiko	Shorten et al., (2014)					
Frykt for å skade barnet	Shorten et al., (2014)					
Selvsikkerhet/tro på egen fødeevne	Shorten et al., (2014)					
Innflytelsen fra venner/familie/behandler	Shorten et al., (2014)					
Frykt for skader på egen kropp	Arthur & Payne, (2005)					
Utseende (arr allerede på magen)	McGrath & Ray-Barruel, (2009)					
Frykt for å være alene i fødselens start	McGrath & Ray-Barruel, (2009)					
Frykt for å bli indusert	McGrath & Ray-Barruel, (2009)					

Det ble til sammen identifisert 56 tema. Vårt mål videre er å samle sammen informasjonen fra de forskjellige studiene og finne ny og integrerende tolkning fra summen av disse studiene.

Man får nyanser når man ser på materiale samlet, enn hva man kan finne ved å lese hver enkel studie individuelt (Aveyard, 2014).

3.5 Hovedtema

Veien videre har vi gjort ved å skrive ned de 56 temaene på lapper som vi har lagt fremfor oss. Sammen har vi forsøkt å se det store bilde, hvilke temaer som hører sammen. Vi har kommet frem til fem hovedtemaer som blir presentert under. I tabellen under viser vi hvordan vi har tenkt når vi har kategorisert alle de identifiserte temaene inn til 5 hovedtema.



5. Valg



Retten til å velge selv, ingen andre valg enn keisersnitt, følelser under valgprosessen, skyldfølelse over valgene, holdning til informasjon om risiko ved keisersnitt, manglende arenaer for å snakke om elektivt keisersnitt, delt beslutningstaking, egen oppfattelse av medisinsk indikasjon

4.0 RESULTATER

4.1 Presentasjon av våre resultater

Vår analyse og identifiserte undertemaer resulterte i fem hovedtema som vil bli presentert. Når vi presenterer våre resultater, inkluderer vi styrker og svakheter med den omtalte studien. Dette er ikke vanlig i andre metoder, men vi følger strukturen til tematisk analyse som Aveyard beskriver, og vil derfor presentere resultatene, med inkludering av styrker og begrensninger av de studiene som omtales (Aveyard, 2014).

4.1.1 Kontroll

I flertallet av artiklene identifiserte vi behovet for å bevare kontrollen. I 10 av de 12 artiklene er dette funn. Under kontroll hos **førstegangsfødende** fant vi at det var flere kvinner som anså keisersnitt den mest kontrollerte og tryggeste måten å få barn på, spesielt for barnet (Arthur & Payne, 2005). Det ble gitt uttrykk for at de var redde for hypoksi hos barnet hvis det ble født vaginalt (Sahlin et al., 2013). Det foreligger rikelig med data da det er 12 kvinner inkludert i denne studien, men en begrensning kan være at alle kvinnene var rekruttert fra urbane strøk og dermed ikke nødvendigvis kunne overføres til populasjonen generelt. Begrensningene til generalisering ser man i studie Arthur og Payne (2005) grunnet at få kvinner deltok, men også disse kvinnene presenterer elektivt keisersnitt som en prosedyre som er kontrollert, trygg og som sørger for velbefinnende for babyen og seg selv. Dette tross dagens kunnskap som sier vaginal fødsel er tryggere enn elektivt keisersnitt når det ikke foreligger medisinsk indikasjon. Denne artikkelen inneholder også rikelig data tross få deltakere.

En førstegangsfødende beskrev at vaginal fødsel kan vare mellom 10 – 20 timer, mens ett keisersnitt går raskere og dermed opplever man kontroll (Munro et al., 2009). En kvinne hadde spurt en venninne om hennes termindato: *«vi skal føde 1 Juli kl 15.15, vi har planlagt det denne dagen. Vi tenkte at hvis vi ikke kunne føde vanlig forrige gang, så skal jeg ikke det nå heller»*. Da hadde kvinnen tenkt at elektivt keisersnitt er en sivilisert måte å føde på. Sivilisert fødsel innebærer å vite klokkeslett/dato, organisere, forutse, unngå smerte og redusere angst (McAra-Couper et al., 2012; Munro et al., 2009; Sahlin et al., 2013; Shorten et al., 2014). Kontroll og forutsigbarhet er sterk kontrast til kaos, uforutsigbarhet og den irrasjonelle delen fødsel kan være. Denne artikkelen Munro et al., (2009) har vi vurdert til høy kvalitet da det er godt beskrevet detaljert rekruttering, metode og analyse. Også i Fenwick et

al. (2010) beskriver deltakerne at de tror keisersnitt vil kunne tilby et høyere nivå av kontroll av fødselen, noe de likestilte med trygghet og lindring fra frykt. *En perfekt organisert fødsel, med alle de riktige menneskene på rett stedet til riktig tid*» Noen kvinner poengterte eksplisitt at medisinske evner og erfaring i et kontrollert miljø beskyttet dem og reduserte sjansene for uønskede skader. Selv om funnene presentert i studiet kun er representativt for liten gruppe selvrekrutterte kvinner og dermed vanskelig å generalisere, har deltakerne vært en del av en mye større kohort som identifiserte årsak til ønske om keisersnitt. Funnene i kohorten reflekterte funnene i den aktuelle studien. I Åmark og Ryding (2007) beskriver en kvinne at «Jeg hadde mareritt. Det var ikke smerten marerittet handlet om, det var heller opplevelsen ikke bestemme over seg selv. Jeg mistet helt kontrollen over hva de kan gjøre med meg, for meg var det fryktelig». Det kommer ikke frem paritet til kvinnen som uttaler seg. Det var seks førstegang- og fire flergangsfødende inkludert i studien.

Hos de **flergangsfødende** var det flere kvinner som snakket om elektivt keisersnitt direkte relatert til kontroll (Rhodes, 2013; Ryding, 1993; Shorten et al., 2014). Dette var ofte forbundet med følelser av hjelpsløshet som igjen ledet til opplevelsen av den forrige fødselen som traumatisk. For andre var det forbundet med muligheten for å planlegge når babyen skulle komme, samt redusere sjansene for repetisjon av omstendighetene som forårsaket den traumatiske fødselen. De psykologiske fordelene med dette tenkte de veide opp for de medisinske risikoene (Rhodes, 2013). Alle kvinnene i denne studien hadde traumatisk fødselsopplevelse fra før og intervju ble gjennomført på telefon da de ikke ønsket intervju ansikt til ansikt intervju. Dette bekreftes i Shorten et al. (2014) hvor kvinnene gav uttrykk for at de så for seg en større delaktighet i fødselen ettersom at de hadde hatt keisersnitt før og derfor større personlig kontroll. Det virket som kombinasjonen av usikkerhet, frykt og engstelse gjorde at mange kvinner valgte elektivt keisersnitt slik at de i det minste fikk kontroll over deler av prosessen. «ville vært betryggende å vite sikkert tidspunktet for forløsning i stedet for venting og spekulering». Kvinnene i denne studien har svart skriftlig på undersøkelsen. Individuelle intervjuer ville kanskje resultert i lengre narrativer. I Ryding (1993) beskrev tre av de flergangsfødende kvinnene uttalt opplevelse av å miste kontrollen mot slutten av fødselen. Minnene om dette var skremmende og inneholdt frykt for å dø og frykt for galskap. Denne artikkelen er fra 1993, men den går igjen i flere av referanselistene til artiklene og vi synes det er relevante funn også i dag.

Kontroll fant vi i McAra-Couper et al., (2012) hvor det beskrives «*Man ønsker ikke at ting skal skje med en, som man ikke kan forutse eller ha kontroll over. Derfor velger jeg keisersnitt*». En kvinne sier følgende: «*Nå om dagen tenker jeg det er skjedd en endring for kvinner som gjør at de vil ha kontroll*». Lage lyder og at det er grisete, ting som er en naturlig del av fødsel, kan føles som tap av kontroll og verdighet. En kvinne som beskrev sitt keisersnitt som følgende: «*Det var som å møte til en middagsavtale. Du blir trillet inn ett rom, får en nål og blir lagt ned. Du hilser på alle før operasjon, får en epidural og får en baby, mens de syr deg sammen*». Alle kvinnene i studien ønsker intervensjon, men ikke alle gir uttrykk for ønske om keisersnitt. Det kommer ikke tydelig frem hvor mange av kvinnene som ønsker keisersnitt og dette kan sette begrensingen med studiens funn.

En av de flergangsfødende kvinnene gav direkte uttalelser at de synes det var ett enklere valg. «*Fordi alt går så fort fra de har bestemt keisersnitt, doktor kommer inn, vasker, ferdig. På naturlig vis kan det ta 12 timer, men keisersnitt tar bare 15 minutter*» (McGrath & Ray-Barruel, 2009).

Kvinner oppgav også mistillit til helsepersonell som medvirkende årsak til sitt ønske. Antallet kvinner som ønsket dette eller deres paritet fremkom ikke i studien (Åmark & Ryding, 2007). Redsel for uoverrenskommelser med fødselspersonale, at fødselsplanen ikke skulle bli overholdt, at man ikke skulle få smertelindring til tross for lovnader om dette. Flere kvinner oppgav de hadde større tiltro til operasjonspersonalet, «*det kjennes sikrere ut med keisersnitt, det er jo en lege som vet hva han holder på med som tar ut barnet*». Ett viktig poeng med denne artikkelen er at alle kvinnene er rekruttert fra storby og forsker poengterer at dette kan ha betydning da kvinnene ikke er garantert fødeplass på det aktuelle sykehus. Også i artikkel Karlstrom et al., (2011) er det en kvinne som beskriver dette: «*jeg har ingen tillit til personalet, jeg har hatt mye frykt siden forrige fødsel*»

4.1.2 Syn på fødsel

Kvinnene ser på vaginal fødsel som en farlig, skremmende og uforutsigbar hendelse. Den viktigste faktoren for kvinnenes ønske om elektivt keisersnitt er at de ser på normal, vaginal fødsel som noe ukontrollerbart og potensielt farlig, både fysisk og psykisk, både for dem selv og babyen. Videre fant vi at kvinnenes avgjørelse om elektivt keisersnitt trolig er påvirket av den sosiale konstruksjonen om at en naturlig fødsel ses på som en potensielt skadelig prosess.

Kvinnene portretterte vaginale fødsler som destruktive mot egen kropp, sinn og/eller babyen. «*Jeg kan ikke se noe naturlig ved å trykke ut en baby gjennom det lille hullet*» (Arthur & Payne, 2005; Fenwick et al., 2010). I Ryding (1993) fremkommer elleve kvinners syn på vaginal forløsning som noe forferdelig eller ekstremt farlig. Disse kvinnene uttrykte motvilje mot terapi med utsagn som «*du kan snakke med meg så mye du vil, men jeg kommer aldri til å endre mening*». Disse kvinnene ble oppfattet som reserverte og med rigide mentale sperrer.

Kvinnene mente at fødselen handlet om babyen og ikke om kvinnen, og at det skulle være unødvendig for kvinnen å føle seg «fulfilled» (oppfylt, tilfredsstilt). Enkelte kvinner erkjente imidlertid at fødselsprosessen kunne være viktig for noen kvinner, mens andre igjen ble provosert av at «enhver kvinne» skulle ønske å føde vaginalt. Konstruksjonen av en fødsel som en prosess hvor man bare tilegner seg et barn uten å tillegge det noen andre personlige verdier står i motsetning til refleksjonene om den faktiske fødselsopplevelsen. Flere av kvinnene uttrykte at fødselsopplevelsen ikke ble som de forestilte seg, og beskrev opplevelsen som lite spesiell, lite minneverdig og uten de forventede følelsene. De uttrykte følelser som forventninger fremfor begeistring, og at de var lettet fremfor emosjonelle. En av kvinnene beskrev store problemer med tilknytningen. «*Jeg husker at jeg så på henne i flere dager etterpå og tenkte; hvor kom du fra?*» (Fenwick et al., 2010).

Flere av kvinnene sa at de generelt opplevde det tryggere og mer kontrollert at barnet ble forløst med elektivt keisersnitt enn med vaginal forløsning. «*Jeg vet det er tryggere for barnet mitt, som vil bli forløst under rolige omstendigheter. Det vil gå raskt, og da vil ikke babyen bli utsatt for hypoksi. Ingenting galt vil skje med babyen under forløsning. Muligens det ikke er så bra for meg, men det vil gå bra for barnet i alle tilfeller*» (Sahlin et al., 2013).

Keisersnitt beskrives som mer kontrollert, forutsigbart og skjer i et tryggere miljø. «*Hadde barnet blitt skadet, ville jeg hatt skyldfølelse.*» «*Jeg har gjort det før, og jeg vil ikke nå risikere noe ved å føde vaginalt, noe kan gå galt*» (McGrath & Ray-Barruel, 2009). Det råder en holdning om at elektivt keisersnitt er den tryggeste måten å forløse et barn på, og at det vil forhindre skader mot babyen. To av kvinnene i studien mente at det ville garantere babyens sikkerhet. Dette er imidlertid en liten studie som begrenser overførbarheten av funnene (Arthur & Payne, 2005).

Kvinnene hadde fått informasjon om risiko for barnet ved keisersnitt, men de opplevde større risiko for barnet ved vaginal forløsning. «*Det er klart det er mye risiko, men det er veldig mye*

risiko å føde barn på vanlig måte også, for meg føles det som det er mer risiko å føde på vanlig måte.» De oppgav å være redde for at barnet skal bli skadet på grunn av at de selv ikke klarer å takle situasjonen i fødsel. *«Jeg tenker at det er to aspekter, man skal ligge å kjempe og komme til et stadie hvor hverken jeg eller barnet klarer det, der noen tar skade, og jeg er redd det plutselig kan bli akutt, og at hjerterytmen til barnet går ned og at barnet ikke får nok oksygen.»* (Åmark & Ryding, 2007). *«Jeg vil bare ikke ta risikoen»* oppsummerer hvorfor mange kvinner valgte elektivt keisersnitt. Noen hadde også oppfattelsen om en bedre «recovery» etter keisersnitt i stedet for ved vaginal fødsel (Shorten et al., 2014). Vi fant at mange av kvinnene hadde en oppfattelse av at det var større risiko for babyen ved å føde vaginalt enn ved keisersnitt. Muligheten for at fødselen likevel kunne ende opp med keisersnitt (akutt) påvirket valget om elektivt keisersnitt (Kornelsen et al., 2010).

Mange av kvinnene manglet tro på egen evne til å gjennomføre en vaginal fødsel, og oppga også det som bakgrunn for deres valg om keisersnitt (McGrath & Ray-Barruel, 2009). Noen kvinner oppga lav smerteterskel som årsak til mangel på tro på egen fødeevne (Åmark & Ryding, 2007). En kvinne trodde hun ikke hadde noe å bidra med for å få babyen ut, og hun hadde større tro og tillit til legene og heller la dem ta kontrollen (Fenwick et al., 2010). I et studie fremkom det at kvinnene som hadde tatt til seg mye informasjon fikk økt sin selvsikkerhet for å føde vaginalt, således var selvsikkerhet positivt forbundet med vaginal fødsel (Shorten et al., 2014). De fleste var overbevist om at keisersnitt var et tryggere valg, og de som hadde gjennomgått keisersnitt før visste hva de kunne forvente i tiden etterpå. Dette reduserte frykten for keisersnitt (McGrath & Ray-Barruel, 2009).

I vår oppgave fant vi at flere av kvinnene så på elektivt keisersnitt som tryggere fødselsmetode. De opplevde det som tryggere for babyen og bli beskyttet fra påkjenningene ved fødselsarbeidet og traumene ved vaginal forløsning. De anså keisersnitt som en garanti for trygghet. For noen åpnet elektivt keisersnitt også opp for tanken om å få flere barn (Fenwick et al., 2010; Rhodes, 2013). *«Keisersnitt påvirker kroppen mindre negativt. En vaginal forløsning kan skape livsvarige skader».* *«Keisersnitt kan redusere risiko for komplikasjoner for barnet, og det fjerner stress og bekymringer».* Dette var utsagn fra førstegangsfødende som alle hadde gitt uttrykk for at de opplevde det tryggest å ta keisersnitt (Karlstrom et al., 2011). I McAra-Couper et al., (2012) fant vi at både kvinne og helsepersonell erkjente en aksept for operasjon. En kvinne sier: *«Over de neste generasjoner vil operasjon bli mer akseptabelt, og det vil være en quick-fix og noe man er avslappet til».*

En annen sier at «*det ville være fint om de rutinemessig kunne gjøre en bukplastikk under keisersnittet*». Kvinnene beskrev operasjon som mindre grisete, væskene går i dren og tette beholdere, og så er det sterilt og ryddig.

4.1.3 Frykt

I seks av artiklene identifiserte vi at frykt for fødselssmerter var funn som kvinnene oppgav som årsak for sitt ønske. Ti av de flergangsfødende oppgav frykt for fødselssmerter som hovedårsak til ønske om keisersnitt. De følte hjelpeløshet, ingen hadde hjulpet dem med å lindre smerten. Enten at de var redd for å dø av smertene, eller at de ønsket å dø for å slippe smertene. Dette er sterke skildringer fra kvinner som oppriktig har trodd at de kunne dø av smertene de opplevde (Ryding, 1993).

Fødselsangst ble identifisert som årsak i seks av artiklene. I Åmark og Ryding (2007) identifiseres to hovedgrupper blant de flergangsfødende kvinnene med angst for å føde vaginalt. Den første gruppen er kvinner som allerede var redde for å føde i første svangerskap og som opplevde fødselen like skremmende som de hadde fryktet. Gruppen karakteriseres av frykt for smerte og av redsel for ikke å få hjelp. Den andre gruppen er kvinner som overraskende ble traumatisert av en ekstremt skremmende obstetrisk situasjon. Disse kvinnene karakteriseres av frykt for å miste barnet og de fant en misoppfattelse blant disse kvinnene om at keisersnitt er en tryggere forløsningsmetode for den neste babyen. Dette bekreftes i Rhodes (2013) hvor kvinnene gledet seg til å få et nytt barn, men følelsen ble svekket av angst og traumesymptomer. Angsten ble mindre av støtten de mottok om sitt valg av et elektivt keisersnitt. Andre ønsket ikke nødvendigvis et keisersnitt, men følte at traumesymptomene ikke ga de noe annet valg.

Kvinnene beskrev engstelse om at kroppen ville bli skadet av en naturlig fødsel, både på kort og på lang sikt. De hadde stor tiltro til at et keisersnitt og moderne teknologi ville gjøre at de unngikk komplikasjoner og at de ville beholde bekkenbunnen intakt (Arthur & Payne, 2005). Nettopp dette temaet med å holde bekkenbunnen intakt var det flere kvinner som oppgav (Rhodes, 2013; Ryding, 1993; Åmark & Ryding, 2007). I Ryding beskriver tre av fem førstegangsfødende at de var redde for å revne og kunne ikke forstå hvordan et barn kunne fødes gjennom deres vaginalåpning uten å skade mer enn de kunne forestille seg. To av disse kvinnene hadde blitt seksuelt misbrukt og dette vil kunne ha påvirkning på deres syn. I Rhodes var det noen kvinner som oppgav at ønsket om keisersnitt delvis var linket til frykt for

ytterligere traume mot vaginaen. «frykt for å revne igjen, etter de naturlige fødselen tok det ett år å gro. De fysiske skadene var ofte assosiert med resulterende følgetilstander som kvinnene ønsket å unngå, for eksempel påvirkning på forholdene med partnere, og nettopp dette kan sees i sammenheng med neste punkt som går på utseende.

Ett interessant funn McAra-Couper et al., (2012) er at mange av dagens fødekvinne har fokus på å ha kontroll også omhandler å bevare seg ordentlig i fødsel og se flott ut: «Jeg var bekymret for utseende. Med mitt første barn fikk jeg besøk på sykehuset og i ettertid ble det gjort spøker om hvilke klær jeg brukte rett etter fødsel av familien. Med mitt andre barn ble jeg besatt av å se ut som en katalog-kvinne. Jeg skulle ikke være en gryntende, bæsående kvinne som fødte. Jeg ville være fin, med matchende pyjamas og tøfler». Uttalelsene går på kjønn, det finnes regler for hvordan kvinner skal være, de skal oppføre seg ordentlig, være høflige og være ordentlig kledd. Feminim vakkerhet spiller en sterk rolle, også når man er gravid. Gravide kjendiser som stiller opp i magasiner, sender en sterk påvirkning til kvinner hvordan de skal se ut. Det kan få kvinner til å ønske seg prosedyrer hvor man har kontroll og bevarer oppførsel, og dermed bli ett ønske om keisersnitt. Det var også flere av de flergangsfødende som oppgav av siden de allerede hadde hatt keisersnitt, og arret var på magen, forenklet dette deres beslutning om å velge keisersnitt på ny (McGrath & Ray-Barruel, 2009; Shorten et al., 2014).

Blant flergangsfødende fant vi at mange kvinner som hadde negativ erfaring beskrev lange og smertefulle fødsler, panikk og sjokk- negative følelser som påvirket deres avgjørelse sterkt. Flertallet av disse kvinnene ønsket ikke å gå gjennom vaginal forløsning igjen. «Jeg hadde en veldig tøff fødsel, vil absolutt aldri føde vaginalt igjen» (Karlstrom et al., 2011). Men det var noen kvinner som var ambivalente, beskrives i Rhodes (2013): «jeg fortsatte å skifte mening om hva jeg ville. En del av meg ville føde naturlig.....jeg ville ikke føle at jeg sviktet og at opplevelsen (tidligere fødselsopplevelse) hadde vunnet over meg.....men jeg slet med tanken på å skulle gjenoppleve alt.» Kvinnene håpte å unngå de psykiske traumene og stressreaksjonene fra forrige fødsel og håpte at et elektivt keisersnitt ville sørge for det (McGrath & Ray-Barruel, 2009; Shorten et al., 2014).

I to artikler fant vi at ønske om å unngå postpartum depresjon oppgitt som ønske for keisersnitt (Rhodes, 2013; Ryding, 1993). En av kvinnene håpte at ved å få en mer positiv fødselsopplevelse så ville hun unngå en ny postpartum-depresjon. Videre i Ryding beskrev

noen av kvinnene at de hadde vanskelig for å stole på andre og egen kropp, dette kunne være relatert til negative sykehusopplevelser fra barndommen.

Det var interessante funn knyttet til latens og induksjon hvor en kvinne oppgav negativ latens som årsak til sitt ønske «*sist gang måtte jeg dra frem og tilbake hele tiden*». En annen kvinne hadde blitt satt i gang og synes induksjonen var forferdelig. «*du vet, det skremmer meg, å gå gjennom induksjon igjen, fordi det er ganske påtrengende, det gjorde meg ukomfortabel i måneder etterpå og jeg vil ikke gå gjennom det igjen. Det var fryktelig.*» (McGrath & Ray-Barruel, 2009).

4.1.4 Omgivelsers innflytelse

Et gjennomgående tema i flere av de inkluderte artiklene er kvinner som forteller om ulike faktorer fra sine sosiale omgivelser som har påvirket ønsket om keisersnitt. Flere av de seks førstegangsfødende og fire flergangsfødende kvinnene i Åmark og Ryding (2007) oppga at de hadde sett eller hørt om skremmende forløsninger og barn som hadde blitt skadet. En av kvinnene hadde som liten sett en film om en kvinne som «fødte seg i hjel», dette hadde satt dype spor. Dette er et eksempel på hvordan film kan påvirke. Studien var dybdeintervju som er velegnet for å få frem beskrivelser. Det fremkommer ikke tydelig hvordan kvinnene ble rekruttert, og utvalget er for lite til å entydig peke på årsak til at kvinner ønsker keisersnitt. Munro et al., (2009) bekrefter dette funnet da det også her oppgis video som påvirkning. Flere av de 17 førstegangsfødende kvinnene i studiet fortalte om en video om vaginal fødsel de ble vist på fødselsforberedende kurs og hvordan denne hadde påvirket deres valg om keisersnitt. «*Jeg synes det så grusomt ut, jeg har ikke lyst å gjøre det*» tenkte en av kvinnene da hun så videoen.

Detaljert kunnskap om potensielle risikoer og utbredelsen av sykелighet ble uttrykt av deltakerne i Kornelsen et al., (2010) samt kunnskapsfortolkning av risikoen ved vaginal forløsning med fokus på bekkenbunnen, seksualfunksjon og inkontinens. Ofte kom denne informasjonen fra ikke-medisinske kilder som internett, populære bøker om fødsel og tv-programmer. Blant disse ble bøker og bladartikler oppgitt som mest innflytelsesrike. Selv om kvinnene fikk kunnskapsbasert informasjon og gjennomgang med informert samtykke, var påvirkningen av kunnskapen de hadde fått fra venner, familie og media større. Andre påvirkningskilder vi fant i studiet var bøker, internett og TV (Munro et al., 2009).

Kvinnene vektla også familiens obstetriske historie. I Kornelsen et al., (2010) var mange av de inkluderte selv blitt født med keisersnitt og mange av kvinnene påpekte at hadde de ikke vært for det så hadde de kanskje ikke bedt om keisersnitt selv. Her er det viktig å understreke at intervjuene i dette studiet er av 17 førstegangsfødende. Altså kvinner som ikke selv har en obstetrisk historie, men hvor påvirkningen fokuserte på fysiske kvaliteter og familiens obstetriske -og helse historie.

Vi fant at fødselsopplevelsen til familie og venner, spesielt mødre, påvirket kvinnenes ønske om keisersnitt (Arthur & Payne, 2005; Fenwick et al., 2010; Kornelsen et al., 2010; Munro et al., 2009; Ryding, 1993; Shorten et al., 2014). Hver kvinne i Arthur & Payne relaterte historier om vanskelige vaginale fødsler fra venner, søstre og mødre til hvordan en naturlig fødselsprosess potensielt kunne skade kroppen deres. En av kvinnene oppga at hun så på vaginal fødsel som farlig og uforutsigbar grunnet negative fødselshistorier fortalt av familiemedlemmer og venner. Det må påpekes at dette studiet har et lite utvalg med kun 5 inkluderte kvinner slik at dette begrenser generalisering av funn. Samtidig får det støtte av flere av de andre artiklene. Beslutningsprosessen påvirkes vanligvis av fødselshistoriene til familie og venner, og det er særlig de negative historiene om vaginale fødsler fødekvinnene hefter seg ved (Kornelsen et al., 2010). En tredjedel av kvinnene opplevde at deres mor hadde overført et veldig negativt syn på fødsel (Ryding, 1993). En styrke ved artikkelen er at man har fulgt kvinnene over tid. Derimot er det en gammel artikkel, og flere av kvinnene endret oppfatning og fødte likevel vaginalt. Den inkluderer også noen psykisk syke, samt noen kvinner som har opplevd å miste eller få alvorlig sykt barn. Også psykososiale forhold kan påvirke ønske om keisersnitt. Vi fant at to av kvinnene i samme artikkel hadde ønske om å rømme fra fødsel på grunn av ekteskapsproblemer og alkoholisme, men at de begge etter rådgivning fødte vaginalt.

I Fenwick et al., (2010) også denne inkluderte og intervjuet førstegangsfødende kvinner, beskrev to av kvinnene hvordan mødrene deres hadde hatt forferdelige vaginale fødsler, hvor den en uttrykte «*når jeg ble født, drepte jeg nesten moren min*». En annen kvinne i studien fortalte om mor og tanter som alle hadde hatt problemfrie keisersnitt. Negative fødselsopplevelser hos venner overbeviste kvinnene om at keisersnitt var en tryggere og bedre måte å føde på. Særlig siden dette var førstegangsfødende vektla kvinnene i studien i stor grad familie og venners opplevelser for å forklare sine ønsker om keisersnitt. Kvinnene i artikkelen til Arthur & Payne (2005) er et godt eksempel på hvordan negative erfaringer fra andre sterkt

kan påvirke tanker om fødsel og ønske om keisersnitt. Styrken ved studien til Fenwick et al., (2010) er at deltakerne har vært en del av en større cohort, og funnene i denne gjenspeiles i den aktuelle studien. Utvalget er derimot beskjedent, og derfor kan det være vanskelig å generalisere funnene.

Et annet viktig funn i vår oppgave er at behandlerne i seg selv kan ha stor innflytelse på kvinnenes ønske om keisersnitt. Fødekvinne som oppsøkte og samtalte med leger om keisersnitt på ikke-medisinsk grunnlag fikk forsterket sin tvil og frykt omkring vaginal fødsel. Kvinnene hadde opplevd å få motstridende informasjon fra ulike behandlere (Shorten et al., 2014). Kvinnene beskrev at det var enkelt å få tillatelse av legene, og de aksepterte og oppmuntret til og med valget om keisersnitt. I ett av tilfellene sa legen «*som en eldre kvinne er det nok bedre med et keisersnitt uansett*». I et annet tilfelle bekreftet legen at hun en gang hadde mistet et barn, og hadde hun da gjort et keisersnitt ville barnet vært i live. Kvinnene opplevde det beleilig for legene å utføre keisersnitt, og at det var god butikk for fødestedet. Dette begrunnet de med at ved å avslå ønske om keisersnitt, så ville man bare oppmuntre kvinnene til å søke hjelp annet sted (Fenwick et al., 2010). Forskning som ser på kvinnens valgmuligheter etter tidligere keisersnitt viser at behandlerens preferanser var en sterk indikator for valget kvinnen tok (Shorten et al., 2014).

Studien fant også at kvinnene ikke ble tilstrekkelig informert om de fysiske fordelene og risikoene knyttet til henholdsvis elektivt keisersnitt og vaginal fødsel etter tidligere keisersnitt, om mulighetene for en suksessfull vaginal fødsel etter keisersnitt, risikoen for uterusruptur, tidsaspektet for å komme seg etter forløsning, maternell risiko og neonatal sikkerhet. I studien er det kun kvinnenes syn som kommer til uttrykk, ikke behandlernes. I stedet for intervjuer som kunne resultert i lengre narrativ, har kvinnene kun svart skriftlig på undersøkelsen.

4.1.5 Valg

I flere av studiene oppgav kvinner at de hadde sterk redsel for fødsel allerede før de planla å bli gravide og i Åmark & Ryding (2007) gjaldt dette for seks av ti kvinner. Angsten påvirket søvnen og konsentrasjonsevnen, en gnagende angst, som gjorde det vanskelig å glede seg over graviditeten. Flere av kvinnene hadde unngått å bli gravide, men alderen hadde påvirket beslutningen. En kvinne hadde tenkt på adopsjon, flere av kvinnene hadde blitt gravide ettersom det var et sterkt ønske hos partneren. Dette bekreftes i Sahlin et al., (2013) hvor kvinnene sier at det ikke er bare frykt for fødsel, men det går dypere enn dette. Nesten alle de

tolv førstegangsfødende kvinnene sa det var en dyp frykt for fødsel «*mitt ønske om keisersnitt har vært der i lang tid, til og med før jeg visste jeg ville ha barn*»

Noen kvinner var ambivalente omkring sine valg, andre anså det som at det ikke fantes andre valg enn keisersnitt. Felles for begge var at de ikke anså valget som en lett prosess og det var flere som oppgav skyldfølelse og behov for å begrunne sine valg. Disse følelsene blir beskrevet i (Karlstrom et al., 2011; McGrath & Ray-Barruel, 2009; Shorten et al., 2014).

Elektivt keisersnitt kan gi følelse av kontroll, men noen av kvinnene oppgav at de synes det var mer stressende med elektivt keisersnitt, fordi de visste hva de gikk til, i motsetning til første gang hvor det skjedde fort og man ikke hadde valg. Noen kvinner oppgav at de raskere ble helet etter keisersnitt, mens noen kvinner synes tiden etter keisersnitt hadde vært tøff og det var det som var ulempen med å ta elektivt keisersnitt (McGrath & Ray-Barruel, 2009).

Halvparten av kvinnene som oppgav ambivalente følelser, hadde hatt negativ fødselsopplevelse fra før, og de ville ikke gjennomgå det igjen. «*har tenkt så mye på det, fordeler og ulemper, ingen av delene virker fristende.*» (Karlstrom et al., 2011). Andre følelser som kom frem var at selv om kvinnene trodde på begrunnelsene sine for å ønske et keisersnitt var de ukomfortable med valget da dette kanskje var kontroversielt eller ikke støttet av samfunnet generelt (Arthur & Payne, 2005; Åmark & Ryding, 2007). Skyldfølelsen kom av andres syn om at vaginal fødsel er det normale. Tre av kvinnene utpekte fødselsforberedende kurs som en kontekst som fremkalte følelsene av skyld. På kurset opplevde kvinnene at jordmødrene var for normal vaginal fødsel og imot elektivt keisersnitt. Ingen av de deltok mer enn en gang. Videre i Arthur & Payne har vi funnet samsvar med dette funnet da det påpekes av kvinnene at det var lite rom å luften sine tanker og bekymringer rundt forløsning. Det er problematisk å skulle snakke om naturlig fødsel som farlig i en klasse hvor fokus er det motsatte. Derfor foreslår forfatterne egne kurs for kvinner som ønsker elektivt keisersnitt. Dette er viktig også for disse kvinnene å få informasjon og støtte i en viktig livshendelse. Elektivt keisersnitt trenger å diskuteres mer i svangerskapet, men ut i fra disse kvinnenes erfaringer må det gjøres på en mer ikke-dømmende og ikke-konfronterende måte (Arthur & Payne, 2005). Visse kvinner hadde ventet mange år med å bli gravide, og sa de hadde valg abort om de ikke hadde fått mulighet til keisersnitt. De kvinnene som ikke oppgav angst, oppgav at de ville ha kjent på den sterke uroen om de ikke tidlig hadde fått innvilget keisersnitt. Dette bekreftes i (Kornelsen et al., 2010; Sahlin et al., 2013) hvor flere gav uttrykk for at de hadde visst dette allerede siden barneskole-alder. Ingen kunne beskrive nøyaktig hvorfor de hadde hatt disse følelsene så lenge.

I fire artikler er retten til å velge selv et funn. Personlig valg var ett viktig poeng for kvinner som hadde opplevd keisersnitt fordi disse kvinnene hadde ett realistisk bilde av hva de baserte sine erfaringer på: *«jeg tenker at når det kommer til alt, så er det din kropp og du vet hva du begir deg ut på siden du har vært gjennom det» sier en flergangsfødende* (McGrath & Ray-Barruel, 2009). Også de førstegangsfødende mente det måtte være opp til hver enkelt kvinne å velge forløsningsmetode. Det er en moderne måte å tenke på, man kan velge seg nesten alt i verden, da burde man også få bestemme over dette. *«Det er min kropp og hvis jeg ønsker å bli skjært i kroppen min, til tross for at jeg er helt frisk, så burde det få være mitt valg»* (Sahlin et al., 2013).

I Åmark & Ryding (2007) beskrev kvinnene at de var godt informert om keisersnitt. Deretter selekterte de ut informasjon så det tilpasset deres bilde om hva som var riktig, dette kalles selektiv oppmerksomhet. Dette funnet finner vi også i Fenwick et al., (2010) hvor kvinnene sa at de var villige til å ta sjansen, men samtidig minimerte de alvorlighetsgraden og sannsynligheten for risiko. *«Det er en risiko i alt man gjør, et keisersnitt presenterte for meg mindre risiko enn vaginal fødsel. Jeg følte at jeg omgikk risikoen og det gjorde legen min også»*. Kvinnene generelt «skrudde av» for risikoene. En av kvinnene beskrev at hun filtrerte informasjonen legen ga henne og erklærte at hun ikke trodde det vil skje henne. Andre innrømte at de ikke ønsket å vite. *«Jeg ønsket ikke å vite om risikoene...jeg hadde gjort mitt valg»* (Fenwick et al., 2010). De kvinnene som erkjente at det fantes risiko fritok seg selv og overlot ansvaret til legen.

I Shorten et al., (2014) beskrives en prosess der behandler og pasient deler informasjon med hverandre og sammen gjør en beslutning. Dette kalles delt beslutningstaking, og er spesielt viktig når det ikke er et åpenbart alternativ som er best og hvor beslutningen er verdibasert og kompleks, sånn som fødsel etter keisersnitt er. Kvinners verdier og holdninger påvirker ikke bare valg av forløsningsmetode, men sannsynligvis også fødselsutfallet. Derfor er det viktig å innlemme kvinnenens verdier i beslutningsprosessen.

Egen oppfattelse av medisinsk indikasjon: nært relatert til de fysiologiske innflytelsene på beslutningsprosessen var eksistensen av underliggende medisinske årsaker. Selv om disse tilstandene ville garantert operativ forløsning i noen av instanser, ble de blant deltagerne i dette studie brukt som et strategisk verktøy i dialog med behandler for å sikre seg en prosedyre med begrenset tilgang. Tilstander som var nevnt var myomer i uterus, hemoroider

og ryggsmarter, behandlerens støtte til keisersnitt med bakgrunn i de underliggende medisinske tilstanden var inkonsekvent (Kornelsen et al., 2010).

5.0 DRØFTING

Vi vil her drøfte våre resultater mot gjeldende forskning.

5.1 Drøfte våre funn mot gjeldende forskning

Kort oppsummert var våre funn at opplevelsen av kontroll var av avgjørende betydning for fødekvinnene. Fødekvinnene så på vaginal fødsel som en ukontrollerbar og potensielt farlig hendelse. Blant flergangsfødende kvinner kunne fødselsangsten deles inn i de som fikk bekreftet sin angst gjennom en skremmende og smertefull fødselsopplevelse og de som overraskende ble traumatisert av en skremmende obstetrisk hendelse. Forhold i omgivelsene har påvirket fødekvinnenes valg av fødselsmetode. Ikke-medisinske kilder som internett og tv-programmer, venner og familie ble oppgitt å ha større innflytelse enn kunnskapsbasert informasjon og gjennomgang med informert samtykke. Fødselsopplevelser hos familie og venner, særlig mødrenes, hadde stor innflytelse på ønske om keisersnitt. Vi fant også at behandlere i seg selv kan ha stor innflytelse på kvinnenes ønske om keisersnitt, og fødekvinnene som oppsøkte behandlere på ikke medisinsk indikasjon opplevde ofte å få forsterket sin tvil og frykt omkring vaginal fødsel, samt at de fikk motstridende informasjon fra behandlerne, og at det ofte var mangelfull informasjon om fordelene og risikoene knyttet til de ulike forløsningsmetodene.

Vi hadde begrenset kunnskap om disse kvinnene, men hadde forventet å finne frykt for fødsel og behov for kontroll da dette har blitt presentert som forklaring i undervisning på høyskolen. Dette samsvarer med forskning som foreligger (Saisto & Halmesmaki, 2003; Steel, Jomeen, 2015). Det flergangsfødende oppgav traumatisk opplevelse var også ett forventet funn og er veldokumentert (Simpson & Catlin, 2016). Den påvirkningen omgivelsene hadde på kvinners ønske overrasket oss. Når vi gjør et søk på dette, finner vi at det foreligger litteratur på dette men vi var ikke klar over i hvor stor grad det påvirket kvinnene. Dermed får vi ett nytt syn på omgivelsene rundt oss.

De fleste media fremstiller naturlige vaginale fødsler som smertefulle, ukontrollerbare og farlige prosesser, og media oppmuntrer kvinner til å tro at elektivt keisersnitt er en trygg og enkel mulighet (Arthur & Payne, 2005). Mange av historiene om fødsler som verserer på internett og tv-programmer, handler om akutte situasjoner, om emosjonell og fysisk smerte, og akutte obstetriske hendelser. Ofte omhandler det panikk, intervensjon, liv og død.

Dramaturgien i slike programmer bygger opp under spenning og fødsel som en dramatisk og

ukontrollerbar hendelse. En slik fremstilling kan føre til at kvinner blir så redde for å føde at de velge elektivt keisersnitt for å unngå å havne i en slik situasjon. En oversiktsartikkel (Luce, Cash, Hundley, Cheyne, Teijlingen & Angell, 2016) hvor man har sett at unge kvinner lærer om fødsler gjennom tv-programmer bekrefter at det er den dramatiske delen av fødsel som fremstilles. Det blir dermed et negativt fokus på vaginal forløsning, mens mer autoritære og biomedisinske obstetriske metoder får forrang (Munro et al., 2009). En motvekt til dette tenker vi at kan være lett tilgjengelighet til gode kilder og informasjon i de samme mediene/programmene.

Vi tenker funnene våre har en sammenheng med det moderne samfunn som er i stadig endring, og vi har i dagens samfunn det som kalles risikokultur (Blåka, 2002). Dette betyr ikke at hverdagen er mer risikofylt i dag, men at vi kalkulerer det vi gjør etter risikovurderinger. Og ut i fra disse vurderinger, er det laget maskiner og teknologi, som gjør at vi fjerner oss fra det naturbunde og gjør oss avhengige av den konstante endringen. «*Sentralisering, spesialisering og teknologisering*» er ord som preger den moderne fødselsomsorg (Blåka, 2002). Med institusjonalisering kom medikalisering av fødsel og denne påvirkning har blitt sett i lys av økende keisersnittrater. Et signifikant bidrag til økt bestemmelsesrett og økt ønske om keisersnitt uten medisinske indikasjoner kan også bidra. En økning i keisersnittrater over hele vestlige verden kan være ett resultat av en holdningsendring i det obstetriske miljø, endret syn for fødsel hos kvinnene, en tydelig refleksjon av endrede tider (Amp, Apos & Souza, 2012).

«*Man ønsker ikke at ting skal skje med en, som man ikke kan forutse eller ha kontroll over. Derfor velger jeg keisersnitt*» sier en kvinne i artikkel (McAra-Couper et al., 2012). Hun gjenspeiler det svært mange av kvinnene i våre artikler har behov for, et ønske om å bevare kontroll. Klein beskriver kompleksiteten rundt vestlige fødekvinne. Det er vanlig å prioritere utdanning og mange har planer de vil realisere før de får barn (Klein, 2004). Gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende i Oslo er økende og har passert 30,8 år (Folkehelseinstitutt, 2014). Mange kvinner i vestlig verden har kontroll over egne valg i sine liv. Dermed endres kompleksiteten til det å føde barn. I våre artikler var det kvinner som oppgav egen alder til ønske om keisersnitt (Arthur & Payne, 2005; Kornelsen et al., 2010). Kvinnene skal også forholde seg til at de skal tilbake til jobb, og vi fant i våre artikler flere som oppgav at forutigbarhet med å vite dato, gav kontroll. Å bevare kontroll har for mange

kvinner blitt en så viktig faktor i sine liv at de ikke klarer å forholde seg til den uforutsigbare delen en fødsel kan være.

Mange kvinner gav direkte uttrykk for smerte som årsak til valg av keisersnitt. Flere av de flergangsfødende kvinnene oppgav også at de husket smerten som fryktelig og dermed gav negativ fødselsopplevelse. Nettopp dette temaet har Dr. Rosseland som er anestesilege på Rikshospitalet i Oslo, uttalt seg om i Østlandssendingen (Rosseland, 2015). Han beskriver at *«man ville jo aldri latt en pasient med nyrestein gjennomgå behandling uten smertelindring. For meg er det vanskelig å forstå at det å føde med smerte skal være et gode i seg selv»*.

Andre vil kunne argumentere for at fødselssmerter har positive konsekvenser som Eri og Blix gjør i en motkommentar til Rosseland: *«Det er feil at friske kvinner, som helt sikkert vil klare en normal fødsel, skal anbefales epidural. Kvinner må få grundig informasjon om hva det kan medføre å velge denne bedøvelsen – på godt og vondt. Vi må også våge å snakke om triumfen, gleden og mestringsfølelsen mange kvinner opplever etter å ha gjennomført en fødsel uten epidural. Å føde med smerte er for mange en glede og lettelse etterpå»* (Blix & Eri, 2015).

Walsh skriver nettopp om denne «triumfen», en stor glede over hardt arbeid som gir selvtillit og mestringsfølelse. Walsh skriver videre at det ikke er funnet en sammenheng mellom mindre fødselssmerter og økende tilfredstillhet (Walsh, 2012). I våre studier ble det gitt uttrykk for at fødselsprosessen ikke var vesentlig, og at kvinner kunne bli provosert over alt alle skulle føde vaginalt og den følelsen min får etterpå (Fenwick et al., 2010). Det var kvinner som var ambivalente om sitt valg, men det kom ikke frem beskrivelser om at de var redde for å gå glipp av «triumf-følelsen».

Dårlige fødselserfaringer kan ligge til grunn for ønske om «maternal request». Et britisk studie viser til at dårlige fødselserfaringer, om de møter kravene til PTSD eller ikke, kan ha negativ innvirkning på kvinners psyke, og er en avgjørende faktor for neste fødselsmetode. Selv om man godt kan forstå disse kvinnenes ønske om elektivt keisersnitt, viser forskning at kvinner som tidligere har hatt vaginal forløsning, har mer enn 95% sannsynlighet for vellykket vaginal forløsning. Dette er en viktig gruppe å fokusere på, og som med riktig informasjon og trygging kan få økt tro på bedre fødselsopplevelse og mestring (Green et al., 2014). I boken *«Efterveerne – den traumatiske fødsel»* beskriver kvinner hvordan deres liv er etter en traumatisk fødsel. Gjennom deres historier beskrives blant annet en manglende kommunikasjon fra jordmor og lege under og i etterkant av fødselen. På barsel kom lege som var tilstede på fødsel, men kvinnene følte seg avfeid med at selv om de fikk bekreftet at

fødselen hadde vært tøff, så ble det sagt at man fikk jo ett friskt barn, og det var det som var viktig. På kontroll hos lege flere uker etter fødsel forsøkte kvinnene igjen å åpne om hvor fælt de hadde opplevd det, men også der avfeide legen med at «sånn er det, og nå er det over». Kvinnene skjønnte ikke nødvendigvis selv alvoret og de kunne senere utvikle PTSD (Jørgensen, 2015). Dette får oss til å tenke at en god investering ville være å ha tid til å besøke alle kvinnene som har født, traumatisk opplevelse eller ikke. Kvinnene har behov for å bli hørt og få gått gjennom fødselen sin. Dette kan muligens hjelpe dem til å få bearbeidet forløpet, eller det kan bli oppdaget at det er behov for videre samtaler. Ved å være tidlig ute med å gjøre disse vurderingene, kan man muligens unngå utvikling av PTSD og også muligens unngå kvinner som ønsker seg elektivt keisersnitt etter traumatisk fødsel i påfølgende svangerskap?

Vi fant at fødselsopplevelsen til familie og venner, spesielt mødre, påvirket kvinnenes ønske om keisersnitt. Siden mor ofte representerer en sterk påvirkning kunne det i de tilfellene hvor mors egen fødselsopplevelse påvirker fødekvinnens valg være en mulighet å gi tilbud om at mor blir med på en fødselsforbredende samtale. I en slik samtale kan det være at man sammen med mor kunne funnet årsaken til at hennes fødselsopplevelse var såpass tøff, og gjennom samtale og veiledning trygget både mor og den gravide om at vaginal forløsning vil være ett fullgodt alternativ. På en andre siden kan man si at dette utfordrer det som ligger innenfor krav om taushetsplikt, privatsfære og lignende, mens det på en annen side er mer vanlig med partner, mor eller en annen omsorgsperson er med som ledsager og støtte på selve fødselen, og således kunne ha nytte av deltakelse på fødselsforberedende samtale. Å forhindre negativ påvirkning på datteren og at man i et samfunnsperspektiv potensielt kan forhindre en unødvendig intervensjon, altså et keisersnitt, kan være hensiktsmessig.

Et eksempel på forebygging er kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor. En randomisert studie viser at kontinuerlig tilstedeværelse reduserer lengde på aktive fase og signifikant reduserer keisersnitt og fremmer den fysiologiske fødsel. Funnene i studien viser til at man kan redusere den negative påvirkning av fødsel og dermed redusere sannsynligheten for at kvinnene skal velge keisersnitt i påfølgende svangerskap (Kashanian, Javadi & Haghighi, 2010). Dette bekrefter i en Cochrane hvor de finner at kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor resulterte i mindre sannsynlighet for operativ forløsning eller rapportert misnøye rundt fødselsopplevelsen (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2005).

I de siste tiårene har man i den vestlige verden sett en økende tendens til bruk av intervensjoner og regulering av den fysiologiske fødselsprosessen. I den nye tenkningen om fødselsomsorg utviklet og formulerte man klare kriterier for hva som gikk under kategorien «normal fødsel» og «unormal fødsel». Størst faglig utvikling fant sted innenfor diagnostikken. Fødekvinnens atferd ble betraktet ut fra et symptomsperspektiv, og kvinnene og fødselen ble redusert til sykdom og diagnose (Blåka, 2002). I stedet for å se på fødselen sin et helhetlig forløp, inndelte man den nå i ulike faser som åpningstid, utdrivningstid og etterbyrdsstid. Hver av fasene måtte være avsluttet innenfor bestemte tidsrammer for å kunne bli betraktet som normale, hvis ikke måtte det intervereres. Utviklingen førte til at fødslene skulle overvåkes, kontrolleres og til en viss grad også forutses. I stedet for å bruke de naturlige sansene, anvender man innenfor den objektiviserende naturvitenskapen apparater og teknologi til å sanse med. Oppmerksomheten rettes mot apparatenes målinger, og den profesjonelle reduseres til en som registrerer. Apparatene kan stå imellom mennesket og naturen, og samspillet mellom jordmoren og fødekvinnen kan gå tapt (Blåka, 2002).

Det er gjort en studie blant norske kvinner hvor de bekrefter nødvendigheten av å få omsorg i fødsel for å føle seg trygg og at jordmor var tilstede og gav en rolig atmosfære som hjalp i fødsel (U. Dahlberg et al., 2016). En engelsk studie på kvinner som både har født med elektivt keisersnitt og vaginal forløsning viser at et sterkt flertall av disse ville valgt vaginal forløsning dersom det ikke forelå risikofaktorer som tilsa at dette ikke var å anbefale. De så vaginal forløsning i sammenheng med hurtigere bedring, og at de generelt var i stand til å ta bedre vare på sitt nyfødte barn etter vaginal fødsel (Aslam, Gilmour & Fawdry, 2003).

Når en kvinne ønsker seg keisersnitt uten at det foreligger en medisinsk grunn må hun ha en konsultasjon med behandler. Slik er praksis i store deler av den vestlige verden (Kornelesen, 2010).

Ryding (1993) gav i sin studie tilbud om psykoterapi til kvinner som ønsket keisersnitt og konkluderer med at terapi for fødselsangst er viktig for å forebygge opplevelser som igjen leder til ønsket om keisersnitt. Når en kvinne ønsker keisersnitt uten medisinske indikasjoner er rådgivning nødvendig, og kvinner som trenger og aksepterer korttids psykoterapi har gode muligheter for å føde vaginalt uten komplikasjoner. Derimot har kvinner som ikke er motivert for terapi eller har betydelige psykiske problemer ved siden av fødselsangsten fordelaktige opplevelser med et elektivt keisersnitt (Ryding, 1993). Kvinnene bør fanges opp tidlig i svangerskapsomsorgen og henvises videre til sykehus som har jordmor og lege som jobber

med kvinner med slike utfordringer. Studier har vist at dette kan ha effekt (Nerum, Halvorsen, Sørli & Øian, 2006). Ryding beskriver videre at dette er et fenomen blant flergangsfødende som har traumatisk opplevelse og det er sjelden førstegangsfødende. Vi har gjennom flere studier lest om grupper med førstegangsfødende og det er mulig det er skjedd en endring de siste 20 årene i forhold til dette.

I Norge står det i gynekologisk veileder at det foreslås samtaletilbud til kvinner med angst for å føde. Det er store variasjoner i keisersnittfrekvens mellom sammenlignbare fødeinstitusjoner i Norge (Folkehelseinstitutt, 2014). Blant forklaringene som er lansert er ulik kultur og praksis på den enkelte avdeling, vaktordningen for obstetrikere, tilgang på neonatal servise og erfaringen til fødselshjelperen (Häger et al., 2006). Kvinnene i våre inkluderte studier viste frustrasjon over motstridende informasjon fra behandlere og er dermed med på å bekrefte ulik praksis. I en studie fant man at ca 95% av jordmødrene i en engelsk by ville forsøkt vaginal forløsning hvis de var førstegangsfødende, mens 31% av kvinnelige obstetrikere ville valgt elektive keisersnitt. Bakgrunnen for dette tror man kan være at obstetrikere vanligvis ikke involveres i ordinære vaginale fødsler, men kun når det foreligger risiko og komplikasjoner. Samme studie viser også til at kvinner opplever informasjon om fordeler og risiko knyttet til elektivt keisersnitt og vaginal forløsning som utilstrekkelig (Aslam et al., 2003). En felles sentralt utarbeidet retningslinje for når elektivt keisersnitt skal velges fremfor vaginal forløsning vil kunne avverge og løse en del tvilstilfeller. Det kunne ha ryddet opp i en praksis som preges av en del usikre faktorer som regionale forskjeller, «kultur» på fødestedet, behandlerens preferanser, økonomistyring med mer.

Bryant, Porter & Tracy (2007) skriver at man gjennom å forstå de sosiale sammenhengene bedre kan finne en del av forklaringen til hvorfor keisersnittratene øker. Beslutningene treffes ikke i et vakuum, men som en sosial sammenheng (Bryant et al., 2007; Green, Evans, Subair & et al., 2014). Artikkelforfatterne hevder at ved å redusere denne problemstillingen til kun å omhandle fysiske og psykiske faktorer, så kan man miste viktige elementer. For eksempel hevder de at bruk av ny medisinsk teknologi som elektivt keisersnitt kan handle om kvinner «empowerment», autonomi og individualisme samt deres sosiale status. Særlig i land med privat helsevesen hvor man kan kjøpe seg til et keisersnitt kan påstanden underbygges av dette (Bryant et al., 2007).

I stortingsmelding 12 « En gledelig begivenhet» står følgende: Kvinnen skal ha anledning « til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder », jf. pasientrettighetsloven § 3-1. Dette innebærer at hvor det er ønske om keisersnitt, skal helsepersonellet gi informasjon om hva dette innebærer av risiko og de forhold som kan ha betydning for avgjørelsen. Pasienten skal kunne fremme sine ønsker, men ettersom helsepersonellet er ansvarlig for at helsehjelpen er forsvarlig er det de som tar den endelige beslutningen om å utføre keisersnitt eller ikke. Normal fødsel benyttes som førstevalg ved ukompliserte svangerskap, og det skal gode faglige grunner til for å velge keisersnitt. Kvinnen kan derfor som utgangspunkt ikke kreve keisersnitt som forløsningsmetode. (*En gledelig begivenhet : om en sammenhengende svangerskapsfødsel og barselomsorg*, 2009). Det har skjedd en gradvis demokratisering for pasientene, så pasientene deltar mer aktivt i egne beslutninger rundt sin helse. Vi må ta høyde for den konteksten vi lever i, hvilke politiske føringer vi har og etiske valg. Når vi jobber kunnskapsbasert praksis, bruker vi alle elementene for å møte de individuelle behovene pasienten har (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Det er viktig å tenke hvilken signaleffekt det vil kunne ha på fremtidens fødekvinne og deres barn hvis man forløser barn med keisersnitt uten medisinske indikasjoner. Hvis man får en trend hvor det blir mer vanlig å bli forløst med keisersnitt, vil et skape en større aksept for å be om dette på eget ønske, uten at man tar høyde for de helsemessige konsekvensene dette har for mor og barn. Det er fagpersonen som har ansvar for at de helsefaglige beslutningene som tas både på individnivå men også på ett høyere nivå, og disse avgjørelsene tas ved at man benytter seg av den beste og pålitelige kunnskapen som finnes på det tema i verden (Bjørndal et al., 2013).

I dagens samfunn i den vestlige verden er vi blitt vant med at ting er tilgjengelige for oss, døgnet rundt. Mange av dagens fødekvinne er vant med kontroll og stor mulighet til å påvirke sine valg om sitt liv. Kealy og Liamputtong hevder at keisersnitt har blitt en vare man kan kjøpe seg. I Norge kan man ikke fritt velge selv om man vil ha keisersnitt eller ikke, men grensene flytter seg og det blir stadig vanskeligere å argumentere ettersom dagens fødekvinne argumenterer for rettigheter til å velge selv (Kealy & Liamputtong, 2011).

De beskriver tre ulike former for hvordan man kan gjøre beslutninger. Den paternalistiske tilnærmingen, også kalt den autoritære, er typisk i den tradisjonelle medisinske behandlingen. Da tar behandleren beslutninger på pasientens vegne. Dette er ofte den eneste gjennomførbare tilnærmingen i akutte og livstruende situasjoner når pasienten ikke er i stand til å delta. Som

f.eks akutte keisersnitt i den sentrale sonen, altså livreddende. Behandlerens intensjoner er i beste hensikt mens pasienten inntar en passiv rolle (Kealy & Liamputtong, 2011).

En annen tilnærming er «delt beslutning». Denne kjennetegnes av respekt for pasientens autonomi, erkjennelse av pasientens ønsker, verdier og krav på informasjon. Det hevdes at ved å involvere pasientene i beslutninger på denne måten bedres helseutfallet, økes etterlevelsen av de faglige råd som gis og det øker tilfredsheten. Videre hevdes det at dette er den ideelle modellen for hvordan beslutninger vedrørende behandling fattes. Som man kan se bygger stortingsmeldingen nettopp på denne tilnærmingen. Kvinnen skal høres, men behandler skal beslutte. Utfordringene med denne modellen er å avgjøre hvor mye medbestemmelse pasienten skal ha vedrørende medisinske beslutninger. Og det er nettopp i denne balansen mellom behandler og fødekvinne ønskene om keisersnitt befinner seg. Rollene har endret seg. Mens kvinnenes stemmer har blitt sterkere har kursen fra den paternalistiske tilnærmingen til «delt beslutning» kanskje gjort det vanskeligere for behandlerne å navigere?

Den siste formen for tilnærmingen er et «informert valg». Dette skjer ved at pasienten får informasjon om både fordeler og ulemper, men at det til syvende og sist er pasienten selv som tar endelig beslutning om behandlingsmetode. En av de negative konsekvensene en slik tilnærming kan ha er at det skapes engstelse hos pasienten på grunn av usikkerhet vedrørende valget. Det er også omstridt hvorvidt kvinnene kan ta informerte valg om keisersnitt da det mangler vitenskapelig forskning vedrørende fordelene og ulempene keisersnitt har. Denne mangelen på forskning bekrefter Lavender et al., (2012) som påpeker at denne kunnskapen er nødvendig å skaffe til veie slik at både behandler og kvinnene kan ta informerte valg. Det finnes behandlere som mener at det er denne tilnærmingen som er den riktige i møte med kvinner som ønsker keisersnitt, som beskrevet i McAra-Couper et al., (2011) som er en studie gjort i New Zealand, hvor obstetriker Bob uttaler følgende: «*En gravid kvinne som kommer til deg, hun er en voksen kvinne, ikke ett barn. Hvis hun kommer til deg og sier at hun vil ha keisersnitt og oppgir sine grunner og sier at hun forstår risiko og har lest mye. Hvordan kan vi da nekte dem dette valg? Hvilken rett har vi til å si: Nei jeg vil ikke gjøre det. Det er galt å ikke støtte deres valg*». Grunnen til at dette har blitt en vanskelig debatt er mange. Blant disse er at kvinnenes autonomi og selvbestemmelse er sterkere, keisersnitt i seg selv mindre farlig på grunn av bedret prosedyre og også det at det vestlige samfunnets norm med færre barn reduserer risikoen ytterligere (Lavender et al., 2012).

6.0 AVSLUTNING

Til tross for økt forekomst av keisersnitt i den vestlige verden ses ikke en bedring i dødelighet og sykkelighet hos mor eller barn. Likevel er tendensen stigende- flere kvinner føder ved hjelp av keisersnitt, selv også når dette ikke er indisert. I vår masteroppgave ønsket vi å undersøke nærmere hva som ligger bak vestlige kvinners ønske om keisersnitt når det ikke foreligger en klar medisinsk indikasjon. Prosjektplanen for gjennombruddsprosjektet viser til manglende retningslinjer og ulik praksis mellom fødesteder. Med bakgrunn i dette foretok vi et systematisk litteraturstudie med problemstillingen: «*Utforsket og syntetisert kvalitativ forskningskunnskap om vestlige kvinners ønske om keisersnitt når det ikke foreligger medisinske indikasjoner.*»

6.1 Oppsummerte resultater

Vi fant at opplevelsen av kontroll var av avgjørende betydning for fødekvinnene. Kontrollen og forutsigbarheten som elektivt keisersnitt representerer står i motsetning til kaoset og mangelen på forutsigbarhet som en vaginal fødsel kjennetegnes av. Også hensynet til barnet var et argument som gikk igjen, og da var det frykt for hypoksi hos barnet ved vaginal forløsning som var tema.

Fødekvinnene ser på vaginal fødsel som en ukontrollerbar og potensielt farlig hendelse, både for dem selv og babyen. Fødekvinnene ga uttrykk for at fødselen handlet mer om babyen enn om kvinnen, og at det var barnets sikkerhet og ikke kvinnens fødselsopplevelse som sto i sentrum. Forskningen viste at kvinnene så på elektivt keisersnitt som en mye mindre risikofylt fødselsmetode enn vaginal forløsning, og elektivt keisersnitt ble ansett som en garanti for trygghet.

Frykt for fødselssmerter var tilbakevendende årsak til ønske om keisersnitt på ikke medisinsk indikasjon. Flere av kvinnene hadde følt seg hjelpesløse, redde og uten tro på eller innsikt i at de kunne få bedre og mer effektiv smertelindring. I en artikkel fant vi at lav smerteterskel i hverdagen var forbundet med manglende tro på egen fødeevne. Mange av fødekvinnene fryktet at kroppen ville ta skade både kort- og langsiktig. De uttrykte tillit til at keisersnitt og teknologi ville føre til at de unngikk komplikasjoner og unngå skader i bekkenbunnen.

Flergangsfødende som allerede hadde utført keisersnitt oppga det gamle arret som argument for å få utført nytt keisersnitt.

Blant flergangsfødende kvinner kunne fødselsangsten deles inn i de som fikk bekreftet sin angst gjennom en skremmende og smertefull fødselsopplevelse og de som overraskende ble traumatisert av en skremmende obstetrisk hendelse. Flere opplevde lange fødsler, hvor noen endatil endte opp i akutt keisersnitt. Angsten ble redusert gjennom støtten de opplevde om sitt valg om elektivt keisersnitt. Enkelte var likevel ambivalente til det å skulle velge elektivt keisersnitt, men følelsen av å skulle gjennomgå og gjenoppleve alt en gang til ble avgjørende for deres valg. Negative fødselsopplevelser og disses påvirkning av forholdet til barnet med ledsagende risiko for post-partum depresjon ble oppgitt som bakgrunn for ønsket om elektivt keisersnitt. Enkelte av de flergangsfødende hadde opplevd dramatiske fødsler hvor barnet enten var sykt, døde eller de hadde en følelse av at barnet ble reddet i siste øyeblikk. Alle disse kvinnene var sikre på at keisersnitt ville vært bedre for barna.

Forhold i omgivelsene har påvirket fødekvinnes valg av fødselsmetode. Ikke-medisinske kilder som internett og tv-programmer, venner og familie ble oppgitt å ha større innflytelse enn kunnskapsbasert informasjon og gjennomgang med informert samtykke.

Fødselsopplevelser hos familie og venner, særlig mødrenes, hadde stor innflytelse på ønske om keisersnitt.

Vi fant også at behandlere i seg selv kan ha stor innflytelse på kvinnes ønske om keisersnitt, og fødekvinne som oppsøkte behandlere på ikke medisinsk indikasjon opplevde ofte å få forsterket sin tvil og frykt omkring vaginal fødsel, samt at de fikk motstridende informasjon fra behandlerne, og at det ofte var mangelfull informasjon om fordelene og risikoene knyttet til de ulike forløsningsmetodene. Forskning viser at behandlernes preferanser var sterk indikator for kvinnes valg.

Mange av fødekvinne uttrykte tvil knyttet til sitt valg, mens andre igjen ikke så annet alternativ. Felles for alle var at de anså valget som en vanskelig prosess, og de oppga skyldfølelse og behov for å begrunne sitt valg. Skyldfølelsen kom av synet på vaginal fødsel som det normale, og mangelfull støtte for sitt valg i samfunnet generelt. Fødekvinne opplevde at jordmødrene var for vaginal fødsel og imot elektivt keisersnitt. Fødekvinne savnet at det fantes mer rom for å diskutere elektivt keisersnitt på en mer åpen og mindre fordømmende måte.

For mange var retten til å treffe et personlig valg et viktig poeng. Det svarer til en moderne tankegang, og vi fant at flere av fødekvinnene rasjonaliserte sitt valg ved å selektere informasjon og tenkning rundt risiko. Andre brukte mer uklare medisinske tilstander for å underbygge sine valg, og disse kunne oppleve å bli møtt på ulike måter hos sine behandlere.

6.2 Hva betyr funnene for klinisk praksis

Våre funn understreker viktigheten av å få klarlagt retningslinjer for når elektivt keisersnitt skal velges som fødselsmetode. På grunn av manglende retningslinjer ses uklar praksis med sprikende rutiner innenfor norske fødeinstitusjoner. Mangelen på retningslinjer fører til mer synsing og rom for private holdninger som kan utfordre fagligheten og profesjonaliteten disse fødekvinnene bør møtes med. Det er lite hensiktsmessig at fødekvinnene beskriver en virkelighet hvor de opplever at det blant jordmødre ikke er rom og anledning til å komme med sine bekymringer og uttalte ønske om elektivt keisersnitt.

Ettersom informasjonstilgangen og medievaner gjør at fødekvinne tilegner seg mye informasjon på egenhånd er det kanskje viktigere enn noen gang å undersøke og etterprøve den forhåndskunnskapen og innsikten de har med seg inn fødselsforberedende møter med helsevesenet. Kanskje er det rom for å innlemme dem mer i våre faglige vurderinger for nettopp å øke forståelsen for de valg, hensyn og risikovurderinger som ligger til grunn når helsevesenet helst ser at fødekvinnene føder vaginalt.

Mange fødekvinne opplever frykt for smerter, usikkerhet og mangel på kontroll ved vaginal fødselsmetode. Større innsats på å avdekke hvilke forhold som ligger bak ønsket om å føde ved hjelp av elektivt keisersnitt, kan gjennom obligatorisk samtale med profesjonell fødselshjelper påvirke valget disse fødekvinnene treffer. En slik samtale kunne fokusere på trygging, god informasjon om hvilke muligheter for smertelindring som finnes samt mulighet til å få korrigert og gjennomgått tidligere fødselsopplevelser. Psykologisk tilnærming der hvor man anså behov for det kan også være nyttig for å unngå unødvendige intervensjoner. Overført påvirkning fra andre nære, især mor, kan påvirke valget disse fødekvinnene treffer, og slike historier kan gjennomgå sammen med både fødekvinne og f.eks. mor for å dempe frykt for fødsel.

6.3 Styrker og svakheter med vår oppgave

At vi har vært to sammen om oppgaven, anser vi som en styrke. Det å sitte sammen og diskutere gjennom oppgaven, sikrer at vi har felles forståelse for innholdet i artiklene og den systematiske fremgangsmåten. Flere ganger har vi underveis i oppgaven, fått nye innspill fra hverandre og endret på for eksempel tabeller, og vi har påvirket hverandre og oppgaven positivt. En stor styrke er å være to som har vurdert artiklene og hele prosessen den innebærer. Søkeprosessen har vært stor og det har vært ett stort materiale å gå gjennom, og det har uten tvil vært fordel for oss å kunne sitte sammen å gjøre vurderinger. Dersom vi har vært uenige om en artikkel, har vår veileder avgjort. Når vi nå nærmer oss slutten av oppgaven, ser vi at det ville vært enklere for oss om vi hadde inkludert førstegangsfødende, da kvinner sin har født tidligere er et vanskelig tema hvor også fagfeltet kan utvise uenighet in hva som ligger innenfor medisinsk indikasjon. Sett i ettetid kunne vi ekskludert disse kvinnene ettersom førstegangsfødende, flergangsfødende og kvinner med tidligere keisersnitt alle er komplekse grupper, og kanskje burde ha blitt sett på hver for seg. På en annen side hadde en slik tilnærming medført mye mindre forskningsdata. Det at det er forskjellig praksis innen vestlige land, har også vært en utfordrende komponent, for ett land med et privatisert tilbud som kan velge seg keisersnitt, er ikke samme utgangspunkt som vi har i Norge. Men dette kan også styrke oppgaven, ved at man får en økt forståelse for hvordan kvinnene påvirkes av sine omgivelser og blir preget av den kulturen hun bor i.

6.4 Avdekket kunnskapshull og behov for videre forskning

Samfunnet er i endring. Vi har savnet nyere forskning som har sett på fenomenet i lys av samfunnsutviklingen. Det meste av forskningen innenfor området er sett fra et kvantitativt perspektiv.

Vår studie inkluderer 428 kvinner hvor kun 76 av disse er førstegangsfødende kvinner. Med bakgrunn i at vi finner 76 førstegangsfødende kvinner i vår review etter et bredt og grundig søk på tema, mener vi at det viser at det er for lite kvalitativ forskning på tema og gruppen førstegangsfødende. Det har vært vanskelig å finne eksakte tall på hvor mange kvinner som faktisk ønsker keisersnitt uten medisinske indikasjon. Vi etterlyser en bedre måte for å finne

ut hvor mange kvinner dette dreier seg om, både for å skjønne omfanget av tema og utviklingen.

Referanser

- Amp, Apos & Souza, R. (2012). Caesarean section on maternal request for non-medical reasons: Putting the UK National Institute of Health and Clinical Excellence guidelines in perspective. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. doi:10.1016/j.bpobgyn.2012.09.006
- Arthur, D. & Payne, D. (2005). Maternal request for an elective caesarean section. *New Zealand College of Midwives Journal*, (33), 17-20. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=200603155>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:&id=doi:&issn=0114-7870&isbn=&volume=&issue=33&spage=17&pages=17-20&date=2005&title=New+Zealand+College+of+Midwives+Journal&atitle=Maternal+request+for+an+elective+caesarean+section&aulast=Arthur>
- Aslam, M. F., Gilmour, K. & Fawdry, R. D. (2003). Who wants a caesarean section? A study of women's personal experience of vaginal and caesarean delivery. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 23(4), 364-366. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=12881072>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:12881072&id=doi:&issn=0144-3615&isbn=&volume=23&issue=4&spage=364&pages=364-6&date=2003&title=Journal+of+Obstetrics+%26+Gynaecology&atitle=Who+wants+a+caesarean+section%3F+A+study+of+women%27s+personal+experience+of+vaginal+and+caesarean+delivery.&aulast=Aslam>
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (3rd ed. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Bergsjø, P. (2007). Keisersnitt gjennom 40 år ; overvåking ved hjelp av Medisinsk fødselsregister. *Norsk epidemiologi*, 17(2), 185-190.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blix, E. (2010). Ulike syn på svangerskap og fødsel. I A. Brunstad, & E. tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 53-55). Oslo: Akribe.
- Blix, E. & Eri, T. (2015, 28. Februar) Fødselssmerter er mestring. *NRK ytring*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/ytring/fodselssmerter-er-mestring-1.12228480>
- Blix, E., Øian, P. & Kumle, M. (2008). Utfall etter planlagte hjemmefødsler. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenkning i et kvinnefag : teori, empiri og metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bryant, J., Porter, M., Tracy, S. K. & et al. (2007). Caesarean birth: consumption, safety, order, and good mothering. *Social Science and Medicine*, 65(6), 1192-1201. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=2007091841>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:&id=doi:&issn=0277-9536&isbn=&volume=65&issue=6&spage=1192&pages=1192-1201&date=2007&title=Social+Science+and+Medicine&atitle=Caesarean+birth%3A+consumption%2C+safety%2C+order%2C+and+good+mothering&aulast=Bryant>
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H. M. & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 2-7. doi:10.1016/j.srhc.2015.08.001

- En gledelig begivenhet : om en sammenhengende svangerskaps- fødselsog barseomsorg*2009). (St.meld. ... (online), Vol. 12 (2008-2009).).
- Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D. K. & Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*, 26(4), 394-400. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.011>
- Folkehelseinstitutt. (2014). Medisinsk fødselsregister. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-biobanker/mfr/>
- Folkehelseinstituttet. (2015). Keisersnitt - faktaark med statistikk. Hentet 01.10.2016 fra <https://fhi.no/fp/svangerskap/gravide-og-fodende-kvinner-helse/keisersnit---faktaark-med-statisti/>
- Green, B., Evans, J., Subair, S. & et al. (2014). Maternal request for caesarean section: audit of a care pathway. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 34(4), 317-321. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=2014062531>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:&id=doi:&issn=0144-3615&isbn=&volume=34&issue=4&spage=317&pages=317-321&date=2014&title=Journal+of+Obstetrics+and+Gynaecology&atitle=Maternal+request+for+caesarean+section%3A+audit+of+a+care+pathway&aulast=Green>
- Hannah, M. E., Hannah, W. J., Hewson, S. A., Hodnett, E. D., Saigal, S. & Willan, A. R. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *The Lancet*, 356(9239), 1375-1383. doi:10.1016/S0140-6736(00)02840-3
- Helman, C. G., (2007) *Culture, Health and Illnes* (5. utg). London: Hodder Arnold
- Henriksen, T. & Molne, K. (2015). Avvikende fødsler, komplikasjoner og intervensjoner. I B.-I. Nesheim (Red.), *Obstetrikk og gynekologi* (s. 203-223). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. (2005). Continuous Support for Women During Childbirth. *Birth*, 32(1), 72-72. doi:10.1111/j.0730-7659.2005.00336.x
- Häger, R., Øian, P., Nilsen, S. T., Holm, H. A. & Berg, A. B. F. (2006). Gjennombruddsprosjektet om keisersnitt. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
- Jørgensen, L. (2015) *Efterveerne den traumatiske fødsel* Aarhus: Turbine forlag
- Karlstrom, 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:<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.005>
- Kashanian, M., Javadi, F. & Haghighi, M. M. (2010). Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 109(3), 198-200. doi:10.1016/j.ijgo.2009.11.028
- Kealy, M. & Liamputtong, P. (2011). Contemporary Caesarean Section Theory: Risk, Uncertainty and Fear. I R. Bryar, & M. Sinclair (Red.), *Theory for midwifery practice* (2. utg., s. 262-284): Palgrave Macmillan.
- Klein, M. C. (2004). Quick Fix Culture: The Cesarean-Section-on-Demand Debate. *Birth*, 31(3), 161-164. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.00300.x
- Kolås, T., Hofoss, D., Daltveit, A. K., Nilsen, S. T., Henriksen, T., Häger, R., .Øian, P. (2003). Indications for cesarean deliveries in Norway. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(4), 864-870. doi:10.1067/mob.2003.217
- Kornelsen, J., Hutton, E. & Munro, S. (2010). Influences on decision making among primiparous women choosing elective caesarean section in the absence of medical indications: findings from a qualitative investigation. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 32(10), 962-969. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed9&AN=21176305>

- http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:embase&id=pmid:21176305&id=doi:&issn=1701-2163&isbn=&volume=32&issue=10&spage=962&pages=962-969&date=2010&title=Journal+of+obstetrics+and+gynaecology+Canada+%3A+JOGC+%3D+Journal+d%27obstetrique+et+gynecologie+du+Canada+%3A+JOGC&atitle=Influences+on+decision+making+among+primiparous+women+choosing+elective+caesarean+section+in+the+absence+of+medical+indications%3A+findings+from+a+qualitative+investigation&aulast=Kornelsen
- Lavender, T., Hofmeyr, G. J., Neilson, J. P., Kingdon, C. & Gyte, G. M. L. (2012). Caesarean section for non-medical reasons at term. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3, CD004660. doi:10.1002/14651858.CD004660.pub3
- Legeforeningen. (2014). Gynekologisk veileder. Hentet 07.10.2016 fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp-2014/>
- Luce, A., Cash, M., Hundley, V., Cheyne, H., Van Teijlingen, E., Angell C. (2016) Is it realistic? The portrayal of pregnancy and childbirth in the media. *BMC Pregnancy and Childbirth* Doi: 10.1186/s12884-016-0827-x
- McAra-Couper, J., Jones, M. & Smythe, L. (2012). Caesarean-section, my body, my choice: the construction of 'informed choice' in relation to intervention in childbirth. *Feminism & Psychology*, 22(1), 81-97. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=201202247>
- http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:&id=doi:&issn=0959-3535&isbn=&volume=22&issue=1&spage=81&pages=81-97&date=2012&title=Feminism+%26+Psychology&atitle=Caesarean-section%2C+my+body%2C+my+choice%3A+the+construction+of+%27informed+choice%27+in+relation+to+intervention+in+childbirth&aulast=McAra-Couper
- McGrath, P. & Ray-Barruel, G. (2009). The easy option? Australian findings on mothers' perception of elective Caesarean as a birth choice after a prior Caesarean section. *International Journal of Nursing Practice*, 15(4), 271-279. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=2009090252>
- http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:&id=doi:&issn=1322-7114&isbn=&volume=15&issue=4&spage=271&pages=271-279&date=2009&title=International+Journal+of+Nursing+Practice&atitle=The+easy+option%3F+Australian+findings+on+mothers%27+perception+of+elective+Caesarean+as+a+birth+choice+after+a+prior+Caesarean+section&aulast=McGrath
- Munro, S., Kornelsen, J. & Hutton, E. (2009a). Decision making in patient-initiated elective cesarean delivery: the influence of birth stories. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(5), 373-379 377p. doi:10.1016/j.jmwh.2008.12.014
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T. & Øian, P. (2006) Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 33(3), 221-228. DOI:[10.1111/j.1523-536X.2006.00107.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00107.x)
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. utg.). Oslo: Akribe.
- Rhodes, K. (2013). *Experiences of women who elect for a Caesarian section following a previous traumatic birth*: Canterbury Christ Church University (United Kingdom). Hentet fra <https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=109865715&site=ehost-live>
- Rosseland, L. A. (2015, 02.Februar) Unødvendig å føde med smerte. *NRK østlandssendingen*. Hentet fra https://www.nrk.no/ostlandssendingen/_-unodvendig-a-fode-med-smerte-1.12196750.
- Ryding, E. L. (1993). Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 72, 280-285.

- 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>
- Saisto, T. & Halmesmaki, E. (2003) Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 82, 201-208 Doi: 10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x
- Sevelsted, A., Stokholm, J., Bønnelykke, K. & Bisgaard, H. (2015). Cesarean Section and Chronic Immune Disorders. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 70(5), 303-305. doi:10.1097/01.ogx.0000466336.81671.9f
- Shorten, A., Shorten, B. & Kennedy, H. P. (2014). Complexities of choice after prior cesarean: a narrative analysis. *Birth*, 41(2), 178-184. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/birt.12082>
- Simpson, M., Catling, C. (2016) Understanding psychological traumatic birth experiences: a literature review. *Women and Birth: the journal of the Australian College of Midwives* 29(3), doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1016/j.wom>
- Steel, B, J, & Jomeen, J. (2015) Caesarean section by maternal request. *British Journal of Midwifery* 23(9), 624-629. DOI: 10.12968/bjom.2015.23.9.624
- Thomas, J. & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 45-45. doi:10.1186/1471-2288-8-45
- Tidsskriftet. (2003). Selvbestemt keisersnitt - valg og viten i konflikt. Hentet fra tidsskriftet.no/2003/05/reportasjer/selvbestemt-keisersnitt-valg-og-viten-i-konflikt
- Tollånes, M. (2009). Økt forekomst av keisersnitt – årsaker og konsekvenser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(13), 1329-1331. doi:10.4045/tidsskr.08.0453
- Walsh, D. (2012) *Evidence and skills for normal labour and birth : a guide for midwives*. London: Routledge
- WHO. (2015). WHO statement on caesarean section rates. Hentet fra http://who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/
- Øyen, S. A., Solheim, B. & Johansen, A. (2013). *Akademisk skriving : en skriveveiledning*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Åmark, H. & Ryding, E. L. (2007). Women wishing to be delivered by Cesarean section. Anxiety, risk-thinking and shame common according to a qualitative study. *Läkartidningen*, 104(12), 950-953. Hentet fra <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=6340>

VEDLEGG 1

Artikler som ble ekskludert etter å ha lest i fulltekst:

1. Kingdon et al., (2009)

Choice and birth method: mixed-method study of caesarean delivery for maternal request.

Kun en kvinne i studien gav uttrykk for ønske keisersnitt. Denne kvinnen hadde progredierende multippel sklerose. Derfor ikke helt tydelig ingen medisinske indikasjoner. Artikkelen handler om kvinner burde få velge keisersnitt eget ønske.

2. Regan, McElroy & Moore, (2013)

Choice? Factors That Influence Women's Decision Making for Childbirth

Valgprosessen rundt forløsningsmetode. Aller fleste ønsker vaginal fødsel. Kun en kvinne som sier hun ønsker keisersnitt, men vi har valgt å ekskludere da det kun er denne ene kvinnen fra en mixed-metod studie.

3. Weaver & Statham, (2005)

Wanting a caesarean section: the decision process

Kvinnene har ikke nødvendigvis eget ønske om keisersnitt hvor det ikke foreligger medisinske indikasjoner på dette, det handler om prosessen å ta valg

4. Bryant, Porter, Tracy & et al., (2007)

Caesarean birth: consumption, safety, order, and good mothering

18 kvinner med tidligere keisersnitt. Inneholder ikke beskrivelser fra den ene kvinnen som ønsker keisersnitt. De andre kvinnene hadde tatt keisersnitt av andre grunner enn eget ønske.

5. Goodall, McVittie & Magill, (2009)

Birth choice following primary Caesarean section: mothers' perceptions of the influence of

Health professionals on decision-making

Kvinner som venter sitt andre barn ett tidligere keisersnitt, På grunn av at artikkel handler om fokus på mødrenes oppfattelse av innvirkningen helsepersonell har å avgjørelsen vedrørende forløsningsmetode ekskluderes artikkel.

6. Aslam, Gilmour & Fawdry, (2003)

Who wants a caesarean section?

A study of women's personal experience of vaginal and caesarean delivery

50 kvinner som har født både vaginalt og keisersnitt. Studien utforsker kvinnenes erfaringer med fødselsmetodene. Handler ikke spesifikt om ønske om keisersnitt.

7. Green, Evans, Subair & et al., (2014)

Maternal request for caesarean section: audit of a care pathway

Pilotstudie på en retningslinje for ivaretagelse av kvinner med ønske om elektiv keisersnitt.

Ikke beskrivelser fra kvinnene.

8. Powell Kennedy, Grant, Walton & Sandall, (2013)

Elective caesarean delivery: A mixed method qualitative investigation

To kvinner ønsket keisersnitt, men kommer ikke med deres beskrivelser, de beskriver at de følte de måtte rettferdiggjøre sitt valg, men ikke hva som påvirket deres valg.

9. Douche & Carryer, (2011)

Caesarean section in the absence of need: A pathologising paradox for public health?

Denne artikkelen utforsker hvilke diskurser som konstruerer kvinners valg om keisersnitt i lys av teoretiske ideer fra poststrukturalismen. Kommer ikke frem eget ønske. Overordnet fokus om autonomi gjennom filosofisk analyse.

Referanseliste til ekskluderte artikler:

Aslam, M. F., Gilmour, K. & Fawdry, R. D. (2003). Who wants a caesarean section? A study of women's personal experience of vaginal and caesarean delivery. *Journal of Obstetrics &*

- Gynaecology*, 23(4), 364-366. Hentet fra
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=12881072>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:12881072&id=doi:&issn=0144-3615&isbn=&volume=23&issue=4&spage=364&pages=364-6&date=2003&title=Journal+of+Obstetrics+%26+Gynaecology&atitle=Who+wants+a+caesarean+section%3F+A+study+of+women%27s+personal+experience+of+vaginal+and+caesarean+delivery.&aulast=Aslam>
- Bryant, J., Porter, M., Tracy, S. K. & et al. (2007). Caesarean birth: consumption, safety, order, and good mothering. *Social Science and Medicine*, 65(6), 1192-1201. Hentet fra
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=2007091841>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:&id=doi:&issn=0277-9536&isbn=&volume=65&issue=6&spage=1192&pages=1192-1201&date=2007&title=Social+Science+and+Medicine&atitle=Caesarean+birth%3A+consumption%2C+safety%2C+order%2C+and+good+mothering&aulast=Bryant>
- Douche, J. & Carryer, J. (2011). Caesarean section in the absence of need: A pathologising paradox for public health? *Nursing Inquiry*, 18(2), 143-153. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00533.x>
- Goodall, K. E., McVittie, C. & Magill, M. (2009). Birth choice following primary Caesarean section: mothers' perceptions of the influence of health professionals on decision-making. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 27(1), 4-14 11p. Hentet fra
<https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105471233&site=ehost-live>
- Green, B., Evans, J., Subair, S. & et al. (2014). Maternal request for caesarean section: audit of a care pathway. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 34(4), 317-321. Hentet fra
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=2014062531>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:&id=doi:&issn=0144-3615&isbn=&volume=34&issue=4&spage=317&pages=317-321&date=2014&title=Journal+of+Obstetrics+and+Gynaecology&atitle=Maternal+request+for+caesarean+section%3A+audit+of+a+care+pathway&aulast=Green>
- Kingdon, C., Neilson, J., Singleton, V., Gyte, G., Hart, A., Gabbay, M. & Lavender, T. (2009). Choice and birth method: mixed-method study of caesarean delivery for maternal request. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(7), 886-895. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02119.x>
- Powell Kennedy, H., Grant, J., Walton, C. & Sandall, J. (2013). Elective caesarean delivery: A mixed method qualitative investigation. *Midwifery*, 29(12), e138-144 131p. doi:10.1016/j.midw.2012.12.008
- Regan, M., McElroy, K. G. & Moore, K. (2013). Choice? Factors That Influence Women's Decision Making for Childbirth. *Journal of Perinatal Education*, 22(3), 171-180 110p. doi:10.1891/1058-1243.22.3.171
- Weaver, J. J. & Statham, H. (2005). Wanting a caesarean section: the decision process. *British Journal of Midwifery*, 13(6), 370-373 374p. Hentet fra
<https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106520878&site=ehost-live>

VEDLEGG 2

Sjekkliste for systematiske oversikter

Sjekkliste for systematiske oversikter*		Ja	Uklart	Nei
1	Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene?			
<i>Kommentar</i>				
2	Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk? (bruk hjelpespørsmål på neste side for å besvare dette spørsmålet)			
<i>Kommentar</i>				
3	Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev. endepunkter)?			
<i>Kommentar</i>				
4	Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?			
<i>Kommentar</i>				
5	Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet?			
<i>Kommentar</i>				
6	Er validiteten til studiene vurdert (enten ved inklusjon av primærstudier eller i analysen av primærstudier) ved bruk av relevante kriterier?			
<i>Kommentar</i>				
7	Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?			
<i>Kommentar</i>				
8	Ble resultatene fra studiene sammenfattet på forsvarlig måte?			

<i>Kommentar</i>				
9	Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?			
<i>Kommentar</i>				
10	Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?			

**Basert på EPOC Checklist for Refereeing Protocols for Reviews. EPOC, Effective Practice and Organisation of Care group, Guide for review authors. www.epoc.cochrane.org
www.kunnskapsenteret.no*

VEDLEGG 3

Forfatter	Styrker	Begrensning
Åmark og Ryding (2007)	Samsvar mellom problemstilling og metode, godt egnet for å få frem beskrivelser. Analysen gir trustworthiness, kvinnene fikk lese sitater og kunne bekrefte om de kjente seg igjen i måten de ble oppfattet. Forfatter er kritisk til egen studie.	Det kommer ikke tydelig frem hvordan kvinnene ble rekruttert. Det er ikke teoretisk rammeverk. Forfattere påpeker at kvinnene bor i storby hvor man ikke er garantert plass når man går i fødsel, ikke tatt opp i intervju, men muligens har dette påvirkning på ønske.
Munro et al. (2009)	Det kommer tydelig frem hvordan kvinnene ble rekruttert. Det var et høyt nivå av samsvar på kodingen i analysen. Forskere avklarer egen rolle. Denne artikkel er vurdert til særdeles god.	Det foreligger ikke teoretisk rammeverk. Alle kvinner kommer fra urbane strøk, mulig dette er en svakhet da det ikke nødvendigvis representerer populasjonen generelt.
McAra-Couper et al. (2012)	Har godt beskrevet teoretisk rammeverk. Hovedsakelig er transkribering gjort av hovedforsker, resten er gjort av en transkribitør. Denne studien har vi vært i tvil om skulle inkluderes da den ser på informert valg og intervensjon. Men det kommer frem intervjuer med kvinners beskrivelser hvorfor de ønsker keisersnitt som vi anser som aktuelle for vår problemstilling.	Ikke kritisk til egen forskning. Litt uklart hvordan kvinnene ble rekruttert. Alle kvinnene i studien ønsker intervensjon, men ikke alle gir uttrykk for ønske om keisersnitt. Det kommer ikke tydelig frem hvor mange av kvinnene som ønsker keisersnitt.
McGrath og Ray-Barruel (2009)	Det foreligger god beskrivelse av kvinnene. God redegjørelse for transkribering. Kodingen er gjort av erfarne forskere som har erfaring med koding. Forsker beskriver begrensninger med egen studie da studien er utført på kun ett sykehus.	Ikke tydelig hvordan kvinnene ble rekruttert i detaljer, men det kommer frem det var gjennom forskers nettverk. Ikke teoretisk rammeverk.
Sahlin et al. (2013)	Kvinnene er godt beskrevet og fremgangsmåten for å	Alle kvinnene bodde i storby, noe forsker påpeker at man

	rekruttere kvinnene. Intervju ble lest flere ganger og diskutert mellom de to som deltok på intervju. Alle kvinnene var førstegangsfødende.	ikke nødvendigvis kan overføre til populasjonen generelt.
Karlstrom et al. (2011)	Dette er en mixed-methods med spørreskjema. Har tatt ut kvalitativ del, som hadde ett åpent spørsmål for beskrivelser. Stort utvalg kvinner og god svar-respons.	Kvinnene skrev korte kommentarer som begrenset analysen. Men selv om det var korte svar, var det tydelig hva som var meningen i kommentarer i følge forsker. På den kvalitative delen, kommer det ikke frem paritet, kun at de fleste var flergangsfødende. Må plukke ut kvalitative data «forsiktig» da det er mixed methods.
Shorten et al. (2014)	Styrke med antall kvinner inkludert og at de representerte forskjellige forløsningsmetoder.	Forfatterne sier selv at det er en begrensning med studien at det kun er kvinnene og ikke andre viktig involverte inkludert. Kvinnene har svart skriftlig på undersøkelsen. Individuelle intervjuer ville kanskje resultert i lengre narrativer.
Arthur og Payne (2005)	Godt beskrevet rekruttering og metode, kommer frem rikelige data. Kvinnene fikk mail etter transkribert materiale for å gjenkjenne det de har sagt.	Liten studie, få kvinner inkludert i studien. Dette kan begrense generalisering av funnene. Lite beskrevet hvordan analyse utført.
Ryding (1993)	Det er gjennomført intervjuer av kvinnene gjennom tid, både før og etter forløsning.	Artikkel er fra 1993 så er gammel, men ansees som relevant. Blir brukt i mange av våre inkluderte artikler på referanseliste. Det kommer ikke frem hvordan analysen er gjort og denne er en stor svakhet. Forsker er heller ikke kritisk til egen studie.
Fenwick et al. (2010)	Selv om funnene som er presentert i studiet kun er representativt for liten gruppe selvrekrutterte kvinner og dermed vanskelig å generalisere, har deltakerne vært en del av en mye større	Deltakerne representerer ikke den generelle australske befolkning, da middelklassekvinner er overrepresentert. Allikevel representerer de den gruppen av australske kvinner som

	kohort som identifiserte årsak til ønske om keisersnitt. Funnene i kohorten reflekterte funnene i den aktuelle studien. Det er godt beskrevet deltakerne og rekruttering. Forskere har diskutert funn og sikrer trustworthiness.	mest sannsynlig gjennomgår keisersnitt.
Kornelsen et al., (2010)	Alle kvinnene var førstegangsfødende og kvinner som hadde traumatiske opplevelser som seksuelle overgrep eller mentale problemer, ble ekskludert for å hindre forstyrrende elementer. Man har intervjuer frem til metning er nådd. Tydelig rekruttering og hvordan analyse er utført. Forsker er kritisk vurdering av egen studie og dens begrensninger.	Det kommer ikke direkte sitater fra kvinnene i intervjuet. Vi bemerker at i introduksjon skriver de at det i 1992 var sete eller abnormal føtal innstilling som var hovedindikasjon til keisersnitt, mens det i 2005 er oppgitt frykt for fødsel uten medisinske indikasjoner, dette var funnet i en svensk studie. Vi stiller spørsmålstegn om dette stemmer.
Rhodes (2013)	Alle kvinnene har subjektiv en traumatisk forløsning fra før, det har vært diskusjon om denne skal med, men det gir gode beskrivelser fra kvinner som ønsker ECS og dette kan være med å få frem nye nyanser.	En del kvinner svarte skriftlig på spørsmålene, de fikk tilbud om at intervju kunne bli utført hjemme eller på sykehuset, men kvinnene ønsket heller over telefon.

VEDLEGG 4 Metode over inkluderte studier

Forfatter/år	Metode	Datasamling	Data analyse
Åmark og Ryding (2007)	Dybdeintervju med ti kvinner, gjennomsnittalder 35 år, 6 førstegangsfødende, 4 flergangsfødende, hvor to av flergangsfødende	Det ble gjennomført intervju med hver kvinne som varte ca. 60 minutter og fulgte en intervjumal. En kvinne avbestilte sitt planlagte keisersnitt	Intervjuet ble tatt opp på båndopptaker, skrevet ut så nøyaktig som mulig for å validere den mot innspillingen. Intervjuene ble lest gjennom flere ganger, for å fange tonefall og stemningen i intervjuene. Det

Forfatter/år	Metode	Datasamling	Data analyse
	hadde hatt keisersnitt tidligere. Ingen hadde ingen medisinske indikasjoner og alle hadde innvilget elektivt keisersnitt.	etter intervjuet og fødte vaginalt.	ble gjort en meningsanalyse av Kvale, som innebærer meningskategorisering, meningskonsentrasjon, narrativ strukturering og en meningstolkning.
Munro et al., (2009)	17 førstegangs fødende kvinner som ble intervjuet som ønsket keisersnitt i fravær av medisinske indikasjoner med dybdeintervju.	Intervjuet der kvinnene ønsket det, varighet mellom 30-90 min. Utført minst 6 uker postpartum.	Det er en nøye beskrevet fremgangsmåte for hvordan analyseringen er gjort og hvordan man har sikret validitet med en felles forståelse av koding.
McAra-Couper et al., (2012)	5 jordmødre, 4 obstetrikere ble intervjuet individuelt og 33 flergangsfødende kvinner deltok i til sammen 6 fokusgrupper. Det er kvinnenens beskrivelser vi tar med oss i oppgaven. Deltakerne ble rekruttert ut fra forskers nettverk og kunnskap.	Semistrukturerte fokusgruppe intervju varighet 60-90min. Majoriteten av data ble transkribert av hovedforsker, resten av transkribitør som hadde skrevet under på konfidensiell avtale. Samme transkribitør deltok under fokusgruppene under pseudonym.	Analysen ble utført gjennom en metodisk prosess og rammeverk ved kritisk tolkning. Først nøye gjennomlesing av transkribering, sortering og kategorisering.
McGrath og Ray-Barruel (2009)	Deskriptiv fenomenologi ble valgt for å få frem «levde erfaringer». Det ble utført intervjuer med 20 kvinner som alle tidligere har gjennomgått keisersnitt, og det er de 16 kvinnene som valgte keisersnitt som blir presentert.	Åpne spørsmål ble brukt, intervju ble gjennomført av en forsker med psykososial bakgrunn som var ansatt ved universitetet og uavhengig fra sykehuset. Varighet ca. 60min.	Det ble brukt ett dataprogram for analyse tematisk. I følge forsker vil det på denne måten ikke få forutinntatte koder, data koder deltakernes utsagn. Forskerne har ikke meklet på disse kodene, de har utviklet videre koder videre som direkte beskrives og forsikrer at det inneholder fenomenet de levde erfaringene, i beslutningsprosessen. Det var erfarne forskere med erfaring med kvalitativ analyse som utførte dette.

Forfatter/år	Metode	Datasamling	Data analyse
Sahlin et al., (2013)	17 kvinner rekruttert, men grunnet mangel på tid og en kvinne fødte før termin, var det 12 kvinner som ble inkludert. Alle var førstegangsfødende med innvilget elektivt keisersnitt på eget ønske.	Datainnsamling fra 2009-2010. Individuelle intervjuer, varighet 30-60min. Ble intervjuet en plass kvinnene selv valgte. Alle som intervjuet, var jordmødre, noen hadde PhD.	Intervjuene ble lest mange ganger og det ble kategorisert og kodet systematisk. Det ble diskutert for å sikre felles forståelse. Setninger ble til meningsbærende enheter som det ble satt en kode på. Resultatene ble diskutert underveis for å få troverdighet. Det foreligger god beskrivelse av analyse.
Karlstrom et al., (2011)	Longitudiell studie (kohort) med mixed-methods, en kvalitativ del med ett åpent spørsmål. 71 kvinner gav beskrivelser, majoriteten av de som kom med beskrivelser, var flergangsfødende	Kvantitative data ble brukt, kombinert med ett åpent spørsmål for beskrivelser på spørreskjema. 1506 kvinner ble rekruttert, totalt 886 svarte på alle fire spørreskjema. Vi tar kun med kvalitativ del	De kvantitative data ble analysert ved bruk av SPSS, og kvinnenes kommentarer på deres foretrukne forløsningsmetode ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse, en prosess med å analysere innholdet av narrative data for å identifisere fremtredende temaer og kategorier. 5 kategorier ble identifisert.
Shorten et al., (2014)	187 kvinner deltok med kvalitative data i svangerskapsuke 36-38 og 6-8 uker postpartum. En analyse av erfaringene til gravide kvinners interaksjon med informasjon, kommunikasjon med behandlere og utfordringer med beslutningsprosessen vedrørende fødselsmetode etter keisersnitt.	Et segment i en RCT, bruker den kvalitative delen. Åpne spørsmål, skriftlig uke 36-38 gestasjonsalder. Skal her beskrive ønske for sitt valg og 6-8 uker postpartum beskrive hvordan valg og erfaring var, skriftlig.	Det ble brukt et kvalitativt dataprogram for å organisere, håndtere og kode materiale. Kodene ble utviklet videre gjennom dybdeanalyse og ble kodet individuelt og senere var der samsvar mellom kodingen.

Forfatter/år	Metode	Datasamling	Data analyse
Arthur og Payne (2005)	Semistrukturerte intervju med 5 førstegangsfødende som ønsker keisersnitt i fravær av medisinske indikasjoner	Åpne spørsmål ved bruk av intervju-guide. Pseudonym ble brukt for å beskytte identitet.	Analyse ble gjort kontinuerlig etter hvert intervju. Det ble raskt identifisert tema.
Ryding (1993)	33 kvinner inkludert i studien, intervju, 28 av disse er flergangsfødende. 5 kvinner er førstegangsfødende.	Intervjuet første gang mellom uke 10-36, de ble sett mellom 1-13 ganger før fødsel og 1-3 ganger etter.	Det kommer ikke frem hvordan analysen er gjort, kun at man har gjort intervjuer gjennom tid.
Kornelsen et al., (2010)	Dybdeintervju med 17 førstegangsfødende som har gjennomgått elektiv keisersnitt uten medisinske indikasjoner.	Utført ett intervju med hver kvinne, gjennomsnitt varighet 60min. Minst 6 uker postpartum.	Hovedforsker og en forsker som deltok i studien transkriberte og utviklet koder, som ble sammenliknet, og det ble oppdaget samme koding/forståelse. Det er beskrevet en tydelig fremgangsmåte.
Fenwick et al., (2010)	Telefonintervju med 14 kvinner som hadde utført keisersnitt innen siste 5 årene uten medisinske indikasjoner i første svangerskap.	Rekrutterte kvinner fra annonser i lokalaviser. Alder 27-39 år	Det er gjort tematisk analyse av data. Mens intervjuerne gjennomførte intervju, skrev de notater som til data-analysen. Prosessen videre utviklet temaer.
Rhodes (2013)	Semistrukturerte intervju, 13 flergangsfødende, 5 av kvinnene hadde opplevd tidligere akutt keisersnitt, 3 instrumentelle forløsninger og 5 episiotomier.	Rekruttert fra sykehusets side og internett. Alle bodde i Storbritannia og hadde hatt keisersnitt der. Gjennomsnittsalder er 32år. Intervju varte mellom 58-146 minutter. Alle kvinnene hadde hatt elektivt keisersnitt uten med.indikasjon	Individuell transkribering lest flere ganger. Materiale ble analysert med en fortolkende fenomenologisk analyse. Alle kvinnene ble tilbudt refleksjon når studien var ferdig.

Forfatter/år	Metode	Datasamling	Data analyse
		<p>innen de siste 5 årene. Hovedårsak var tidligere traumatisk fødselsopplevelse. Kvinner som hadde en opplevelse som var døden nær eller alvorlige hendelser for barnet, ble ekskludert.</p>	