



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

KVINNORS UPPLEVELSER AV AKUTA KEJSARSNITT

En analys av bloggar

Sara Folkesson & Emma Lövdahl

Examensarbete:	RPH100 Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa 15 hp
Program:	Barnmorskeprogrammet 90 hp
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Herborg Holter
Examinator:	Ingela Lundgren

Titel (svensk):	Kvinnors upplevelser av akut kejsarsnitt
Titel (engelsk):	Women's experiences of emergency caesarean section
Examensarbete:	15 hp
Kurs:	RPH 100 Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Herborg Holter
Examinator:	Ingela Lundgren

Nyckelord: Akut kejsarsnitt, stöd, barnmorska, information, blogg

Sammanfattning

Bakgrund: År 2015 avslutades 7,5 % av alla förlossningar i Sverige med akut kejsarsnitt. Forskning visar att kvinnor som genomgått ett akut kejsarsnitt ofta har en negativ upplevelse av förlossningen. För att undvika detta är det viktigt med information och kontinuerligt stöd från barnmorskan. Internet är en viktig informationskälla för gravida kvinnor och många läser bloggar för att få information från kvinnor i liknande situationer. Det saknas forskning om kvinnors upplevelse av akuta kejsarsnitt beskrivna av dem själva i bloggar. **Syfte:** Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser av akuta kejsarsnitt. **Metod:** Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats där elva svenska bloggar användes och analyserades. **Resultat:** Utifrån analysen av materialet framkom fyra kategorier samt tio underkategorier. Rädsla, oro och besvikelse; rädsla för sitt eget och barnets liv, oro inför den oförutsedda situationen, att inte räkna till, kroppen sviker och stor besvikelse då deras önskemål ej följdes. Lättnad och tacksamhet; lättnad när beslutet var fattat och tacksamhet över att möjligheten till kejsarsnitt fanns. Den första tiden efter förlossningen; oro för barnet och att få träffa barnet eller ej. Vikten av information; förberedelser under graviditeten och kommunikation under förlossningen. **Slutsats:** I resultatet framkom det att många kvinnor kände en besvikelse över att förlossningen avslutades med akut kejsarsnitt. Detta var inget de kände sig förberedda på. Trots besvikelsen kunde vissa kvinnor känna lättnad och tacksamhet att förlossningen slutade väl. Barnmorskan skulle kunna förbättra upplevelsen genom ömsesidig kommunikation och därmed göra kvinnan mer delaktig i besluten samt att ge tydlig och anpassad information om händelseförloppet.

Nyckelord: Akut kejsarsnitt, stöd, barnmorska, information, blogg

Abstract

Background: By 2015, 7.5% of all births in Sweden ended with emergency caesarean sections. Research shows that women who have undergone an emergency caesarean section often have a negative experience of childbirth. To avoid this, it is important with information and continuous support from midwife. Internet is an important source of information for pregnant women and many read blogs to get information from women in similar situations. There is a lack of research based on women's experience of emergency caesarean section described by themselves in blogs. **Aim:** The aim was to describe women's experiences of emergency caesarean section. **Method:** Qualitative content analysis with inductive approach where eleven Swedish blogs were used and analyzed. **Results:** Based on the analysis of the material, four categories and ten subcategories emerged. Fear, worry and disappointment; fear of their own and the child's lives, worry about the unforeseen situation, insufficiently, the body fails and disappointment when their wishes were not followed. Reliability and gratitude; relief when the decision was made and grateful that the possibility of cesarean section was available. The first time after childbirth; concern for the child and to meet the child or not. Importance of information; preparations during pregnancy and communication during childbirth. **Conclusion:** In the result, it was found that many women felt a disappointment that the childbirth ended with emergency Caesarean section. This was nothing they felt prepared for. Despite disappointment, some women could feel relief and gratitude that childbirth ended well. Midwife could improve the experience through mutual communication, thus making the woman more involved in the decisions, as well as providing clear and customized information about the course of events.

Keywords: Emergency caesarean section, support, midwife, information, blog

Förord

Ett stort tack till vår handledare Herborg Holter för ditt stöd, engagemang och goda råd under processens gång. Vi vill även tacka varandra för gott samarbete och effektivt arbete.

/ Emma & Sara

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Kejsarsnitt.....	2
Orsaker till akuta kejsarsnitt	3
Konsekvenser för kvinnan	4
Konsekvenser för barnet	4
Kommunikation via sociala medier	4
Barnmorskans kompetensområde.....	5
Teoretisk referensram	6
Stöd	6
Problemformulering.....	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	9
Datainsamling.....	9
Dataanalys	10
Etiska aspekter.....	10
Resultat.....	12
Rädsla, oro och besvikelse.....	13
Rädsla för sitt eget och barnets liv	13
Oro inför den oförutsedda situationen	13
Att inte räcka till, kroppen sviker mig	14
Stor besvikelse på att deras önskemål ej följdes	14
Lättnad och tacksamhet	15
Lättnad när beslutet var fattat	15
Tacksamhet över att möjligheten till kejsarsnitt fanns	15
Första tiden efter förlossningen	15
Oro för barnet.....	15
Att få träffa barnet eller ej.....	16
Vikten av information.....	17
Förberedelser under graviditeten	17
Kommunikation under förlossningen	17
Diskussion	19

Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion	20
Kliniska implikationer	23
Framtida forskning.....	23
Slutsats	23
Referenslista	24

Inledning

Många kvinnor har en föreställning om hur deras förlossning kommer gå till. Vid ett akut kejsarsnitt kan denna plan brytas och kvinnan kan känna att hon går miste om sin drömförlossning. Intresset för ämnet väcktes under vår verksamhetsförlagda utbildning där vi mött kvinnor som genomgått ett akut kejsarsnitt, där vi sett både positiva och negativa reaktioner. Därför fanns ett intresse av att undersöka vad kvinnor skriver i bloggar om sina upplevelser av akuta kejsarsnitt för att i vårt framtida arbete som barnmorskor ha en bättre förståelse för vad kvinnor önskar när det sker.

Bakgrund

Kejsarsnitt

Det är oklart när det första kejsarsnittet utfördes. Redan under Romarriket utfördes kejsarsnitt men då på döda mödrar då det var olagligt att begrava en kvinna innan barnet hade tagits ut. Kejsarsnitt är även kallat sectio caesarea, namnet kommer troligtvis från verbet caedere som betyder skära (Andolf, 2014). Det första kejsarsnittet i Sverige utfördes år 1748 och modern överlevde i tre dygn (Wiklund & Hildingsson, 2016). I och med anestesiens utveckling under 1800-talet började kejsarsnitt tillämpas i större utsträckning men mortaliteten var då hög. Den medicinska utvecklingen under 1900-talet med upptäckten av antibiotika, införandet av aseptik och möjligheten till blodtransfusion ökade överlevnaden för modern och därmed steg frekvensen av kejsarsnitt i Sverige (Andolf, 2014).

Kejsarsnitt innebär att barnet föds fram genom en operation där ett snitt läggs genom bukväggen och livmodern där barn, moderkaka och fosterhinnor tas ut. Ingreppet sker ofta under lokalanestesi med så kallad epidural- eller spinalbedövning, dock kan det vid akuta situationer bli aktuellt med full narkos (Socialstyrelsen, 2015a). I Sverige brukar partnern tillåtas vara med inne på operationsrummet under kejsarsnittet (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010).

År 2015 föddes det i Sverige 114981 barn, av dessa förlöstes 20035 med kejsarsnitt vilket motsvarar 17,4 % av alla förlossningar. Frekvensen av akuta kejsarsnitt har nästan fördubblats de senaste 25 åren från 4,1 % år 1991 till 7,5 % år 2015 (Socialstyrelsen, 2015b). Frekvensen av kejsarsnitt varierar världen över. I Europa ligger Finland lägst med 15,5 % och Turkiet högst med 53,1 % (OECD, 2017). Andelen kejsarsnitt är lägre i låginkomstländer där möjligheten till säkra operationer är begränsade. I västra Afrika är kejsarsnittsfrekvensen så låg som 3 % av alla förlossningar (Betrán, Ye, Moller, Zhang, Gülmezoglu & Torloni, 2016).

Kejsarsnitt delas in i planerade och akuta, där de planerade utförs innan värkdebut och de akuta efter att förlossningen har startat. Ett planerat kejsarsnitt kan bli aktuellt till exempel om barnet ligger med sätet ner i slutet av graviditeten (Andolf, 2014). I Sverige avslutades 90,9 % av alla förlossningar där barnet låg i sätesändläge med kejsarsnitt år 2014 (Socialstyrelsen, 2015a). Om barnet skulle ligga i tvärläge innebär det ett absolut hinder för vaginal förlossning och ett kejsarsnitt blir aktuellt. Planerat kejsarsnitt rekommenderas vid flera sjukdomstillstånd hos kvinnan som till exempel svår havandeskapsförgiftning och vissa hjärtsjukdomar (Wiklund & Hildingsson, 2016).

Om mor eller barns hälsa skulle vara hotad under en vaginal förlossning kan ett akut kejsarsnitt bli aktuellt. Akuta kejsarsnitt delas in i akuta och omedelbara (Wiklund & Hildingsson, 2016). Indikationen för omedelbart kejsarsnitt är när moderns eller fostrets tillstånd bedöms vara så allvarligt att varje minut innan kvinnan blir förlöst innebär en förhöjd

risk för permanent skada eller död. Målet är att operationen ska påbörjas inom 15 minuter efter att beslutet är fattat (Stjernholm, Weichselbraun, Ahlberg, & Amer-Wåhlin, 2015). De akuta kejsarsnitten sker vanligtvis inom 15 minuter till ett par timmar beroende på orsaken (Wiklund & Hildingsson, 2016).

Orsaker till akuta kejsarsnitt

Den vanligaste orsaken till att beslut fattas om att göra ett akut kejsarsnitt är att barnet visar tecken på att inte klara en fortsatt vaginal förlossning på grund av hotande asfyxi (Wiklund & Hildingsson, 2016). Asfyxi innebär försvårat eller upphävt gasutbyte över placenta till fostret. Detta kan ske akut under förlossningen om placenta lossnar, navelsträngen kläms ihop, vid uterusruptur eller maternell hypotension (Hagberg & Blennow, 2016).

Med långdraget förlopp menas att modernmunnen inte öppnat sig i den takt som förväntats eller att barnet inte har trängt ner i bäckenet. Värksvaghet eller stort barn skulle kunna vara orsaker till detta (Wiklund & Hildingsson, 2016). Värksvaghet delas upp i primär och sekundär. Den primära definieras då kvinnan nått aktiv fas men där en normal progress inte sker. Vid sekundär värksvaghet öppnar sig cervix till en början med normal hastighet men därefter avstannar progressen. Om andra interventioner som till exempel värförstärkande dropp inte haft önskad effekt kan ett akut kejsarsnitt bli aktuellt (Nordström & Abascal, 2016).

En blödning under förlossningen skulle kunna leda till ett akut kejsarsnitt, handläggningen i denna situation görs utefter mor och barnets tillstånd. Blödningen skulle kunna bero på ablatio, det vill säga att moderkakan har lossnat helt eller delvis innan barnet är fött. Om blödningen är omfattande kan det bli livshotande för både mor och barn och ett kejsarsnitt är då nödvändigt. Vid placenta previa, vilket innebär att moderkakan ligger för den inre modernmunnen, kan en blödning uppstå. Vid detta tillstånd är kejsarsnitt enda utvägen för att både kvinnan och barnet ska överleva (Wiklund & Hildingsson, 2016).

Uterusruptur är en allvarlig komplikation som kan inträffa under en förlossning. Detta sker nästan enbart efter tidigare ingrepp i livmodern så som exempelvis ett kejsarsnitt. Tillståndet upptäcks oftast genom en påverkan på barnet och ihållande plötslig smärta hos mor då behöver ett akut kejsarsnitt utföras för att säkra bådask överlevnad (Wiklund & Hildingsson, 2016).

Vid navelsträngsprolaps faller navelsträngen ner i förlossningskanalen innan barnets huvud trängt ner och leder till att denna kläms och syretillförseln till barnet stryps, barnet måste då förlösas omgående via akut kejsarsnitt (Wiklund & Hildingsson, 2016).

Havandeskapsförgiftning (preeklampsi) är en allvarlig komplikation under graviditeten och definieras som förhöjt blodtryck och protein i urinen. Subjektiva symtom som kvinnan kan uppvisa vid svår preeklampsi är huvudvärk, buksmärtor, illamående och ödem. Vid

preeklampsi kan symtomen behandlas med blodtryckssänkande medicin men tillståndet avhjälpas först när barnet är fött. Svår preeklampsi medför risker för mor och barns hälsa (Hansson, 2016). Kvinnan kan i värsta fall drabbas av generella kramper eller en påverkan på flertalet organ med efterföljande nedsatt blodgenomströmning till placenta. Den minskade blodgenomströmningen genom placenta kan medföra risker för barnet såsom intrauterin tillväxthämning och placentaavlossning (Nisell & Gidlöf, 2014). Vid påverkan på mor och barn planeras igångsättning av förlossningen. Om vaginal förlossning ej lyckas åstadkommas med induktion skulle ett akut kejsarsnitt kunna bli aktuellt (Hansson, 2016).

Konsekvenser för kvinnan

Komplikationer har visats vara vanligare efter ett kejsarsnitt jämfört med en vaginal förlossning då sårytorna blir större, antalet infektioner är fler och blödningen tenderar att bli större. Risken för trombos är högre. Riskerna ökar med antalet kejsarsnitt kvinnan genomgått. Vid omedelbart kejsarsnitt sövs kvinnan, detta i sig medför ökade risker för till exempel aspiration på grund av att magsäcken töms långsammare under graviditeten. Att modern inte får se sitt barn födas eller har en minnesbild av den traumatiska händelsen kan försvåra den psykologiska bearbetningen i efterförloppet (Andolf, 2014). Forskning har visat att det var vanligare med posttraumatiska stressreaktionen bland mödrar som genomgått ett akut kejsarsnitt jämfört med de som fött vaginalt (Gamble & Creedy, 2005). Generellt tar det längre tid för kvinnor som genomgått ett kejsarsnitt att komma igång med amningen (Prior, Santhakumaran, Gale, Philipps, Modi & Hyde, 2012). Det finns flera aspekter på orsaken till detta och enbart kejsarsnittet i sig kan inte ses som ett huvudsakligt skäl. Mors psykiska och fysiska mående spelar stor roll för en lyckad amning, även barnets mående har betydelse (Andolf, 2014).

Konsekvenser för barnet

Födelse via kejsarsnitt kan vara associerat med en ökad risk för att senare i livet drabbas av immunologiska sjukdomar så som astma, typ 1 diabetes och inflammatoriska tarmsjukdomar. Orsaken är inte fastställd men den rådande hypotesen är att den tidiga och naturliga koloniseringen av barnets tarmflora rubbas och att den epigenetiska aktiveringen försvagas vid kejsarsnitt (Norman, 2014).

Kommunikation via sociala medier

Enligt en rapport gjord av Internetstiftelsen i Sverige som studerade svenskars internetanvändande år 2016, använde 93 % av Sveriges befolkning internet och de spenderade i genomsnitt 24 timmar i veckan på detta. Av internetanvändarna var det 40 % som läste bloggar och 6 % som själva skrev blogg (Davidsson & Findahl, 2016). En studie visar att 95 % av gravida kvinnor använde internet för att hitta information om graviditet och förlossning. Av dessa kvinnor uppgav 23,5 % att de läste bloggar för att finna information från kvinnor i liknande situationer som de själva befann sig i. Kvinnorna upplevde informationen som både positiv och negativ. Då de fann något som oroade dem vände de sig till sin mödravård för ytterligare information (Bjelke, Martinsson, Lendahls & Oscarsson, 2016).

Bloggar har använts sedan slutet av 1990-talet och är offentliga berättelser medvetet skrivna för att underhålla eller informera (Kent, 2008). En blogg består av skrivna berättelser av personlig karaktär innehållande iakttagelser och kommentarer på aktuella händelser (Nationalencyklopedin, 2017). Bloggar har ett kommentarsfält där det ges möjlighet för läsaren att kommentera med sina åsikter och skapa en fortsatt diskussion (Nationalencyklopedin, 2017; Kent, 2008). Bloggar har stor potential som kommunikationsverktyg och når ofta ut till flera olika grupper av människor. Att följa bloggar har visat sig vara ett effektivt sätt att förstå olika individers syn på ett fenomen eller händelse (Kent, 2008).

Barnmorskans kompetensområde

International Confederation of Midwives (ICM) definierar barnmorska som en person vilken har fullföljt utbildning, erkänd i landet vilken hen verkar, inom ämnesområdet samt skaffat sig nödvändig kvalifikation för att erhålla legitimation i yrket. Barnmorskor kan utföra arbete i hemmet, på sjukhus eller på mottagningar. I enlighet med ICMs riktlinjer bör barnmorskan arbeta självständigt i partnerskap med kvinnan för att ge nödvändig vård, vägledning och stöd under graviditet, förlossning och postpartum för att ge möjlighet till och främja normal förlossning inom barnmorskans ansvarsområde. Inom barnmorskans ansvarsområde ligger även att upptäcka komplikationer hos mor och barn samt att tillkalla hjälp av annan profession vid behov (ICM, 2011).

Barnmorskans arbetsutövande bör präglas av ett holistiskt och etiskt förhållningssätt samt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetet ska utföras i enlighet med rådande författningar och riktlinjer (Socialstyrelsen, 2006). Barnmorskan ansvarar för att planera och leda vården på ett sätt vilket möjliggör upprätthållandet av god kvalitet enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Vården som ges bör vara sakkunnig och omsorgsfull och i så stor utsträckning som möjligt utformas i samråd med patienten där respekt och omtanke för denne visas. I yrkesutövandet ingår både förebyggande och sjukvårdande åtgärder. Väsentligt för barnmorskor är att själva söka och tillämpa evidensbaserad kunskap då en snabb utveckling sker inom hälso- och sjukvården gällande ökad kvalitet och mer kostnadseffektiv vård (Socialstyrelsen, 2006).

De huvudområden inom vilka barnmorskans kompetensområde ligger är; sexuell och reproduktiv hälsa, forskning, utveckling och utbildning samt ledning och organisation. Barnmorskans utgångspunkt bör vara en humanistisk människosyn där hen visar omsorg och hänsyn för den födande kvinnans autonomi, integritet och värdighet. Där patientens erfarenheter och kunskaper tas tillvara samt egna önskemål främjas. Respekt och öppenhet för olika trosuppfattning och värderingar bör visas. Barnmorskan bör främja skapandet av en helhetssyn på patienten genom att ta tillvara hela teamets kompetens och erfarenhet (Socialstyrelsen, 2006).

En del i arbetet för att få patienten att känna sig trygg bör vara att denna vet att privat information som barnmorskan har erhållit inte sprids vidare. Tystnadsplikt gäller för den som arbetar inom hälso- och sjukvården och innebär att den som arbetar inom denna verksamhet inte får röja det hen fått veta om en enskild patients hälsotillstånd eller personliga information enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659).

Teoretisk referensram

Det finns flera centrala teorier och begrepp som skulle kunna vara värdefulla för barnmorskans professionella förhållningssätt (Lundgren & Berg, 2016). Mander (2011) beskrev en modell som utgår ifrån fyra teman: att fokusera på graviditet och barnafödande som normala livshändelser; barnmorskans professionella roll vilken fokuserar på kvinnors upplevelser av en normal graviditet, värkarbetet, födelsen och perioden efter förlossningen; att kvinnan erbjuds kontinuitet av samma barnmorska under graviditeten samt att barnmorskan har kvinnan i fokus. Målet med modellen var att stödja och vägleda barnmorskan i sitt arbete och inriktades på att barnmorskan skulle vara med kvinnan och bygga upp en relation och ett partnerskap dem emellan (Mander, 2011).

Stöd

Inom det professionella vårdandet bör stöd vara en grund. Barnmorskan som en stödjande person bör vara central inom alla verksamhetsområden men särskilt inom förlossningsvården. Kontinuerligt stöd där kvinnan hade en person hos sig under större delen av förlossningen med endast kortare avbrott var eftersträfvansvärt. Forskning visade att det inte behövde vara en barnmorska hos kvinnan oavbrutet utan en stödjande person kunde även vara någon annan som kvinnan litade på och kände sig trygg med som till exempel hennes partner eller annan familjemedlem, en vän eller doula (Lundgren & Berg, 2016).

Ömsesidighet borde vara en nödvändig grund för en god förlossningsvård. Viktiga komponenter mellan barnmorskan och den födande kvinnan var att de hade en god dialog, öppenhet och ett delat ansvar. Genom att kvinnan erhöll kontinuerlig information skulle hon kunna ges en bättre förståelse och därmed vara mer involverad i sin egen vård. Stödet borde vara unikt anpassat för varje kvinna för att skapa plats för individuella önskemål och val. Barnmorskan borde förmedla att det inte finns någon standard eller norm för hur en förlossning går till, utan istället stödja och guida kvinnan i hennes unika upplevelse (Lundgren & Berg, 2007). Kvinnor framhävde vikten av att bli bemötta på lika nivå med respekt och bli sedda för den de är och att inte behöva känna skam över sitt beteende. För att uppnå detta var det viktigt att barnmorskan stöttade och vägledde kvinnan på hennes egna premisser (Berg, Lundgren, Hermansson & Wahlberg, 1996). Vilket även McNelis (2013) beskrev där utgångspunkten i den vård barnmorskan gav baserades på ett vänligt bemötande och en lugn atmosfär samt visad respekt för den födande kvinnan och hennes beslut under värkarbetet.

Enligt Hodnett, Gates, Hofmeyr och Sakala (2013) borde miljön runt den födande kvinnan inte vara stressfull och inte heller utgöras av rutinåtgärder utan baseras på tydlig nytta för mor och barn. Kontinuerligt stöd under förlossningen är relaterat till mer spontana vaginala förlossningar, ett kortare förlossningsförlopp, lägre andel kejsarsnitt och bättre tillfredsställelse med vården. Kontinuerligt stöd borde därför vara standarden snarare än undantaget. Vården borde uppmuntra kvinnan att ha en följeslagare med sig, som hon själv valt och känner sig trygg i sällskap av, under värdarbetet och förlossningen i tillägg till det stöd som erbjuds på förlossningsavdelningen (Hodnett et al., 2013).

Lundgren och Berg (2007) betonar vikten av att kvinnan känner tillit både till sin egen förmåga att föda barn men även till barnmorskan och övriga professioner på förlossningen. För att kvinnan skulle tro på sig själv och sin förmåga att föda barn är det viktigt att barnmorskan visar tilltro till kvinnans förmåga att föda (Lundgren & Berg, 2007). Forskning visar att kvinnor som genomgått ett akut kejsarsnitt i större utsträckning har en negativ upplevelse av förlossningen (Karlström, 2017; Robb, 2011). Kvinnorna hade starka reaktioner som kvarstannade länge efter att barnet var fött. De vanligaste känslorna var rädsla, besvikelse och att de tvivlade på sig själva och sin förmåga att föda barn (Robb, 2011). Ryding, Wijma och Wijma (2000) bekräftar att många kvinnor har negativa upplevelser av förlossningen när den avslutades med akut kejsarsnitt. Kvinnorna uppgav att de kände ångest, besvikelse, förtvivlan och ilska när de insåg att de inte skulle kunna föda vaginalt. När beslutet togs att det skulle bli akut kejsarsnitt kände de även en viss lättnad men de negativa känslorna kvarstod under hela förloppet (Ryding et al., 2000). En svensk studie visar att förlossningsrädsla är dubbelt så vanligt bland kvinnor som har genomgått ett akut kejsarsnitt jämfört med de som har fött vaginalt. Mer än en tredjedel av dessa kvinnor skulle föredra ett planerat kejsarsnitt vid en ny graviditet (Karlström, 2017).

Vid en förlossning med ökade risker kan det vara en stor utmaning för barnmorskan att utveckla en relation som värnar om kvinnans värdighet samt att hitta en balans mellan det medicinska perspektivet och det naturliga perspektivet på barnafödande. Balansgången borde innebära att både tillgodose de medicinska behoven men även att främja kvinnans rätt att bli mor och en så naturlig förlossningsprocess som möjligt (Berg, 2010). Vidare beskrivs att kvinnor som upplevt en komplicerad förlossning hade behov av att bli bekräftade genom att bli sedd som en unik person med unika behov, att bli lyssnad på och att få stöd. Vid brist på bekräftelse från barnmorskans sida förekom känslor av ensamhet, stress, besvikelse och osäkerhet hos kvinnorna. De fick skuldskänslor, att inte duga som mamma, genom att de hade förorsakat barnet en traumatisk förlossning (Berg, 2010). För att minska stressen för de blivande föräldrarna vid ett akut kejsarsnitt är det av största vikt att informera om det planerade händelseförloppet och vad som förväntades ske innan patienten förflyttas till operation (Burcher, Cheyney, Li, Hushmendi, & Kiley, 2016; Berg, 2010). Även van Reenen och van Rensburg (2015) instämde om att detta var viktigt då kvinnorna i deras studie ansåg att de behövde få information och sina frågor besvarade innan kejsarsnittet utfördes för att de skulle kunna förbereda sig mentalt inför det som väntade dem. Vissa kvinnor kände att det

blev fullkomligt kaotiskt när beslutet togs om ett akut kejsarsnitt. De som hanterade situationen bäst var de kvinnor som hade blivit förberedda och informerade tidigare under graviditeten av sin läkare eller barnmorska om att risk fanns att förlossningen skulle kunna avslutas med ett akut kejsarsnitt (van Reenen & van Rensburg, 2015). Tydlig information om indikationen för kejsarsnittet ökade möjligheten till en positiv förlossningsupplevelse för föräldrarna. För att kunna bearbeta händelsen var ett samtal tillsammans med barnmorskan efter förlossningen viktigt där föräldrarna fick möjlighet att prata igenom det som skedde och kunna få svar på sina frågor (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010). Även van Reenen och van Rensburg (2015) poängterar vikten av att bearbeta händelsen efteråt. De påtalade att kvinnorna behövde samtala med läkaren som utförde kejsarsnittet och att hen förklarade vad skälet var till att det blev ett akut kejsarsnitt. Därmed kunde kvinnorna lugna sig och sluta ge sig själva skulden för det som hade hänt (van Reenen & van Rensburg, 2015). Kvinnor önskade att de hade fått mer information under graviditeten om ett eventuellt kejsarsnitt och tillvägagångssättet så att de kände sig förberedda när det väl inträffade (Burcher et al., 2016).

Huvudregeln för att skapa en bra upplevelse bör vara autonomi. Dock borde detta inte innebära att överlåta bestämmandet av händelseförloppet helt till kvinnan (Andolf, 2014). Det ska vara eftersträvansvärt att genomföra och utforma sjukvården i samråd med patienten så långt som det är möjligt. Vården ska utgå från patientens egna önskemål och förutsättningar. Om patienten så önskar ska dennes närstående göras delaktig i vården enligt patientlag (SFS 2014:821).

Problemformulering

Flera studier visade ett samband mellan akut kejsarsnitt och en negativ upplevelse av förlossningen. Forskning visar att förlossningsupplevelsen kan förbättras om kvinnan får kontinuerligt stöd och hade god kommunikation med barnmorskan. Kontinuerligt stöd kan även minska andelen kejsarsnitt och långdragna förlossningar. I dagens samhälle är internetanvändning högaktuell och många personer använder internet för att dela sina berättelser. Sociala medier såsom bloggar är ett vanligt kommunikationsmedel och studier visar att många gravida kvinnor använder sig av detta för att hitta information under graviditeten. Det saknas dock studier där kvinnor med egna ord beskriver upplevelser av akut kejsarsnitt via bloggar. Resultatet av att studera nedskrivna upplevelser av akuta kejsarsnitt skulle kunna ge ny kunskap och därmed bättre förståelse för kvinnans upplevelse under en förlossning avslutad med akut kejsarsnitt. Genom en djupare kunskap om hur kvinnor uppfattar den akuta situationen ges en ökad möjlighet att ge en anpassad vård till varje kvinnas specifika behov.

Syfte

Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser av akuta kejsarsnitt.

Metod

En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats har använts då syftet var att undersöka kvinnors upplevelser baserat på vad de skriver i bloggar om akuta kejsarsnitt. En kvalitativ metod bedömdes som lämplig då studien syftade till att studera personers levda erfarenheter av fenomenet. Inom kvalitativa metoder anses det inte finnas en absolut sanning utan studier formas i den kontext där de utförs tillsammans med informanter och forskare. Data används för att skapa förståelse och insikt för fenomenet samt hur fenomenet tolkas, erfars och vilken mening det ges av människor (Henricson & Billhult, 2017).

Innehållsanalys kan med fördel användas när texter såsom dagböcker, journaler eller bloggar ämnas undersökas (Danielson, 2017). Materialet läses igenom flera gånger för att skapa en känsla av helheten. Mängden data som behövs för att svara på en forskningsfråga på ett trovärdigt sätt varierar beroende på datans kvalitet och komplexiteten av fenomenet. Kvalitativ innehållsanalys fokuserar i stor utsträckning på sammanhanget och framhäver skillnader och likheter i text, vilka beskrivs i kategorier och teman. Metoden kan behandla både manifest och latent innehåll i texter. Det manifesta innehållet motsvarar det uppenbara, det vill säga vad texten säger, vilket presenteras i kategorier. Det latent innehåll, det vill säga vad texten handlar om, presenteras i teman. Vid tolkning av text är det viktigt att beakta att texten alltid besitter flera betydelser och att en viss grad av tolkning alltid förekommer vid närmande av text samt att forskaren påverkas av sin historia och förförståelse angående fenomenet. Det är omöjligt, och inte heller eftersträvansvärt, att forskaren inte har ett visst perspektiv på det fenomenet som studeras. Dock måste forskaren låta texten tala och inte tillskriva texten mening som inte finns där. Verkligheten kan tolkas på olika sätt och förståelsen är beroende av subjektiv tolkning. För att möjliggöra överförbarhet är det viktigt med tydlig beskrivning av sammanhang, urval och egenskaper hos deltagarna, datainsamling och analysprocess. En god presentation av resultatet tillsammans med citat ökar överförbarheten (Graneheim & Lundman, 2004).

Urval

Initialt i urvalsprocessen utformades inklusionskriterier för att begränsa sökningen. De inklusionskriterier som användes var att bloggarna skulle vara skrivna på svenska och publicerade från 2014 och framåt och att de skulle vara enskilda personers egna berättelser. Både förstföderskor och omföderskor inkluderades. Bloggar som fokuserade på upplevelser av planerade kejsarsnitt exkluderades.

Datainsamling

Det insamlade materialet bestod av texter från bloggar skrivna på internet. För att hitta lämpliga bloggar användes sökmotorn Google.se. De sökord som användes var "kejsarsnitt" +

”blogg” och ”akut kejsarsnitt” + ”blogg”. För att begränsa sökningen valdes inlägg publicerade från 2014 och framåt. De sökresultat som var bloggar lästes kortfattat igenom, därefter återstod 13 bloggar som uppfyllde studiens inklusionskriterier. Två bloggar valdes bort efter mer noggrann genomläsning då de inte beskrev kvinnornas upplevelse av det akuta kejsarsnittet.

Dataanalys

Analysenheten i denna studie utgjordes av texter skrivna om akuta kejsarsnitt i bloggar. I enlighet med Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys har de blogginlägg skrivna om akuta kejsarsnitt lästs igenom i sin helhet av båda författarna upprepade gånger. All relevant text fördes in i ett word-dokument och blogg författarnas namn togs bort och texten kodades med ett nummer för att göra dem anonyma. Textmaterialet bearbetades fortlöpande och vid analysen lyftes meningsbärande enheter fram vilka svarade mot studiens syfte. De meningsbärande enheterna kondenserades och klipptes ut för att lättare få en översikt. Därefter sammanfördes de i olika grupper för att underkategorier och kategorier skulle framträda.

Etiska aspekter

Forskning är viktigt för samhällets utveckling. Samhället och dess medlemmar har ett krav på att forskning som bedrivs inriktas på väsentliga frågor och håller hög kvalitet samtidigt som de önskar skydd mot olämplig insyn i sina livsförhållanden. Individer får inte utsättas för psykisk eller fysisk skada, kränkning eller förödmjukelse vid deltagande i studier (Vetenskapsrådet, 2002).

Materialet som granskades i detta fall var blogginlägg vilket är ett offentligt material, publicerat på internet som därmed finns tillgängligt att studeras av allmänheten. Inläggen tillhör personer som var omedvetna om att deras material kom att användas i detta syfte. Personerna som har skrivit blogginläggen gjordes anonyma genom att namn på anhöriga och platser ej togs med för att undvika att avslöja deras identitet. Risker finns dock att inläggen kommer att kunna härledas till blogg författarna då resultatet i denna studie bygger på citat och materialet därmed inte kan bearbetas tillräckligt för att det ska bli helt anonymt. Dessa risker har övervägts innan studien påbörjades men då blogg författarna har valt att publicera på internet har de medvetet gjort innehållet offentligt för allmänheten, därför ansågs det godtagbart att använda texterna som material till denna studie. Enligt Datainspektionen (2017) är personuppgifter som finns publicerade på internet, till exempel i en blogg, inte en privat handling utan ses som offentligt material då uppgifterna finns tillgängliga för ett obestämt antal personer. Ansökan om etiskt tillstånd har inte genomförts då det inte är nödvändigt för ett examensarbete på avancerad nivå (SFS 2003:460).

I denna studie ansågs det vara av nytta att läsa och använda vad kvinnor skriver i blogginlägg för att bidra till att deras röst blir hörd samt att belysa deras upplevelser och erfarenheter.

Detta för att kunna ge barnmorskor i framtida liknande situationer en bättre insikt om vad kvinnor behöver i samband med akuta kejsarsnitt.

Resultat

Studiens resultat baserades på inlägg från elva bloggar. Kvinnorna som hade skrivit bloggarna var mellan 19 år och 35 år varav tio av dem var förstföderskor samt en var omföderska.

Omföderskan hade tidigare genomgått ett akut kejsarsnitt vid första förlossningen och sedan en vaginal förlossning. Orsaken till varför det blev ett akut kejsarsnitt framgår inte tydligt i blogginläggen. Analysen av vad kvinnor skriver i bloggar om upplevelsen av akuta kejsarsnitt resulterade i fyra kategorier och tio underkategorier vilka redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
<ul style="list-style-type: none">Rädsla, oro och besvikelse	<ul style="list-style-type: none">Rädsla för sitt eget och barnets livOro inför den oförutsedda situationenAtt inte räkna till, kroppen svikerStor besvikelse då deras önskemål ej följdes
<ul style="list-style-type: none">Lättnad och tacksamhet	<ul style="list-style-type: none">Lättnad när beslutet var fattatTacksamhet över att möjligheten till kejsarsnitt fanns
<ul style="list-style-type: none">Den första tiden efter förlossningen	<ul style="list-style-type: none">Oro för barnetAtt få träffa barnet eller ej
<ul style="list-style-type: none">Vikten av information	<ul style="list-style-type: none">Förberedelser under graviditetenKommunikation under förlossningen

Rädsla, oro och besvikelse

Kategorin består av följande underkategorier; rädsla för sitt eget och barnets liv, oro inför den oförutsedda situationen, att inte räcka till, kroppen sviker och stor besvikelse då deras önskemål ej följdes.

Rädsla för sitt eget och barnets liv

Känslan av rädsla och panik återfanns hos många av kvinnorna. De upplevde det som chockartat att det skulle bli ett akut kejsarsnitt. En oro för sitt eget och barnets liv var påtaglig i många bloggar. Kvinnorna beskrev en rädsla framförallt för att barnet skulle dö men även en rädsla för att de själva inte skulle överleva. De beskrev känslan av maktlöshet då de inte visste vad som skulle hända. En rädsla för att förlora allt efter så lång väntan var tankar de hade. Många kvinnor grät och hade svårt att dölja sina känslor.

Allt som snurrade i mitt huvud var "kommer vårt barn att dö nu? Efter denna långa väntan, all denna smärta och efter allt vi gått igenom dessa nio månaderna. Ska vårt barn bara dö? Jag grät och fick panik. Vad skulle hända nu?" (blogg nr 2).

Jag var jätterädd och mina tårar bara rann (blogg nr 7).

Oro inför den oförutsedda situationen

Eftersom kvinnorna inte var förberedda på det som skulle hända fanns det en ängslan för vad som skulle ske under operationen. En kvinna beskrev att hon upplevde skräck inför att inte vara helt bedövad utan att det skulle göra ont när de skar i henne. Även då de fått information om att de skulle vara sövda under operationen fanns oron kvar över att trots allt vara vid medvetande och därmed uppleva smärta.

Tittade så rädd in i läkarens ögon och han förklarade att jag snart skulle somna. Jag var mest rädd över att jag skulle känna hur de skar i mig och att jag inte egentligen sov (blogg nr 8).

En kvinna beskrev i sin blogg att hon uppfattade personalen som oenig och att det inte fanns en klar plan för vad som skulle ske, då valde hon att stänga av för att kunna hantera allt som hände. I kaosartade situationer framkom det att flera kvinnor blundade för att inte se det som hände runt omkring och på så sätt kunna fly från situationen.

Jag stängde av här. Ville inte veta vad som hände eller skulle hända (blogg nr 9).

Operationssalen innehöll många nya människor som var obekanta för kvinnan vilket skapade en känsla av osäkerhet. I den situationen upplevde några av kvinnorna att de tappade kontrollen. Kvinnorna upplevde sig som ensamma då allt gick snabbt och deras partner inte fick vara med under operationen.

Det var väldigt skrämmande. Alla dessa grönklädda människor som dök upp i ansiktet på mig från alla håll och presenterade sig, eller pratade över huvudet på mig utan att jag såg dem
(blogg nr 3).

Att inte räcka till, kroppen sviker mig

Några kvinnor beskrev i sin blogg en känsla av misslyckande och anklagade sig själva för att förlossningen inte blev som de hade planerat. De upplevde att det var deras fel och trodde att de kunde gjort något annorlunda under förlossningen för att förhindra att den avslutades med kejsarsnitt. De kände en misstro till sin kropp och sin egen förmåga att föda barn. Förlossningen blev en mardröm och även tiden därefter då det var en svår händelse att acceptera och komma över.

Det enda jag kan tänka är att jag inte lyckades med det min kropp var menad att göra. Jag födde inte henne själv utan det var någon annan som tog henne ur min kropp. Jag tänker om och om igen ifall jag skulle kunna gjort något annorlunda. Jag känner mig svag och vek
(blogg nr 11).

Stor besvikelse på att deras önskemål ej följdes

Det fanns en uppfattning bland några av kvinnorna att kejsarsnitt var något de själva kunde välja som utväg när de inte klarade av situationen med smärta och utmattning längre. De upplevde att de inte blev lyssnade på när de önskade ett kejsarsnitt utan blev uppmanade att fortsätta mot sin vilja. När det senare ändå blev kejsarsnitt tyckte kvinnorna att de haft rätt hela tiden och var besvikna över att ingen hade följt deras vilja från början. Kvinnorna hade en uppfattning om att deras partner behövde föra deras talan och de trodde att när partnern sa ifrån gav personalen med sig och de fick ett kejsarsnitt.

Efter ett tag hade de i alla fall beslutat att jag inte fick äta eller dricka något ifall det skulle bli kejsarsnitt men vad jag har förstått ville de försöka få till en naturlig förlossning ett tag till. Det gick så långt att även S... var helt förstörd och fick ryta ifrån till dem att det faktiskt inte gick längre, att jag inte hade någon som helst ork kvar (blogg nr 1).

En kvinna som drabbades av komplikation i efterförloppet på grund av blödning, fick därför inte se sitt barn på flera timmar och kände sig berövad på den första tiden med sin bebis. Trots att blödningen inte gick att förutse var kvinnan besviken över att de inte lyssnat på hennes önskan tidigare om att få göra ett kejsarsnitt. Hon trodde att allt skulle varit annorlunda om de hade följt hennes vilja.

Det är så mycket besvikelse kring förlossningen.... Jag bad om att snittas flera gånger men det tog dom aldrig på allvar (blogg nr 5).

Lättnad och tacksamhet

Kategorin består av följande underkategorier; lättnad när beslutet togs och tacksamhet över att möjligheten till kejsarsnitt fanns.

Lättnad när beslutet var fattat

Det framkom i bloggarna att ett akut kejsarsnitt inte var det kvinnorna hade förväntat sig, trots detta uttryckte några av dem en lättnad när beslutet väl var taget. Flera kände en befrielse över att slippa kämpa vidare då de kände sig helt utmattade. De såg ett slut på all smärta vilket ingav dem hopp om att allt skulle bli bra.

Jag öppnades inte mer utan stod ut med värkar ända fram till klockan 14 ungefär då det äntligen bestämdes för ett akut kejsarsnitt pga av detta. Jag var helt slut. Vi andades ut, blev lättade men samtidigt nervösa (blogg nr 5).

Efter långt kämpande och en känsla av otillräcklighet i situationen beskrevs en lättnad när beslutet om kejsarsnitt var fattat. Vissa kvinnorna kände tröst när förstod att det inte berodde på dem själv att förlossningen inte gick framåt utan det fanns ett annat hinder för en fortsatt vaginal förlossning.

Babyn ligger fel med huvudet, den har fastnat. Den här babyn kommer inte komma ut den här vägen, nu blir det sectio. Mina tårar rann och jag hade så otroligt sjukt, men en känsla av lättnad spred sig på samma gång i min kropp. Huh, det var inte jag som inte var tillräcklig (blogg nr 10).

Tacksamhet över att möjligheten till kejsarsnitt fanns

Kvinnorna beskrev i bloggarna en känsla av tacksamhet för den vård de fick och de litade på personalens kompetens. När ingen annan utväg fanns var kvinnorna glada över möjligheten till kejsarsnitt för att säkra bådars liv. Trots besvikelsen över att det blev kejsarsnitt uttryckte de en lättnad över att allt gick bra till slut och de fick ut ett välmående barn.

Sen har allt gått bra även om det såklart inte blev någon drömförlossning så känns det skönt att han är ute! Personalen här är alldeles fantastisk & de är alla värda en guldstjärna (blogg nr 9).

Min förlossningsillusion var ju helt krossad och mitt i allt var jag ändå tacksam över att möjligheten till kejsarsnitt fanns när det inte gick som tänkt (blogg nr 3).

Första tiden efter förlossningen

Kategorin består av följande underkategorier; oro för barnet och att få träffa barnet eller ej.

Oro för barnet

Det framkom i inläggen att ovissheten om hur barnet mårde var det värsta för många kvinnor när de vaknade efter kejsarsnittet på uppvaktsavdelningen. Tankarna gick kring om barnet

hade överlevt eller inte och det viktigaste just då var att de behövde få information om detta. Flera kvinnor beskrev att de kände sig ensamma och övergivna på grund av att ingen fanns där när de vaknade. De kände sig ledsna och besvikna över att de hade missat de första timmarna tillsammans med sitt nyfödda barn.

Vart var jag? Vad hade hänt? Jag levde. Vad blev det? En pojke som jag trott hela tiden? Eller en flicka? Eller blev det inget barn? Tänk om något hänt? Vart var J? Hur mådde han? Visste han vart jag var? Tänk om vi inte var en familj på tre nu trots allt. Tänk om något gått fel (blogg nr 9).

Att få träffa barnet eller ej

I de fall då kvinnan genomgått ett kejsarsnitt och barnet behövde vårdas på neonatalvårdsavdelning blev de separerade. Kvinnorna var besvikna över att de var tvungna att stanna på bb för eftervård och inte fick spendera första tiden ihop med sin partner och deras barn. Kvinnorna beskrev att de kände sig ensamma när de blev lämnade själva på bb utan sin partner. Dessa kvinnor kände sig ledsna och otillräckliga som mödrar då de inte kunde ta hand om sitt barn själva.

Jag kände mig så ensam dessa dagar, jag kunde inte ta hand om min bebis, fick knappt träffa min sambo och kunde inte röra mig (blogg nr 5).

I bloggarna beskrev flera kvinnor en besvikelse över att ha missat det första skriket från barnet. De upplevde att de gick miste om höjdpunkten av förlossningen, det som de länge hade sett fram emot. När barnet lades på kvinnans bröst för första gången uppstod känslor av glädje och lycka.

Känslan att få se och få upp sitt barn på bröstet för första gången går inte att beskriva. Det måste upplevas. Jag bara grät och sa om och om igen hur fin hon var... Däremot kan jag känna mig ledsen över att ha missat att få upp en skrikande, kletig liten F... på bröstet (blogg nr 6).

De kvinnor som var vakna under operationen hade en mer positiv bild av sin förlossning. Även om det inte blev en vaginal förlossning som de hade förberett sig på, fick de vara vid medvetande när deras bebis föddes och känna lyckan över att höra det första skriket och se vilken individ som kom ut. Den mindre positiva biten kom sedan när det var dags för läkarna att avsluta operationen och att då inte få vara tillsammans den första stunden som nybliven familj.

Tillslut så hörde vi skriket!... Det var helt, helt magiskt! Sedan kom en läkare och visade upp vårans prinsessa och tårarna bara rann. Jag såg henne 5 sekunder typ och jag tyckte redan

då att det var det finaste jag sätt. Sedan tog de med sig henne och M... ut... Jag fick ligga kvar och bli igen sydd. Var så tråkigt verkligen. Första timmen var M... alltså själv med T... (blogg nr 7).

Vikten av information

Kategorin består av följande underkategorier; förberedelser under graviditeten och kommunikation under förlossningen.

Förberedelser under graviditeten

En uppfattning som framkom i bloggarna var att kvinnor generellt hade en föreställning om att förlossningen skulle komma att gå bra. De förväntade sig en vaginal förlossning då all information och förberedelser under graviditeten riktats mot detta. De hade aldrig funderat över att komplikationer skulle kunna uppstå under förlossningen och att det då skulle bli aktuellt med ett akut kejsarsnitt. För många av dem kom det som en chock när de insåg att ett kejsarsnitt var nödvändigt.

Jag hade aldrig satt mig in i tanken att jag skulle behöva göra ett kejsarsnitt och var inte alls förberedd på det! (blogg nr 6).

Det fanns en önskan bland kvinnorna om att få information under graviditeten, om att det vid komplikation under förlossningen föreligger en eventuell risk för akut kejsarsnitt. Kvinnorna önskade att de fått veta hur ett kejsarsnitt går till för att känna sig förberedda om och när det inträffade.

Men jag önskar att någon hade förberett en för vad ett akut kejsarsnitt innebar (blogg nr 11).

Kommunikation under förlossningen

Det upplevdes som svårt bland kvinnorna att accepteras att det blev ett akut kejsarsnitt trots att de förstod att det var nödvändigt. Det framkom att de inte alltid förstod anledningen till varför det beslutats om kejsarsnitt, då informationen under förlossningen var otillräcklig. För att kunna greppa situationen var det viktigt att förstå händelseförloppet och även förstå orsaken till att det blev som det blev. Kontinuerlig information under förlossningen var önskvärd enligt kvinnorna.

Graviditeten blev lång och tung och den slutade med ett oönskat förlossningssätt. Men nu var det så att det var den utgången som blev nödvändig. Så småningom kommer jag kanske att acceptera det. Kanske inte. Att inte få en bra förklaring till varför kommer nog att fortsätta att gnaga länge (blogg nr 3).

För att skapa en så bra upplevelse som möjligt önskade kvinnorna ha en trygg punkt under operationen. De önskade att ha med sig en person som de kände sedan tidigare och hade förtroende för. Detta kunde vara en barnmorska eller partnern till kvinnan. Det skapade ett

lugn hos kvinnan när hennes partner kunde vara med under operationen. Kvinnorna litade på partnern när hen sa att allt skulle bli bra.

O... satt vi mitt huvud hela tiden, han fanns där där för mig medan jag grät, hade ont, kände inte mig själv, fick blodtrycksfall, svimmade och grät ännu mer (blogg nr 4).

Jag minns att innan dem kör in mig i operationssalen talar jag och A... om för varandra att vi älskar varandra. Han säger också att allt kommer bli bra. Någonstans tror jag på honom, för alltid när han säger det så har han rätt (blogg nr 2).

Diskussion

Metoddiskussion

Då studien ämnade studera berättelser lämpade sig innehållsanalys med induktiv ansats. Denna metod är väl beprövad vilket stärker studiens tillförlitlighet. I enlighet med Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys har materialet lästs igenom förbehållslöst flera gånger av författarna både enskilt och tillsammans för att kunna analysera textens mening. En risk då kvalitativ innehållsanalys används är att resultatet påverkas av författarnas förförståelse och materialet därmed blir förenklat eller vinklat. Författarna till föreliggande studie har haft dessa risker i åtanke och reflekterat över dem under analysens gång för att få så lite inverkan på resultatet som möjligt. En förförståelse fanns hos författarna om att kvinnor som genomgått ett akut kejsarsnitt generellt hade en negativ upplevelse av förlossningen och denna föreställning har medvetandegjorts och diskuterats.

Att söka och hitta bloggar var inte helt enkelt då det inte finns en gemensam databas för bloggar där det går att söka efter specifikt innehåll. Vid sökning på google.se var inte alla träffar bloggar trots att detta användes som sökord. Detta gav ett stort antal träffar att gå igenom, vilket kan ha bidragit till att vissa bloggar skulle kunna ha missats och material gått förlorat. Det skulle även kunna tänkas föreligga en risk att blogg författarna inte använt ordet kejsarsnitt i sin text och att den bloggen därför inte funnits vid sökning. Enligt Graneheim och Lundman (2004) styrs mängden data som behövs vid en innehållsanalys av datans kvalitet.

En fördel med att analysera bloggar är att kvinnorna beskriver händelsen med egna ord utan att veta vem som kommer läsa det. Till skillnad från en intervju påverkas inte kvinnans åsikt av styrda frågor och intervjuarens förväntning på svar. Författarna ansåg att detta gagnade resultatet då berättelserna är kvinnornas egna utan influenser från forskaren. Dock ges ingen möjlighet att ställa följdfrågor vilket kan vara en nackdel då blogg författaren inte ges en möjlighet att förklara sig när det inte alltid är tydligt vad hen syftar på. Det föreligger en risk att detta öppnar upp för egna tolkningar av det som skrivits. Risken finns att resultatet kan bli missvisande och inte fullt ut speglar det blogg författaren säger mellan raderna. Det går inte med säkerhet att veta om blogg författaren verkligen är den personen som hen utger sig för att vara.

För att stärka resultatets trovärdighet har citat presenterats efter kategorierna och underkategorierna som bekräftar dess betydelse (Graneheim & Lundman, 2004). Blogg författarnas anonymitet har inte gått att säkerställa trots att namn på personer och platser tagits bort från citaten då dessa går att spåra via sökning på internet. Detta har diskuterats och ansetts föreligga som risk men då blogg författarna själva valt att publicera materialet på internet är det offentligt att studera vilket beskrivs av Datainspektionen (2017).

I enlighet med vad Graneheim och Lundman (2004) beskriver har urval, datainsamling och analysprocess beskrivits tydligt för att underlätta för läsaren att bedöma studiens

överförbarhet. Det anses kunna vara möjligt att överföra studiens resultat till andra kvinnor som genomgått ett akut kejsarsnitt, då de kvinnorna som skrivit bloggarna skulle kunna ses som representativa för kvinnor som har upplevt liknande situationer.

Resultatdiskussion

Resultatet från föreliggande studie visar att kvinnorna som genomgått ett akut kejsarsnitt uttryckte negativa upplevelser såsom rädsla, oro, besvikelse och att inte räkna till. De negativa aspekterna fanns också i samband med vården efter förlossningen och kommunikationen med barnmorskan. Kvinnorna beskrev en besvikelse över att förlossningen inte blev som de hade tänkt sig, ett kejsarsnitt var inget de hade förberett sig på. Trots detta fanns det positiva upplevelser, kvinnorna var tacksamma över att förlossningen slutade bra med ett välmående barn och att det fanns en möjlighet att förlösas med kejsarsnitt. Författarnas tolkning av resultatet är dock att de negativa upplevelserna är mer framträdande i bloggarna.

Det framkom i resultatet att kommunikation under förlossningen var viktigt för kvinnorna. De önskade ha en dialog tillsammans med barnmorskan så att de fick veta vad som skedde och att de blev lyssnade till. Resultatet visade att flera kvinnor inte kände sig delaktiga i besluten som fattades rörande deras förlossning. Även Burcher et al. (2016) beskrev att kvinnor ofta kände sig osynliga och att de inte fick vara en del av besluten som togs. Karlströms (2017) studie styrker detta och fann att kvinnors negativa känslor kunde undvikas genom att barnmorskan involverade kvinnan och gav henne en känsla av kontroll i situationen för att hon på så sätt skulle känna trygghet. Genom en ömsesidig relation mellan barnmorskan och den födande kvinnan, fortlöpande dialog dem emellan, delat ansvar och kontinuerlig närvaro av barnmorskan förbättrades kvinnans upplevelse av förlossningen trots ett akut kejsarsnitt. I Engström och Lindbergs (2012) studie beskrev kvinnorna en känsla av maktlöshet då de inte hade något inflytande i beslutet om kejsarsnitt. För att minska rädslan önskade kvinnorna tydlig information om vad som hände i den stressade situationen. Lundgren et al. (2016) menar på att för att lyckas med att göra kvinnan delaktig i beslutsfattandet fordras konsekvent, realistisk och opartisk information samt ett förtroende mellan kvinnan och barnmorskan.

I resultatet framkom det att vissa kvinnor kände oro inför den oförutsedda situationen. En kvinna hade en känsla av att personalen var oenig och att situationen kring kejsarsnittet därför blev kaosartad. Burcher et al. (2016) visade liknande resultat där kvinnorna upplevde misstro till kompetensen hos personalen då kommunikationen var bristfällig och de inte förstod vad som skulle ske. Robb (2011) beskriver hur situationen vid ett akut kejsarsnitt kan förbättras genom att personalen övar rutinerna kontinuerligt, därmed skulle lugn och ro kunna skapas för familjen när det blev dags för operation. Resultatet i föreliggande studie tyder på att det inte bara är information till kvinnan som påverkar hennes känsla av situationen utan även hur personalen beter sig. Det är av vikt att barnmorskan reflekterar över hur hen uttrycker sitt kroppsspråk för att inge trygghet och vara ett gott stöd till patienten. Lundgren och Berg (2016) beskriver att inom vårdandet är stöd en central princip för att skapa tillit.

Vissa kvinnor kände en oro inför själva operationen då de inte hade någon kunskap om hur en operation går till. De beskrev en rädsla för att inte vara helt bedövade och därför uppleva smärta. Detta påstående tycks överensstämma med vad tidigare forskning visat där kvinnor som aldrig tidigare hade genomgått en operation var oroliga inför vad som skulle ske och rädsla för att dö (Engström & Lindberg, 2012). För att hjälpa kvinnor i den situationen är det betydelsefullt att barnmorskan bekräftar och lyssnar på henne samt informerar, om tid finns, om hur en operation går till och vad hon kan förvänta sig.

I en studie hade kvinnorna som önskemål att partnern skulle få vara mer delaktig och ta större plats under förlossningen och att det skulle vara oavbruten kontakt med det nyfödda barnet (Robb, 2011). I bloggarna berättade kvinnorna att de kände sig ensamma och utlämnade när beslut fattades om kejsarsnitt och de snabbt därefter togs till operation, de kände sig mer trygga när de hade sin partner med sig eller någon annan person som de litade på. Detta bekräftar Engström och Lindberg (2012) i sin studie där kvinnorna kände en trygghet när deras partner fick vara nära före, under och efter kejsarsnittet. Barnmorskans uppgift är att ge stöd till kvinnan under förlossningen. Utöver detta kan även partnern eller en närstående till kvinnan vara ett gott kompletterande stöd under förlossningen enligt Lundgren och Berg (2016).

En tolkning av resultatet var att vissa kvinnor kände en stor besvikelse då deras önskemål ej följdes. De verkade tro att kejsarsnitt var något de kunde välja när de inte orkade mer och inte längre kände att födseln skulle komma att ske. För att undvika missförstånd och besvikelse vid liknande situationer kan det vara av stor betydelse att personalen ger tydlig information om vad indikationen för ett kejsarsnitt är så att kvinnan förstår att det inte är något som hon kan välja själv. Flera kvinnor beskrev i bloggarna att de bad om att få göra kejsarsnitt tidigare under förlossningen på grund av att de inte längre orkade och tyckte att de hade kämpat tillräckligt, de upplevde då att ingen lyssnade på dem. När det senare blev kejsarsnitt i alla fall var de besvikna över att personalen inte hade tagit dem på allvar och gjort som de velat från början. Detta beskrev även Burcher et al. (2016) där kvinnorna upplevde att de kände sin kropp bäst själv men att personalen inte lyssnade till dem. En annan studie visade på att de kvinnor som hade en känsla av att förlossningen tog lång tid och att en födsel aldrig skulle ske, kände sig lättade men samtidigt besvikna när det beslutades om kejsarsnitt. Kvinnorna kände att värkarbetet fram till kejsarsnittet var bortkastat kämpande (Tully & Ball, 2013).

Vikten av information både som förberedelse under graviditeten och via kommunikation under förlossningen var framträdande i resultatet. Det framgick att kontinuerlig information var viktigt för att kvinnorna skulle kunna få grepp om situationen och förstå vad som verkligen skedde under förlossningen. Flera kvinnor uppgav att informationen var bristfällig både innan och efter operationen. En kvinna hade svårt att acceptera händelsen på grund av att hon inte hade fått någon förklaring efteråt på vad som hände under förlossningen och varför den avslutades med akut kejsarsnitt. Detta överensstämmer med vad Burcher et al.

(2016) kom fram till i sin studie, där vissa kvinnor saknade information om vad som hände och vad som planerades inför kejsarsnittet. De saknade även information om hur barnet mårde vid den tidpunkten. Att få information före kejsarsnittet förbättrar måendet efter operationen och skapar därmed en mer positiv upplevelse av förlossningen (Burcher et al., 2016). En möjlig förklaring till att en del kvinnor upplevde att de fick dålig information skulle kunna ha ett samband med att det vid ett akut kejsarsnitt ofta är kort om tid och att det därför inte hinns med att ge den utförliga informationen som den födande kvinnan borde få. Vid de tillfällen då det händer bör ett postpartumsamtal vara prioriterat där förlossningen går igenom och kvinna ges en möjlighet att få svar på sina frågor. En studie styrker detta där kvinnorna önskade få prata igenom sin förlossning efteråt med personalen som varit med (Engström & Lindberg, 2012). God information till kvinnan kan leda till att hon får ett bättre avslut och kan lägga förlossningen bakom sig. Enligt Tully och Ball (2013) hade kvinnorna lättare för att accepterade sitt eget lidande och att de gick miste om en vaginal förlossning när de blev informerade om att det var på grund av att barnet mårde dåligt som ett akut kejsarsnitt var enda utvägen. Det framkom även i resultatet i föreliggande studie att kvinnorna var tacksamma över möjligheten till kejsarsnitt fanns för att säkerställa barnets välmående. Kvinnorna accepterade att deras föreställning om förlossningen hade raserats när de visste att kejsarsnittet utfördes för att barnet skulle överleva.

Kvinnorna ansåg att om de hade fått information under graviditeten om hur ett kejsarsnitt går till skulle det ha förberett dem och förhoppningsvis förbättrat upplevelsen av förlossningen. I Tully och Balls (2013) studie beskrev kvinnorna sin idealförlossning som vaginal och känslomässigt tillfredsställande. Även kvinnorna i bloggarna uttryckte detta då de såg ett kejsarsnitt som långt ifrån deras drömförlossning. De upplevde sig som oförberedda på situationen då de inte fått någon information under graviditeten om hur ett kejsarsnitt går till. Detta resultat understryker Tully och Ball (2013) i sin studie där kvinnorna kände att det akuta kejsarsnittet kom som en chock då de aldrig ens hade tänkt den tanken eftersom det inte var något som hade tagits upp under föräldrautbildningen. Således skulle information kunna ges under graviditeten på barnmorskemottagningen för att ge kvinnan en uppfattning om vad det innebär med akut kejsarsnitt. Då inte alla deltar i föräldrautbildning skulle det kunna tänkas vara av vikt att barnmorskan tar upp det som rutin under de planerade besöken.

I föreliggande studie kände kvinnorna en besvikelse över att ha missat det första skriket från barnet då de inte var vakna under kejsarsnittet. Detta överensstämmer med tidigare forskning där kvinnor beskrev en känsla av att ha missat förlossningen när de blev sövda under kejsarsnittet (Engström & Lindberg, 2012). Resultatet visar på att det uppstod en känsla av glädje och lycka när de väl fick barnet till sig efter operationen. För att inte kvinnan ska känna att hon missat den unika händelsen av att få sitt barn på bröstet för första gången skulle barnmorskan kunna tänkas förstärka upplevelsen av att det är första gången oavsett om det inte sker direkt i samband med födseln.

Ännu ett viktigt resultat var att kvinnorna postoperativt upplevde ovissheten om deras barns

mående som fruktansvärd när de vaknade upp efter kejsarsnittet. De önskade att omgående få information om barnet. Det återfanns en känsla av ensamhet och kvinnorna önskade få ha sin partner och sitt barn hos sig på uppvaksavdelningen. Resultaten från denna studie överensstämmer med vad Engström och Lindberg (2012) fann där det viktigaste för kvinnorna var att snabbt få information om deras barn. Ovissheten gjorde att de var rädda att barnet inte hade överlevt eller var mycket sjukt. Kvinnorna önskade att deras partner och barn skulle finnas bredvid dem när de vaknade efter narkosen (Engström & Lindberg, 2012). Det kan således föreslås att personalen på uppvaksavdelningen bör eftersträva att ge information till kvinnan så fort hon vaknat.

Kliniska implikationer

Berättelser från bloggar representerar kvinnans egna ord. Information om kvinnors upplevelser av akuta kejsarsnitt via bloggar kan bidra till ökad kunskap om vilket stöd kvinnor behöver. Resultatet av denna studie skulle kunna hjälpa barnmorskan att förbättra upplevelsen och ge anpassat stöd till kvinnor vid ett akut kejsarsnitt. Information om kejsarsnitt skulle kunna ges redan under graviditeten. Vid ett akut kejsarsnitt bör kort och tydlig information ges innan operationen samt ett avslutande postpartumsamtal vara prioriterat. För att få kvinnan att känna trygghet är det eftersträvansvärt att kvinnans partner får vara närvarande under operationen.

Framtida forskning

Trots att det tidigare finns omfattande forskning kring stöd under förlossningen uttrycker många kvinnor som har genomgått ett akut kejsarsnitt ett missnöje. Ytterligare forskning tycks behövas där detta område vidare studeras och om hur information kan ges för att förbättra kvinnors upplevelser. Nya metoder för att förbättra information och stöd vad det gäller akuta kejsarsnitt behöver utvecklas samt vidare forskning som utvärderar dessa förbättringsåtgärder.

Slutsats

De i föreliggande studie framkomna resultaten tyder på att kvinnorna som genomgått ett akut kejsarsnitt upplevde negativa känslor såsom rädsla, oro, besvikelse och att inte räkna till. Negativa upplevelser återfanns även tiden efter förlossningen i form av oro för barnet och besvikelse över att inte få ha barnet hos sig. Trots besvikelsen över att ha genomgått ett akut kejsarsnitt kunde vissa kvinnor uppleva positiva känslor såsom lättnad och tacksamhet över att förlossningen slutade bra med ett välmående barn. Vikten av information framkom i resultatet då kvinnorna upplevde att de inte hade blivit förberedda under graviditeten angående akut kejsarsnitt och inte heller fick tillräcklig information under förlossningen. Barnmorskan skulle kunna förbättra upplevelsen under förlossningen genom ömsesidig kommunikation och därmed göra kvinnan mer delaktig i besluten samt att ge tydlig och anpassad information om händelseförloppet.

Referenslista

- Andolf, E. (2014). Kejsarsnitt. I H. Hagberg, K. Maršál & M. Westgren (red). *Obstetrik* (2., [uppdaterade] uppl. s.549-564). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M. (2010). Vårdande vid barnafödande med ökade risker. I M. Berg & I. Lundgren. *Att stödja och stärka- vårdande vid barnafödande*. (s.145-168) Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E., & Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12(1), 11-15.
- Betrán, A-P., Ye, J., Moller, A-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A-M., & Torloni, M-R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS ONE* 11(2)
- Bjelke, M., Martinsson, A., Lendahls, L., & Oscarsson, M. (2016). Using the Internet as a source of information during pregnancy -- A descriptive cross-sectional study in Sweden. *Midwifery*, 40, 187-191.
- Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E., & Andersson U-B. (2010). *Obstetrik och gynekologi* (4., [uppdaterade] uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Burcher, P., Cheyney, M., Li, K., Hushmendy, S., & Kiley, K. (2016). Cesarean Birth Regret and Dissatisfaction: A Qualitative Approach. *Birth*, 43(4), 346-352.
- Danielson, E. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (red). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. s). Lund: Studentlitteratur.
- Datainspektionen (2017). *Publicering på internet*. Hämtad 2017-11-14, från: <http://www.datainspektionen.se/lagar-och-regler/personuppgiftslagen/publicering-pa-internet/>
- Davidsson, P., & Findahl, O. (2016). *Svenskarna och internet 2016*. Hämtad 2017-11-14 från Internetstiftelsen i Sverige: <http://www soi2016.se/>
- Engström, Å., & Lindberg, I. (2012). Mothers' experiences of a stay in an ICU after a complicated childbirth. *Nursing In Critical Care*, 17(2), 64-70.
- Gamble, J., & Creedy, D. (2005). Psychological trauma symptoms of operative birth. *British Journal of Midwifery*, 13(4), 218-224.

- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Hagberg, H., & Blennow, M. (2014). Fosterasfyxi. I H. Hagberg, K. Maršál & M. Westgren (red). *Obstetrik* (2., [uppdaterade] uppl. s.549-564). Lund: Studentlitteratur.
- Hannah, M., Hannah, W., Hewson, S., Hodnett, E., Saigal, S., & Willan, A. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet, 356 North American Edition* (9239), 1375-1383.
- Hansson, S. (2016). Hypertoni - preeklampsi. I H. Lindgren, K. Christensson & A. Dykes (red). *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (1. uppl. s. 369-379). Lund: Studentlitteratur.
- Henricsson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (red). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. s.285-299). Lund: Studentlitteratur.
- Hodnett, E.D., Gates S, Hofmeyr G. J., & Sakala C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- International Confederation of Midwives (2011). *International Definition of the Midwife*. Hämtad 2017-11-15 från <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf>
- Karlström, A. (2017). Women's self-reported experience of unplanned caesarean section: Results of a Swedish study. *Midwifery*, 50, 253-258.
- Kent, M. (2008). Critical analysis of blogging in public relations. *Public Relations Review*, 34(1), 32-40.
- Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 21(2), 220-228.
- Lundgren, I., & Berg, M. (2016). I H. Lindgren, K. Christensson & A. Dykes (red). *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (1. uppl. s. 19-25). Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, I., Healy, P., Carroll, M., Begley, C., Matteredne, A., Gross, M., et al. (2016). Clinicians' views of factors of importance for improving the rate of VBAC (vaginal birth after

caesarean section): A study from countries with low VBAC rates. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 350.

Mander, R. (2011) The Partnership Model. I R. Bryar & M. Sinclair (red.) *Theory for midwifery practice* (2., uppl. s. 304-317). Houndmills: Palgrave.

McNelis, M. (2013). Women's experiences of care during labour in a midwifery-led unit in the Republic of Ireland. *British Journal of Midwifery*, 21(9), 622-631.

Nationalencyklopedin (2017). *Blogg*. Tillgänglig:
<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/blogg>

Nisell, H., & Gidlöf, S. (2014). Hypertoni under graviditet och preeklampsi. I H. Hagberg, K. Maršál & M. Westgren (red). *Obstetrik* (2., [uppdaterade] uppl. s. 549-564). Lund: Studentlitteratur.

Nordström, L., & Abascal, G. (2016). Primär och sekundär värksvaghet. I H. Lindgren, K. Christensson & A. Dykes. *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (1. uppl. s.539-545) Lund: Studentlitteratur.

Norman, M. (2014). Intrauterin miljö och framtida hälsa. I H. Hagberg, K. Maršál & M. Westgren (red). *Obstetrik* (2., [uppdaterade] uppl. s. 629-636). Lund: Studentlitteratur.

OECD (2017), Caesarean section rates, 2015 (or nearest year), in *Health at a Glance 2017*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-graph169-en

Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *American Journal of Clinical Nutrition*, 95(5), 1113-1135

Robb, K. (2011). A Qualitative Study Exploring Women's Experiences of Unplanned Cesarean Surgery and Their Suggestions for Improving Care. *Canadian Journal of Midwifery Research & Practice*, 10(3), 17-28.

Ryding, E., Wijma, K., & Wijma, B. (2000). Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *Journal Of Reproductive & Infant Psychology*, 18(1), 33-39.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 2017-11-15, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig:
http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015a). *Statistik – Hälso- och Sjukvård Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn Medicinska födelseregistret 1973-2014 Assisterad befruktning, 1991-2013*. Hämtad 2017-11-07, från
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20009/2015-12-27.pdf>

Socialstyrelsen (2015b). *Statistikdatabas för graviditet, förlossningar och nyfödda*. Hämtad 2017-11-07, från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/graviditeter-forlossningarochnyfodda>

Stjernholm, Y.V., Weichselbraun, M., Ahlberg, M. & Amer-Wåhlin, I. (2015). *Omedelbart kejsarsnitt*. Hämtad 2017-12-19 från SFOGs webbplats: <http://lof.se/wp-content/uploads/Akut-kejsarsnitt.pdf>

Tully, K. P., & Ball, H. L. (2013). Misrecognition of need: Women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery. *Social Science & Medicine*, 8, 103-111.

van Reenen, S., & van Rensburg, E. (2015). South African Mothers' Coping With an Unplanned Caesarean Section. *Health Care For Women International*, 36(6), 663-683.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2017-11-14, från
http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

Wiklund, I., & Hildingsson, I. (2016). Att föda med kejsarsnitt. I H. Lindgren, K. Christensson & A. Dykes (red). *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (1. uppl. s. 568-577). Lund: Studentlitteratur.