



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Kvinnors upplevelse kring att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Karin Dessner, Madeleine Nilsson

Handledare: Eva Persson

Magisteruppsats

Våren 2018

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Kvinnors upplevelse kring att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt

## En kvalitativ intervjustudie

Författare: Karin Dessner, Madeleine Nilsson

Handledare: Eva Persson

Magisteruppsats

Våren 2018

## Abstrakt

**Bakgrund:** Antalet kejsarsnitt har ökat i världen. En orsak till ökningen beror på kejsarsnitt till följd av ett tidigare kejsarsnitt, vilket i många länder anses vara ett hinder för en vaginal förlossning. Aktuell forskning visar dock att vaginal förlossning till följd av ett tidigare kejsarsnitt är ett säkert alternativ för de flesta kvinnor. **Syfte:** Att belysa kvinnors upplevelse kring att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Materialet analyserades med innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman. **Resultat:** Fyra kategorier påträffades; *behov av verktyg inför den vaginala förlossningen, ett tidigare kejsarsnitt ger ett annat perspektiv på förlossningen, två separata upplevelser av att föda samt skillnader i perioden efter förlossningen.* **Konklusion:** Till stor del upplevde kvinnorna det som positivt att få möjligheten att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt. Det är därför viktigt att kvinnor ges denna möjlighet även i framtiden.

## Nyckelord

VBAC, upplevelse, kejsarsnitt, vaginal förlossning

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

# Innehållsförteckning

Introduktion .....	4
Bakgrund.....	4
Kejsarsnitt.....	4
Risker med kejsarsnitt.....	5
Vårdpersonals inställning till VBAC är avgörande .....	6
För- och nackdelar med VBAC .....	7
Kvinnors upplevelser.....	8
Barnmorskans roll och barnmorsketeori.....	8
Syfte .....	9
Metod .....	9
Urval.....	10
Instrument .....	10
Datainsamling.....	11
Analys av data.....	12
Forskningsetiska avvägningar .....	12
Resultat.....	13
Behov av verktyg inför förlossningen .....	14
Behov av information .....	14
Behov av stöd.....	15
Behov av delaktighet i förlossningsplaneringen.....	16
Ett tidigare kejsarsnitt ger ett annat perspektiv på förlossningen.....	16
Medvetenhet om riskerna med att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt .....	17
Rädsla för ett nytt kejsarsnitt.....	17
Två separata upplevelser av att föda.....	17
Olika sätt att föda.....	18
En positiv upplevelse av att föda.....	18
Skillnader i perioden efter förlossningen .....	19
Olika upplevelser av återhämtning.....	19
Att amma .....	20
Att få vara tillsammans.....	20
Diskussion.....	21
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion.....	23
Konklusion och implikationer .....	26
Referenser .....	27

## Introduktion

Sedan 1985 har antalet kejsarsnitt ökat i industriländer såväl som i utvecklingsländer (WHO, 2015). Vid medicinsk indikation kan kejsarsnitt effektivt reducera mödra- och barnadödligheten, det finns emellertid ingen evidens som visar några fördelar med kejsarsnitt utan medicinsk indikation. En orsak till ökningen av kejsarsnitt står kejsarsnitt till följd av ett tidigare kejsarsnitt för, vilket i många länder anses vara ett hinder för ett försök till en vaginal förlossning (Guise et al., 2010). Vaginal birth after caesarean section (VBAC) definieras som vaginal förlossning efter ett tidigare kejsarsnitt (Keedle, Schmied, Burns & Dahlen, 2015). Aktuell forskning visar att VBAC är ett rimligt och säkert alternativ för de flesta kvinnor som tidigare förlöst med kejsarsnitt (Lundgren, van Limbeek, Vehvilainen-Julkunen & Nilsson, 2015). Vidare anses VBAC vara en bra metod för att minska antalet kejsarsnitt (Frass & Harazi, 2011). Obstetriker i länder med hög VBAC-frekvens anser att kvinnor har rätt till den mest optimala förlossningsvården, och menar att den i de flesta fall inte innefattar kejsarsnitt (Lundgren et al., 2015). Med detta som bakgrund vore det intressant att belysa kvinnors upplevelse kring att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt.

## Bakgrund

### Kejsarsnitt

Frekvensen av kejsarsnitt i Europa är hög och har ökat sedan 2004, med undantag för Sverige och Finland (EURO PERISTAT, 2013). Rapporten visade att Cypern har den högsta frekvensen av kejsarsnitt i Europa med 52,2% följt av Italien på 38%, medan Island, Finland, Nederländerna, Norge, Slovenien och Sverige samtliga ligger under 20%. Kejsarsnitt är associerat med både kortsiktiga och långsiktiga risker och påverkar kvinnans hälsa, hennes barn och även hennes framtida förlossningar (WHO, 2015). Enligt WHO ses ingen reduktion av risk för mödra- och barnadödlighet vid en kejsarsnittsfrekvens över 10%-15% på populationsnivå och de uttrycker en oro över det ökande antalet kejsarsnitt och de potentiella riskerna detta medför för mödrar och deras spädbarn. Trots detta visade en studie att det rutinmässiga tillvägagångssättet i många länder i Europa var att de kvinnor som tidigare förlöst med ett kejsarsnitt gjorde det även vid nästa förlossning (Lundgren et al., 2015). En

finsk studie visade att 14,3% av de elektiva kejsarsnitten utfördes på indikationen att kvinnan tidigare genomgått ett kejsarsnitt (Pallasmaa et al., 2010). Vaginal förlossning bör eftersträvas om det inte finns någon medicinsk indikation för kejsarsnitt (Andolf, 2008). SFOG (2010) skriver i sin rapport om huruvida det ska strävas efter vaginal förlossning om patienten tidigare är förlöst med kejsarsnitt och inte vill ha någon annan form av förlossning. SFOG (2010) menar att ett skäl till strävan efter vaginalförlossning är det ökade antalet maternella komplikationer vid upprepade kejsarsnitt.

## Risker med kejsarsnitt

I en litteraturgranskning av Gregory, Jackson, Korst och Fridman (2012) jämfördes kejsarsnitt med vaginal förlossning. Att föda barn var förknippat med en del risker oavsett om kvinnan födde vaginalt eller genom kejsarsnitt. Vid ett kejsarsnitt fanns dock en högre risk för infektion, transfusionskrävande blödning, hysterektomi och död. Det fanns även en risk i samband med kejsarsnittet som innebar skador på andra organ, som till exempel blåsa eller tarm. Dessa risker ökade dessutom vid ett akut kejsarsnitt. Postoperativt sågs en ökad risk för trombos och behov av behandling med injektioner med blodförtunnande läkemedel. Det förelåg dessutom en större risk inför nästa graviditet vilket bland annat kunde innebära en avvikande placentalokalisation. Liknande resultat med relativt höga maternella komplikationer till följd av kejsarsnitt visade studien från Finland (Pallasmaa et al., 2010). Den visade att den största andelen komplikationer hade de kvinnor som genomgick ett akut eller urakut kejsarsnitt. Den största risken för barnet var att de i större utsträckning hamnade på neonatalavdelning än barn födda vaginalt (Gregory et al., 2012). Enligt Socialstyrelsen (2011) innebär kejsarsnitt en ökad risk för barnet att drabbas av neonatal andningsstörning samt hypoglykemi, hypotermi och sepsis.

## VBAC i Europa

Devisen ”en gång ett kejsarsnitt, alltid ett kejsarsnitt” har kommit att revideras då framsteg inom obstetrikern gjort VBAC till en säker metod både för mor och barn (Frass & Harazi, 2011). Förekomsten av VBAC var betydligt lägre på Irland, i Italien och Tyskland med en procentsats på 29–36 % jämfört med i Finland, Sverige och Nederländerna med 45–55 % (Lundgren et al., 2015). I en svensk studie jämfördes upplevelsen hos de kvinnor som på egen

önskan genomgått ett planerat kejsarsnitt med kvinnor som genomgick en vaginal förlossning (Karlström, Nystedt & Hildingsson, 2011). Av de kvinnor som genomgick ett elektivt kejsarsnitt hade 29 % ett tidigare kejsarsnitt som främsta indikation. Studien visade att de kvinnor som önskade ett elektivt kejsarsnitt i högre utsträckning var förlossningsrädda än de kvinnor som önskade en vaginal förlossning. De kvinnorna var även mer missnöjda med beslutsprocessen inför kejsarsnittet och var i högre uträkning missnöjda med mödrahälsovården, vilket gjorde att de ibland tvivlade på om de ville ha fler barn.

Studien av Lundgren et al (2015) visade att i länder med en *hög* VBAC-frekvens ansågs VBAC naturligt som förstahandsval. Där bedömdes att endast medicinsk indikation hos kvinnan eller fostret var grund för ett kejsarsnitt. Indikationerna varierade från en ökad risk för uterusruptur under nuvarande förlossning, till tecken på hotande uterusruptur under föregående graviditet, samt om de indikationer som gav upphov till föregående kejsarsnitt visade sig igen. Om en obstetriker gjorde bedömningen att chansen för en lyckad VBAC var väldigt låg, planerades istället ett elektivt kejsarsnitt.

I en studie genomförd i länder med *låg* VBAC- frekvens resonerade obstetiker kring att kvinnor inte utan vidare övervägning kunde välja VBAC, utan en obstetriker behövde först ta hänsyn till de obstetriska riskerna (Lundgren et al., 2016). Resultaten i både studier med hög VBAC- frekvens och låg VBAC- frekvens har visat att obstetiker upplever att de är de enda som kan fatta beslut om ett säkert tillvägagångssätt vid förlossning (Lundgren et al., 2015; Lundgren et al., 2016).

### Vårdpersonals inställning till VBAC är avgörande

En metaanalys i länder med låg VBAC- frekvens visade att kvinnorna främst informerades om riskerna med en vaginal förlossning och att de sällan informerades om de positiva aspekterna med VBAC (Lundgren, Begley, Gross & Bondas, 2012). Kvinnorna informerades om risk för uterusruptur, risk för maternell död och fosterdöd samt risk för att förlossningen kunde behöva avslutas med ytterligare kejsarsnitt. Vidare möttes de av en attityd att VBAC var oansvarigt och riskerade barnets liv. Därför upplevdes VBAC många gånger paradoxalt för kvinnorna eftersom de inte fick svar på vilket förlossningssätt som var bäst för dem som individer.

Kvinnor i länder med låg VBAC-frekvens ansåg att informationen de fick av obstetriker och barnmorskor ofta vinklads mot ett elektivt kejsarsnitt (McGrath, Phillips & Vaughan, 2010). En annan studie visade att det av denna anledning därför var viktigt att vårdpersonal konfronterade sina egna attityder och övertygelser om VBAC och hur dessa förmedlades till kvinnorna (Lundgren et al., 2015). Om barnmorskor och obstetriker inte var positiva till en vaginal förlossning efter kejsarsnitt påverkade detta även kvinnornas inställning. Lundgren et al. (2016) kom fram till att hälso- och sjukvårdspersonals negativa inställning till VBAC inte skulle underskattas som en potentiell barriär när det kom till en möjlighet att öka förekomsten av VBAC. Lundgren et al. (2015) ansåg att kvinnor inte heller skulle behöva bli missledda på grund av att hälso- och sjukvårdspersonal inte hade tillräcklig kunskap och evidens om VBAC. De menade att även i länder med hög VBAC-frekvens ökade antalet kejsarsnitt och det trodde de berodde på en ökad rädsla hos obstetriker för rättsliga konsekvenser om en vaginal förlossning inte blev komplikationsfri.

#### För- och nackdelar med VBAC

Keedles et al. (2015) studie visade att fördelarna med VBAC var många. Vaginal förlossning ledde bland annat till snabbare återhämtning post partum, kortare sjukhusvistelse, mindre kirurgiska komplikationer och lägre risk för endometrios. I en annan studie jämfördes kvinnor som genomgått en VBAC, upplevelsen av hur de återhämtade sig efter kejsarsnittet respektive efter den vaginala förlossningen (Meddings, Phipps, Haith-Cooper & Haigh, 2007). Samtliga kvinnor upplevde att det gick snabbare och var lättare att återhämta sig efter en vaginal förlossning jämfört med att återhämta sig efter ett kejsarsnitt. Kvinnorna upplevde det som mer smärtsamt att återhämta sig efter ett kejsarsnitt.

Uterusruptur var den allvarligaste komplikationen relaterad till VBAC, vilket skedde i 0,5–1,5% av fallen (Frass & Harazi, 2011). Flera olika faktorer påverkade förekomsten av uterusruptur, t.ex. uterusärrvävnad, antal tidigare kejsarsnitt, suturerings teknik och tiden mellan kvinnans graviditeter (Krispin et al., 2017).

## Kvinnors upplevelser

Studier, både i länder med låg- och hög VBAC-frekvens har visat att det finns ett behov för kvinnor att få göra ett informerat val i samråd med hälso- och sjukvårdspersonal och att få vara involverade i beslutet om en vaginalförlossning (McGrath et al., 2010; Nilsson, van Limbeek, Vehvilainen-Julkunen & Lundgren, 2017). Munro et al. (2016) visade att det ofta finns ett behov av att bearbeta rädsla kring kommande förlossning och erfarenheter kring den tidigare negativa förlossningen. Redan i direkt anslutning till tidigare förlossning sågs ett behov av att kvinnan fick information kring anledningen till kejsarsnittet och senare information om att detta inte uteslöt en vaginal förlossning i framtiden.

Psykologiska fördelar med VBAC har visats ge många kvinnor en känsla av upprättelse att de kunde föda vaginalt efter ett kejsarsnitt (Keedle et al., 2015). Meddings et al. (2007) studie visade att de anledningar som kvinnor uppgav för att vilja ha VBAC varierade. Många kvinnor som förlöst med kejsarsnitt hade en önskan att få uppleva en vaginal förlossning. Andra uppgav ökad anknytning till barnet eller att det skulle komma att underlätta amningen som orsak. Minskad smärta, kortare återhämtning och ökad möjlighet att ta hand om sina äldre barn var ytterligare anledningar som kvinnor uppgav som skäl till att vilja föda vaginalt.

Forskning har visat att uppfyllt önskemål om förlossningssätt efter tidigare kejsarsnitt inte garanterade en positiv upplevelse av förlossningen (Shorten & Shorten, 2012). Kvinnor som upplevde en spontan vaginal förlossning var den högst tillfredsställda gruppen och därefter kom gruppen som genomgick ett planerat upprepat kejsarsnitt. De minst nöjda kvinnorna var de som genomgick ett akut kejsarsnitt följt av de kvinnor som genomgick en instrumentell förlossning.

## Barnmorskans roll och barnmorsketeori

Halldorsdottir och Karlsdottirs (2011) barnmorsketeori beskriver olika faktorer som gör en barnmorska till en god barnmorska. En viktig egenskap hos en barnmorska är vederbörandes professionella kompetens. Inom den professionella kompetensen ingår barnmorskans förmåga



att skapa en säker miljö för mor och barn, att främja mor och barns hälsa, att korrekt bedöma situationen och vilka åtgärder som ska vidtas och att vid behov agera som kvinnans bundsförvant och förespråkare. Inför en förlossning är det viktigt att kvinnan känner förtroende för att hon och hennes väntade barn ska bli väl omhändertagna och kvinnan behöver då stöd från en förtroendeingivande barnmorska eller obstetriker (Nilsson, van Limbeek, Vehvilainen-Julkunen, & Lundgren, 2017). Barnmorskors attityd till att VBAC är genomförbart är därför väsentlig för en positiv och trygg upplevelse under graviditet, förlossning och postpartum. Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) menar att en kompetent barnmorska ska arbeta evidensbaserat. Barnmorskans roll ska vara att stärka kvinnan i att tro på sin egen förmåga och kapacitet. Detta är en viktig uppgift för att VBAC ska ses som ett förstahandsalternativ för kvinnor utan medicinska indikationer samt för att andelen VBAC i världen ska stiga (Lundgren et al., 2015).

Det finns en del forskning kring fenomenet VBAC och framförallt om kvinnors upplevelse om beslutsprocessen men också vad som krävs för att öka andelen VBAC i världen. Däremot finns det ett begränsat antal studier som beskriver kvinnors upplevelse av en vaginal förlossning efter ett tidigare genomgått kejsarsnitt, vilket var en anledning som motiverade genomförandet av denna studie. En kvalitativ studie som beskriver kvinnors upplevelse av VBAC kan förhoppningsvis bidra till ökad kunskap för barnmorskor kring kvinnors inställning och förväntningar inför och under en vaginal förlossning efter ett kejsarsnitt. Detta kan i sin tur bidra till att barnmorskor och annan vårdpersonal bättre kan förbereda sig inför omhändertagandet av dessa kvinnor under och efter deras graviditet.

## **Syfte**

Syftet var att belysa kvinnors upplevelse kring att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt.

## **Metod**

För att syftet med studien skulle uppnås valdes en kvalitativ design med induktiv ansats. Materialet samlades in genom intervjuer. Kvalitativ innehållsanalys med utgångspunkt i Graneheim och Lundmans (2012) metod användes för att tolka och granska utskrifter av de

inspelade intervjuerna. Intervjuerna baserades på respondenternas berättelser om sina upplevelser och med induktiv ansats innebar det att författarna förutsättningslöst kunde analysera de inspelade materialet (a a).

## **Urval**

Urvalet var kvinnor som genomgått en förlossning vid ett universitetssjukhus i södra Sverige och vårdats på familje-BB eller perinatalavdelning. Inklusionskriterium var att kvinnan skulle ha genomgått en vaginalförlossning efter ett tidigare kejsarsnitt. Exklusionskriterium var kvinnor som inte talade eller förstod svenska.

Under urvalsprocessen mötte författarna problem att få ihop tillräckligt med respondenter och valde därför att utvidga sökandet av respondenter till internetsidor som Facebook, FamiljeLiv och ViFöräldrar. Fem kvinnor anmälde sitt intresse att delta genom rekryteringen från familje-BB, inga kvinnor anmälde sitt intresse från perinatalavdelning. Av de fem kvinnor som anmälde sitt intresse kom författarna i kontakt med 3 kvinnor som lät sig intervjuas. Via sociala medier anmälde sig 16 kvinnor via mail till författarna. Fyra kvinnor svarade inte när författarna hörde av sig och två av kvinnorna avböjde författarna att intervjua på grund av tidsbrist. Antalet respondenter begränsades för att materialet skulle vara möjligt att hantera i analysprocessen (Lundman & Graneheim, 2012). Totalt intervjuades 13 kvinnor. Tiden sedan den vaginala förlossningen varierade mellan kvinnorna. Kortast tid sedan sin vaginala förlossning var 2 veckor och längst tid sedan sin vaginala förlossning var 22 år. Majoriteten av kvinnorna hade fött barn inom det senaste året.

## **Instrument**

Författarna inledde samtliga intervjuer med en öppen intervjufråga som löd: *Vad är din upplevelse av att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt?* Författarna styrde intervjun tillbaka till aktuellt ämne om respondenterna avvek från frågan genom att ställa kompletterande frågor som till exempel: Hur kände du? Kan du utveckla? Denna typ av narrativa intervju tillät respondenten att fritt berätta om sin upplevelse (Lundman & Graneheim, 2012). Samtliga respondenter tillfrågades avslutningsvis om de hade något ytterligare att framföra på ämnet. Intervjuerna spelades in för att författarna efteråt skulle ges möjlighet att lyssna till tonfall och ordval (Trost, 2010). Detta gav dessutom författarna en

möjlighet att efter intervjun lyssna till sin egen röst och lära av sina misstag och utvecklas inför framtida intervjuer.

## **Datainsamling**

Informationsbrev skickades till verksamhetschef för godkännande att få utföra studien på avdelningarna. Efter tillstånd från verksamhetschef informerades enhetschefer. Ett skriftligt informationsbrev delgavs enhetscheferna. Därefter vidarebefordrades information till samtliga anställda på avdelningarna för hjälp med att rekrytera respondenter utifrån aktuella kriterier. Författarna informerade muntligt på avdelningarna och informationen togs upp på arbetsplatsträffarna på respektive avdelning. Författarna lämnade informationsbrev med samtyckesblankett med information om studien och en möjlighet för kvinnorna att skriva sina kontaktuppgifter vid intresse att medverka i studien. Anställda på avdelningarna agerade som mellanhänder och delade ut informationsbrev och samtyckesblankett till de kvinnor som matchade kriterierna. Under våren besökte författarna regelbundet avdelningarna för insamling av dessa blanketter. De respondenter som lämnade sitt samtycke till att bli kontaktade blev det fortlöpande en tid efter hemgång. Därefter bokades tid och plats för intervjun via telefon. Respondenterna gavs själv möjlighet att välja plats för intervjun för att de skulle känna sig bekväma att tala fritt. Författarna träffade dessa respondenter på avtalad plats och en personlig intervju genomfördes.

De kvinnor som rekryterades via internetsidor erhöll informationsbrev och samtyckesblankett via mail, i samråd med handledare beslutade författarna endast att inhämta muntligt samtycke. Innan telefonintervjun började informerades kvinnorna så att de var införstådda med vad studien innebar och de gav muntligt samtycke till deltagandet på inspelningen. Samtliga kvinnor gavs möjlighet att välja mellan att träffas för intervju eller att intervjuas via telefon, samtliga 10 kvinnor valde telefonintervju.

De intervjuer som ägde rum på plats genomförde författarna tillsammans. De intervjuer som genomfördes via telefon delades jämt mellan författarna. Intervjuerna varade mellan 10–29 minuter, i genomsnitt 20 minuter. Det inspelade materialet förvarades i en mapp på en av författarnas lösenordskyddade dator. Varje intervju tilldelades en siffra från 1 till tretton, detta för att avidentifiera de deltagande kvinnorna. De tilldelade siffrorna användes under bearbetningen av det insamlade materialet.

## Analys av data

I direkt anslutning till genomförd intervju transkriberades den ordagrant. Inför analysen läste båda författarna igenom det transkriberade materialet ett flertal gånger för att skapa sig en uppfattning om helheten (Graneheim & Lundman, 2003). Efter genomläsningen användes kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2012) för att identifiera meningsbärande enheter som författarna upplevde svarade på syftet. De meningsbärande enheterna färglades och lyftes ur texten. De meningsbärande enheterna kondenserades, d.v.s. kortades ner men behöll samtidigt innehållets kärna. Därefter kodades materialet, koderna beskrev kortfattat intervjuernas centrala budskap. Författarna diskuterade kodningen tills samstämmighet uppnåddes kring materialet. Efter detta gick författarna igenom koderna och sammanförde dem med likartat innehåll till underkategorier. Underkategorierna i sin tur bildade 4 kategorier. Kategorierna utgjordes av de koder som hade ett liknande innehåll. Kategorierna är det latenta innehållet, det vill säga den tolkning som författarna gjort av materialet. Underkategorierna är det manifesta innehållet, det vill säga det som beskrevs i intervjuerna. Exempel på detta ses i tabell 1.

**Tabell 1** Exempel på analys av data

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Det vill jag inte göra igen, meeen efteråt, jag kunde liksom ta hand om storebror när jag kom hem dagen efter. Jag behövde ju inte vara sängliggande och kunde liksom röra mig, duscha, kissa och så med detsamma.	Efteråt kunde jag ta hand om storebror och jag behövde inte vara sängliggande.	Kunde röra mig fritt	Olika upplevelser av återhämtning	Skillnader i perioden efter förlossningen

## Forskningsetiska avvägningar

En ansökan skickades till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för ett rådgivande yttrande innan den planerade studien genomfördes. Enligt vårdvetenskapliga etiknämndens yttrande

171003 fanns det inget att anmärka på utifrån ett forskningsetiskt perspektiv. Författarna ändrade senare metoden för datainsamlingen vilket diskuterades med programansvarig och handledare. Ingen av dem såg något etiskt hinder för tillvägagångssättet.

Det finns fyra forskningskrav som författarna har beaktat i denna studie (Vetenskapsrådet, 2002). Dessa fyra krav är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Genom skriftlig och muntlig information om tillvägagångssätt uppfylls informationskravet. Genom samtyckesbrev uppfylls samtyckeskravet. I samtyckesbrevet fick informanterna information att de när som helst under studiens gång, utan att uppge skäl kunde avsluta sin medverkan. Konfidentialitetskravet upprätthölls genom att författarna i föreliggande studie lade största vikt vid att det insamlade materialet förvarades oåtkomligt för obehöriga (WMA, 2013; Vetenskapsrådet, 2002). Genom att inte använda materialet i något annat sammanhang än i föreliggande studie uppfylldes nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Insamlat material raderades efter avslutad studie.

Enligt ICM:s internationella etiska kod för barnmorskor (1999) ska barnmorskor försäkra utvecklingen av barnmorskans kunskapsområde för att skydda kvinnor och deras rättigheter. Detta uppfylls genom att resultatet i denna studie kan leda till en bättre förståelse samt bättre vård för kvinnor som genomgår en VBAC.

## Resultat

Samtliga kvinnor i studien hade genomgått ett kejsarsnitt under sin föregående förlossning. Två av kvinnorna i studien hade innan kejsarsnittet fött ett barn vaginalt. Nio av kvinnorna genomgick kejsarsnittet i fullgången tid, fyra av kvinnorna kejsarsnittades innan vecka 37. Fyra av kejsarsnitten gjordes urakut och nio gjordes akut. Inget barn drabbades av någon allvarlig komplikation. En av kvinnorna förlöstes med sugklocka vid den vaginala förlossningen. En av kvinnorna drabbades av postpartum blödning >1000ml efter den vaginala förlossningen. En av kvinnorna hade haft besvär med en bristning en längre tid efter den vaginala förlossningen.

I analysen framkom fyra kategorier med tillhörande underkategorier. Kategorierna som framkom var: *behov av verktyg inför den vaginala förlossningen, ett tidigare kejsarsnitt ger*

ett annat perspektiv på förlossningen, två separata upplevelser av att föda och skillnader i perioden efter förlossningen. Kategorier och underkategorier redovisas i tabell 2.

**Tabell 2** Kategorier med tillhörande underkategorier

<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
Behov av information Behov av stöd Behov av delaktighet i förlossningsplaneringen	Behov av verktyg inför den vaginala förlossningen
Medvetenhet om riskerna med att föda vaginalt efter ett kejsarsnitt Rädsla för nytt kejsarsnitt	Ett tidigare kejsarsnitt ger ett annat perspektiv på förlossningen
Olika sätt att föda En positiv upplevelse av att föda	Två separata upplevelser av att föda
Olika upplevelser av återhämtning Att amma Att få vara tillsammans	Skillnader i perioden efter förlossningen

### **Behov av verktyg inför förlossningen**

Det framkom att kvinnorna hade ett utökat behov av information och stöd efter att de hade genomgått ett tidigare kejsarsnitt. Kvinnorna uppgav hur de påverkades av vårdpersonalens attityder inför den kommande förlossningen. Beroende på anledningen till kejsarsnittet fanns det ibland en önskan om att få vara delaktig i förlossningsplaneringen.

#### **Behov av information**

Kvinnorna hade inte alltid fått information kring eventuella risker med att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt. Om de hade fått information var detta oftast under förlossningen i samband med interventioner som värkstimulering, epiduralbedövning eller vid utdrivningsskedet. Ett exempel som kvinnorna tog upp var att de hade ombetts vara uppmärksamma på om de kände en intensiv smärta i magen, eftersom detta kunde vara ett tecken på att ärret hade gått upp. Kvinnorna kände sig inte tillräckligt informerade under förlossningen utan det togs för givet att de visste hur en vaginal förlossning gick till eftersom de hade barn sedan tidigare.

*”/...det som störde mig med förlossningen och det var ju det här att de tog för givet att jag skulle veta hela vägens gång eftersom jag hade fått barn innan.” (9)*

Upplevelsen av förlossningen varierade beroende på tidigare förlossningsupplevelse. Kvinnorna som hade förlöst med kejsarsnitt utan att vara i aktiv förlossning menade att de kände sig som förstföderskor eftersom de aldrig gått igenom en vaginal förlossning. Kvinnor hade ibland förlöst med kejsarsnitt innan värkarbetet startade på grund av till exempel minskade fosterrörelser eller preeklampsi. De kvinnorna som hade kommit långt i förlossningen och genomgått kejsarsnitt på grund av till exempel fosterbradykardi uppfattade sig själva som omföderskor.

### Behov av stöd

Kvinnorna vittnade om ett behov av stöd efter förlossningen med kejsarsnitt och inför den föreliggande förlossningen. Det stöd som kvinnorna fick kom från olika håll, bland annat från barnmorskan på mödrahälsocentralen och/eller från barnmorskan eller läkaren på specialistmödravården. Det var viktigt för kvinnorna att de hade fått möjlighet att bearbeta tidigare händelser och de hade ibland fått gå i samtal hos teamet för förlossningsrådsrådgivning på sin ort. Kvinnorna uppgav att de till och med kände rädsla för att få fler barn med anledning av det tidigare kejsarsnittet. De uppgav att stödet som de fick inför förlossningen gjorde att de vågade sig på en vaginal förlossning. Stödet gjorde dessutom att de hade känt sig mer redo inför den kommande förlossningen.

*”Nä men det var nog ändå ganska bra att jag blev lite pushad så...annars hade jag nog inte vågat prova.” (2)*

*”Jag sa det till dem att det var tack vare dem som jag vågade göra det liksom.” (8)*

Kvinnorna upplevde i mötet med vårdpersonal att det togs för givet att de skulle föda vaginalt och att det var tydligt att läkarna hade en agenda för en vaginal förlossning. Kvinnorna uppgav att de inte ville bli övertalade till ett förlossningssätt som de inte var bekväma med. Detta berodde delvis på att de ibland hade tveksamheter kring om det var fysiskt möjligt för dem att föda vaginalt. Kvinnorna ansåg det ibland även som positivt att vårdpersonalens inställning var att det inte föreföll som ett problem med en vaginal förlossning.

*”Så när jag kom på besök och skulle prata om förra förlossningen och kommande och hur jag ville ha det så var läkaren väldigt, väldigt säker på att hon tyckte att jag skulle föda vaginalt och då blev jag nästan lite irriterad.” (2)*

### Behov av delaktighet i förlossningsplaneringen

För kvinnorna var det inte alltid en självklarhet att det skulle bli en vaginal förlossning efter kejsarsnittet. Ibland hade deras förra förlossning gett upphov till en förlossningsrädsla. I dessa fall hade de genom mödrahälsovården kommit i kontakt med läkare för att diskutera förlossningssätt inför förestående förlossning. Kvinnorna gavs vid vissa tillfällen själva möjlighet att välja förlossningssätt.

*” Jag kände inte att jag blev övertalad, jag kände att jag fick välja.” (8)*

Alla kvinnorna hade inte fått möjligheten att välja kejsarsnitt men några angav att det skulle valt det om det erbjudits. Ibland hade kvinnorna fått möjlighet att upprätta förlossningskontrakt som gav dem möjlighet att bestämma över förlossningsförloppet. Kvinnorna uppgav det som en trygghet eftersom de då kände att om de inte hade orkat kunde de när som kunde avbryta förlossningen och få föda med ett kejsarsnitt istället. Det kunde också vara kvinnornas partner som var mest traumatiserad från förra förlossningen och önskade kejsarsnitt. Anledningen till att partnern önskade kejsarsnitt berodde ofta på att de under förra förlossningen hade förlorat kontrollen under händelseförloppet som resulterade i kejsarsnittet.

*”Han ville egentligen inte att jag skulle föda vaginalt för han...han var ju mycket mer traumatiserad än vad jag var.../” (1)*

### Ett tidigare kejsarsnitt ger ett annat perspektiv på förlossningen

Att tidigare vara förlöst med kejsarsnitt medförde för kvinnorna en ökad medvetenhet om att något oväntat kunde ske. Därför kände flera av dem en rädsla inför att förlossningen eventuellt skulle kunna sluta med ett nytt kejsarsnitt.



## Medvetenhet om riskerna med att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt

Det framgick under intervjuerna att kvinnorna ibland hade fått information och var medvetna om att det fanns vissa risker som kom med att föda vaginalt efter ett kejsarsnitt. De visste att ett tidigare kejsarsnitt påverkade, och att det var viktigt att ta hänsyn till detta under den vaginala förlossningen. Kvinnorna upplevde ibland att läkarna varit väldigt pedagogiska kring detta och förklarat för dem vad som kunde inträffa under förlossningen.

*”Läkarna pratade ju om att du måste ju också förstå att nu är snittad, så förlossningen kan inte pågå hur länge som helst, vi kan inte sätta hur mycket värkstimulerande som helst.” (6)*

## Rädsla för ett nytt kejsarsnitt

Kvinnorna hade varit rädda för att även denna förlossning skulle komma att bli ett kejsarsnitt. De uppgav att de inte ville uppleva ytterligare ett kejsarsnitt eftersom det skulle hindra dem från att föda vaginalt om de blev gravida igen. De var ibland rädda för ett nytt kejsarsnitt eftersom det skulle göra det svårt att ta hand om det äldre barnet. Andra orsaker som uppgavs var minnet av hur svår läkningsprocessen var förra gången, att de inte kunde träna och att de inte kunde röra sig fritt efter operationen. Kvinnorna menade att en av anledningarna till att de ville föda vaginalt efter kejsarsnitt var att de upplevde att det var det alternativ som var bäst för barnet.

*”Hon förklarade för mig liksom, hon förklarade fördelarna och det gjorde även min barnmorska och då blev det lätt, då var det lätt att ta det beslutet. Just för bebisens skull att det var så pass mycket bättre och sen så blev det ju mycket bättre för mig också.” (8)*

## Två separata upplevelser av att föda

Kvinnorna förmedlade olika upplevelser av att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt och såg det ofta som två separata upplevelser, vilka de hade svårt att sätta ihop eftersom de var så olika. De upplevde det som positivt att föda vaginalt, dock betydde det inte att alla var missnöjda med kejsarsnittet som de genomgått.

## Olika sätt att föda

Kvinnorna menade att det var svårt att skildra sin upplevelse av att föda vaginalt efter ett kejsarsnitt eftersom det för dem var två så helt åtskilda upplevelser.

*”Mm, ja...för mig är det natt och dag. Enorm skillnad.” (4)*

Kejsarsnittet upplevdes som något helt annat än en vaginal förlossning. Även några av de kvinnor som upplevde den vaginala förlossningen som positiv tyckte att snittet varit en fin upplevelse. Det uttrycktes att en av orsakerna till att det var så svårt att jämföra berodde på anledningarna till det som ledde upp till kejsarsnittet. För vissa var kejsarsnittet väldigt traumatiskt medan det för andra var en problemfri upplevelse.

## En positiv upplevelse av att föda

Kvinnorna beskrev att deras upplevelse av att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt var positiv. De hade längtat efter och förberett sig på en vaginal förlossning och det var något som de ville gå igenom. Flera kände att en vaginal förlossning var en självklarhet speciellt om kvinnan innan kejsarsnittet genomgått en lyckad vaginal förlossning. Ibland var kvinnorna osäkra på om det skulle gå att genomföra en vaginal förlossning och upplevde det som väldigt häftigt att det fungerade. Det uppgavs som positivt att få vara med från första stunden, att partnern kunde vara delaktig och lyckan över att kunna föda ett barn. Att föda barn med kejsarsnitt kunde upplevas som att bli berövad på den positiva upplevelsen av att föda, eftersom de i den situationen var mer passiva. De ansåg därför att de efter den vaginala förlossningen fått en viss form av upprättelse.

*”Men samtidigt efteråt förlossningen, jag tycker att det, idag, föda vaginalt är det bästa som finns” (3)*

Kvinnorna uppgav att det var smärtsamt att föda vaginalt. Kvinnorna kunde uppleva framför allt latensfasen som jobbig eftersom de då samtidigt hade ett barn hemma att ta hand om. Däremot var aktiv förlossning bättre, eftersom de då kunde få hjälp med smärtorna. Även de kvinnor som upplevde sin vaginala förlossning som positiv kände att det ångrade att sig just där och då när smärtan var som intensivast. Även då den totala upplevelsen var jobbig och att

smärtan var svår upplevde de flesta att de trots allt var nöjda att de genomgått den. Kvinnorna uttryckte det som att vaginal förlossning var mer smärta under tiden förlossningen pågick, medan kejsarsnitt innebar mer smärta efter förlossningen.

*”Det kändes mer som att man fick smärtan innan och det var inte så mycket smärta efteråt... som det var med kejsarsnittet då.” (9)*

## **Skillnader i perioden efter förlossningen**

### Olika upplevelser av återhämtning

Det kunde också upplevas som en direkt negativ upplevelse att föda vaginalt. Framför allt tyckte kvinnorna att den vaginala förlossningen tog längre tid att återhämta sig från och var förenlig med större besvär från underlivet, som smärta att gå på toaletten eller att sitta.

*”När det gäller underlivsbesvär och så att det är jättestor skillnad på att föda vaginalt och med kejsarsnitt för att allting...ja dels för att man blir sydd och det svider och man är svullen och det tar ju tid att hämta...att ett ens underliv blir som vanligt så att säga och det känns som vanligt och ser ut som vanligt” (5)*

De som hade en positiv upplevelse av kejsarsnittet upplevde att de hade återhämtat sig snabbt och hade drabbats av mindre komplikationer vid kejsarsnittet än efter den vaginala förlossningen, vilket ledde till att de bättre kunde fokusera på sitt nyfödda barn.

Resultatet visade att kvinnorna upplevde att det var lättare att återhämta sig efter en vaginal förlossning, jämfört med att bli förlöst med kejsarsnitt. Kvinnorna berättade att de kunde komma igång och röra sig fritt snabbare efter förlossningen.

*”Jag tyckte också med snittet efteråt så man hade ont och vi fick ju ligga kvar en vecka på sjukhuset, medans med liksom vaginalt så så var jag liksom fit for fight väldigt snabbt.” (5)*

Kvinnorna nämnde att det var positivt att de fick vara på BB-hotell istället för på vårdavdelning, och att de kunde bestämma själva när de var redo för att åka hem.

De upplevde att de mätte bättre fysiskt och psykiskt efter en vaginal förlossning. Kvinnorna upplevde det som chockerande hur ont det gjorde i underlivet efteråt. Ibland menade de att återhämtningen varit lättare vid den vaginala förlossningen, men att det kanske hade varit

svårare att återhämta sig om de ådragit sig någon förlossningsskada under förlossningen.

Kvinnorna upplevde att återhämtningen var svårare efter att de genomgått ett kejsarsnitt. De kände sig även mer fysiskt begränsade. Kvinnorna vittnade om att det var svårare att ta sig upp ur sängen och att det kunde vara sängliggande i flera dagar. De uppgav att läkningsprocessen gjorde ont och att smärtorna var så pass svåra att de behövde ta smärtstillande. Det var smärtsammare att ha barnet på magen vilket gjorde att det kunde vara så att de inte hade någon kraft att amma sitt barn.

*”Jag tror att det beror på att jag hade så ont och inte hade kraft att få igång det. Jag hade så ont och kunde inte ha barnet liggandes på mig. Och att jag var så svag och lite chockad.” (7)*

### Att amma

En genomgående upplevelse var att amningen fungerade bättre efter en vaginal förlossning än vad den gjorde efter ett kejsarsnitt. Kvinnorna menade att en av fördelarna med vaginal förlossning var att amningen kom igång snabbare och fungerade bättre. De upplevde ibland att amningen fungerade lika bra, oavsett förlossningssätt. Kvinnorna hade erfarenheten att det tog längre tid och var svårare att komma igång med amningen efter kejsarsnitt, och ibland fungerade inte amningen över huvud taget.

*”Jag vet inte hela upplevelsen att föda vaginalt är så naturligt att amma det är så naturligt det går ihop på nåt sätt.” (3)*

### Att få vara tillsammans

Vad kvinnorna framhöll som positivt efter en vaginal förlossning var att de kunde träffa sitt barn direkt. Detta ansåg kvinnorna underlättade anknytningen till barnet, vilket var viktigt för dem. Efter kejsarsnittet kunde det vara så att det inte hade fått träffa sitt barn och partner på flera timmar. De vittnade om hur svårt det kändes att separeras efter förlossningen. Det var inte bara kvinnorna som upplevde separationen efter förlossningen som svår, utan det kunde även uppfattas som svårt av deras partner.

*”Och min sambo tyckte nog att det var väldigt jobbigt efteråt för jag var ju tvungen att åka till uppvak och ligga där i fyra timmar för dom skulle kolla, och det är väl det han tyckte var jobbigt dom där timmarna...att inte få dela lyckan med det här barnet och sitta där ensam kändes sorgligt att sitta där och vänta.” (7)*

## Diskussion

### Metoddiskussion

I en studie är det viktigt att överväga i vilken utsträckning resultatet kan ses som trovärdigt och tillförlitligt (Thorén-Jönsson, 2012). För att avgöra hur trovärdigt ett resultat i en kvalitativ studie är används ofta begreppen *giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet* och *delaktighet* (Lundman & Graneheim, 2012). För att ett resultat ska anses vara giltigt ska det lyfta fram det som är representativt för det som författarna avsett att beskriva. Även val av respondenter är av betydelse för studiens giltighet. Kvalitativ innehållsanalys syftar till att beskriva variationer, varför ingen åldersgräns för exklusion valdes i studien. Författarna valde att inkludera kvinnor från alla åldersgrupper då det ökade möjligheten att belysa ämnet utifrån olika erfarenheter (Graneheim & Lundman, 2012). En av respondenterna berättade om sin upplevelse av att föda vaginalt efter ett kejsarsnitt 22 år efter händelsen. Det kan diskuteras huruvida denna kvinna har tillförlitliga minnen av sin förlossning. I en studie genomförd av Simpkin (1992) visade det sig dock att kvinnor hade mycket tydliga bilder av förloppet även 20 år efter förlossningen.

Intervjuerna genomfördes dels via personligt möte med respondenterna, dels via telefon. Båda tillvägagångssätten hade fördelar och nackdelar. Å ena sidan gav telefonintervju en ökad anonymitet, och var dessutom mindre tidskrävande för författare och respondenter. Å andra sidan blev intervjun ofta kortare och mindre personlig. Vid intervjuerna användes en inledande öppen fråga, vilket innebar att intervjupersonen fritt kunde berätta om sin upplevelse, någon intervjuguide fanns således inte. En intervjuguide kunde ha varit ett användbart verktyg för att få längre intervjuer då ingen utav författarna hade vana att intervju. Författarna bedömde dock de genomförda intervjuerna som tillräckligt långa då de ansåg att en kortare intervju kunde vara lika innehållsrik som en längre intervju. Genom att ställa följdfrågor och samspeja med respondenten under intervjun var författarna delaktiga

och ansågs på så vis vara medskapare av texten, vilket är viktigt vid kvalitativa intervjuer (Lundman & Graneheim, 2012).

Det är troligt att kvinnornas olika erfarenheter av det som ledde till ett föregående kejsarsnitt har haft en påverkan på upplevelsen av kommande graviditet och förlossning. Det kan ha haft betydelse eftersom majoriteten av kvinnorna upplevde VBAC som positivt. De flesta kvinnorna uppfattade kejsarsnittet som mer traumatiskt än den vaginala förlossningen. Om kvinnorna genomgått ett elektivt kejsarsnitt föregående förlossning, är det möjligt att den förlossningen hade uppfattats som mindre traumatisk, vilket gjort att de blivit nöjdare även då förlossningen avslutades med kejsarsnitt. En svaghet var att ingen av kvinnorna hade genomgått ett elektivt kejsarsnitt. Hade så varit fallet hade det kunnat påverka resultatet då ett akut eller urakut kejsarsnitt med största sannolikhet upplevs som mer traumatiskt än ett elektivt sådant. Två av kvinnorna hade genomgått en lyckad vaginal förlossning innan kejsarsnittet, detta kan ha påverkat resultatet då dessa kvinnor redan hade en upplevelse av att föda vaginalt. Författarna tror att snävare inklusionskriterier hade gett mindre variationer i kvinnornas upplevelse av att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt. Då en kvalitativ studie syftar till att beskriva variationer i en population, upplevde författarna ej att det fanns skäl för snävare inklusionskriterier.

Läsaren ges i denna studie en möjlighet att bedöma studiens giltighet och överförbarhet genom ett noggrant beskrivet urval, datainsamling och analysarbete samt via citat från genomförda intervjuer (Lundman & Graneheim, 2012). Ur ett etiskt perspektiv kan det diskutera huruvida det är försvarbart att författarna valde att ej intervjua samtliga personer som anmält sitt intresse att delta. Det kan vara så att de personer som ej fick möjlighet att berätta om sin erfarenhet kunde uppleva detta som en besvikelse. Författarna hade vid denna tidpunkt avslutat analysprocessen, fler deltagare hade kunnat ingå i studien om det funnits mer tid. Antalet intervjuer bedömdes vara tillräckligt många för att få en acceptabel mängd material att analysera. Författarna valde att exkludera kvinnor som inte talade eller förstod svenska, detta eftersom författarna ville analysera det insamlade materialet på det språk som de kände sig bekväma med. Det skulle dessutom vara tidskrävande att transkribera och översätta intervjuer på ett annat språk än författarnas modersmål. Om kvinnor som inte talar svenska hade inkluderats i studien hade det kunnat ge en tydligare bild av hur den verkliga populationen ser ut. Det hade varit intressant att se huruvida resultatet påverkats om kulturella skillnader jämförts. Någon beskrivning av respondenterna avseende ålder, yrke,

antal barn o.s.v. efterfrågades inte av författarna. Om detta efterfrågats hade det kunnat stärka överförbarheten och därmed trovärdigheten ytterligare (Lundman & Graneheim, 2012).

En noggrann beskrivning av analysarbetet stärker studiens tillförlitlighet (Lundman & Graneheim, 2012). Båda författare har läst samtliga intervjuer och genomfört analysen gemensamt, vilket ökar studiens tillförlitlighet. Meningsbärande enheter, koder och kategorier har diskuterats regelbundet under analysprocessen (a a). Under arbetets gång har materialet presenterats för klasskamrater och handledare som har återkopplat och gett feedback till författarna.

Författarnas syfte med studien var inte att belysa skillnader mellan kejsarsnitt och vaginalförlossning men det var naturligt för respondenterna att ändå göra det. Samtliga av de skillnader som angavs var viktiga för författarna att skildra eftersom det var på det sättet som respondenterna framställde sina upplevelser. Det diskuterades huruvida det var relevant för syftet men författarna i föreliggande studie ansåg att det var av vikt eftersom det var en återkommande jämförelse som gjordes av samtliga respondenter. Resultatet visade att det är jämförelsen mellan de båda förlossningarna som lägger grunden för hur kvinnorna uppfattar hur det var att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt. Det vill säga att de kvinnor som haft en svår första förlossning ibland var mer benägna att uppleva VBAC som positivt än de som inte hade haft en tidigare svår förlossning.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet visade att vårdpersonalen som kvinnorna kommit i kontakt med inför planeringen av en vaginal förlossning efter ett kejsarsnitt ansågs ha inställningen att det var självklart att de skulle föda vaginalt kommande förlossning. Liknande resultat tog Lundgren et al (2015) upp i sin studie, där vårdpersonal i länder med hög VBAC-frekvens såg VBAC som ett naturligt förstahandsval. Sverige är ett av de länder som har en högre förekomst av VBAC än övriga Europa. Kvinnorna i föreliggande studie uppgav ibland att de under föregående förlossning blivit traumatiserade och drabbade av en förlossningsrädsla, vilken gjorde att de denna gång önskade delaktighet i förlossningsplaneringen. Barnmorskan ska enligt Halldorsdottir och Karlsdottirs (2011) teori sträva efter kvinnans rätt till självbestämmande

och värna om hennes rätt till informerade val. Detta stöds av andra studier i länder med både låg och hög VBAC-frekvens, som visat att det finns ett behov för kvinnor att involveras i val angående förlossningssätt, i samråd med sjukvårdspersonal (McGrath et al., 2010; Nilsson, van Limbeek, Vehvilainen-Julkunen & Lundgren, 2017).

Kvinnorna i föreliggande studie uppgav ofta att det var på grund av det stöd som kvinnorna fick som gjorde att de klarade av att genomföra en vaginal förlossning. De vittnade om olika former av stöd speciellt det som de fick av barnmorskan på mödrahälsocentralen, via specialistmödravården och även av barnmorskan under förlossningen. Detta var i likhet med Nilsson, van Limbeek, Vehvilainen-Julkunen och Lundgrens (2017) studie som visade att kvinnan behövde stöd och känna att hon och hennes väntande barn skulle bli väl omhändertagna under den kommande förlossningen. Det resultatet går hand i hand med barnmorskans roll som ska vara att stärka kvinnan i sin förmåga att klara av en förlossning (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

I resultatet framkom att kvinnorna ibland påverkades av vårdpersonalens attityd till att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt. Detta kunde å ena sidan upplevas som negativt, av de kvinnor som var osäkra på om de ville föda vaginalt. Å andra sidan kunde det uppfattas positivt, av de kvinnor som ville genomföra en vaginal förlossning. Lundgren et al. (2016) kom i sin studie fram till att vårdpersonals negativa inställning kunde vara en potentiell barriär när det gällde att öka förekomsten av VBAC. Resultatet i föreliggande studie tolkades som att vårdpersonals positiva inställning däremot kan öka möjligheten för kvinnor att kunna klara av och att önska genomgå en vaginal förlossning efter ett tidigare kejsarsnitt.

Samtliga kvinnor i studien hade uppmuntrats till att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt. Detta är intressant eftersom tidigare studier visat att en orsak till ökningen av kejsarsnitt ofta beror på att kvinnor som tidigare genomgått ett kejsarsnitt inte tillåtit föda vaginalt vid nästa förlossning (Guise et al., 2010). Studien av Lundgren et al. (2015) visade att i länder med hög VBAC-frekvens, som t.ex. Sverige, anser oftast obstetrikern att kvinnor har rätt till det gynnsammaste förlossningssättet, vilket de menade var en vaginal förlossning (Lundgren et al., 2015). Detta stöds av forskning som har visat att VBAC kan ses som ett säkert alternativ för de flesta kvinnor som tidigare genomgått ett kejsarsnitt vilket även kan förklara den upplevelse som kvinnorna i föreliggande studie hade. Halldorsdottir och Karlsdottir (2011)



anser att barnmorskor ska arbeta evidensbaserat. Således borde det vara alla barnmorskors uppgift att ge kvinnorna det stöd som behövs för att de ska kunna genomföra VBAC.

Resultatet visade att kvinnorna nästan uteslutande fick positiv information om att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt. De upplevde snarare att de skulle föda vaginalt till varje pris. Detta gick helt emot en annan studie där det framgick att kvinnorna sällan informerades om några positiva aspekter med att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt (Lundgren, Begley, Gross & Bondas, 2012). I den studien möttes kvinnorna av attityden att VBAC var oansvarigt och riskerade att skada barnet, medan kvinnorna i föreliggande studie upplevde det helt tvärtom, att ett kejsarsnitt skulle vara oansvarigt. Kvinnorna i föreliggande studie fick genomgående ingen eller väldigt lite information kring risker med att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt. Detta styrker att personalens attityd är avgörande. För att respektera kvinnornas autonomi ska de få tillgång till information om både nytta och risk för att kunna fatta ett beslut och ge sitt samtycke (Andolf, 2008).

Kvinnorna önskade ibland kejsarsnitt eller induktion eftersom de såg det som en trygghet och möjlighet att behålla kontrollen under förlossningen. En annan studie visade på kvinnors behov av att bearbeta erfarenheter av den negativa förlossningen för att detta inte ska utesluta en vaginal förlossning i framtiden (Munro et al, 2016). Enligt Shorten och Shorten (2012) garanterar inte ett uppfyllt önskemål om förlossningssätt att upplevelsen av förlossningen blir positiv. De som inte var nöjda med att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt kunde inte garanterat blivit mer nöjda om de fått välja förlossningssätt själva.

Kvinnorna var ofta väldigt nöjda med att ha genomfört en vaginal förlossning efter ett kejsarsnitt, vilket helt motsätter den trend som ses i stora delar av Europa, där det rutinmässiga tillvägagångssättet i många länder är att kvinnor som förlöst med kejsarsnitt vid en tidigare förlossning gör det även vid nästa (Lundgren et al., 2015). Kvinnorna som intervjuades upplevde ofta att de hade gått miste om förlossningsupplevelsen när den avslutades med kejsarsnitt. De uttryckte att de hade fått upprättelse när de genomfört en vaginal förlossning, vilket ges stöd av resultatet i en studie av Keedle et al. (2015) som tog upp likande resultat som en av de psykologiska fördelarna med att genomgå VBAC.

En del av resultatet i denna studie var kvinnornas upplevelse av återhämtning efter en vaginal förlossning. Detta jämfördes ofta med deras återhämtning efter kejsarsnittet och beskrevs som

okomplicerat. Kvinnorna upplevde att det underlättade för dem i anknytningen till barnet och att det gick fortare att etablera en fungerande amning. Det skulle dock kunna vara så att de upplevde att amningen fungerade bättre efter en vaginal förlossning på grund av att de nu hade amningserfarenhet. Kvinnorna upplevde även att smärtan efter en vaginal förlossning var mindre och att de inte hade behov av att ta några smärtstillande tabletter, vilket gjorde att de inte kände sig lika fysiskt begränsade som efter deras förra förlossning. Detta överensstämde med resultatet i en studie av Meddings et al. (2007) som undersökte vilka anledningar kvinnor uppgav för att vilja genomföra VBAC. Keedle et al. (2015) tog upp kortare sjukhusvistelse vilket även kvinnorna i föreliggande studie ibland tog upp som en faktor till att återhämtningen efter en vaginal förlossning upplevdes enklare.

### **Konklusion och implikationer**

Vårdpersonalens stöd inför och deras inställning till vaginal förlossning efter kejsarsnitt spelar en stor roll för kvinnornas upplevelse av vaginal förlossning efter kejsarsnitt. Information kring och delaktighet i beslut och planering var viktigt för kvinnorna för att de skulle känna sig trygga i att våga genomföra en vaginal förlossning. Kvinnorna upplevde en rädsla för att behöva gå igenom ett nytt kejsarsnitt eftersom återhämtningen var svårare och amningen tog längre tid att etablera. Det beskrevs som mycket positivt att få vara tillsammans med sitt barn och partner direkt efter förlossningen. Många av kvinnorna hade längtat efter att få föda vaginalt och det kunde ses som en upprättelse eftersom de kunde känna att de gått miste om sin första förlossningsupplevelse. Till stor del upplevde kvinnorna det som positivt att få möjligheten att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt, därför är viktigt att kvinnor även i framtiden ges denna möjlighet. Barnmorskan bör ta hänsyn till det faktum att den födande kvinnan inte har genomgått en vaginal förlossning och ge stöd därefter. Det är av stor vikt att vårdpersonal är medveten om sin egen inställning till att föda vaginalt efter ett tidigare kejsarsnitt, och att den inställningen kan påverka kvinnorna, i både positiv och negativ riktning. För att kvinnorna ska få rätt stöd bör förlossningsvården möjliggöra för kvinnor att delta i sin egen förlossningsplanering när behovet finns.

## Referenser

- Andolf, E. (2008). Kejsarsnitt. I Hagberg, H., Marsal, K., & Westgren, M. (Red), *Obstetrik* (upplaga 1:5 585–603). Lund: Studentlitteratur AB.
- EURO PERISTAT. (2013). Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. Hämtad 2017-04-25 från [http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010\\_w\\_disclaimer.pdf](http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf).
- Frass, K.A., & Al Harazi, A.H. (2011). Outcome of vaginal birth after caesarean section in women with one previous section and spontaneous onset of labour. *East mediterranean health journal*, 17 (1), 645-659.
- Granheim, U, H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures, and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gregory, K. D., Jackson, S., Korst, L., & Fridman, M. (2012). Cesarean versus Vaginal Delivery: Whose Risks? Whose Benefits?. *American Journal of Perinatology*, 29 (1), 7-17. doi: 10.1055/s-0031-1285829
- Guise, J-M., Eden, K., Emeis, C., Denman, M.A., Marshall, N., Fu, R., J.... & McDonagh, M. (2010). *Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Reports/Technology Assessments No 191*. Hämtad 2017-04-26 från [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44571/pdf/Bookshelf\\_NBK44571.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44571/pdf/Bookshelf_NBK44571.pdf)
- Halldorsdottir, S & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 (4) 806–817. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x
- International Confederation of Midwives (ICM) (1999). Den internationella etiska koden för barnmorskor. Hämtad 2017-04-28 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>
- Karlström, A., Nystedt, A., Hildingsson, I. (2011). A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sexual & reproductive healthcare*, 2 (3) 93-99. doi:10.1016/j.srhc.2011.03.002
- Keedle, H., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H.G. (2015). Women's reasons for, and experiences of, choosing homebirth following a caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15 (206). doi: 10.1186/s12884-0639-4
- Krispin, E., Hirsch, L., Goldsher, Y., Wiznitzer, A., & Ashwal, E. (2017). Association between prior vaginal birth after caesarean and subsequent labor outcome. *Journal of maternal-fetal & neonatal medicine*, 1-7. doi: 10.1080/14767058.2017.1306513

Lundgren, I., Begley, C., Gross, M. M., & Bondas, T. (2012). 'Groping through the fog': a metasynthesis of women's experiences on VBAC (Vaginal birth after Caesarean section). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 1-11, doi: 10.1186/1471-2393-12-85

Lundgren, I., Healy, P., Carroll, M., Begley, C., Matherne, A., Gross, M. M.,... & Lalor, J. (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(350), 1-10. doi: 10.1186/s12884-016-1144-0

Lundgren, I., van Limbeek, E., Vehvilainen-Julkunen, K., & Nilsson, C. (2015). Clinicians' views of factors of importance for improving the rate of VBAC (vaginal birth after caesarean section): a qualitative study from countries with high VBAC rates. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15 (196), 1-12. doi: 10.1186/s12884-015-0629-6

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård. Lund: Studentlitteratur

McGrath, P., Phillips, E., & Vaughan, G. (2010). Vaginal birth after Caesarean risk decision-making: Australian findings on the mothers' perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 6 (3), 274-281. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01841.x

Meddings, F., Phipps, F., Haith-Cooper., & Haigh, J. (2007). Vaginal birth after cesarean section (VBAC): exploring womens perceptions. *Journal of clinical nursing*, 2007: 16 (1), 160-167.

Munro, S., Janssen, P., Corbett, K., Wilcox, E., Bansback, N., & Kornelsen, J. (2016). Seeking Control in the Midst of Uncertainty: Women's Experiences of Choosing Mode of Birth After Caesarean. *Women and Birth*, 1-8. doi: 10.1016/j.wombi.2016.10.005

Nilsson, C., van Limbeek, E., Vehvilainen-Julkunen, K., & Lundgren, I. (2017). Vaginal Birth After Cesarean—Views of Women From Countries With High VBAC Rates. *Qualitative Health Research*, 27 (3), 325-340. doi: dx.doi.org/10.1177/1049732315612041

Pallasmaa, N., Ekblad, U., Aitokallio-Tallberg, A., Uotila, J., Raudaskoski, T., Ulander, V-M., & Hurme, S. (2010). Cesarean delivery in Finland: maternal complications and obstetric risk factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 89, 896-902. doi: 10.3109/00016349.2010.487893

SFOG. (2010). *Kejsarsnitt* (Rapport nr 65) Hämtad från <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG6546953362-8e9e-4acd-bd5b-ff9f6415419d.pdf>

Shorten, A., & Shorten, B. (2012). The Importance of Mode of Birth After Previous Cesarean: Success, Satisfaction, and Postnatal Health. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57 (2), 126-132. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00106.x

Simkin, P., (1992). Just another day in a Womans's life? Women's Long-Term Perceptions of Their First Birth Experience. Part 2. *BIRTH*, 18 (4), 203-210.

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

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2017-04-28 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

WHO (2015). World Health Organization. Statement on Caesarean Section Rates. Hämtad 2017-04-25 från:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1)

WMA (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 2017-04-28 från:  
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

## **Arbetsfördelning**

Arbetet med skrivandet av denna uppsats har delats lika mellan författarna. Båda författare har deltagit aktivt i planering och genomförandet av arbetet. Tre intervjuer har genomförts gemensamt, resterande tio har delats upp lika mellan författarna. Transkriberingen av materialet har fördelats lika. Analys av materialet samt skrivprocessen har skett gemensamt.