

Kvinnor som önskar kejsarsnitt

Ångest, risktänkande och skam vanligt, enligt kvalitativ studie



HANNA ÅMARK, AT-läkare,
Västerås, vid tiden för studien
med kand

ELSA LENA RYDING, med dr,
överläkare

elsalena.ryding@karolinska.se;
båda kvinnokliniken, Karolinska
Universitetssjukhuset Solna,
Stockholm

I massmedierna debatteras kvinnors önskan att förlösas med planerat kejsarsnitt. Bilden av storstadskvinnan mitt i karriären som väljer kejsarsnitt för att kontrollera sitt liv målas upp. Stämmer det med verkligheten? Enligt Hildingsson [1] finns andra faktorer som samvarierar med önskan att förlösas med kejsarsnitt. Massmedierna verkar inte vara rättvisande.

Önskan om kejsarsnitt

Antalet kejsarsnitt stiger, likaså andelen elektiva [2]. På trettio år har kejsarsnittet ökat från 5,3 procent till 16,3 procent [3], och de på humanitär (icke obstetrisk) indikation ökade med 80 procent mellan 1990 och 2001 [4]. Kring år 2000 utfördes ca 7 procent av kejsarsnittet på humanitär indikation i Sverige [4]. På Karolinska Universitetssjukhuset Solna utfördes 632 elektiva kejsarsnitt under 2004; 37,6 procent på grund av oro hos den blivande mamman.

En stor svensk studie visar att 8,2 procent, i mitten av graviditeten, vill förlösas med kejsarsnitt [1]. Det finns flera variabler som samvarierar med denna önskan, till exempel ålder över 35 år, att leva ensam, att leva i en liten stad, avsaknad av högskole- eller universitetsutbildning, rökning, tidigare abort, oro under graviditeten och framför allt tidigare kejsarsnitt [1]. Samtidigt är kejsarsnittsfrekvensen högre ju rikare kommunen är [5].

Den vanligaste orsaken till att önska kejsarsnitt är svår förlösningssrädsla [6]. Rädsla för förlösningen förekommer i olika grader, från lätt oro till intensiv skräck, »tokofobi« vilket påverkar det dagliga livet [8] för ca 5–6 procent av gravida kvinnor [9]. Rädslans fokus varierar [10, 11].

Förlösningssrädsla

Antalet kvinnor som söker hjälp på grund av förlösningssrädsla har ökat, men andelen med svår förlösningssrädsla är troligen konstant [12]. Speciella mottagningar för förlösningssrädsla kvinnor, ofta kallade Auroramottagningar, har inrättats vid praktiskt taget alla svenska sjukhus [13]. På Auroramottagningen får kvinnan/paret träffa en barnmorska och en läkare för diskussion kring förlösningssätt och risker med kejsarsnitt. Därefter planeras fortsatt handläggning. Om läkaren finner det rimligt, informeras patienten om att kejsarsnitt är ett möjligt alternativ, som hon sedan kan ta ställning till. Vaginal förlösning förespråkas ofta, och patienten erbjuds samtalsstöd.

Vid utvärdering av den vård och det stöd som förlösningssrädsla får, har det visat sig att 50–60 procent av kvinnorna som från början önskade kejsarsnitt accepterar vaginal förlösning efter psykologiskt stöd med olika metoder [8]. Kognitiv psykoterapi har inte visat sig öka andelen som föder vaginalt [8], jämfört med rådgivning, men ledde till minskad ångest och kortare förlösningstid [8].

De medicinska riskerna vid kejsarsnitt är större än vid vaginal förlösning [6]. Trots det finns en växande grupp som öns-

kar kejsarsnitt utan obstetrisk orsak [4]. Hänsyn till kvinnans autonomi kräver att man tar deras önskan på största allvar [14]. Med mer kunskap om varför kvinnan önskar kejsarsnitt kan man förhoppningsvis bemöta henne på ett bättre sätt och ha större förståelse för hennes önskemål.

Forskningsfrågor

- Vad anger kvinnan som orsak till önskan att förlösas med kejsarsnitt?
- Vad är viktigt i beslutsprocessen hos den gravida kvinnan?
- Hur bemöts kvinnors önskan att förlösas med kejsarsnitt?

METOD

Tio gravida kvinnor, ett sk bekvämlighetsurval, intervjuades av Hanna Åmark (HÅ). De var 27–41 år gamla, medelålder 35 år. Sex var förstföderskor, fyra omföderskor, varav två hade fött även sitt första barn med kejsarsnitt, en på grund av förlösningssrädsla och en på grund av sätesbjudning. Inklusionskriterierna var att de skulle ha fått tid för kejsarsnitt på humanitär indikation och vara svensktalande. En kvinna avbeställde sitt planerade kejsarsnitt efter intervjun och födde vaginalt. Intervjuerna byggde på en intervjumall och var cirka 60 minuter långa. De spelades in och skrevs ut så exakt som möjligt för att sedan åter valideras mot inspelningen. Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm godkände studien 2005-11-09, protokoll 2005/4:10.

Analys

Intervjuerna lästes upprepade gånger, och inspelningarna gicks åter igenom för att bättre fånga tonfall och stämningen i intervjuerna. Analysen gjordes i form av meningsanalys, enligt Kvale, där flera delar ingår, vilka beskrivs nedan:

SAMMANFATTAT

Kejsarsnitt på den gravida kvinnans begäran (»humanitär indikation») ökar i Sverige. Orsakerna är ofullständigt kända.

Tio kvinnor som fått tid för kejsarsnitt utan obstetrisk orsak intervjuades. De berättade om sina skäl för att önska kejsarsnitt, om hur de fattat sitt eget beslut och om bemötandet privat och i sjukvården.

Svår förlösningssrädsla ofta sedan många år, var det dominerande skälet. Kvinnorna hade påverkats kraftigt av sin ångest. De var rädda bl a för smärta och för att förlora kontrollen och på så sätt åstadkomma att barnet skadades. **Vissa kvinnor var** oerhört beslutsamma i sin önskan om

kejsarsnitt. Andra var mer ambivalenta och mycket rädda även för en operativ förlösning. Trots ingående information bedömde de riskerna för sig själv och barnet mindre vid en planerad operation än vid en vaginal förlösning. **Kvinnorna hade uppfattat** att många människor ansåg att de gjorde fel i att önska kejsarsnitt. De hade upplevt mer eller mindre av känslor av skam och skuld. Upplevelsen kunde färgas av deras egen förväntan på att bli ifrågasatta på ett negativt sätt. Deras egen partner hade dock upplevt stödande i situationen.

- Meningskategorisering, där kategorier/teman skapas, under vilka intervjupersonens uttalande antingen kan eller inte kan placeras [15]. Intervjutexten kodades för de teman som uppkom inom ramen för forskningsfrågorna.
- Meningskoncentration, där uttalanden formuleras mer koncist [15]. Varje intervju koncentrerades var för sig, utifrån forskningsfrågorna, för att nå essensen av intervjupersonens åsikter inom varje fråga.
- Narrativ strukturering, att med utgångspunkt från de olika historier som berättas försöka skapa en sammanhängande text [15]. De olika teman som uppkommit vävdes samman genom liknande upplevelser av olika intervjupersoner.
- Meningsstolkning, att tränga djupare ner i innehållet och tolka meningen. En del av tolkningsarbetet gjordes redan under intervjun genom att koncentrera intervjupersonens mening och återge den till intervjupersonen, som fick möjlighet att påpeka om det var rätt uppfattat eller inte [15]. Utifrån detta besvarades forskningsfrågorna och citat lades till för att ytterligare belysa och konkretisera intervjupersonernas ståndpunkter och de ofta starka känslorna dessa medförde.

RESULTAT

Orsak till önskan om kejsarsnitt

Det främsta skälet till att kvinnorna ville förlösas med kejsarsnitt var förlossningsrädsla, vilket stämmer väl överens med tidigare forskning [6]. Kvinnorna påverkades kraftigt av rädslan, som hos de flesta fanns ständigt gnagande, störde sömnen och koncentrationsförmågan, gjorde det svårt att glädjas åt graviditeten och gav upphov till skuld-känslor och ångest. Rädslan var så stark att vissa kvinnor inte hade velat skaffa barn på många år, eller hade velat göra abort om de inte fått möjlighet till kejsarsnitt.

De som inte beskrev en ständigt närvarande rädsla och oro uppgav att den skulle ha funnits, om de inte tidigt hade fått besked om att kejsarsnitt var en möjlighet. Sex av tio hade haft förlossningsrädsla ända sedan de först började fundera över att de någon gång skulle föda barn.

Intervjuad person (IP):

»Men det har ju också varit, till att jag inte har skaffat barn igen tidigare. [- - -] Jag tänkte att först måste jag komma förbi vecka elva-tolv. Sen kom dom här enorma mardrömmarna! Jag har asså vaknat på nätterna och skrikit för att jag är okontrollerad, att jag inte får bestämma över mig själv. [- - -] Å så kunde jag när jag låg där på nätterna å skrek å hade mardrömmar å så, kunde jag precis se hela förlossningsrummet, jag började helt plötsligt komma ihåg tavlor, du vet, jättesmå saker började jag uppleva i det hela då.«

Orsaken till rädslan varierade. Det mest framträdande var rädsla för smärta, för att barnet skulle skadas, för att inte »klara av« förlossningen eller för att förlora kontrollen. Förlossningen är en ökad situation som man inte vet hur man kommer att reagera på, vilket kan skapa osäkerhet och otrygghet. Vissa var rädda för att de skulle ge upp mitt i, att de inte skulle kunna agera när det krävdes, att barnet skulle ta skada på grund av att de själva inte klarade av situationen. Ofta fanns en skrämmande upplevelse som rädslan byggts upp kring, som tidigare kränkning i vården, att ha sett eller hört om komplicerade förlossningar, barn som skadats eller skrämmande filmer.

Rädslan kunde få extra bränsle på grund av bristande förtroende för förlossningspersonalen, rädsla för att överenskomelser, som till exempel en förlossningsplan, inte skulle hållas,

eller för att smärtlindring inte skulle finnas, trots att man lovats det. Vissa upplevde sig själva som extra smärtekänsliga eller hade varit med om en tidigare traumatisk förlossning, sett förlossningsskadade barn eller upplevde just den här graviditeten som särskilt betydelsefull, exempelvis beroende på infertilitetsproblematik eller hög ålder.

Så här kunde det låta när kvinnor beskrev sin rädsla:

IP: »Jag har ju haft såna problem med mensvärk [...] och att jag har så låg smärttröskel, vet inte hur jag skulle klara av en värk, en förlossningsvärk alltså, om jag inte klarar av mensvärk.«

IP: »Eeee jo men jag tycker att det är två aspekter, det är att ligga där och kämpa och komma till ett stadie där varken jag eller barnet klarar av det, där någon tar skada, jag är så rädd att det ska bli aaaa att plötsligt få det där att hjärtljuden går ner och barnet får inte tillräckligt med syre.«

IP: »Jag har vaknat på nätterna och hade asså mardrömmar. [- - -] Om det här scenariet, om att jag var på förlossningen och inte så mycket om själva smärtan utan mer om själva upplevelsen att de bestämmer över mig. [- - -] Någoting sker som jag inte alls är beredd på. Jag skulle sövas och jag tappade totalt kontrollen över vad man ska göra med mig, eftersom det kom så fort. För mig var det jätteläskigt, helt fruktansvärt, jag blev ju helt tokig alltså.«

IP: »[...] jag tror att mitt tidigaste minne är den där jäkla filmen Raskens, med hon vad heter hon, Claire Wikholm, som ligger och skriker genom alla de där avsnitten, det är det enda jag kommer ihåg, Claire Wikholm som föder barn och vrålar och skriker och har så fruktansvärt ont och sådana besvär och hon dör ju faktiskt i slutet av den här serien på grund av att hon föder ihjäl sig [...]«

Viktiga faktorer i beslutsprocessen

Beslutet om kejsarsnitt eller inte kunde upplevas som att välja mellan pest och kolera. Det kunde finnas en önskan att våga genomgå en vaginal förlossning, och skräcken inför kejsarsnittet kunde vara nästan lika stor som inför en vaginal förlossning. Andra kvinnor hade bestämt sig sedan lång tid tillbaka – vaginal förlossning fanns inte som alternativ, beslutet var odiskutabelt.

Alla kvinnor hade fått noggrann information om de ökade riskerna med kejsarsnitt. Trots det upplevde de flesta riskerna med kejsarsnitt som lägre, vilket också var en anledning till önskan om kejsarsnitt. Det fanns ofta bristande tillit och förtroende för förlossningspersonalen, samtidigt som nästan alla hade ett mycket stort förtroende för operationspersonalens skicklighet och förmåga att utföra kejsarsnittet.

IP: »[...] det är ju mycket enklare, det går ju fort å man vet ju när det händer mmm samtidigt känner man det här att det är en stor bukoperation, kanske helt i onödan, asså den tanken finns ju där också, hur hade en förlossning gått? Det kanske hade gått hur lätt som helst [...]«

HÅ: »Hur hade det känts om dom hade sagt härifrån att nej, det blir inget kejsarsnitt?«

IP: »Ja ... Då hade jag vänt mig någon annanstans.«

IP: »[- - -] Det har ju känts på något sätt säkrare med

snitt. Det har ju känts att det är en läkare som vet vad han eller hon håller på med som tar ut barnet.«

IP: »Först ja asså det är klart att det finns risker, det finns jättemycket risker med att föda barn på vanligt sätt också, för mig känns riskerna med att föda barn på vanligt sätt mycket större.«

IP: »Men just det hära att jag kan tycka att jag har ingen tillit, det är det, det handlat om, ingen som helst tillit till läkare, till att bli omhändertagen [...]«

IP: »[...] men jag har hundra procentig tilltro till läkarna och hon har mått bra hela tiden, hjärtljuden har varit bra och jag har haft bra värden, så jag kan liksom inte se [...], men jag ser inte hur ett snitt skulle ta å skada henne [...]«

Bemötande av önskan om kejsarsnitt

De flesta upplevde att kejsarsnitt på humanitär indikation ses som något fult och fel. De förväntade sig att bli ifrågasatta. Vänner hade varit stöttande och förstått bakgrunden till beslutet medan bekanta hade kommenterat på ett sätt som uppfattats som nedvärderande och ifrågasättande. Nio av tio levde tillsammans med den blivande pappan, och i alla dessa fall var partnern ett bra stöd.

IP: »[...] hon är en sån hära superkvinna, som har fem barn och har fött alla utan smärtlindring och där var jag en gång lite dum och sa att jag tycker att det här var läskigt och om jag någonsin får barn så hoppas jag att jag kanske kan få kejsarsnitt och jag blev så totalt idiotförklarad av tjejkarna som satt runt bordet, så det var första gången som jag lärde mig att oj, det här pratar man inte offentligt om.«

Bemötandet på mödravårdscentralen (MVC) hade varierat, vissa hade mötts med respekt medan andra hade känt sig kränkta och ifrågasatta.

Hur bemötandet upplevts präglades också av att de flesta hade förväntat sig att bli ifrågasatta. Flera hade redan vid inskrivningen på MVC tagit upp sin rädsla och önskan om kejsarsnitt. Trots det kom de flesta till Auroramottagningen eller specialmödravården sent i graviditeten.

Bemötandet på Auroramottagningen hade nästan alla varit nöjda med. Flera kvinnor påpekade att ett bra bemötande från barnmorskan, där denna sakligt tog upp argument och risker med olika förlossningssätt, utan att kvinnan kände sig nedvärderad, öppnade dörren för information och nya tankar. Det gjorde det lättare att tänka sig en vaginal förlossning och gav en möjlighet att börja bearbeta rädslan.

DISKUSSION

De intervjuade, svensktalande kvinnorna kan inte anses vara representativa för alla kvinnor som önskar kejsarsnitt och speglar inte kulturskillnader eller kvinnor med annan etnisk eller religiös tillhörighet. Inga kvinnor med allvarlig psykisk sjukdom, djup social problematik eller låg ålder deltog.

Våra informanter lever i en storstadsmiljö, där kvinnan inte kan garanteras plats på närmaste förlossningsavdelning när värvkarbetet startat. Detta faktum togs inte upp av intervjupersonerna men kan säkert betyda något i förhållande till kvinnornas bristande förtroende för förlossningsvården.

Målet med en kvalitativ studie är inte att den ska vara representativ för en stor grupp, utan ses som ett komplement till

kvantitativa studier. Kvalitativ metod passar bra för att fånga individens erfarenheter och deras föreställningsvärld [15]. Analysen gjordes i form av meningsanalys.

Vi skulle ha kunnat fördjupa analysen av orsakerna till den ångest som kvinnorna angav som orsak till önskan om kejsarsnitt. Troligen hade det behövts mera tid för de enskilda intervjuerna för att få ett rikare material.

Ångest vanlig orsak till önskan om kejsarsnitt

Ångest inför olika aspekter av den vaginala förlossningen dominerade kvinnornas skäl för att begära kejsarsnitt. Ångesten var i flertalet fall svår och/eller hade funnits långt före den aktuella graviditeten. Varje kvinna hade sitt skräckscenari. Innehållet i rädslan varierade i likhet med vad man funnit i tidigare studier [10, 11, 13, 16].

Att få bestämma tid och plats för förlossningen eller ovilja att genomgå en normal kroppsförändring i underlivet var inte skäl som kvinnorna angav. Detta kan bero på att de inte uppfattat liknande skäl som »gångbara« inför ett planerat kejsarsnitt på Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Deras våltaliga beskrivningar av ångest talar dock starkt mot att de skulle »spela« en förlossningsrädsla eller sjukhusskräck som inte finns.

Selektiv uppmärksamhet och lågt förtroende

Inte bara personal inom mödra- och förlossningsvård fokuserar på riskbedömning. Kvinnorna som intervjuades gjorde sin egen bedömning av risker och fördelar med kejsarsnitt. De hade tagit del av mycket information.

Eftersom ångest var en dominerande faktor kan man misstänka att så kallad selektiv uppmärksamhet spelar in. Det är välkänt att ångest påverkar människor så att man uppfattar endast sådan information som styrker farligheten i det man är rädd för och inte tar till sig information som borde vara lugnande i sammanhanget.

Det låga förtroendet för vården vid en vaginal förlossning var en annan faktor som kom upp under intervjuerna och som diskuteras nedan utifrån vårdens problem.

En möjlig förklaring är att kvinnor som önskar kejsarsnitt ofta har något sämre erfarenheter av nära kontakter under barna- och ungdomsåren och därmed vissa svårigheter med tillit till andra människor när kvinnan är i en utsatt situation, något som styrks av pågående forskning angående personlighet, [17].

Upplevelser av nedvärdering och skam

Att känna sig nedvärderad och skämmas var ett nytt tema som kom upp vid intervjuerna. Betydelsen av attityden hos personal som ger information samt att önskan om kejsarsnitt inte tas på allvar tidigt i graviditeten var andra faktorer som betonades av de intervjuade kvinnorna.

Utifrån detta samt frågan om förtroende vill vi diskutera om vi i kvinnosjukvården skulle kunna förändra bemötandet av kvinnor som önskar kejsarsnitt.

Vård och information borde kunna förbättras

Starkt förlossningsrädda gravida kvinnor är en grupp med behov av hjälp och stöd. Det är viktigt att de tidigt får adekvat hjälp och remitteras till en Auroramottagning eller liknande när mödravårdscentralens resurser inte räcker. Flera av kvinnorna kom sent i graviditeten. Skulle en större andel ha valt vaginal förlossning om de under en längre tid fått bearbeta rädslan? Det finns behov av fortsatt forskning om olika typer av psykoterapi som behandling vid svår förlossningsrädsla. Idag finns ingen evidens för bästa behandlingsmetod [13].

Trots information om riskerna upplevde sju av tio kejsarsnitt

som säkrare. Rädsla och oro är markörer för fara, och upplevelsen av risker varierar mellan olika människor. Dessutom kan det vara svårt att ta till sig information när man är rädd. Vikten av att kvinnorna är ordentligt informerade inför beslutet om kejsarsnitt och av deras informerade samtycke i beslutsprocessen tas upp i flera artiklar [18, 19]. Är informationen tillräckligt bra, och given på ett begripligt sätt? Rutinerna kring vilken information som ges och hur den ges kan kanske förbättras.

Förtroendeskapande åtgärder

Kvinnornas låga förtroende för vården vid en vaginal förlossning manar till eftertanke. Kanske är det inte information om risker, utan helt andra åtgärder, som skulle kunna stoppa trenden mot att allt fler kvinnor önskar kejsarsnitt utan obstetrisk indikation. Vi vill påminna om att kontinuerligt stöd under förlossningen är en evidensbaserad åtgärd som kan minska risken för operativ förlossning och förkorta förlossningens längd [20]. Skulle en möjlighet till närvaro av barnmorska under i princip hela en förstföderskas aktiva förlossningsarbete kunna ge ökad trygghet? Kvinnors känsla av kontroll över situationen kan också i vissa fall tillgodoses vid en vaginal förlossning med hjälp av tät läkarkontakt i graviditetens slutskede och vid lämplig tid en planerad induktion [14]. Att vid spontan förlossning veta vil-

ken klinik man ska föda och ha fått besöka förlossningsavdelningen är basala trygghetskapande ting som idag inte längre är någon självklarhet.

Större förståelse kan ge mindre skam

Alla intervjuade har upplevt att det är fullt, fel och skuldbeläggande att önska kejsarsnitt på humanitär indikation. Det har de hört av vissa vänner, bekanta eller från vårdpersonal. Detta har inte framkommit i tidigare forskning. Med större förståelse för hur dessa starkt förlossningsrädda personer mår och påverkas av sin rädsla kan åtminstone vårdpersonal lära sig att bemöta dem med mindre skuldbeläggande och större förståelse. Att bemötas med förståelse och respekt kan också öppna dörren för ny information och argument för den vaginala förlossningen.

De tio kvinnorna som intervjuades berättade om intensiv rädsla för vaginal förlossning, större trygghet inför kejsarsnitt trots adekvat information om risker och om upplevelser av ifrågasättande och skam. Beslutet om att begära kejsarsnitt utan obstetrisk indikation är inte något lättvindigt för kvinnan. Hon har behov av respekt och av en känsla av kontroll över sin situation.

Om vi vill minska antalet kejsarsnitt bör vi kanske framför allt utveckla vården vid vaginal förlossning.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG*. 2002;109(6):618-23.
- Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmäki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol*. 1999;94:679-82.
- Statistiska centralbyråns statistikdatabas. http://www.scb.se/templates/Product___6790.asp
- Kejsarsnitt i Sverige 1990-2001. www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8750/2005-112-3.htm
- Modin L. Kejsarsnitt dubbelt så vanligt bland rika. *Expressen*. 2004, 21 maj.
- Wax J, Cartin A, Pinette M, Blackstone J. Patient choice cesarean: An evidence-based review. *Obstet Gynecol Surv*. 2004;59(8):601-16.
- Wijma K. Why focus on 'fear of childbirth'? *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2003;24(3):141-3.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Könönen T, Halmesmäki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol* 2001;98(5):820-6.
- Ryding EL, Persson Å, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82:10-7.
- Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2002;23(4):229-35.
- Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1997;18(4):266-72.
- Sjögren B. Förlossningsrädsla utmanar vården. Kejsarsnitt är inte enda lösningen, professionellt stöd under graviditeten och planerad förlossning kan vara en hjälp för många. *Läkartidningen*. 2003;100(38):2932-5.
- Förlossningsrädsla. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2004. ARG-rapport nr 51. <http://www.sfog.se>
- Ryding EL. Kejsarsnitt - kvinnans val eller läkarens ansvar. *Läkartidningen*. 1999;96(42):4549-53.
- Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 1997. p. 170-89.
- Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82:201-8.
- Wiklund I, Edman G, Larsson G, Andolf E. Personality and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85:1225-30.
- Minkoff H, Chervenak F. Elective primary cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2003;348(10):946-50.
- Minkoff H, Powderly K, Chervenak F, Lawrence L. Ethical dimensions of elective primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2004;103(2):387-92.
- Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000062. DOI: 10.1002/14651858.CD000062

annons