



Høgskulen på Vestlandet

JOR508 - Masteroppgave Grunnutd. og Påbygg

JOR508-O-2022-VÅR1-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	15-04-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR1
Sluttdato:	06-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 JOR508 1 O 2022 VÅR1		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 408

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 14269

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 8
Andre medlemmer i gruppen: 427

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Keisersnitt etter mors ønske, hvilke årsaker ligger bak og hvordan defineres det i forskningslitteraturen. En scoping review.

Cesarean section on maternal request, what are the reasons behind it and how does the research literature define it. A scoping review.

Masteroppgave

JOR 508

Antall ord: 14 269

Kandidatnummer: 408 & 427

Master i jordmorfag

Fakultet for helse- og sosialfag

Dato: 05.05.22

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

Forord

Vi ønsker først og fremst å takke våre veiledere, som har vært til stor hjelp gjennom hele prosessen med planlegging, gjennomføring og skriving av studien. Videre ønsker vi å takke bibliotekar og andre ansatte på HVL for deres råd i søkeprosessen og med referansene. Sist, men ikke minst retter vi en stor takk til venner og familie for deres støtte og gode råd. Vi håper å ta med oss alt vi har lært videre i vår yrkesutøvelse.

Begrepsavklaring

Keisersnitt: Et kirurgisk inngrep hvor barnet blir forløst gjennom en åpning i bukveggen og livmorveggen (MacSali et al., 2020).

Elektivt keisersnitt: Et keisersnitt som bestemmes før fødselen starter og minst 8 timer før det utføres (MacSali et al., 2020).

Høyinntektsland: Land der de samlede inntektene er høye i forhold til innbyggertallet (Tjernshaugen, 2021b). I høyinntektsland er bruttonasjonalinntekt minst 12696 USD per innbygger (Tjernshaugen, 2021b). Dette er ut fra tall fra 2020 (Tjernshaugen, 2021b).

Lavinntektsland: Land der de samlede inntektene er lave i forhold til innbyggertallet (Tjernshaugen, 2021c). I lavinntektsland er bruttonasjonalinntekt lavere enn 1045 USD per innbygger (Tjernshaugen, 2021c). Dette er ut fra tall fra 2020 (Tjernshaugen, 2021c).

Mellominntektsland: Land som ligger mellom høy- og lavinntektsland i inntekt per innbygger (Tjernshaugen, 2021a). I mellominntektsland er bruttonasjonalinntekt mellom 1046 USD og 12695 USD per innbygger (Tjernshaugen, 2021a). Dette er ut fra tall fra 2020 (Tjernshaugen, 2021a).

CDMR: Forkortelse for “cesarean delivery on maternal request”. Blir brukt i stedet for “keisersnitt etter mors ønske, uten medisinsk- eller obstetrisk indikasjon” i denne studien.

Sammendrag

Tittel: Keisersnitt etter mors ønske, hvilke årsaker ligger bak og hvordan defineres det i forskningslitteraturen. En scoping review.

Hensikt: Å kartlegge hva som fantes av forskningslitteratur om bakgrunnen for keisersnitt etter mors ønske (CDMR), og hvordan CDMR blir definert i forskningslitteraturen.

Problemstilling: Hvilke årsaker ligger bak mors ønske om keisersnitt uten medisinsk indikasjon, og hvordan defineres keisersnitt etter mors ønske av forskningslitteraturen?

Metode: Scoping review med utgangspunkt i rammeverket fra Joanna Briggs Institute ble gjennomført. Systematiske søk ble utført i CINAHL, Embase og Medline.

Resultat: 24 artikler ble inkludert. Fem hovedkategorier av årsaker ble identifisert. Hovedkategoriene var frykt, tidligere traumer, påvirkning fra omgivelsene, kontroll og autonomi, og andre. Åtte av artiklene hadde en definisjon for CDMR.

Konklusjon: For å kunne sammenligne forskning på området mellom land vil det være viktig at definisjonen for indikasjonen for CDMR blir mer presis. Videre er det behov for mer forskning om CDMR i lavinntektsland.

Nøkkelord: Keisersnitt, keisersnitt etter mors ønske, CDMR, elektivt keisersnitt, årsak til ønske, definisjon, scoping review

Abstract

Title: Cesarean section on maternal request, what are the reasons behind it and how does the research literature define it. A Scoping review.

Aim: To map what research literature exists on the reasons behind cesarean section on maternal request (CDMR), and how it is defined.

Research question: What are the reasons behind maternal request for cesarean section without medical indication, and how is cesarean section on maternal request defined in the research literature?

Method: A scoping review, based on the framework of Joanna Briggs institute. Searches were carried out in CINAHL, Embase and Medline.

Results: 24 articles were included. Five categories of reasons were identified. These categories were fear, previous trauma, outside influence, control and anatomy, and others. Eight of the studies had a definition of CDMR.

Conclusion: In order to compare research on this topic, between countries, there is a need for a more precise definition of indication for CDMR. There is a need for more studies on CDMR in low-income countries.

Keywords: Cesarean section, cesarean section on maternal request, CDMR, cesarean section on maternal demand, elective cesarean section, reasons for maternal request, scoping review.

Innholdsfortegnelse

1.1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Hensikt.....	3
1.3 Problemstilling.....	3
2.0 Teoretisk forankring	3
2.1 Medikalisering.....	3
2.2 Globale forskjeller.....	4
2.3 Medbestemmelsesrett.....	6
2.4 Salutogenese.....	7
2.5 Sosial støtte.....	7
3.0 Metode	8
3.1 Metodisk rammeverk.....	8
3.2 Seleksjonskriterier.....	9
3.3 Søkestrategi.....	10
3.3.1 Kartlegging av relevante ord og fraser.....	10
3.3.2 Hovedsøk.....	11
3.3.3 Kontrollsøk.....	12
3.4 Studieutvelgelsesprotokoll.....	12
3.4.1 Pilottest.....	12
3.4.2 Utvelgelse.....	13
3.4.3 Siteringssjekk.....	14
3.5 Dataauthenting.....	14
4.0 Resultat	15
4.1 Søke- og utvelgelsesprosessen.....	15
4.1.1 Hovedsøk.....	15
4.1.2 Artikkelutvelgelse.....	15
4.1.3 Kontrollsøk.....	16
4.2 Beskrivelse av de inkluderte artiklene.....	17
4.3 Innhentet data.....	29
4.4 Definisjon av keisersnitt etter mors ønske (CDMR).....	32
4.5 Årsaker til ønske om keisersnitt.....	34

4.5.1 Påvirkning fra omgivelsene	34
4.5.2 Frykt for fødsel og komplikasjoner	36
4.5.3 Tidligere traumatisk opplevelse	40
4.5.4 Kontroll og autonomi	41
4.5.5 Andre	43
5.0 Diskusjon	45
5.1 Definisjon av keisersnitt etter mors ønske (CDMR)	46
5.2 Påvirkning fra omgivelsene	48
5.2.1 Påvirkning fra familie, venner og bekjente	48
5.2.2 Økonomi som en påvirkende faktor	49
5.2.3 Utdanning som en påvirkende faktor	50
5.2.4 Media som en påvirkende faktor	51
5.3 Frykt for fødsel og komplikasjoner	52
5.3.1 Frykt for komplikasjoner	52
5.3.2 Medikalisering av fødsel	53
5.4 Kontroll og autonomi	54
5.4.1 Opplevelse av kontroll og trygghet	54
5.4.2 Autonomi og medbestemmelsesrett	55
5.5 Diskusjon av metode, styrker og svakheter	56
5.5.1 Valg av scoping review	56
5.5.2 Bruk av PCC	57
5.5.3 Søkestrategi	58
5.5.4 PRISMA-Scr sjekkliste	59
5.5.5 Bias	60
5.6 Ethiske overveielser	60
6.0 Konklusjon	61
Referanser	63
Vedlegg 1. Utfylt PRISMA-Scr sjekkliste	I
Vedlegg 2. Hovedsøk	I
Vedlegg 3. Dataauthenting	I
Vedlegg 4. Artikler ekskludert grunnet språk	I
Vedlegg 5. Artikler ekskludert grunnet inklusjon av kvinner som fødte vaginalt	I

Oversikt tabeller og figurer:**Tabell 1:** PCC – Seleksjonskriterier**Tabell 2:** Matrise – Kvalitative studier**Tabell 3:** Matrise – Kvantitative studier**Tabell 4:** Matrise – Litteraturstudier**Tabell 5:** Identifiserte hovedkategorier**Tabell 6:** Definisjoner fra de inkluderte artiklene**Tabell 7:** Forklarende fraser fra de inkluderte artiklene**Figur 1:** Flytskjema

1.1 Innledning

I dette kapittelet blir tematikken utdypet, og bakgrunn for temaet blir presentert. Videre blir hensikt og problemstilling lagt frem.

1.1 Bakgrunn

Keisersnitt-raten har i den senere tid vært stigende globalt, og har doblet seg de siste 15 årene (Boerma et al., 2018). I 2020 ble 21 % av alle levendefødte barn forløst med keisersnitt, og i noen Europeiske land er keisersnitt etter mors ønske (CDMR) ansvarlig for 7-22 % av disse (WHO, 2021; Saisto & Halmesmäki, 2003). Et keisersnitt er et kirurgisk inngrep som kan være et viktig tiltak for å redusere mortalitet og morbiditet blant mødre og deres barn, når fødselen blir komplisert (WHO, 2021). Litteraturen definerer keisersnitt ut ifra om det er en akutt- eller planlagt prosedyre (Helsenorge, 2019). Hvis det oppstår komplikasjoner under fødselen, og vaginal fødsel vil være skadelig for mor eller barn, utføres et akutt keisersnitt (Helsenorge, 2019). Et elektivt keisersnitt planlegges i god tid før termin, og utføres hvis det er en medisinsk indikasjon eller på mors ønske (Betran et al., 2021). Keisersnitt etter mors ønske defineres slik av UpToDate: "Cesarean birth on maternal request (or "on demand") refers to a primary cesarean birth performed because the mother requests this method of delivery in the absence of a standard medical/obstetric indication for avoiding vaginal birth" (Norwitz, 2021).

En studie fra Australia rapporterte at raten av keisersnitt etter mors ønske (CDMR) var 17,3% av alle utførte keisersnitt (Robson et al., 2008). Samtidig rapporterte en studie fra USA (Pevzner et al., 2008) og en studie fra Australia (Gamble & Creedy, 2001), at 6-15 % av gravide kvinner foretrakk keisersnitt som fødselsmetode. Noen årsaker til at kvinner ønsket CDMR, var tidligere gjennomgått keisersnitt, tidligere negativ fødselsopplevelse, og frykt for å føde vaginalt (Quinlivan et al., 1999; Edwards & Davies, 2001; Weaver et al., 2007).

WHO (2015) anbefaler ikke å gjennomføre keisersnitt etter mors ønske der det ikke er noen medisinsk indikasjon. UpToDate skriver at der det ikke er noen medisinsk indikasjon for keisersnitt er vaginal fødsel trygt og bør anbefales (Norwitz et al., 2021). Til tross for at et keisersnitt er en livreddende prosedyre, medfører det også økt risiko for komplikasjoner. Keisersnitt gir økt risiko for blant annet komplikasjoner ved senere svangerskap og fødsel, anestesi-komplikasjoner, lengre rekonvalesenstid, maternell sykdom, langtidsplager, respirasjonsproblemer hos den nyfødte og nyfødt dødelighet (Norwitz et al., 2021). Det argumenteres for at det vil være uetisk å gjennomføre et så stort kirurgisk inngrep, med medfølgende risiko for komplikasjoner, uten å ha en medisinsk grunn (McDowl, 2010; Weeks, 2005).

Samtidig som en keisersnittrate på mer enn 10 % ikke fører til mindre morbiditet og mortalitet, poengterer WHO (2015) at man bør utføre keisersnitt etter kvinnens behov heller enn å fokusere på å nå en spesifikk prosent. Dette støttes av Klein (2010), som også mener at hvis kvinnene er godt informert om inngrepet, burde flere få ta dette valget selv.

I 2020 ble det gjennomført en systematisk oversikt som så på den globale raten av CDMR (Begum et al., 2020). Denne studien konkluderte med at CDMR ofte ble diskutert, men var sjeldnere rapportert. Videre konkluderte de med at det meste av forskningen knyttet til CDMR brukte tvetydige definisjoner, noe som gjør det vanskelig å fastslå insidensen og å komme med relevante tiltak (Begum et al., 2020). Å se på de ulike definisjonene gjennom en scoping review vil gi en oversikt og et tydeligere bilde over hvordan CDMR blir definert.

Det er uklart hva som finnes av informasjon i forskningslitteraturen om hvilke årsaker som ligger til grunn for at noen kvinner ønsker keisersnitt uten medisinsk indikasjon. Årsakene for CDMR er komplekse og kan bli påvirket av forskjellige faktorer som ikke alltid er enkelt forklart.

1.2 Hensikt

Hensikten med dette prosjektet er å kartlegge hvordan keisersnitt etter mors ønske blir definert i forskningslitteraturen, samt hva som finnes av forskningslitteratur angående årsaker til at mor ønsker keisersnitt når det ikke er en medisinsk indikasjon. Ved å utføre en scoping review blir det skaffet en oversikt over hva som finnes av forskning og hvilke retninger som bør utforskes videre rundt dette temaet.

1.3 Problemstilling

Hvilke årsaker ligger bak mors ønske om keisersnitt uten medisinsk indikasjon, og hvordan defineres keisersnitt etter mors ønske av forskningslitteraturen?

2.0 Teoretisk forankring

I dette kapittelet blir sentrale begreper og teorier forklart.

2.1 Medikalisering

Medikalisering defineres som «et problem som forstås med medisinske begreper, vanligvis som en sykdom eller forstyrrelse, eller at man bruker medisinske intervensjoner for å behandle det» (Conrad, 2005). De siste tiårene har man i høyinntektsland sett en økende tendens til å regulere den fysiologiske fødselsprosessen med intervensjoner. Tidligere forhold som ikke ble regnet som et medisinsk problem, slik som fødsel, blir nå preget av den moderne medisin (Miller et al., 2016). Utviklingen av medisinen kan bli sett på som et gode, ved at komplikasjoner som oppstår under et svangerskap og en fødsel kan forebygges og behandles (Thomson, 2000). Samtidig er det en stadig økende trend med bruk av teknikker

for å kunne igangsette, stimulere, overvåke og gripe inn i fødselsprosessen (Thomson, 2000; Miller et al., 2016; Renfrew et al., 2014a). Et eksempel er at det er stadig flere kvinner som utfører keisersnitt etter eget ønske og uten medisinsk- eller obstetrisk indikasjon (Kolås et al., 2003). Et annet eksempel kan være at fødekvinne blir tilført medisiner i den hensikten at fødselen skal gå raskere. Dette fører til mer bruk av teknologi, og kan føre til flere keisersnitt (Blaaka & Schauer, 2008). Medikaliseringen kan også føre til et stort fokus på risiko og sikkerhet ved fødselen, hvor det er det akutte og truende som blir dominerende (Miller et al., 2016).

I tidsskriftet The Lancet ble det publisert en artikkelserie om kvinner og barns helse i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid (The Lancet, 2016). I et av dokumentene som ble publisert, og som beskrev hvordan økningen av medikaliseringen og intervensjoner var bekymringsfullt, ble frasen “too much too soon, too little too late” brukt. “For mye, for tidlig” blir ofte sett i høyinntektsland og vil si at kvinner får for mye- og unødvendig medisinsk hjelp. “For lite, for sent” blir ofte sett i lavinntektsland og betyr at kvinner får for lite- og for sent medisinsk hjelp (Miller et al., 2016). Kvinner har forskjellige behov og ressurser i svangerskapet og under fødselen, og det er like viktig at de kvinnene som har “normale” svangerskap og fødsler får god oppfølging og omsorg, som at de kvinnene med “risikofylte” svangerskap og fødsler får det (Miller et al., 2016; Renfrew et al., 2014b).

2.2 Globale forskjeller

CDMR er en global problemstilling, og selv om keisersnittraten er stigende, er det store forskjeller på raten fra land til land (Begum et al., 2020; Nedberg, 2021, s. 3).

Keisersnittraten blir blant annet påvirket av sosioøkonomiske faktorer, kultur, økonomi og utdanning (Lindstrand et al., 2010, s. 53; Begum et al., 2020). Der det i noen land finnes keisersnittrater på 50 % (WHO, 2018), er det også land med lav forekomst av keisersnitt (Nedberg, 2021, s. 3). Deriblant blir det utført svært få keisersnitt i mange afrikanske land, og et eksempel på dette er Sør-Sudan med en keisersnittraterate under 1 % (Nedberg, 2021, s. 3; WHO, 2018). Det kan også være forskjeller på keisersnittraten innad i land, for eksempel

forskjeller fra by til land eller på sosioøkonomisk status (Nedberg, 2021, s. 3; Lindstrand et al., 2010, s. 53; Begum et al., 2020).

WHO (2007) har satt et mål om universell tilgang på helsetjenester, men dette er enda ikke oppnådd. Spesielt i lav- og mellominntektsland kan folk bo langt unna nærmeste sykehus, og de tilgjengelige helsetjenestene har lite ressurser til å utføre prosedyrer som ikke er høyst nødvendige (Lindstrand et al., 2010, s. 90; WHO, 2007). Samtidig har under halvparten av befolkningen i de fleste lavinntektsland tilgang på helsehjelp (Lindstrand et al., 2010, s. 90; WHO, 2017).

For flere er tilgang på helsetjenester avhengig av deres økonomiske status (WHO, 2007). Mens det i noen land er flest offentlige helsetjenester, er det i andre land flest private helsetjenester (WHO, 2007; Schneider et al., 2021). Offentlige helsetjenester er gratis for befolkningen og blir styrt av offentligheten, mens private helsetjenester er styrt av private aktører og befolkningen må betale for å få helsehjelp (Basu et al., 2012). I et offentlige helsesystem kan inngrep som ikke er medisinsk nødvendig føre til økte kostnader (Seijmonsbergen-Schermers et al., 2020). Dette kan videre føre til en større byrde for helsetjenester som allerede er tynnslitt, og et keisersnitt uten medisinsk indikasjon kan ta opp ressurser som kunne blitt brukt på noe annet (Antoine & Young, 2020; McDowl, 2010; Nedberg, 2021, s. 7).

Det er forskjeller på hvordan utdanning påvirker keisersnittraten i høyinntektsland, og lav- og mellominntektsland (Nedberg, 2021, s. 9). Høyere utdanning er forbundet med høyere keisersnittrate i lav- og mellominntektsland, og lavere rate i høyinntektsland (Nedberg, 2021, s. 9).

2.3 Medbestemmelsesrett

Til tross for at kvinner ikke selv kan velge fritt om de skal ha et keisersnitt eller ikke, blir grensene hele tiden strukket på grunn argumenter som går på kvinnens rettigheter (Kealy & Liamputtong, 2011).

NICE guidelines (2021) skriver om hvordan “delt valg” er en prosess hvor helsepersonell jobber sammen med pasienten for å ta en avgjørelse om pasientens helse. Dette handler om å velge undersøkelser og behandling basert på både medisinsk faglig grunnlag og pasientens individuelle preferanser, tro og verdier (NICE guidelines, 2021). Gjennom diskusjon og deling av informasjon sørges det for at pasienten får kunnskap om risikoer, fordeler og mulige konsekvenser av de forskjellige alternativene (NICE guidelines, 2021). På denne måten hjelper helsepersonell pasienten til å gjøre et informert valg (NICE guidelines, 2021).

I Norge har man pasientrettighetsloven § 3-1, som handler om pasientens rett til å medvirke ved alle former for helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1991). Dette betyr at den gravide kvinnen har rett til å medvirke ved valg av forløsningsmetode, gitt at leger og jordmødre har gitt kvinnen informasjon om mulig risiko og bivirkninger ved forløsningsmetode, jf § 3-2 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1991). Denne informasjonen skal tilpasses kvinnen ut fra alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1991, § 3-5). For at behandlingsmåte skal kunne bli bestemt, er det viktig at kvinnen har en opplevelse av å ha forstått informasjonen, blitt veiledet og ivaretatt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1991, § 3-5). Kvinnens ønsker skal vektlegges, men på en slik måte at det er den faglige forsvarligheten som er avgjørende (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1991, § 3-1).

2.4 Salutogenese

Den salutogene modellen til Antonovsky tar utgangspunkt i helse som en ressurs, og ser på opplevelsen av helse som noe bevegelig mellom god og dårlig helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 11). Antonovsky mente at ved å se etter hva som skaper helse, kunne man fokusere på de ressursene og faktorene som gir en positiv helseutvikling, heller enn å fokusere på undersøkelser som leter etter sykdom og gir en negativ helseutvikling (Lindström & Eriksson, 2015, s. 11-12). En salutogen tilnærming i fødselsomsorgen vil være å se etter de ressursene under en fødsel som vil bidra til å styrke kvinnen til å fullføre fødselen.

I "The hitchhiker's guide to salutogenesis" av Lindström og Eriksson (2015, s. 21), skriver forfatterne om Antonovskys begrep "Sense of coherence" (SOC), som betyr "opplevelse av sammenheng" på norsk. SOC er et viktig verktøy for å kunne måle helse, og et begrep som brukes mye innenfor helsefremming siden det fungerer i samspill med "meningsfullhet, "begripelighet" og "håndterbarhet" (Lindström & Eriksson, 2015, s. 21). SOC gir en indikasjon på menneskets forutsetning for å kunne mestre de utfordringene og stressfaktorene man møter på. SOC vil derfor kunne ha stor betydning på individets helse, eller mestringsressurser i denne sammenhengen. «Hvordan man opplever virkeligheten i form av begripelighet, håndterbarhet og mening, som til sammen utgjør SOC, påvirker graden av mestring, helse og velvære» (Langeland, 2011, s. 211).

2.5 Sosial støtte

Forskning viser at kontinuerlig støtte fremmer en positiv fødselsopplevelse, uansett sosioøkonomisk bakgrunn eller kultur (Gjerdingen et al., 1991; Hodnett et al., 2013). Fødekvinnen skal behandles som en unik fødende, hennes ønsker skal høres og hele tiden etterstrebes, for å kunne gi omsorg som kan gi kvinnen opplevelse av kontroll, støtte og mestring (Gjerdingen et al., 1991; Nilsson et al., 2013).

For å beskrive sosial støtte, har House (1981) kategorisert sosial støtte i fire hovedkategorier. Den første er emosjonell støtte, som blir sett på som den viktigste. Emosjonell støtte omhandler kjennskapen og relasjonen til mennesket, altså empati, kjærlighet, tillit og omsorg (House, 1981, s. 24-25). Instrumentell støtte er en mer praktisk støtte, hvor man gir assistanse og tjenester for å bidra til mestring hos personen (Cooke, 1988). Informasjonsstøtte omfatter informasjon, råd og forslag, og skal sørge for å gi den informasjonen som er nødvendig for at personen skal kunne håndtere utfordringer (Cooke, 1988). Den fjerde kategorien er evaluerende- og vurderende støtte. Denne kategorien handler om tilbakemeldinger og bekreftelser (Cooke, 1988). Her står fokuset på anerkjennelse og styrken til personen sentralt (Cooke, 1988).

3.0 Metode

I dette kapittelet blir metodisk rammeverk, seleksjonskriterier og søkestrategi beskrevet. Videre presenteres studieutvelgelse og dataauthenting.

3.1 Metodisk rammeverk

Det ble gjennomførte en scoping review for å kunne besvare problemstillingen og presentere en bred oversikt over temaet (Peters et al., 2020). Det ble tatt utgangspunkt i det metodiske rammeverket Joanna Briggs Institute (JBI) sin Reviewer's manual for hvordan en scoping review gjennomføres (Peters et al., 2020). JBI metodiske rammeverk fra 2020 baserer seg på tidligere arbeid gjort av Arksey og O'Malley (2005) og Levac et al. (2010) (Peters et al., 2020). Rammeverket til JBI er en veileder til hvordan man kan planlegge en scoping review og hva de forskjellige punktene fra tittel til konklusjon burde inneholde (Peters et al., 2020). Det ble brukt en sjekkliste, PRISMA Extension for Scoping Review, for hjelp til utforming av dette masterprosjektet (Tricco et al., 2018) (se vedlegg 1). PRISMA-Scr sjekkliste inneholder 20 avgjørende komponenter, og to komponenter som er valgfrie i prosessen når det gjennomføres en scoping review (Tricco et al., 2018). Før oppstart av

denne studien ble det skrevet en prosjektplan. Denne er ikke offentlig tilgjengelig. Denne studien mottok ikke finansiell støtte.

3.2 Seleksjonskriterier

For å svare på problemstillingen var hovedseleksjonskriteriene forskningslitteratur som undersøkte årsaker til at kvinner ønsker keisersnitt uten medisinsk indikasjon. PCC ble benyttet i utarbeiding av inklusjonskriterier. PCC står for population (P), concept (C) og context (C) (Peters et al., 2020), som kan oversettes til populasjon, konsept og kontekst (se tabell 1).

Siden prosessen i en scoping review er iterativ, altså at innholdet i studien kontinuerlig kan endres basert på data som blir samlet inn, ble det ikke satt eksklusjonskriterier ved søkets start (Levac et al., 2010). Hvis søket hadde gitt uhåndterbart store treff, kunne søket spisses og eksklusjonskriterier utarbeides (Levac et al., 2010).

Tabell 1. PCC - Seleksjonskriterier

Population	Artikler som tar for seg friske gravide kvinner i lavrisiko svangerskap med foster i hodeleie
Concept	Mor ønsker keisersnitt ved fravær av medisinsk indikasjon
Context	Lav-, mellom- og høyinntektsland

Alle kvalitative, kvantitative og systematiske oversikter som var relevante for studien ble inkludert. Et inklusjonskriterie var at kvinnene skulle være i ett lavrisiko svangerskap, når elektivt keisersnitt ble bestemt og gjennomført. Det ble inkludert kvinner i alle

aldersgrupper, samt forskningslitteratur fra både lav-, mellom- og høyinntektsland.

3.3 Søkestrategi

Tre-steps modellen til JBI for systematiske søk ble benyttet til søkestrategien (Peters et al., 2020).

1. Det første steget er at det blir gjennomført et mindre søk i to relevante databaser, studier som er relevante identifiseres og det kartlegges relevante ord/fraser i tittel, abstrakter og nøkkelord (Peters et al., 2020).
2. Det andre steget er å benytte de identifiserte ord/frasene fra steg 1 til å gjennomføre hovedsøk i relevante databaser (Peters et al., 2020).
3. I det tredje steget skal referanselistene i de studiene som har blitt inkludert fra hovedsøket gjennomgås, for å identifisere ytterligere relevante kilder (Peters et al., 2020).

3.3.1 Kartlegging av relevante ord og fraser

I det første trinnet av Joanna Briggs tre trinns søkestrategi ble det gjort et testsøk i to av de tre utvalgte databasene (Peters et al., 2020). Bibliotekar ved HVL ble kontaktet tidlig i søkeprosessen, for å bidra med trinn 1 av Joanna Briggs tre trinns søkestrategi (Peters et al., 2020). Søkeordene som ble brukt var "Maternal request OR maternal demand OR maternal decision OR patient request OR patient demand OR patient decision AND cesarean section OR ceaserean section", og det ble søkt i CINAHL og Medline. Søkeordene ble kombinert med "OR" og "AND" slik at alle relevante artikler ble inkludert, "OR" ble brukt for at søket skulle favne bredt (Helsebiblioteket, 2016; Søk & skriv, 2022). "AND" ble brukt for å søke etter artikler som brukte begrepene samtidig (Søk & skriv, 2022). Søkene ga flere treff i begge

databasene, og det ble valgt ut 3 relevante artikler der det ble hentet ut ord fra tittel og abstrakt (Peters et al., 2020).

3.3.2 Hovedsøk

Hovedsøket ble gjort fra september 2021 til oktober 2021, i databasene CINAHL, Medline og Embase (se vedlegg 2). For å inkludere alle bøyninger til verbet, ble stjerne-tegnet inkludert i flere av søkeordene (Søk & skriv, 2022).

Følgende søkestrategi med engelske ord og fraser ble benyttet:

Populasjon (P): elective cesarean, elective caesarean, planned cesarean, planned caesarean

Konsept (C): maternal request*, maternal demand*, maternal wish*, maternal decision*, maternal prefer*, maternal choice*, maternal opinion*, maternal view*, maternal feeling*, maternal desir*, maternal fancy*, maternal thought*, patient request*, patient demand*, patient wish*, patient decision*, patient prefer*, patient choice*, patient desir*, patient opinion*, patient view*, patient feeling*, patient fancy*, patient thought*, women request*, women demand*, women wish*, women decision*, women prefer*, women desir*, women choice*, women opinion*, women view*, women feeling*, women fancy*, women thought*, female request*, female demand*, female wish*, female decision*, female prefer*, female choice*, female desir*, female opinion*, female view*, female feeling*, female fancy*, female thought*, mother request*, mother demand*, mother wish*, mother decision*, mother prefer*, mother choice*, mother desir*, mother opinion*, mother view*, mother feeling*, mother fancy*, mother thought*, pregnant request*, pregnant demand*, pregnant wish*, pregnant decision*, pregnant prefer*, pregnant choice*, pregnant desir*, pregnant opinion*, pregnant view*, pregnant feeling*, pregnant fancy*, pregnant thought*, woman request*, woman demand*, woman wish*, woman decision*, woman prefer*, woman desir*, woman choice*, woman opinion*, woman view*, woman feeling*, woman fancy*, woman thought*

Kontekst (C): Søket ble ikke begrenset med kontekst da denne studien skulle se på studier som var gjort i både lav-, mellom- og høyinntektsland.

3.3.3 Kontrollsøk

Det ble gjort et kontrollsøk 20. april 2022. Søket ble gjennomført med samme søkestrategi som i hovedsøket, men ble begrenset til treff fra 2021 til 2022.

3.4 Studieutvelgelsesprotokoll

Studieutvelgelsen ble basert på de seleksjonskriteriene som var forhåndsdefinerte, og «studieutvelgelsesprotokollen» ble utført med bakgrunn i disse seleksjonskriteriene.

3.4.1 Pilottest

Det ble gjennomført en pilottest, for å sikre at forfatterne hadde samme forståelse for inklusjonskriteriene som ble satt før søket (Peters et al., 2020). Pilottesten ble gjennomført ved at forfatterne individuelt gikk gjennom og vurderte 25 tilfeldig utvalgte abstrakter/titler fra søkeresultatene. Det ble satt et minimumskrav på minst 75 % enighet på hvilke artikler som ble valgt ut (Peters et al., 2020). Programmet Rayyan ble brukt for å kunne systematisere artiklene, i tillegg til at det har en funksjon for individuell vurdering av artiklene, blinding (Ouzzani et al., 2016). Etter at de 25 tilfeldige artiklene var blitt gjennomgått individuelt, møttes forfatterne for å diskutere de eventuelle avvikene som ble oppdaget og om inklusjonskriteriene måtte endres. Ved dette møtet var det uenighet om tre artikler. Dermed var det totalt 12 % uenighet og 88 % enighet i utvalget av artikler. Dette

betydde at selve screeningene kunne starte (Peters et al., 2020). Denne prosessen ble gjennomført for å redusere risikoen for at relevante artikler ble ekskludert i seleksjonsprosessen.

3.4.2 Utvelgelse

Først ble tittel og abstrakt gjennomgått opp mot seleksjonskriteriene, og i neste runde ble artiklene gjennomgått i fulltekst. Ved eventuelt manglende abstrakt, ble tittel og forord gjennomgått før fulltekst (Peters et al., 2020). Prosessen for å velge ut studier ble basert på de forhåndsbestemte seleksjonskriteriene, og ble gjennomført individuelt av begge forfattere i Rayyan (Ouzzani et al., 2016). Ved eventuelle uenigheter ville forfatterne først forsøke å oppnå en konsensus før en eventuell tredjepart (veileder) ville blitt involvert for å ta den siste avgjørelsen (Peters et al., 2020).

Det ble undersøkt om artiklene kunne inkluderes ved å lese tittel og abstrakt opp mot inklusjonskriteriene. Hvis artiklene tilfredsstilte noen av de satte inklusjonskriteriene, men det var usikkert om de tilfredsstilte andre kriterier, ble artiklene likevel gjennomgått i fulltekst. Ved å gjennomgå fulltekst til artiklene grundig, ble det avgjort om artiklene tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Hvis det oppsto usikkerhet rundt en artikkel og om denne skulle inkluderes, ble den arkivert i en egen mappe. Artiklene som ble arkivert i denne mappen ble gjennomgått på nytt i fulltekst individuelt. Deretter møttes forfatterne til felles diskusjon, og det ble avgjort om artiklene likevel skulle inkluderes. Hvis det fortsatt var usikkerhet, ble det kontaktet en tredjepart (veileder).

De artiklene som tilfredsstilte inklusjonskriteriene etter å ha blitt gjennomgått i fulltekst, ble arkivert i mappen «inkludert». De artiklene som ble ekskludert ved gjennomgang av tittel, abstrakt eller fulltekst, ble arkivert i mappen «ekskludert».

3.4.3 Siteringssjekk

I det tredje trinnet av søkeprosessen, ble referanselistene til de inkluderte artiklene gjennomgått. Fra referanselistene ble det hentet ut artikler som var relevante ut fra titler og abstrakt. Dette ble gjort for å ikke gå glipp av relevant litteratur (Peters et al., 2020; Pedersen et al., 2017, s. 113).

3.5 Dataauthenting

Med utgangspunkt i «JBI template source of evidence details, characteristics and results extraction instrument» (Peters et al., 2020), ble det laget en dataauthentingsprotokoll (se vedlegg 3). Underveis i prosessen skulle protokollen være mulig å endre, da økt kjennskap til artiklene og datamaterialet kunne føre til forandring i hva som var hensiktsmessig å hente ut fra artiklene (Peters et al., 2020). Dette er en del av den iterative prosessen (Peters et al., 2020).

Følgende informasjon ble hentet ut fra artiklene:

1. Forfatter/institusjon, publikasjonsår, tittel og publikasjonssted
2. Hensikt
3. Individuelle karakteristikk av deltakerne; paritet, gestasjonsalder, alder, sivilstatus, arbeid/utdanning og sosioøkonomisk status og tidligere keisersnitt
4. Hvordan de beskrev/ definerte keisersnitt etter mors ønske
5. Hva som var beskrevet som bakgrunnen for mors ønske om keisersnitt

Protokollen ble testet på fem tilfeldige inkluderte artikler, individuelt av begge forfatterne (Peters et al., 2020). Denne testen ble gjennomført ved at dataauthentingsprotokollen ble brukt til å hente ut data fra de samme fem artiklene. Deretter møttes forfatterne i fellesskap for å se om det var en felles forståelse for hvilke data som ble hentet ut av de inkluderte artiklene. Ved eventuell uenighet ved data som ble hentet ut fra artiklene, ville tredjepart (veileder) bli kontaktet.

4.0 Resultat

Det blir først gjort rede for søke- og artikkelutvelgelsesprosessen før resultatene fra de inkluderte artiklene blir presentert.

4.1 Søke- og utvelgelsesprosessen

4.1.1 Hovedsøk

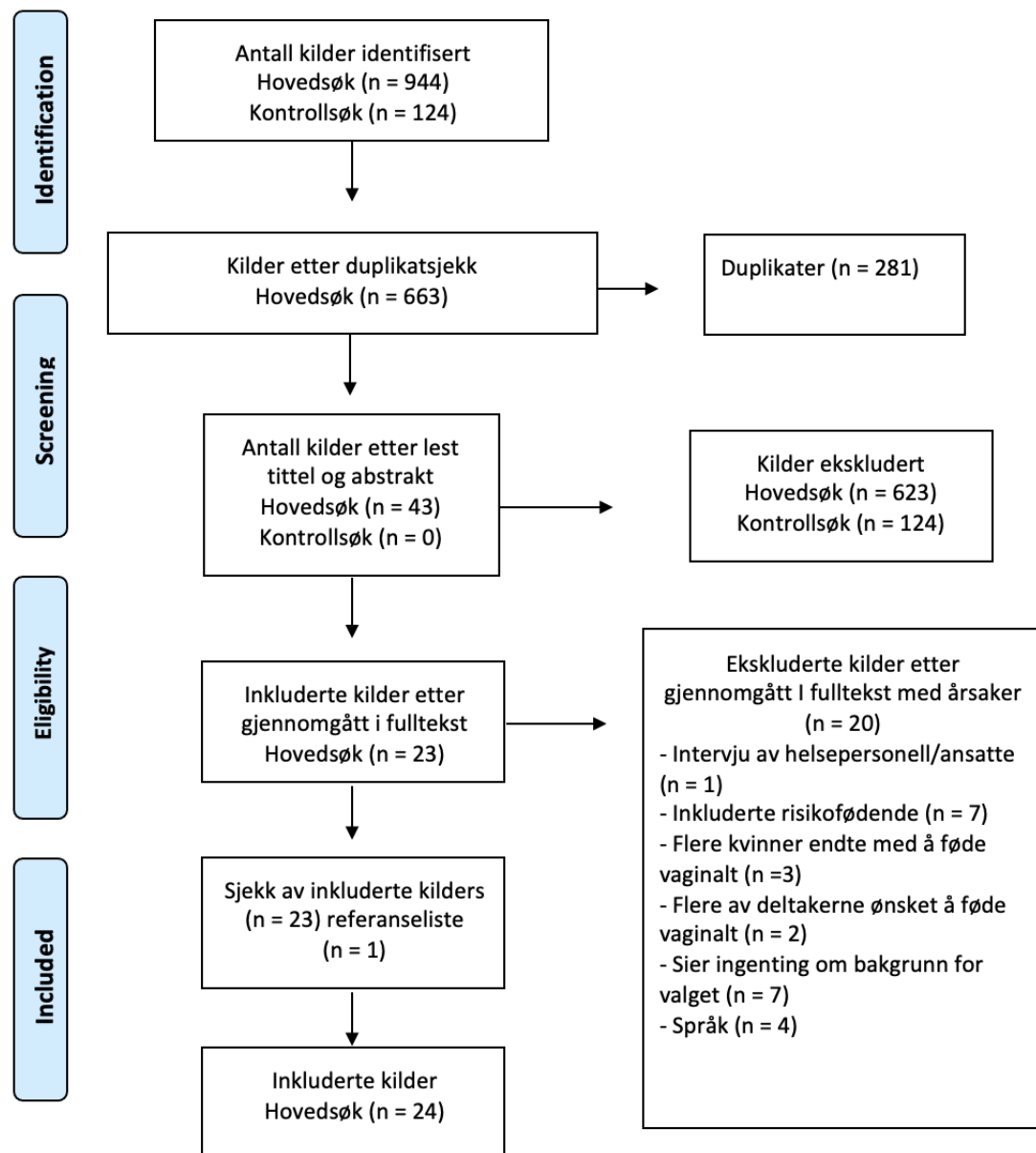
Etter at det ble gjennomført et hovedsøk i databasene Embase, MEDLINE og Cinahl var det totalt 944 treff (se figur 1 for flytskjema). Ved å benytte duplikatsjekk i Rayyan (Ouzzani et al., 2016), ble totalt 281 treff fjernet og 663 artikler sto igjen. Disse ble gjennomgått basert på seleksjonskriteriene.

4.1.2 Artikkelutvelgelse

Det ble ekskludert 600 artikler ut fra seleksjonskriteriene når tittel og abstrakt til de 663 artiklene fra hovedsøket ble gjennomgått. 63 abstrakter ble lest og 16 artikler ble ytterligere ekskludert grunnet at de ikke passet til inklusjonskriteriene, samt fire artikler ble ekskludert grunnet språk (se vedlegg 4). De resterende 43 artiklene ble lest i fulltekst, og ytterligere 20 artikler ble ekskludert grunnet intervju av helsepersonell/ansatte, inkludert risikoføddende, inkludert flere kvinner som endte opp med å føde vaginalt, inkludert flere deltakere som ønsket å føde vaginalt, og ikke skrev noe om bakgrunn for valget av CDMR. Dermed møtte ikke disse artiklene inklusjonskriteriene og hadde ikke en relevans opp mot problemstilling. 23 av artiklene som ble lest i fulltekst ble inkludert i denne studien. Etter å ha sett gjennom referanselistene til de inkluderte artiklene ble ytterligere seks artikler lest i fulltekst. Av disse ble en artikkel inkludert. Dermed ble totalt 24 artikler inkludert i denne studien (se figur 1 for flytskjema).

4.1.3 Kontrolløk

Kontrolløket ga 31 treff i CINAHL, 41 treff i Embase og 52 treff i Medline (se figur 1). Etter gjennomgang av titler og abstrakt opp mot inklusjonskriteriene ble det konkludert med at det ikke var noen nye treff som var relevante for denne studien (Peters et al., 2020; Pham et al., 2014).



Figur 1. Flytskjema over identifiserte- til inkluderte kilder.

Modifisert etter malen «Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) flow diagram for the scoping review» (Peters et al., 2015)

4.2 Beskrivelse av de inkluderte artiklene

Artiklene som ble inkludert vil først bli beskrevet, og videre blir artiklene presentert i en matrise som er delt inn i kvalitative- og kvantitative studier, samt litteraturstudier (se tabell 2, 3 og 4). Til slutt blir resultatene fra de inkluderte artiklene presentert.

Det ble inkludert 24 artikler som besto av ti kvalitative-, fem kvantitative- og ni litteraturstudier. Artiklene ble publisert i tidsrommet fra 2001 til 2020, det var høyest forekomst av artikler fra 2010. Artiklene var fra 19 ulike tidsskrifter og flere artikler var fra samme tidsskrift. Formålet med de inkluderte artiklene varierte fra å beskrive årsaker til at førstegangsfødende ønsket keisersnitt uten medisinsk grunn, hvorfor flergangsfødende ønsket keisersnitt uten medisinsk grunn, til hvorfor kvinner generelt ønsket keisersnitt uten medisinsk grunn. Populasjonen i de inkluderte artiklene var kvinner som ønsket seg keisersnitt etter eget ønske, og besto av kvinner fra land som New Zealand, Tyrkia, USA, Norge, Iran, Australia, Danmark, Jordan, Taiwan, Storbritannia, India, Canada, Sør-Afrika, Belgia, Frankrike, Finland, Mexico, Romania, Laos, Singapore, Hong Kong og India. Det var flest artikler fra høyinntektsland. Det ble også inkludert artikler som ikke hadde noen geografisk begrensning.

Alle de inkluderte artiklene hadde "årsaker til at kvinner ønsket keisersnitt uten medisinsk indikasjon" som utfallsmål, i henhold til inklusjonskriteriene. Totalt åtte artikler hadde beskrevet en direkte definisjon av CDMR, mens ni artikler hadde brukt forklarende fraser uten å skrive en direkte definisjon av CDMR. Dermed hadde syv artikler hverken definisjon eller frase på CDMR.

Tabell 2. Matrise - Kvalitative studier

Forfatter/år/land Tidsskrift publisert	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
1) Arthur og Payne (2005) New Zealand <i>New Zealand College of Midwives</i>	Maternal request for an elective caesarean section	Beskrive årsaker til at førstegangsfødende ønsker keisersnitt uten medisinsk grunn.	Kvalitativ metode - Fortolkende beskrivende studie	5 kvinner	Kontroll under fødselen, føde et normalt og friskt barn, unngå smerte, frykt for komplikasjoner under fødsel.
2) Faisal, et al. (2014) Iran <i>Midwifery</i>	Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran	Å få en dypere forståelse for hvorfor førstegangsfødende i Iran ber om keisersnitt uten medisinsk indikasjon.	Kvalitativ studie - Tematisk analyse av semistrukturerte intervjuer	14 kvinner	Frykt for fødsel, behov for kontroll og trygghet lå til grunn for kvinnenes ønske. De fant at kvinnekroppen og fødselsprosessen ble mindre verdsatt. Kvinner oppfattet at den medisinske diskusjonen underbygde og støttet deres valg som det trygge og ansvarlige valget.
3) Fenwick et al. (2010) Australia <i>Midwifery</i>	Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?	Beskrive Australske kvinners forespørsel for keisersnitt i fravær av medisinsk indikasjon i første svangerskap.	Kvalitativ studie - Utforskende, beskrivende metode - "Open-ended" spørsmål via intervju	14 kvinner	Frykt for vaginalfødsel, tap av kontroll og trygghet, fysiske komplikasjoner etter fødselen → hovedtemaene som kommer frem i studien.

Forfatter/år/land Tidsskrift publisert	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
4) Hatamleh et al. (2019) Jordan <i>Midwifery</i>	Maternal request for cesarian birth without medical indication in a group of health women: a qualitative study in Jordan	Undersøke årsaker til at kvinner etterspør keisersnitt uten medisinsk grunn, og beskrive faktorene som påvirker de til å velge keisersnitt.	Deskriptiv kvalitativ studie. - Intervju	35 kvinner	Frykt for vaginal fødsel, bekymringer for fremtidig samliv, humanisert fødsel, personlige grunner og beslutningsprosessen.
5) Huang et al. (2013) Taiwan <i>Maternal and Child Health Journal</i>	Decision-making process for choosing an elective cesarean delivery among primiparas in Taiwan	Forstå beslutningsprosessen for å velge elektivt keisersnitt hos førstegangsfødende i Taiwan.	Kvalitativ studie - Dybdeintervju	20 kvinner	Trygghet og komfort, effektivitet, feminitet, tidsbruk under fødsel, og økonomi.
6) Kornelsen et al. (2010) Canada <i>Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada</i>	Influences on decision making among primiparous women choosing elective caesarean section in the absence of medical indications: findings from a qualitative investigation	Kvinnens erfaringer knyttet til prosessen som førte til planlagt keisersnitt uten medisinsk indikasjon.	Kvalitativ studie - Dybdeintervju	17 kvinner	Påvirkning fra familie og venner som har hatt vanskelige fødselsopplevelse eller keisersnitt, frykt for vaginal fødsel, frykt for barnets helse under vaginal fødsel.

Forfatter/år/land Tidsskrift publisert	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
7) Lee et al. (2001) Hong Kong <i>Midwifery</i>	Exploring factors influencing Chinese women's decision to have elective caesarean surgery	Identifisere faktorer som påvirker kvinner i Hong Kong til å velge planlagt keisersnitt.	Kvalitativt eksplorativt design - Semistrukturerte intervjuer	6 kvinner	Unngå risikoer hos mor og barn, tidligere infertilitet, uavhengig valg, kinesiske trossystem, rett til å velge hvordan de ønsker å føde.
8) Munro et al. (2009) Canada <i>Journal of Midwifery and Women's health</i>	Decision Making in Patient-Initiated Elective Cesarean Delivery: The Influence of Birth Stories	Å undersøke fødselshistoriers rolle i kvinnens oppfatning og deres valg av keisersnitt etter mors ønske.	Eksplorerende kvalitativ studie - Dybdeintervju	17 kvinner	Deltakerne ble påvirket av andres fødselshistorier når de tok et valg om keisersnitt. Selv om få velger keisersnitt pga. sosiale grunner vil positive historier om keisersnitt og negative historier om vaginal fødsel gi en påvirkning.

Forfatter/år/land Tidsskrift publisert	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
9) Sahlin et al. (2013) Sverige <i>Midwifery</i>	First-time mothers' wish for a planned caesarean section: deeply rooted emotions	Å beskrive underliggende grunner for ønske om keisersnitt uten medisinsk grunn hos førstegangsfødende.	Deskriptiv kvalitativ studie - Innholdsanalyse av intervjuer	12 kvinner	For førstegangsfødende ligger det sterke følelser til grunn for ønske om keisersnitt. Disse følelsene går dypere enn kun frykt for fødsel. Flere har alltid visst at de vil føde med keisersnitt, noen hadde et ønske om å ha kontroll og trygghet, flere ønsket keisersnitt grunnet egne og nære slektingers erfaring med helsevesenet.
10) Sanavi et al. (2012) Iran <i>Journal of Reproduction & Infertility</i>	Reasons for Elective Cesarean Section amongst Pregnant Women; A Qualitative Study	Å finne faktorer som påvirker kvinners ønske om keisersnitt uten medisinsk grunn.	Kvalitativ studie - Fokusgruppediskusjon er	200 kvinner	Resultatet ble delt inn i 4 grupper. De fleste av svarene var relatert til psykologiske årsaker, følelse av lite kontroll, subjektive normer eller gal oppfattelse av vaginal forløsning.

Tabell 3. Matrise - Kvantitative studier

Forfatter/år/land Tidsskrift publisert	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
1) Buyukbayrak et al. (2010) Tyrkia <i>Journal of Obstetrics and Gynaecology</i>	Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors	Vurdere friske gravide kvinners preferanser for fødsel og hvilke årsaker som ligger bak ønsket.	Kvantitativ metode. - Anonym spørreundersøkelse	1588 kvinner	15,9 % ønsket elektivt keisersnitt. Årsakene var frykt for å føde vaginalt, trygghet for barnet, tidligere fødselsopplevelse fødselssmerte og sterilisering.
2) Forsthalm et al. (2010) Danmark <i>Ugeskrift for Læger</i>	Sectio at maternal request among nulliparous women	Belyse årsaker til økt forekomst av førstegangsfødende som ønsker keisersnitt basert på mors ønske.	Kasus-kontrollstudie - Spørreskjema	459 kvinner	Barnets og mors helse, fødselssmerte, angst for å føde vaginalt, frykt for komplikasjoner under/etter fødsel, kontroll.
3) Hull et al. (2011) Globalt <i>British Journal of Midwifery</i>	Why do some women prefer birth by caesarean? An internet survey	Utforske motivasjonen bak kvinners preferanse for planlagt keisersnitt.	Internettundersøkelse - Semistrukturerte spørreskjema	359 kvinner	Anti-vaginalfødsel, frykt for komplikasjoner under/etter fødsel, tidligere fødselsopplevelse, erfaringer fra venner og familie, frykt for smerte, behov for kontroll.
4) Robson et al. (2008) Australia	Elective caesarean delivery at maternal request: a preliminary study of motivations	Å undersøke hvorfor kvinner hadde valgt keisersnitt uten medisinsk grunn, hvor	Kvantitativ metode - Anonym spørreundersøkelse	78 kvinner	Den vanligste grunnen for valg av keisersnitt var bekymring for barnet. De fleste var fornøyd med keisersnittet og få ønsket

Forfatter/år/land Tidsskrift publisert	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
<i>Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology</i>	influencing women's decision-making	fornøye de var med fødselen og hva de planla for framtidige svangerskap.			mer en 2 barn. Unngå å utsette barnet for risiko. Bekymring for skader på underlivet og inkontinens. Bekymring for smerte. Færre krysset av for at ønsket kom av at et familiemedlem hadde en vanskelig fødsel, eller at de ønsket å kontrollere fødselstidspunktet.
5) Wiklund et al. (2007) Sverige, <i>Acta Obstetrica et Gynecologica</i>	Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectation, experience of birth and signs of depression among first-time mothers	Å undersøke bakgrunnen bak ønske for keisersnitt uten medisinsk indikasjon, kvinnens følelse av helse, opplevelse av fødselen og hvor lenge ammingen varte.	Prospektiv kohortstudie Spørreundersøkelse	357 kvinner	Kvinner som ønsket keisersnitt opplevde egen helse som dårligere enn kontrollgruppen. De var mer engstelige for mangel på støtte, for å miste kontrollen og for skade på barnet. Kvinnene med keisersnitt hadde også en bedre fødselsopplevelse enn kontrollgruppen, men ammet mindre etter 3 måneder.

Tabell 4. Matrise - Litteraturstudier

Forfatter/år/land Tidsskrift publisert	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
1) Collard et al. (2008) USA <i>Nursing for Women's Health</i>	Elective cesarean section: why women choose it and what nurses need to know	Diskuterer faktorer og konsekvenser relatert til elektive keisersnitt.	Litteraturstudie - Søk i PubMed	30 studier	Kontroll, frykt for komplikasjoner under og etter fødsel, tidligere fødselsopplevelse, barnets helse, frykt for akutt keisersnitt.
2) Jenabi et al. (2019) Globalt <i>Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine</i>	Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review	Se på årsakene til at kvinner ønsker keisersnitt basert på mors ønske.	Systematisk oversikt - PubMed, Scopus og Web of Science	28 studier	Frykt for fødselssmerte, angst for komplikasjoner under/etter fødsel, frykt for fødsel, inkontinens, traume, legens mening, fødselstidspunkt, tidligere fødselsopplevelse, tidligere infertilitet, frykt for gynekologisk undersøkelse, tap av kontroll, langvarig fødsel, manglende støtte fra helsepersonell, frykt for avføring, emosjonelle faktorer, kroppsvekten til barnet.

Forfatter/år/land Tidsskrift publisert	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
3) O'Donovan og O'Donovan (2018) Globalt <i>Birth</i>	Why do women request an elective cesarean delivery for non-medical reasons? A systematic review of the qualitative literature	Å vurdere publisert litteratur som omhandler bakgrunnen for kvinners ønske om keisersnitt.	Systematisk oversikt - Medline, Embase, Cinahl, Lilacs, og Psycinfo	16 studier	Det ble identifisert tre kategorier; sosiale normer, emosjonelle opplevelser og personlige opplevelser. Kvinner blir påvirket av familie, venner og media, tidligere fødselsopplevelser og opplevelser med helsepersonell har også en påvirkning. Keisersnitt ga kvinnene en større følelse av kontroll, og minsket frykten.
4) Panda et al. (2013) India <i>Kathmandu University Medical Journal</i>	Review of cesarean section on maternal request in a tertiary care institute; scenario in developing country	Oversikt over keisersnitt etter mors ønske.	Litteraturstudie	Ikke oppgitt 41 kilder	Keisersnittraten stiger, ikke bare på grunn av forestilling om medisinske fordeler, men på grunn av sosiale, kulturelle og psykologiske faktorer. Obstetrikere bør møte forespørslers om keisersnitt med informasjon og forståelse for bakgrunnen for ønsket.

Forfatter/år/land Tidsskrift publisert	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
5) Saisto og Halmesmäki (2003) Finland, England og Sverige <i>Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavica</i>	Fear of childbirth: a neglected dilemma	Legger fram informasjon rundt frykt for fødsel.	Litteraturstudie	Ikke oppgitt 91 kilder	Frykt for smerte, tidligere opplevelser, frykt for å feile, frykt for å bli foreldre, fars frykt, kvinnenes karakteristikk, behandling for fødselsfrykt.
6) Shaterian et al. (2021) Globalt <i>Central European Journal of Nursing and Midwifery</i>	Elective cesarean section on maternal request without indication: reasons for it, and its advantages and disadvantages	Å analysere tilgjengelig litteratur angående bakgrunnen for, fordeler og ulemper med keisersnitt etter mors ønske.	Litteraturstudie - Web of Science, PubMed, Embase, Scopus, ProQuest og Google Scholar	16 studier	Frykt for komplikasjoner under fødsel, frykt for skade på barnet samt familie og venners dårlige erfaringer med fødsel var de mest vanlige grunnene til ønske om keisersnitt. Reduksjon av neonatale skader var den vanligste fordelten ved keisersnitt, mens infeksjon hos mor og respiratoriske problemer hos barnet var de mest vanlige ulempene.

Forfatter/år/land Tidsskrift publisert	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
7) Steel og Jomeen (2015) Storbritannia <i>British Journal of Midwifery</i>	Caesarean section by maternal request	Å gi et narrativt overblikk over keisersnitt etter mors ønske.	Sammenfatning av informasjon	Ikke oppgitt	Keisersnitt etter mors ønske er et kontroversielt tema som folk har sterke motsettende meninger om. Det er tilgjengelig for kvinner i Storbritannia i dag, men er ikke vanlig. Det er mange bakenforliggende faktorer som påvirker kvinners valg. Frykt for fødsel, oppfattelse av keisersnitt som trygt, unngå å utsette barnet for risiko, autonomi, beleilighet, endret syn på kvinnekroppen og dens evne til å føde.
8) Thompson (2010) Høyinntektsland <i>British Journal of Midwifery</i>	Caesarean section at maternal request: a literature review	Å utforske faktorer som påvirker kvinners ønske om elektivt keisersnitt.	Litteratur review - Cochrane, Cinahl, Medline, og British Nursing Index for litteratur	Ikke oppgitt 32 kilder	7 gjentakende tema ble identifisert; Autonomi, kontroll, frykt, helsearbeideres holdninger, sosiale holdninger, risiko for mor og barn, tidligere keisersnitt.

Forfatter/år/land Tidsskrift publisert	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
9) Wax et al. (2004) Globalt <i>Obstetrical & Gynecological Survey</i>	Patient choice cesarean: an evidence-based review	Å informere om hvorfor kvinner og obstetrikere velger keisersnitt, de etiske aspektene rundt temaet samt morbiditet og mortalitet assosiert med keisersnitt vs vaginal fødsel.	Litteraturstudie	Ikke oppgitt 151 kilder	Det er viktig at helsepersonell er klar over bakgrunnen for kvinners ønske om keisersnitt. Det er behov for mer forskning på temaet. Den litteraturen som er samlet viser at det er lavere morbiditet og mortalitet ved vaginal fødsel enn ved keisersnitt. Tokofobi og tidligere vanskelige fødselsopplevelse.

4.3 Innhentet data

Det ble hentet ut relevant data fra de ulike artiklene (se vedlegg 3). Disse dataene inkluderte paritet, alder på deltakere, sivilstatus, sosioøkonomisk status, utdanning og tidligere gjennomgått keisersnitt. 13 artikler inkluderte både førstegangsfødende og flergangsfødende, elleve inkluderte kun førstegangsfødende. Syv av artiklene inkluderte kvinner over 35 år, og fire inkluderte kvinner under 35 år. Tre artikler hadde kun oppgitt gjennomsnittsalder for deltakerne, mens ti artikler hadde ikke oppgitt deltakernes alder. Aldersspennet på de inkluderte artiklene var fra 15 år til 45 år. Av de 24 inkluderte artiklene, hadde 17 artikler ikke oppgitt sivilstatus blant deltakerne. Syv av artiklene inkluderte deltakere som enten var gift, samboere eller single. Fire av disse hadde kun inkludert gifte kvinner. Elleve artikler hadde oppgitt informasjon om utdanning, og to av disse hadde kun inkludert kvinner med høyere utdanning. Ni artikler hadde inkludert deltakere med både lav- og høy utdanning. Ti artikler hadde med deltakere som hadde født med keisersnitt tidligere.

Når data ble hentet fra de inkluderte artiklene, ble det funnet 40 individuelle kategorier av årsaker til å ønske CDMR. De ble sortert inn i fem hovedkategorier (Se tabell 5).

Tabell 5. Identifiserte hovedkategorier

Hovedkategorier	Underkategorier	Studier
Påvirkning fra omgivelser	<ul style="list-style-type: none"> - Påvirkning av venner og familie. - Påvirkning fra kultur og media. 	Arthur og Payne (2005) Faisal et al. (2014) Fenwick et al. (2010) Forsthalm et al. (2010) Hatamleh et al. (2019) Huang et al. (2013) Hull et al. (2011) Jenabi et al. (2019) Kornelsen et al. (2010) Munro et al. (2009) Robson et al. (2008) Sahlin et al. (2013) Sanavi et al. (2012) Shaterian et al. (2021) Steel og Jomeen (2015) Thompson (2010)

		= 16
Frykt for fødsel og komplikasjoner	<ul style="list-style-type: none"> - Frykt for vaginal fødsel. - Frykt for vanskelig fødsel. - Frykt for smerter. - Ønsker ikke å latterliggjøre seg med vaginal fødsel. - Oppfatning av keisersnitt som tryggere. - Raskere tilheling ved keisersnitt. - Frykt for vaginal undersøkelse. - Frykt for å ikke få til å føde. - Frykt for episiotomi. - Frykt for at barnet er for stort og bekkenet for lite. - Frykt for akutt keisersnitt. - Langvarig fødsel. - Frykt for komplikasjoner hos mor. - Frykt for at det skal oppstå blødninger under fødselen. - Frykt for komplikasjoner hos barnet. - Trygghet for barnet. - Frykt for komplikasjoner etter fødsel. - Frykt for skader på underlivet. - Frykt for traume vaginalt og i bekkenet. - Frykt for organprolaps i framtiden. - Frykt for hemorroider. - Frykt for inkontinens. - Intime relasjoner med partner. - Seksuell funksjon opprettholdes. 	<p>Arthur og Payne (2005) Buyukbayrak et al. (2010) Collard et al. (2008) Faisal et al. (2014) Fenwick et al. (2010) Forsthalm et al. (2010) Hatamleh et al. (2019) Huang et al. (2013) Hull et al. (2011) Jenabi et al. (2019) Kornelsen et al. (2010) Lee et al. (2001) Munro et al. (2009) O'Donovan & O'Donovan (2018) Panda et al. (2013) Robson et al. (2008) Sahlin et al. (2013) Saisto & Halmesmäki (2003) Sanavi et al. (2012) Shaterian et al. (2021) Steel og Jomeen (2015) Thompson (2010) Wax et al. (2004) Wiklund et al. (2007) = 24</p>
Tidligere traumatiske opplevelser	<ul style="list-style-type: none"> - Tidligere traumatiske fødselsopplevelse. - Tidligere utsatt for seksuelt overgrep. - Dårlig oppfølging av helsepersonell under/etter tidligere traumatisk fødsel. - Mangel på tillit til helsepersonell. 	<p>Buyukbayrak et al. (2010) Collard et al. (2008) Faisal et al. (2014) Forsthalm et al. (2010) Hatamleh et al. (2019) Hull et al. (2011) Jenabi et al. (2019) Kornelsen et al. (2010) O'Donovan og O'Donovan (2018) Panda et al. (2013) Sahlin et al. (2013) Saisto & Halmesmäki (2003)</p>

		<p>Sanavi et al. (2012) Shaterian et al. (2021) Steel og Jomeen (2015) Thompson (2010) Wax et al. (2004) Wiklund et al. (2007) = 18</p>
Kontroll og autonomi	<ul style="list-style-type: none"> - Forutsigbarhet (tid, sted, hvordan, hvilke helsepersonell etc). - Bekvemmelighet for kvinnen og helsepersonell. - Frykt for å miste kontroll. - Kontrollere uforberedte risikoer under fødsel. - Rett til å velge. - Autonomi. 	<p>Arthur og Payne (2005) Collard et al. (2008) Fenwick et al. (2010) Forsthalm et al. (2010) Huang et al. (2013) Jenabi et al. (2019) Lee et al. (2001) Munro et al. (2009) O'Donovan og O'Donovan (2018) Panda et al. (2013) Robson et al. (2008) Sahlin et al. (2013) Saisto og Halmesmäki (2003) Sanavi et al. (2012) Shaterian et al. (2021) Steel og Jomeen (2015) Thompson (2010) Wax et al. (2004) Wiklund et al. (2007) = 19</p>
Andre	<ul style="list-style-type: none"> - Tidligere infertilitet. - Sterilisering. - Kropp. - Ser på keisersnitt som moderne og fasjonabelt. 	<p>Buyukbayrak et al. (2010) Hatamleh et al. (2019) Huang et al. (2013) Hull et al. (2011) Lee et al. (2001) Jenabi et al. (2019), O'Donovan og O'Donovan (2018) Panda et al. (2013) Robson et al. (2008) Sahlin et al. (2013) Saisto og Halmesmäki (2003) Shaterian et al. (2020) Thompson (2010) = 13</p>

4.4 Definisjon av keisersnitt etter mors ønske (CDMR)

Totalt åtte artikler hadde definert hva de mente med “keisersnitt etter mors ønske”. Ni artikler hadde ikke skrevet en direkte definisjon på “keisersnitt etter mors ønske”, men hadde brukt fraser som forklarte hva de mente begrepet innebar. Syv artikler hadde hverken en definisjon eller en forklarende frase på CDMR. Hver definisjon hadde med “mors ønske” som indikasjon, men de skilte seg fra hverandre ved forskjellig setningsoppbygging og ordstilling. Bortsett fra dette var den største forskjellen bruken av ordene *medisinsk*- og *obstetrisk*- indikasjon. Noen av definisjonene brukte ett av ordene, mens andre brukte begge (se tabell 6 og 7).

Tabell 6. Definisjoner fra de inkluderte artiklene

Artikkel	Definisjon
Buyukbayrak et al. (2010)	“Elective primary caesarean section (EPCS) is a caesarean section performed at a woman’s request in the absence of a recognised obstetrical indication [...]”
Collard et al. (2008)	“Currently, the definition of elective cesarean section, or cesarean delivery on maternal request, is a mode of delivery requested by a woman when there’s no medical indication”
Forsthalm et al. (2010)	“Sectio uden at der forelå lægefaglige grunde til at fraråde vaginal fødsel”
Huang et al. (2013)	“Elective cesarean delivery (ELCD) is usually defined as cesarean delivery for non-medical reasons upon the mother’s request”
Jenabi et al. (2019)	“The elective cesarean section is defined as elective cesarean for singleton pregnancy on maternal request at term without any medical or obstetric signs”
O'Donovan og O'Donovan (2018)	“[...] CDMR, which is defined as an elective surgical procedure to deliver an infant without any medical or obstetrical indication”
Shaterian et al. (2021)	“[...] CS requested by the mother, without obstetric Or medical indications»

Artikkel	Definisjon
Wax et al. (2004)	“Patient choice cesarean, maternal request cesarean, and cesarean on demand all refer to primary elective cesarean delivery in the absence of a medical or obstetric indication”

Tabell 7. Forklarende fraser fra de inkluderte artiklene

Artikkel	Forklarende frase
Arthur og Payne (2005)	“Women who have requested an ECS without medical indication”
Hatamleh et al. (2019)	“Elective cesarian birth without medical indication [...]” “[...] elective cesarian births for nonmedical indications, such as maternal request [...]”
Hull et al. (2011)	“Electiv caesarean section through my own choice”
Kornelsen et al. (2010)	“[...] Patient-initiated requests that are not medically indicated” “[...] women who underwent elective Caesarean section in the absence of medical indications”
Lee et al. (2001)	“[...] Patient-initiated requests that are not medically indicated”
Munro et al. (2009)	“Patient initiated elective cesarian section.” “women who initiated an elective cesarean delivery in the absence of medical indications”
Panda et al. (2013)	“Caesarean sections (CS) performed without medical indication, better known as maternal request caesarean sections”
Robson et al. (2008)	“[...]Caesarean section at maternal request, where no obstetric indication exists ” “The concept of a planned caesarean delivery at term, to avoid the ‘risks associated with passive anticipation of vaginal delivery’”
Sanavi et al. (2012)	“[...] Elective cesarean section without any medical indication”

4.5 Årsaker til ønske om keisersnitt

Årsakene til CDMR vil bli presentert i 5 hovedkategorier (se tabell 5 for identifiserte hovedkategorier).

4.5.1 Påvirkning fra omgivelsene

Påvirkning fra familie og venner

Av de inkluderte artiklene, var det 17 som nevnte påvirkning fra omgivelsene som en av årsakene til at kvinnene ønsket CDMR. I den iranske artikkelen til Faisal et al. (2014) og den australske studien til Fenwick et al. (2010), ble det beskrevet en viktig årsak til at kvinnene ønsket keisersnitt var grunnet påvirkning fra familie og venner. Flere av kvinnene fortalte om venner og familie som hadde opplevd traumatiske fødsler og hvordan dette påvirket dem til å ønske et elektivt keisersnitt (Forstholt et al., 2010; Robson et al., 2008; Thompson, 2010). Det ble oppgitt i studien til Hull et al. (2011) at hele 32,3 % av kvinnene oppga erfaring fra venner og familie som en av årsakene til at de ønsket keisersnitt.

Ifølge Arthur og Payne (2005) var det vanlig at kvinnene hørte fødselshistorier fra venner og familie, og syntes dette var skremmende. I den iranske studien av Faisal et al. (2014) fortalte en av kvinnene under et intervju at moren hadde sagt at å føde vaginalt var den verste tenkelige smerten. Den samme kvinnen hadde også blitt skremt av filmer hvor kvinnene døde i fødsel (Faisal et al., 2014). En annen kvinne i den australske studien til Fenwick et al. (2010, s. 397) fortalte at hun nesten hadde drept sin egen mor under den 24 timer lange fødselen, og at moren måtte sy "270 sting".

I tillegg til negative historier om vaginal fødsel, ble mange påvirket av å høre positive ting om keisersnitt (Fenwick et al., 2010; Kornelsen et al., 2010; Munro et al., 2009). En kvinne fikk høre av hennes mor og tante at de begge hadde hatt keisersnitt uten noen «problemer», og ønsket dermed et elektivt keisersnitt (Fenwick et al., 2010). I to canadiske studier fortalte flere av kvinnene at de fikk god støtte av helsepersonell for valget om å gjennomføre et keisersnitt, og at helsepersonellens positive beskrivelse av keisersnitt gjorde at ønsket ble forsterket (Kornelsen et al., 2010; Munro et al., 2009). Artikkelen til Jenabi et al. (2019)

hadde inkludert en studie fra Kina, som viste at det var fem ganger høyere sannsynlighet for at en kvinne ville velge keisersnitt hvis hun ble rådet til det fra legen. Munro et al. (2009) fant også at mange allerede hadde bestemt seg før de snakket med legen. Dermed ble informasjonen, som var ment for å kunne la dem ta et informert valg, gitt etter de allerede hadde bestemt seg (Munro et al., 2009). Mange av kvinnene forberedte seg til legetimen, og tok med egen innhenting av informasjon for å støtte ønsket om fødselsmetode (Munro et al., 2009).

I to artikler fra både Jordan og Canada, var partner den som hadde størst innflytelse på beslutningen (Hatamleh et al., 2019; Munro et al., 2009). I artikkelen til Faisal et al. (2014) ble det beskrevet at spesielt ektemannen hadde en sterk påvirkning på kvinnens beslutningsprosess. Ifølge Saisto og Halmesmäki (2003) hadde mer enn 80 % av alle partnere en frykt relatert til fødsel. De var redde for operativ forløsning, at kvinnen skulle få smerter og at de skulle føle seg hjelpeløs i situasjonen (Saisto & Halmesmäki, 2003).

Påvirkning fra media

Det var ikke bare venner, familie og helsepersonell som hadde en innflytelse på kvinnens valg av fødselsmetode, men også skole, bøker, nyheter, internett og fødselskurs (Huang et al., 2013; Kornelsen et al., 2010; Munro et al., 2009; Steel & Jomeen, 2015). Thompson (2010) fortalte i sin artikkel om en mangel på positive fødselshistorier i dagens medier. Flere steder ble kvinnene presentert for negative og skremmende fødselshistorier fra en tidlig alder, noe som kunne lede til frykt (Huang et al., 2013; Thompson, 2010). En av kvinnene i den taiwanske studien av Huang et al. (2013), beskrev hvordan hun hadde blitt vist en film av en kvinne som fødte;

When I was in senior high school, our teacher showed us childbirth video, every woman lying-in was always screaming and crying; it really frightened me. I think the process of NSD is painful, and you never know when all of this would be over. (Huang et al., 2013, s. 845)

I en av de canadiske artiklene ble det rapportert at mange av deltakerne var mer kritisk til litteratur som ikke samsvarte med deres syn på vaginal fødsel og keisersnitt (Munro et al., 2009). De nevnte ikke noen kriterier for hva som kunne være en pålitelig kilde, men rettet kritikk mot negative fremstillinger av keisersnitt (Munro et al., 2009).

In What to Expect When You Are Expecting and those sorts of books, the talk about [cesarean delivery] as a worst-case scenario and how so many women feel so cheated about not giving birth naturally and the books are saying, 'Don't feel cheated.' I never felt cheated to begin with, so why even mention it? (Munro et al., 2009, s. 376)

4.5.2 Frykt for fødsel og komplikasjoner

Frykt for vaginal fødsel ble nevnt i alle de inkluderte artiklene. Flere forskjellige grunner til frykt ble oppgitt, fra å være redd for smerte under fødselen (Faisal et al., 2014; Jenabi et al., 2019; Saisto & Halmesmäki, 2003; Thompson, 2010; Sanavi et al., 2012) til frykt for at den seksuelle funksjonen ikke skulle opprettholdes (Collard et al., 2008; Thompson, 2010; Shaterian et al., 2021; Wax et al., 2004). Ifølge Buyukbayrak et al. (2010) oppga hele 45,2 % at frykt for fødsel var avgjørende i valget om å ta keisersnitt. I den systematiske oversikten til O'Donovan og O'Donovan (2018) rapporterte 13 av 16 kvalitative artikler at frykt for fødsel var en av hovedårsakene til at kvinnene ønsket keisersnitt.

I flere av artiklene brukte kvinnene ord som *engstelse* og *bekymring* når de skulle beskrive sine følelser om vaginal fødsel (Hull et al., 2011; Panda et al., 2013; Robson et al., 2008). De bekymret seg for smertene under en vaginal fødsel (Hatamleh et al., 2019; Huang et al., 2013; Kornelsen et al., 2010; Lee et al., 2001; Saisto & Halmesmäki, 2003), og en av kvinnene i artikkelen til Huang et al. (2013) fortalte at tanken på en prosess som var endeløs og smertefull skremte henne. I artikkelen til Wiklund et al. (2007) svarte 18 % av kvinnene at de hadde en frykt for smertene som kunne oppstå under en vaginal fødsel. Flere av kvinnene i studien til Lee et al. (2001) mente at å oppleve en slik smerte under fødsel var unødvendig,

og valgte keisersnitt på grunn av dette.

I have suffered from low back pain since I am pregnant. I still can't tolerate it. Someone told me that they experienced a prolonged and painful labour. I think I cannot stand that 'Grade-ten Pain'. I prefer to fall into sleep (means under general anaesthesia), and to have a cut (means receiving caesarean operation) on my abdomen. (Lee et al., 2001)

Noen av kvinnene i de inkluderte artiklene var mest bekymret for vaginale undersøkelser som blir gjort under en fødsel, og beskrev at de følte seg ukomfortabel når legen utførte en vaginal undersøkelse. De mente at ved å velge et keisersnitt, unngikk de slike undersøkelser (Lee et al., 2001; Shaterian et al., 2021).

Frykt for komplikasjoner hos barnet

Kvinnene i nesten halvparten av de inkluderte artiklene var overbevist om at en vaginal fødsel var farlig for barnet, og at de unngikk å utsette barnet for fare ved å velge elektivt keisersnitt (Arthur & Payne, 2005; Collard et al., 2008; Hull et al., 2011; Lee et al., 2001; Buyukbayrak et al., 2010; Wax et al., 2004; Steel & Jomeen, 2015; Sahlin et al., 2013; Sanavi et al., 2012; Wiklund et al., 2007; Robson et al., 2008). Totalt fem av de seks kvinnene som ble intervjuet i studien fra Hong Kong nevnte trygghet for barnet som en av hovedgrunnen for at de ønsket keisersnitt, og tre av de seks kvinnene trodde asfyksi kunne unngås ved et elektivt keisersnitt (Lee et al., 2001).

Alle de inkluderte kvinnene i artikkelen fra Iran begrunnet sitt ønske om keisersnitt med at denne måten å føde på var mindre traumatisk, og mer trygt, for barnet (Faisal et al., 2014). I flere av artiklene kom det frem at kvinnene var bekymret for at det skulle oppstå fysisk skade på barnet (Fenwick et al., 2010; Shaterian et al., 2021; Thompson, 2010; Wax et al., 2004), og i studien til Faisal et al. (2014) fortalte en av kvinnene at hun trodde barnets hode kunne bli skadet når hun skulle presse det ut via fødselskanalen, siden denne er trang og

stiv. Til tross for at flere av kvinnene i artiklene hadde klare meninger om at keisersnitt var bedre for barnet enn vaginal fødsel, klarte få av dem å beskrive hvorfor de mente dette (Hull et al., 2011; Hatamleh et al., 2019; Lee et al., 2001; Thompson, 2010).

Thoughts running thru my mind almost every day; Where the baby was conceived, is not the place where it should come out. (It's not clean) I'm trying to get away of it but I just can't. Whatever I read against caesarean. (Hull et al., 2011)

Frykt for komplikasjoner hos mor

Noe av frykten gikk direkte på mors frykt for seg selv (Wiklund et al., 2007; Panda et al., 2013; Hull et al., 2011). I den systematiske oversikten til O'Donovan og O'Donovan (2018) rapporterte alle bortsett fra to studier at kvinner så på keisersnitt som tryggere enn vaginal fødsel, og at mange oppfattet keisersnitt som garantert trygt. I studien til Lee et al. (2001), med deltakere fra Hong Kong, ble det uttrykt at vaginal fødsel virket som en unødvendig personlig risiko når keisersnitt var så tilgjengelig og normalt. To artikler som hadde deltakere fra både høy-, mellom- og lavinntektsland rapporterte at mange var redde for både skader og død ved en vaginal fødsel (Thompson, 2010; Wax et al., 2004). Noen av komplikasjonene som kvinnene var redd skulle oppstå under fødsel var protraahert forløp, perinealskade og blødning (Hatamleh et al., 2019; Huang et al., 2013). Halvparten av kvinnene i studien til Hull et al. (2011) oppga traume mot perineum som den verste tenkelige komplikasjonen som kunne oppstå hos seg selv, mens 34 % i studien til Forstholm et al. (2010) var generelt bekymret for egen sikkerhet under en vaginal fødsel. En deltaker fra artikkelen til Hull et al. (2011) hadde hatt en tidligere traumatisk vaginal fødsel, og var bekymret for at flere komplikasjoner kunne oppstå under neste fødsel; "Traumatic first delivery, damaged perineum, urinary incontinence, sexual dysfunction. Believe cs to be a more controlled form of giving birth, will not risk further damage to my vagina" (Hull et al., 2011, s. 712).

En artikkel, som hadde inkludert deltakere fra både høy-, mellom- og lavinntektsland, rapporterte at noen av kvinnene var klar over de økte risikoene ved et keisersnitt, men

foretrakk fortsatt dette fremfor en vaginal fødsel (Hull et al., 2011). Mange var redde for å få en langvarig og slitsom fødsel med mange intervensjoner, og at det skulle ende i et akutt keisersnitt (Jenabi et al., 2019; Hull et al., 2011; Wiklund et al., 2007; Thompson, 2010).

Flere av artiklene rapporterte om at kvinnene var bekymret for at kroppen ikke skulle bli den samme etter en vaginal fødsel. Mange kvinner ønsket å unngå bekkenbunnskader ved å ta keisersnitt, mens noen av kvinnene hadde problemer med å forestille seg hvordan barnet skulle komme ut av vaginaen uten store skader (Collard et al., 2008; Faisal et al., 2014; Fenwick et al., 2010; Thompson, 2010). Mange ønsket, ved å velge keisersnitt, å unngå senkomplikasjoner som urin- og anal- inkontinens og vaginal prolaps (Collard et al., 2008; Lee et al., 2001; Thompson, 2010; Wax et al., 2004). I artikkelen av Hull et al. (2011), som inkluderte deltakere fra både høy-, mellom- og lavinntektsland, trodde flere av kvinnene at vaginal fødsel resulterte i langtids sykelighet.

I tillegg til bekymring for inkontinens etter vaginal fødsel, var kvinnene også bekymret for utseende og seksualliv etter eventuelle skader på underlivet (Huang et al., 2013; Faisal et al., 2014; Hatmaleh et al., 2019; Lee et al., 2001; Robson et al., 2008; Thompson, 2010; Wax et al., 2004). Det var en bekymring for at en vaginal fødsel ville strekke vaginaen og påvirke den seksuelle lysten (Hatmaleh et al., 2019; Shaterian et al., 2021; Thompson, 2010). I artikkelen til Hatmaleh et al. (2019), som hadde deltakere fra Jordan, var enkelte bekymret for at dette kunne ha en negativ effekt på parforhold og at de skulle miste mannen sin.

*I am very concerned about our sexual life; my husband told me that sexual desire is of high concern to both of us, so I will have a cesarian birth to keep it [my vagina] tight. You know, vaginal stretching can have a negative effect on our sexual desire.
(Hatamleh et al., 2019, s. 4)*

Når de listet opp risikoen med vaginal fødsel og keisersnitt, var hvor mange barn de ønsket seg en påvirkende faktor (Hull et al., 2011). Noen av kvinnene poengterte at de ikke ønsket flere barn, og dermed ikke trengte å bekymre seg for fertilitet og risikoen ved et senere svangerskap (Hull et al., 2011).

4.5.3 Tidligere traumatisk opplevelse

Flere kvinner nevnte psykologisk traume som en av årsakene til at de ønsket keisersnitt (Hull et al., 2011; Saisto & Halmesmäki, 2003). Kvinnene mente dette var et resultat av en tidligere traumatisk hendelse, slik som dårlig fødselsopplevelse, negativ erfaring med helsepersonell, eller overgrep (Hull et al., 2011).

Dårlig oppfølging fra helsepersonell

I noen tilfeller hadde kvinnene dårlig erfaring med helsepersonell, både ved tidligere fødsler og andre situasjoner (Hull et al., 2011; Sanavi et al., 2012). I den svenske artikkelen av Sahlin et al. (2013) svarte kvinnene at de forbandt helsepersonell med ensomhet, å føle seg ignorert og å ikke bli stolt på. De beskrev vansker med å kommunisere med helsepersonellet (Sahlin et al., 2013). Flere av kvinnene i artiklene nevnte at de ikke opplevde at deres behov ble møtt på sykehuset (Sahlin et al., 2013; Wiklund et al., 2007; Shaterian et al., 2021). I O'Donovan og O'Donovan (2018) ble det også nevnt at noen deltakere hadde dårlig erfaring med mange unødvendige vaginalundersøkelser. I artikkelen til Hatamleh et al. (2019), som hadde deltakere fra Jordan, indikerte noen av kvinnene at de hadde vært vitne til eller opplevd mishandling av helsepersonell.

Tidligere fødselsopplevelse

Flere artikler beskrev hvordan tidligere fødselsopplevelse kunne ha vært traumatiserende for flergangsfødende, og kunne føre til at disse kvinnene ønsket et elektivt keisersnitt ved neste fødsel (Collard et al., 2008; Hull et al., 2011; Jenabi et al., 2019; Panda et al., 2013; Shaterian et al., 2021; Steel & Jomeen, 2015; Sanavi et al., 2012; Wax et al., 2004). Opplevelser som tidligere operativ forløsning, tidligere akutt keisersnitt, skuffelse ved forrige fødsel eller tidligere negative obstetriske opplevelser gikk igjen i flere av artiklene, med

deltakere fra både høy-, mellom- og lavinntektsland (Saisto & Halmesmäki, 2003; O'Donovan & O'Donovan, 2018; Thompson, 2010). I spørreundersøkelsen til Buyukbayrak et al. (2010) svarte 15,1 % av kvinnene at de ønsket keisersnitt grunnet tidligere traumatisk vaginal fødsel, mens i spørreundersøkelsen til Hull et al. (2011) var dette årsaken til hele 49,3 % av kvinnene ønsket et elektivt keisersnitt; "I had to have an emergency caesarean on my previous pregnancy and I have suffered psychological trauma since then" (Hull et al., 2011, s. 714).

Noen kvinner fikk så store fysiske plager under og etter fødsel, at de satt igjen med en traumatisk fødselsopplevelse, og ikke ønsket å føde vaginalt igjen; "First birth left me with an anal fistula which got repaired 12 months postnatal. It could tear again worse" (Hull et al., 2011, s. 714).

Seksuelt overgrep

Noen av studiene nevnte tidligere seksuelt overgrep som en traumatisk opplevelse som kunne føre til et ønske om keisersnitt (Hull et al., 2011; Saisto & Halmesmaki, 2003; Forstholm et al., 2010). En deltaker i Hull et al. (2011) sa det slik; "Because I was raped and do not want all of Jo Bloggs looking down there" (Hull et al., 2011, s. 713). I Wiklund et al. (2007) hadde 11 % av de 357 kvinnene oppgitt at de tidligere var blitt utsatt for seksuell vold og at dette var en av grunnene til at de ønsket elektivt keisersnitt.

4.5.4 Kontroll og autonomi

Forutsigbarhet

I flere av artiklene kom det frem at kvinnene hadde et ønske om å kontrollere det uforutsigbare, da de trodde keisersnitt var tryggere enn vaginal fødsel (Arthur & Payne, 2005; Fenwick et al., 2010; Huang et al., 2013; Robson et al., 2008; Sahlin et al., 2013). I

studien til Hull et al. (2011) beskrev en av kvinnene det slik; "I'm apprehensive about the possibility of facing a long labour and/or difficult vaginal delivery. I would prefer to give birth in a controlled and calm environment" (Hull et al., 2011, s. 713).

Mange av kvinnene hadde også et sterkt ønske om å vite når barnet skulle fødes, slik at ting kunne planlegges og de kunne være uthvilt før operasjonen (Huang et al., 2013; Jenabi et al., 2019; Munro et al., 2009; Shaterian et al., 2021; Steel & Jomeen, 2015; Thompson, 2010). I to av artiklene fra India og Jordan, ble det også nevnt at kvinnene ønsket å planlegge foreldrepermisjon og fravær fra jobb (Hatamleh et al., 2019; Panda et al., 2013). Studien fra Hong Kong fant at noen ønsket å velge en spesifikk dato, for at barnet skulle bli født på en heldig dag;

My husband is a businessman. He usually selects a lucky day for a great event such as commencement of the transaction. My husband says that if I choose caesarean section, we can select a 'lucky day' as the date of the baby's birth. We can also invite a feng-shui master to give the baby a good name. We are sure that this baby will be healthy and can bring fortune to us. (Lee et al., 2001, s. 318)

Frykt for å miste kontroll

Flere artikler nevnte en frykt for å miste kontroll over egen kropp som en årsak til at kvinnene ønsket et elektivt keisersnitt (Thompson, 2010; Wax et al., 2004; Wiklund et al., 2007). Flere av kvinnene i studiene fra både høy-, mellom- og lavinntektsland, vektla kontroll som en viktig årsak til at de ønsket elektivt keisersnitt (Huang et al., 2013; Jenabi et al., 2019; Saisto & Halmesmäki, 2003). Behovet for å ha kontroll kom ofte fra de kvinnene som hadde tidligere akutte keisersnitt eller en følelse av å miste kontrollen ved forrige fødsel (O'Donovan & O'Donovan, 2018). I spørreundersøkelsen til Forstholm et al. (2010) oppga 22 % av kvinnene at de var redde for å miste kontrollen under fødselen. I en av artiklene fra Iran ble det beskrevet at kvinnene i studien var klar over at de hadde intoleranse for smerte, og dermed mangel på evne til å kontrollere smerten (Sanavi et al., 2012).

Autonomi

Det ble også rapportert om at noen kvinner kunne ønske keisersnitt for å hevde sin rett til autonomi (Steel & Jomeen, 2015). Feminisme, kvinners reproduktive rettigheter og rett til å velge ble ofte trukket inn som en medvirkende årsak til at kvinnen ønsket keisersnitt (Arthur & Payne, 2005; O'Donovan & O'Donovan, 2018). I artikkelen fra Storbritannia ble det lagt vekt på at dette blant annet kunne være en reaksjon på den "mannsdominerte" obstetriske modellen som kunne føles umyndiggjørende for kvinnen (Steel & Jomeen, 2015). Å velge keisersnitt kunne da være en måte å ta tilbake kontrollen over fødselsprosessen (Steel & Jomeen, 2015). En kvinne i artikkelen til Arthur og Payne (2005) poengterte at hun må ha rett til å velge fødselsmetode da hun jobber og betaler skatt. Flere kvinner i studien fra Hong Kong mente også at de hadde en rett til å velge måten de skulle føde på;

I have the right to make choices for myself. I have decided to have a caesarean section at the very beginning, nobody can change my decision. Although my husband disagrees with me, he still expresses that I have the right to make the final decision.
(Lee et al., 2001, s. 318)

4.5.5 Andre

Tidligere infertilitet

Noen av artiklene fant at flere av deltakerne hadde tidligere hatt problemer med infertilitet og/eller blitt gravid gjennom IVF, noe som kunne føre til frykt for å føde vaginalt og dermed et ønske om elektivt keisersnitt (Hull et al., 2011; Jenabi et al., 2019; Lee et al., 2001; Panda et al., 2013; Robson et al., 2008).

It is so wonderful when I have a positive pregnancy test. I have been waiting for this moment for 5 years already. All my dreams have come true. Therefore, I must do everything that can ensure the safety of my daughter because I may not be pregnant again. I cannot afford any risk. Although my doctor claims that both my baby and me are in good condition, I select caesarean section for I think that it is the safest method

for delivery and I am confident that the safety of my baby will be ensured. (Lee et al., 2001, s. 316)

Sterilisering

Det var 4 artikler som rapporterte at noen av kvinnene ønsket keisersnitt på grunn av muligheten for sterilisering under prosedyren (Buyukbayrak et al., 2010; Panda et al., 2013; Shaterian et al., 2021). I artikkelen fra Tyrkia ble det beskrevet at hele 20 % hadde dette som en grunn til ønske om keisersnitt (Buyukbayrak et al., 2010).

Kropp

I to av artiklene kommer det frem at noen av deltakerne var bekymret for “kroppsdefekter” etter en vaginal fødsel, og trodde at et elektivt keisersnitt forhindre dette (Hatamleh et al., 2019; Huang et al., 2013).

I decided to have a cesarian birth to avoid any further distortion of my body appearance. I am extremely worried about my fitness and body shape. I also encourage all my friends to have a cesarian birth. I think it is a super choice of birth method to keep my body fitness. (Hatamleh et al., 2019, s. 4)

Synet på keisersnitt

Noen av artiklene, fra både høy-, mellom- og lavinntektsland, rapporterte om at kvinnene forbandt keisersnitt med noe moderne og en mer kvalitetssikret måte å føde på (Hull et al., 2011; O'Donovan & O'Donovan, 2018; Shaterian et al., 2021); “I don't see any reason to give birth like a cow in this day and age when there are more civilized means available” (Hull et al., 2011, s. 710). Flere av studiene rapporterte om flere tilfeller av CDMR på private

sykehus, der kvinnene med nok ressurser kunne betale for inngrepet (O'Donovan & O'Donovan, 2018; Faisal et al., 2019; Hatamleh et al., 2019; Hull et al., 2011; Lee et al., 2001; Steel & Jomeen, 2015; Thompson, 2010).

5.0 Diskusjon

Først blir det presentert en kort oppsummering av de inkluderte artiklenes resultater. Videre er diskusjonen delt inn i fire underkategorier, før metodediskusjon og forskningsetiske overveielser blir presentert. Metodiske styrker og svakheter blir tatt opp i metodediskusjonen.

De inkluderte artiklene hadde beskrevet flere årsaker til at kvinnene ønsket CDMR. Kvinnene nevnte ofte flere enn en årsak til ønsket fødselsmetode. De vanligste årsakene som ble presentert i de inkluderte artiklene var at kvinnene fryktet vaginal fødsel og komplikasjoner som kunne oppstå for både mor og barn. Komplikasjonene som ble nevnt flest ganger var skade på barnet og kvinnens underliv. For flergangsfødende ble tidligere traumatiske fødselsopplevelser nevnt som en av hovedårsakene til at de ønsket keisersnitt. Videre ble påvirkning fra omgivelsene, slik som media, bøker, internett, familie og venner, rapportert til å ha en stor innflytelse på kvinnene og deres ønske om fødselsmetode. I noen av de inkluderte artiklene ble det konkludert med at kvinnene hadde et stort ønske om kontroll og autonomi under fødsel, og de tenkte at et elektivt keisersnitt kunne gi dem det. Definisjonen av CDMR i de inkluderte artiklene varierte og det var ulikheter både i hvilken betydning ord ble tillagt og hvordan definisjonene var presentert. I de åtte artiklene som hadde definert CDMR var den største ulikheten bruken av *obstetrisk*- eller *medisinsk* årsak.

5.1 Definisjon av keisersnitt etter mors ønske (CDMR)

Det er uklart hva forskningslitteraturen legger i begrepet *medisinsk* eller *obstetrisk* indikasjon, og dermed blir det vanskelig å definere hva som kan regnes som CDMR. De inkluderte artiklene definerte CDMR relativt likt, men hadde brukt begrepene *medisinsk* og *obstetrisk* indikasjon både sammen og hver for seg (Buyukbayrak et al., 2010; Collard et al., 2008; Forsthalm et al., 2010; Huang et al., 2013; Jenabi et al., 2019; O'Donovan & O'Donovan, 2018; Shaterian et al., 2021; Wax et al., 2004). Dette var i tråd med konklusjonen i en litteraturstudie, som så på den globale CDMR-raten (Begum et al., 2020). Denne studien konkluderte med at definisjonen av CDMR var upålitelig, og at det var vanskelig å definere hva som faktisk ledet til at mor ønsket CDMR (Begum et al., 2020). En nylig doktorgradsavhandling har også beskrevet hvordan indikasjonene for keisersnitt kan variere (Nedberg, 2021, s. 5). Nedberg (2021, s. 5) beskrev at mange indikasjoner for keisersnitt var relative og mangler internasjonal konsensus. Definisjonene var derfor avhengig av klinikerens erfaring og vurderinger, noe som ikke utgjør et ideelt utgangspunkt for sammenligning mellom ulike settinger (Nedberg, 2021, s. 5).

Et eksempel på hvordan *medisinsk* og *obstetrisk* kan tolkes forskjellig kan sees ut ifra definisjonen til UpToDate; "Cesarean birth on maternal request (or "on demand") refers to a primary cesarean birth performed because the mother requests this method of delivery in the absence of a standard medical/obstetric indication for avoiding vaginal birth" (Norwitz et al., 2021). Her bruker de frasen "standard medisinsk/obstetrisk indikasjon", men hva som regnes som standard kan variere fra sted til sted. Dette kommer frem i den kvalitative studien fra Taiwan (Huang et al., 2013). Forfatterne beskrev at tidligere keisersnitt er en indikasjon for å få et nytt elektivt keisersnitt i Taiwan, og de har derfor ikke inkludert kvinner som har gjennomgått et tidligere keisersnitt i sin studie (Huang et al., 2013). I Norge kan man føde vaginalt selv om man har et tidligere keisersnitt, dermed blir det ikke regnet som en *medisinsk* eller *obstetrisk* indikasjon for keisersnitt (Kolås et al., 2003; Macsali et al., 2020). Videre er heller ikke setefødsel en indikasjon for et keisersnitt i Norge, selv om det kan være lokale variasjoner i praksis avhengig av ressurser- og fødselslegenes erfaringer med setefødsler (Øian et al., 2003; Kolås et al., 2003). Ifølge UpToDate blir det ofte bestemt et

elektivt keisersnitt ved setefødsel, uavhengig av ressurser og erfaringer, og det regnes i noen tilfeller som en *medisinsk* eller *obstetrisk* årsak til keisersnitt (Hofmeyr, 2021).

Begrepet *medisinsk* refererer til sykdom og behandling generelt, mens begrepet *obstetrik* er knyttet til sykdom og behandling i svangerskap og fødsel (Det Norske Akademis Ordbok, 2022a; Det Norske Akademis Ordbok, 2022b). Når disse begrepene brukes om hverandre uten å bli definert, blir det uklart hva de ulike definisjonene mener er en indikasjon for elektivt keisersnitt. Et eksempel kan være at en kvinne ønsker keisersnitt på grunn av angst for å føde vaginalt. Angsten kan oppstå fra tidligere traumatisk fødselsopplevelse, og slik kan mentale- og psykososiale faktorer være en indikasjon for keisersnitt (Nedberg, 2021, s. 5). Flere av de inkluderte artiklene nevner flergangsfødende kvinner som har ønsket seg CDMR grunnet tidligere fødselsopplevelse, men det ble ikke konkludert med om dette kan være en medisinsk tilstand som gir indikasjon for et elektivt keisersnitt (Arthur & Payne, 2005; Faisal et al., 2014; Hatamleh et al., 2019; Hull et al., 2011). Angst kan være en generell tilstand som er en normal reaksjon på en vanskelig situasjon, eller en medisinsk diagnostisert lidelse som kan gå utover dagliglivet (Hummelvoll, 2014, s. 155-156). Det blir dermed vanskelig å definere når angst kan regnes som en medisinsk indikasjon for keisersnitt, og når det skal regnes som CDMR.

Dette er bare noen eksempler på hvordan indikasjonene for et keisersnitt kan variere mellom sykehus og land, og hvorfor det kan være vanskelig å samle en felles internasjonal definisjon. Et keisersnitt som regnes som utført på mors ønske i et land, kan bli definert som keisersnitt med *medisinsk* eller *obstetrisk* indikasjon i et annet land. Samtidig er det viktig at definisjonene at CDMR blir mer presise mellom- og innad i land, for å kunne sammenligne forskning på området.

5.2 Påvirkning fra omgivelsene

5.2.1 Påvirkning fra familie, venner og bekjente

Mange kvinner blir påvirket av omgivelsene rundt seg når de skal velge fødselsmetode. Flere av de inkluderte artiklene presenterte resultater som viste at mange kvinner ble påvirket av fødselshistorier de hørte fra familie, venner og bekjente (Forstholm et al., 2010; Robson et al., 2008; Thompson, 2010; Hull et al., 2011; Arthur og Payne, 2005; Fenwick et al., 2010; Kornelsen et al., 2010; Munro et al., 2009; Hatamleh et al., 2019; Saisto & Halmesmäki, 2003; Faisal et al., 2014; Wiklund et al., 2007). I den inkluderte artikkelen, som undersøkte årsaker til at førstegangsfødende kvinner i Australia ønsket CDMR, ble det beskrevet at familie og venners negative opplevelser under vaginal fødsel kunne føre til at førstegangsfødende fikk en feiloppfatning av vaginal fødsel (Fenwick et al., 2010). Dette underbygges av en studie som så på hvordan fødselshistorier fortalt av venner og familie kunne påvirke førstegangsfødende (Weston, 2001). Forfatteren konkluderte med at det var vanlig at kvinner delte sine fødselshistorier og ble påvirket av hverandre (Weston, 2001).

Når man tilbringer tid med andre mennesker, slik som familie og venner, er det vanskelig å ikke bli påvirket av det de sier. På denne måten kan en negativ fødselsopplevelse fortalt av den gravide kvinnens mor eller venn, påvirke synet på både vaginal fødsel og et keisersnitt. I følge Cialdini (2011, s. 9), som skrev om hvordan mennesker blir påvirket av det sosiale, er det essensielt for mennesker å bli påvirket av hverandre for å lære og utvikle seg. Videre blir det beskrevet hvordan sosial påvirkning også kan føre til uønsket adferd (Cialdini, 2011, s. 142). I dette tilfellet vil det si at ved å snakke mest om det negative ved vaginal fødsel, vil flere kvinner sitte igjen med frykt og feiloppfatninger av denne fødselsprosessen. Ved å løfte frem det positive ved en vaginal fødsel, kan kvinnene få et mer konstruktivt syn på å føde vaginalt.

I de inkluderte artiklene ble det presentert at sivilstatus kunne påvirke kvinnenes valg av fødselsmetode. Det ble beskrevet i studien til Faisal et al. (2014) hvordan det i den iranske kulturen var vanlig at familie, spesielt ektemannen og svigerfamilien, hadde en sterk innvirkning på beslutningsprosessen om fødselsmetode. Dette kunne føre til at kvinnen

ønsket CDMR på bakgrunn av ektemannens ønsker (Faisal et al., 2014). En kontrast til dette ble beskrevet i artikkelen til Jenabi et al. (2019), som så på årsakene til at kvinner ønsket CDMR globalt. Der ble beskrevet at single kvinner hadde høyere sjanse for å velge keisersnitt enn kvinner som var gift eller hadde en partner (Jenabi et al., 2019). Dette tydet på en økt bekymring for å ikke få støtte under fødsel. Disse forskjellene i kultur og kontekst viser viktigheten av å ha forskning fra den enkelte settingen, for å kunne møte kvinnene der de er.

5.2.2 Økonomi som en påvirkende faktor

Kvinnens økonomiske status kan også ha en innvirkning på CDMR, da de i noen land kan kjøpe seg et keisersnitt. I artikkelen til O'Donovan og O'Donovan (2018), som så på allerede publisert litteratur om kvinnens ønske om CDMR, skrev de at CDMR hadde en høyere forekomst i private institusjoner og blant kvinner med høyere sosioøkonomisk status som kunne betale for et inngrep. I en annen av de inkluderte artiklene, som undersøkte hvorfor førstegangsfødende ønsket CDMR, ble det beskrevet at det var vanlig med CDMR på private sykehus i Iran (Faisal et al., 2014). De samme funnene ble presentert i en artikkel, som på raten av keisersnitt for førstegangsfødende i Brasil (Dias et al., 2016). De beskrev at mens offentlige sykehus i Brasil hadde en keisersnittrate på 37,1 % i 2010, hadde private sykehus en keisersnittrate på 63,6 % det samme året (Dias et al., 2016). Dette kan medføre et etisk dilemma, da leger og sykehus vil kunne tjene mer på keisersnitt enn på en vaginal fødsel (Miesnik & Reale, 2007; Huesch & Doctor, 2013). Det er flere eksempler på dette, deriblant i USA, hvor hvilken helseforsikring man har er avgjørende for hvilken helsehjelp man har tilgang til (Keisler-Starkey & Bunch, 2021). Ifølge Macsali og Stangenes (2020) finnes det også enkelte private sykehus i Brasil som kun tilbyr keisersnitt og ikke vaginal fødsel til vordende mødre. Ved at private sykehus tilbyr kvinner å kjøpe seg til et elektivt keisersnitt, kan dette bidra til en økt oppfatning om at keisersnitt er den beste fødselsmetoden. Det er da viktig å huske at kvinner har forskjellige behov og ressurser under fødselen, uavhengig av økonomisk status.

5.2.3 Utdanning som en påvirkende faktor

Utdanning er også en faktor som kan være assosiert med kvinnens ønske om CDMR. I en systematisk oversikt ble det inkludert en studie fra Taiwan og en studie fra Iran som beskrev at det var høyere risiko for at kvinnen ønsket CDMR hvis hun hadde lav utdanning (Jenabi et al., 2019). To andre studier som ble inkludert i den samme systematiske oversikten, en fra Brasil og en fra Kina, konkluderte derimot med at høyere utdanning hos kvinnene økte risikoen for ønske om CDMR (Jenabi et al., 2019). Samtidig beskrev tre av de inkluderte kvantitative artiklene at utdanning ikke var en påvirkende faktor på kvinnens ønske om CDMR i Tyrkia, Danmark eller Sverige (Buyukbayrak et al., 2010; Forstholm et al., 2010; Wiklund et al., 2007). Disse forskjellene i hva som er beskrevet tyder på at påvirkningen utdanning har er avhengig av omstendighetene, og at det kan være behov for mer forskning rundt temaet. Selv om det er uklart hvordan utdanning påvirker CDMR, kan det påvirke den generelle keisersnittraten forskjellig i høy-, lav- og mellominntektsland (Castiglioni & Schmiedeberg, 2018; Nedberg, 2021, s. 9; Neuman et al., 2014; Tollånes et al., 2007). I høyinntektsland er høy utdanning assosiert med lavere keisersnittrate (Castiglioni & Schmiedeberg, 2018; Nedberg, 2021, s. 9; Tollånes et al., 2007). Dette har trolig en sammenheng med lavere sosioøkonomisk status som kan føre til dårligere maternell helse og at de fleste keisersnitt i disse landene er utført på medisinsk indikasjon (Nedberg, 2021, s. 9; Miller et al., 2016). Derimot vil sosioøkonomisk status og utdanning ha mer å si for tilgangen på helsehjelp i lav- og mellominntektsland (Nedberg, 2021, s. 9; Miller et al., 2016; Neuman et al., 2014). Av landene nevnt over er både Iran, Brasil, Kina og Tyrkia mellominntektsland (World Bank, u.å.-a; World Bank, u.å.-b; World Bank, u.å.-c; World Bank, u.å.-d), mens Sverige og Danmark er høyinntektsland (Tjernshaugen, 2021b). Det var dermed ikke klart, ut fra de inkluderte artiklene i denne studien, om den samme sammenhengen gjelder CDMR.

5.2.4 Media som en påvirkende faktor

Omgivelsene rundt den gravide kvinnen har vist seg å ha stor innvirkning på både valg av fødselsmetode og hvilke syn kvinnen har på fødsel. I flere av de inkluderte artiklene, fra både lav-, mellom- og høyinntektsland, ble det presentert at kvinnene ble påvirket av mediene i valget om å ønske CDMR (Faisal et al., 2014; Huang et al., 2013; Kornelsen et al., 2010; Munro et al., 2009; O'Donovan & O'Donovan, 2018; Robson et al., 2008; Sahlin et al., 2013; Shaterian et al., 2021; Steel & Jomeen, 2015; Thompson, 2010). Dette underbygges av en studie som så på den økende tendensen til CDMR (Moorhead, 1999). Forfatteren rapporterte om at mediene hadde en innflytelse på kvinnene og deres ønske om fødselsmetode (Moorhead, 1999). Mediene har blitt en stor kilde til informasjon (Allern, 1997, s. 24-25), og har dermed stor makt i forhold til hvordan de fremstiller fødsel og hva som blir sett på som normalt. Med store, dramatiske oversikter som tiltrekker seg lesere, samt lite kritikk for hva som blir lagt ut, fremstiller media ofte vaginale fødsler som en farlig, smertefull og ukontrollerbar prosess (Luce et al., 2016). Flere historier som handler om fødsler på internett, magasiner og tv-programmer fokuserer på det akutte og smertefulle ved en fødsel og ofte handler det om den smale grensen mellom liv og død (Luce et al., 2016). Slike fremstillinger kan føre til at kvinner får et feil inntrykk av vaginal fødsel og keisersnitt. I artikkelen av Faisal et al. (2014) ble det beskrevet hvordan tv-programmer i Iran ofte fremstiller fødsel og graviditet som risikabelt for mor og det ufødte barnet. Videre blir fødselssmerter presentert som farlig, og noen ganger fatalt (Faisal et al., 2014). Dette ble underbygget av en oversiktsartikkel fra 2016, som rapporterte at unge kvinner lærte om fødsler via tv-programmer, og at det var det dramatiske ved en fødsel som ofte ble fremstilt i mediene (Luce et al., 2016). Resultatet kan bli flere myter og misforståelser om fødsel hos kvinner og jenter, og dermed er det viktig at det finnes lett tilgjengelig og god informasjon i de samme mediene.

Algoritmer i nettsøk og sosiale medier brukes for å få mest mulig oppmerksomhet fra brukerne (Hovde & Grønmo, 2020). Brukerne legger igjen hva de leser, liker og kommenterer, som blir brukt for å bestemme hva slags reklame og innlegg som vises til hver enkelt bruker (Hovde & Grønmo, 2020). Hvis du for eksempel leser som fødselsopplevelser, får du opp flere fødselsrelaterte innlegg. På denne måten får kvinnene opp mer informasjon

om det man allerede tror og leser mye av (Hovde & Grønmo, 2020). Munro et al. (2009) beskrev hvordan kvinnene satte mer lit til kilder som underbygget deres ståsted, uten å være spesielt kildekritiske på andre områder. Ofte hadde kvinnene bestemt seg før de tok opp temaet med helsepersonell, og ifølge resultatene til Huang et al. (2013) var det vanskelig å påvirke valget til kvinnene når de allerede hadde bestemt seg. På den andre siden konkluderte en studie fra Norge med at 86 % av kvinner som hadde ønsket CDMR endret mening etter å ha gått til samtale om valg av fødselsmetode (Nerum et al., 2006). Dette støttes av WHO (2021) og NICE guidelines (2021) som foreslår at kvinner med spørsmål om forløsningsmetode bør henvises til erfarent helsepersonell, for veiledning, informasjon og vurdering av den bakenforliggende årsaken.

5.3 Frykt for fødsel og komplikasjoner

5.3.1 Frykt for komplikasjoner

Den vanligste årsaken som ble presentert i de inkluderte artiklene var frykt for vaginal fødsel. Denne frykten var sammensatt, og inneholdt flere nyanser og forskjellige aspekter som kvinnene var redde for. Den vanligste frykten som ble beskrevet i de inkluderte artiklene, var frykten for komplikasjoner som kunne oppstå under en vaginal fødsel (Collard et al., 2008; Faisal et al., 2014; Fenwick et al., 2010; Hatamleh et al., 2019; Huang et al., 2013; Hull et al., 2011; Jenabi et al., 2019; Munro et al., 2009; O'Donovan & O'Donovan, 2018; Robson et al., 2008; Sahlin et al., 2013; Shaterian et al., 2021; Steel & Jomeen, 2015; Thompson, 2010; Wax et al., 2004; Wiklund et al., 2007). I den australske studien av Robson et al. (2008), hvor kvinnene skulle svare på årsaker til at de ønsket keisersnitt via et spørreskjema, konkluderte de med at 46 % av kvinnene som hadde ønsket seg et elektivt keisersnitt ikke ønsket å utsette barnet for risiko. Artikkelen av Panda et al. (2013), som undersøkte årsaker til at kvinner ønsket CDMR i India, beskrev at kvinnene var mest bekymret for sin egen sikkerhet under vaginal fødsel, spesielt for skader som kunne oppstå i bekkenbunnen.

Dette kan indikere et misforhold mellom kvinnenes oppfatning av risiko, og den faktiske risikoen som et elektivt keisersnitt kan medføre. I artikkelen av Hull et al. (2011), som undersøkte årsaker til at både førstegangs- og flergangsfødende kvinner ønsket CDMR, ble det beskrevet hvordan kvinnene uttrykte frykt for komplikasjoner hos barnet, men ikke klarte å si noe om hvilke komplikasjoner de var redde for. Et elektivt keisersnitt fører med seg en økt fare for en rekke komplikasjoner hos både mor og barn (Berghella, 2021; Häger et al., 2004). Dersom det ikke er nødvendig med medisinske intervensjoner, kan et elektivt keisersnitt føre til flere komplikasjoner for kvinnen og barnet (Clesse et al., 2018). For eksempel er risikoen for at det nyfødte barnet opplever respiratoriske komplikasjoner som kan kreve innleggelse på neonatalavdelingen, større ved et elektivt keisersnitt enn etter en vaginal fødsel (Norwitz et al., 2021). Likevel var det komplikasjoner etter en vaginal fødsel kvinnene fryktet mest, og de syntes derfor det følte tryggere med keisersnitt (Faisal et al., 2014; Hull et al., 2011). Det blir da viktig at kvinner får god tilgang på informasjon og støtte, både i svangerskapet og når de skal ta valget om fødselsmetode. WHO (2021) og NICE guidelines (2021) foreslår å henvise kvinner med ønske om keisersnitt til en kliniker, slik som jordmor, lege eller psykolog, med relevant erfaring. Frykten som ligger til grunn for ønsket bør utredes. De bør bli tatt på alvor og få hjelp via samtaler og veiledning (WHO, 2021; NICE guidelines, 2021).

5.3.2 Medikalisering av fødsel

De siste 100 årene har det blitt et større fokus på de medisinske aspektene ved en fødsel (Johanson et al., 2002). I en kvalitativ studie som så på hvorfor førstegangsfødende ønsket keisersnitt i New Zealand, ble det beskrevet at den høye bruken av teknologi kunne føre til tanker om hvor farlig fødsel kunne være og at det ikke var mulig å føde uten teknologien (Arthur & Payne 2005). Det samme ble rapportert i artikkelen til Sahlin et al. (2013), som så på årsaker til hvorfor førstegangsfødende ønsket keisersnitt uten medisinsk grunn i Sverige, og beskrev hvordan flere av kvinnene ikke hadde tro på at kroppen ville klare å føde. En systematisk oversikt fra 2018 undersøkte den økte medikaliseringen i fødselsomsorgen, og resultatene viste hvordan dette medbrakte et større fokus på risiko under svangerskap og

fødsel (Clesse et al., 2018). Dette ga et tydelig bilde av frasen “too much, too soon” og hvordan man i høyinntektsland, slik som Sverige og New Zealand, har en høyere tendens til å bruke medisinske intervensjoner i normale svangerskap og fødsler. Man kan dermed se frykten for vaginal fødsel, og alt som kan gå galt, i sammenheng med den økte bruken av medisinske intervensjoner. Ifølge Steel og Jomeen (2015) vitnet dette om en minskende tro på kvinnekroppen og dens evner til å føde vaginalt. De poengterte at språk som “failure to progress” og “inkompetent cervix” kunne lede til mindre tro på egen kropp (Steel og Jomeen 2015).

5.4 Kontroll og autonomi

5.4.1 Opplevelse av kontroll og trygghet

Kontroll ble beskrevet som en viktig faktor for at kvinnene skulle ha tro på egen kropp og dens evne til å føde. Fire litteraturstudier, en kvalitativ- og en kvantitativ studie rapporterte at flere av kvinnene hadde oppgitt at de var redde for å miste kontrollen under en vaginal fødsel, og ønsket seg dermed CDMR (Huang et al., 2013; Jenabi et al., 2019; Saisto & Halmesmäki, 2003; Thompson, 2010; Wax et al., 2004; Wiklund et al., 2007). Denne frykten handlet om risikoen for tap av kontroll over kropp og oppførsel (Saisto & Halmesmäki, 2003; Thompson, 2010). En annen studie, som undersøkte hva kontroll hadde å si for fødekvinnen, beskrev hvordan kvinnen kunne sitte igjen med en dårlig opplevelse når hun ikke oppnådde en følelse av kontroll under fødselen (Green & Baston, 2003).

I dag er kvinner vant til å kunne kontrollere og påvirke valg i sitt eget liv, men man trenger ikke ty til en operasjon for at kvinnene skal få en opplevelse av kontroll (Klein, 2010; Nerum et al., 2006). Den sosiale støtten og oppfølgingen kvinnen får i svangerskapet og under fødsel er essensielt for at kvinnen skal få en følelse av kontroll. Dette blir beskrevet i en kvalitativ studie, som så på hvorfor førstegangsfødende i Iran ønsket CDMR (Faisal et al., 2014). Den ene deltakeren fortalte at alle mødre hun kjente hadde hatt uvennlige helsepersonell når de skulle føde, og hun ønsket derfor et elektivt keisersnitt (Faisal et al.,

2014). Derimot konkluderte en kvalitativ studie, som så på hva som kunne føre til en positiv fødselsopplevelse, med at kvinnene satt igjen med en følelse av kontroll når de fikk god støtte og oppfølging i svangerskap og under fødsel (Karlstrøm et al., 2015). En systematisk oversiktsstudie beskrev at relasjonen mellom fødekvinnen og fødselshjelperen, samt støtten som ble gitt under fødsel, hadde stor innvirkning på kvinnens opplevelse i fødsel (Hodnett, 2002). Kvaliteten av støtte, slik som informasjon, kommunikasjon, og kvinnens følelse av å være involvert, kunne også påvirke kvinnens evne til mestring (Hodnett, 2002). Flere studiers resultater underbygde dette, og viste at god informasjon kunne fremme en positiv opplevelse av fødsel og redusere risikoen for frykt for å føde vaginalt (Todd et al., 2016; Takács et al., 2015; Donate-Manzaneras et al., 2019). Det er helt sentralt for kvinnens opplevelse av kontroll at hun får god informasjon samt blir trygget og motivert underveis i fødselen (Berg et al., 2012). Ifølge den salutogene modellen bidrar da jordmor til å fremme mestring hos fødekvinnen (Antonovsky, 2012, s. 39-41). God støtte og veiledning underveis i fødsel, kan, ved å styrke kvinnens eksterne og interne ressurser, føre til en bedre "opplevelse av sammenheng" (SOC) og gjøre situasjonen mer håndterbar for kvinnen (Lindström & Eriksson, 2015, s. 21; Langeland, 2009). Svangerskapet og fødselen er en uforutsigbar og ukjent prosess for den enkelte kvinnen, og behovet for sosial støtte og veiledning er essensielt for at kvinnen skal føle seg trygg og motivert.

5.4.2 Autonomi og medbestemmelsesrett

Når kvinner ønsker CDMR er det viktig at hun kan ta et "informert valg". En kvalitativ studie beskrev at god informasjon var en viktig del av samtalen mellom kvinnen og helsepersonell for at hun skulle kunne ta et informert valg (Kornelsen et al., 2010). Kvinnen må få informasjon om både risikoer og fordeler ved et elektivt keisersnitt (NICE guidelines, 2021). Videre må hun få informasjon om de spørsmålene hun har ved et slikt inngrep, slik at det kan bli tatt en endelig beslutning om fødselsmetode (NICE guidelines, 2021). I artikkelen av McDowl (2010), som diskuterte ulemper ved CDMR, ble det argumentert for hvordan det kunne være vanskelig for ufaglærte gravide kvinner å bli godt nok informert og få en god nok forståelse til å kunne ta valget om fødselsmetode. En slik tilnærming kan dermed føre til at

usikkerheten til kvinnen økes, og skape engstelse omkring valget om fødselsmetode. Samtidig argumenterte Klein (2010), som diskuterte fordeler med CDMR, for at det handlet om autonomi og rett til å bestemme over egen kropp, når kvinnen skulle bestemme forløsningsmetode. Klein (2010) mente at det var kvinnene som selv visste hva som er rett for dem.

For at kvinnen skal få en følelse av å være involvert, er “delt beslutning” sentralt. Dette begrepet kjennetegnes av respekt for kvinnens autonomi og erkjennelse av verdier, samt krav på informasjon (NICE guidelines, 2021). I den kvalitative artikkelen fra Iran, som så på hvorfor førstegangsfødende ønsket CDMR, fortalte den ene kvinnen at helsepersonellet ikke inkluderte kvinnene i valg som skulle bli tatt og de tok ikke hensyn til meningene kvinnene hadde (Faisal et al., 2014). Dermed bidro dette til at kvinnen ønsket et elektivt keisersnitt (Faisal et al., 2014). Ved å involvere kvinnen i beslutningen på denne måten, kan det bedre helseutfallet og øke tilfredsheten (NICE guidelines, 2021). Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 bygger på denne tilnærmingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1991). Kvinnens ønske skal bli hørt, men det er behandler som skal ta en endelig beslutning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1991, § 3-1). Samtidig kan hvor mye bestemmelsesrett kvinnen skal ha i for eksempel valg av fødselsmetode være en utfordring. Det kan tenkes at stemmen til kvinnene har blitt sterkere, og at det har blitt vanskeligere for behandlere å navigere.

5.5 Diskusjon av metode, styrker og svakheter

5.5.1 Valg av scoping review

For å kunne besvare problemstillingen, ble det gjennomført en scoping review. Dette var en passende metode ettersom denne studien skulle se bredt på, og få en oversikt over, den relevante forskningslitteraturen om årsaker til ønske om CDMR og hvordan det defineres (Peters et al., 2020). En scoping review har store og åpne forskningsspørsmål, noe som gir muligheten til å avklare nøkkelbegrep innenfor et valgt tema, samt gi en oversikt over hvilken forskning som informerer praksis (Peters et al., 2020). Det ble inkludert både

kvalitative- og kvantitative studier, samt systematiske oversikter, noe som var en styrke da temaet har blitt belyst fra flere sider (Pedersen et al., 2017, s. 109).

5.5.2 Bruk av PCC

I samråd med rammeverket til JBI, ble det benyttet PCC når forskningsspørsmålet, seleksjonskriterier og søkestrategi skulle utvikles (Peters et al., 2020). Ved gjennomføring av en scoping review var PCC bedre egnet enn PICO, som ofte blir benyttet i systematiske oversiktsartikler. Dette var fordi PCC gir en mer åpen søkestrategi og seleksjonskriterier ved at man undersøker et konsept (Peters et al., 2020).

Populasjonen i studien var friske gravide kvinner i lavrisikosvangerskap med foster i hodeleie. Dette utelukket studier som tok for seg kvinner med økt risiko for keisersnitt. Det ble imidlertid valgt å inkludere alle aldersgrupper blant kvinnene i denne studien, selv om høy maternell alder kan øke risikoen for både et elektivt keisersnitt og et akutt keisersnitt (Herstad et al., 2016; Mehari et al., 2020; Fretts, 2022). En studie gjort i Norge, som undersøkte sammenhengen mellom maternell alder og risiko for komplikasjoner under fødsel, konkluderte med at etter kvinnen har fylt 35 år øker risikoen for både akutt- og planlagt keisersnitt (Herstad et al., 2016). Samtidig øker den maternelle alderen på fødepopulasjonen (European Union, 2021; Martin et al., 2021; Folkehelseinstituttet, 2021). I for eksempel USA var 18 % av alle gravide over 35 år i 2018 (Martin et al., 2021), mens i Europa var gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende 29, 4 år i 2019 (European Union, 2021). Denne studien skulle se på hva slags årsaker populasjonen har for å ønske CDMR, uten å ekskludere en stor prosentandel av fødepopulasjonen. Dermed ble det valgt å ikke utelukke noen relevante artikler med bakgrunn i høy alder blant deltakerne, slik at det ble et mer representativt utvalg.

Konseptet i studien var mødre som ønsket keisersnitt ved fravær av medisinsk indikasjon. Det ble ekskludert 3 artikler på bakgrunn av at det kom tydelig frem i teksten at flere av kvinnene endte opp med å føde vaginalt (se vedlegg 5). Dette ble gjort på grunnlag av at det

ble vanskelig å “skille” ut motivasjonen bak ønsket til deltakerne som hadde født vaginalt fra de som hadde født med et elektivt keisersnitt. Det kan tenkes at det ikke er det samme behovet som foreligger for CDMR, når flere av kvinnene ender opp med å føde vaginalt. Dette kan imidlertid også bli sett på som en svakhet i studien, da man kan ha gått glipp av relevant data fra disse artiklene. Det er også mulig at noen av de inkluderte artiklene som hentet inn data før fødsel, kan ha inkludert deltakere som endte opp med å føde vaginalt, uten at det kommer tydelig frem i teksten.

Konteksten i studien ble ikke begrenset, og omfattet derfor både lav-, mellom-, og høyinntektsland, og kilder fra enhver kontekst kunne inkluderes (Peters et al., 2020). Dette kan ses på som en styrke da det ga informasjon fra flere settinger. På den andre siden er det ikke lik praksis på keisersnitt i alle land, og i flere land er det vanlig med private sykehus hvor en frisk kvinne kan “kjøpe” et keisersnitt (O’Donovan & O’Donovan, 2018; Faisal et al., 2019; Buyukbayrak et al., 2010; Steel & Jomeen, 2015; Thompson, 2010). Selv om det ikke ble satt en geografisk begrensning, er det likevel en overvekt av forskning fra høyinntektsland (Nedberg, 2021, s. 5). Variasjon i tilgjengelighet av helsehjelp på tvers av landene gjorde det også vanskelig å trekke en generell slutning. I noen land utgjør keisersnittraten opp mot 50 % av alle fødsler, mens i noen lavinntektsland fører dårlig tilgang og lite ressurser til at kun 1 % av fødende får keisersnitt (WHO, 2018). Det er derfor realistisk å tenke at studien ikke har et representativt utvalg, og en bør være kritisk til å trekke slutning globalt når det er det så store forskjeller fra land til land. Fire artikler ble ekskludert grunnet språk (se vedlegg 4). Dermed kan viktig kunnskap fra disse artiklene ha blitt ekskludert.

5.5.3 Søkestrategi

Søkestrategien og søkeord ble utviklet i samarbeid med bibliotekar, og det ble identifisert en rekke relevante søkeord. Dette resulterte i et søk som favnet bredt, men samtidig var avgrenset til tema. Dette styrket sjansen for søk med god kvalitet, samtidig er det ingen garanti for at alle de mest relevante artiklene ble funnet (Peters et al., 2020). Hovedsøket ble gjennomført fra september 2021 til oktober 2021, i databasene Medline, Embase og CINAHL.

Disse databasene ble valgt fordi de egnet seg godt til å finne informasjon som var relevante for denne studien. Medline er en omfattende database innen blant annet medisin og sykepleie. Den inneholder kilder tilbake til 1940-tallet, og har mange referanser med engelsk sammendrag (Helsebiblioteket, 2021). Embase ble valgt fordi den har kilder fra over 7000 tidsskrift og er spesielt rettet mot blant annet folkehelse (Helsebiblioteket, 2021). CINAHL inneholder referanser til engelskspråklig litteratur og en del kvalitativ forskning og pasienterfaring (Helsebiblioteket, 2021).

Det er anbefalt at det blir gjennomført søk i flere omganger for å sikre at også nyere litteratur blir fanget opp (Peters et al., 2020; Pham et al., 2014). Det siste søket ble gjort 20.04.22. Denne datoen ble satt av kapasitetshensyn med tanke på frist for innlevering av masteroppgaven. Det vil si at det ikke ble fanget opp relevante studier som ble publisert etter denne datoen. Selv om nye enkeltstudier kunne nyansert resultatene, ga søket et stort materiale som har gitt robuste resultater.

5.5.4 PRISMA-Scr sjekklister

PRISMA-Scr sjekklister ble benyttet i kvalitetssikringen og utforming av dette prosjektet (Tricco et al., 2018). 20 av 22 punkter på sjekklister ble oppfylt i denne studien. De to punktene som ikke ble oppfylt i sjekklister, var valgfrie. Disse to punktene omhandlet kvaliteten og rapportering av analysen i de inkluderte artiklene. Kritisk vurdering er ikke nødvendig i en scoping review (Peters et al., 2020). På en side ble det trolig inkludert flere kilder, og dermed har man ikke har gått glipp av verdifull data. På den andre siden kunne det vært hensiktsmessig å kvalitetssikre artiklene for å unngå inkludering av upålitelig data. På bakgrunn av at det er ett valgfritt punkt i PRISMA-Scr sjekklister og kapasitetshensyn, ble ikke dette gjennomført.

5.5.5 Bias

Under hele arbeidet med prosjektet har det vært fokus på å minimere risikoen for bias (skjevhet). Likevel kan man aldri være sikker på at det ikke er til stede (Staff, 2015). Utvelgelsesprosessen og dataauthenting ble gjennomført av begge forfatterne. At det var to stykker som vurderte alle artiklene, var en styrke for prosjektet. Det bedret kvalitetssikringen, økte troverdigheten til funnene i studien og minimerte sannsynligheten for bias (Polit & Beck, 2021, s. 168). Rayyan (Ouzzani et al., 2016) ble brukt for å systematisere artiklene underveis i utvelgelsesprosessen. Rayyan (Ouzzani et al., 2016) har en funksjon for blinding, noe som også kunne redusere risikoen for bias (Staff, 2015).

5.6 Ethiske overveielser

Det er viktig at leser skal kunne stole på måten arbeidet er utført på, og det har derfor vært et fokus å utføre et ærlig og troverdig arbeid (Kaiser, 2015). Det er viktig at det blir tatt etiske overveielser under planleggingen og gjennomføringen av en scoping review (Peters et al., 2020). Det ble ikke gjort en gjennomgang av forskningsetiske overveielser i de inkluderte artiklene, dermed kan det ha blitt inkludert artikler som ikke har gjort etiske overveielser i henhold til kravene.

Ettersom forfatterne av prosjektet var jordmorstudenter, ble det å fri seg fra bias viktig. Det har blitt gjort overveielser underveis i prosessen, for å minimere forfatternes egne meninger og tolkninger. Prosjektet har fulgt JBIs rammeverk for å unngå bias (Peters et al., 2020). Videre ble PRISMA-Scr sjekklister benyttet for at søket skulle være kvalitetssikret og transparent (Tricco et al., 2018). For å øke dette prosjektets transparens har stegene i søkeprosessen blitt skrevet ned slik at de kan etterprøves, de ble testet ut på forhånd, samt gjennomført av begge forfatterne individuelt. Ved å ha et rammeverk som setter krav til dataauthenting og studieutvelgelse kan man minimere både yrkesfaglig og personlig bias i resultatene.

6.0 Konklusjon

Formålet med dette masterprosjektet var å undersøke hvordan keisersnitt etter mors ønske ble definert i forskningslitteraturen, samt å kartlegge hva som fantes av forskningslitteratur angående årsaker til at mor ønsker keisersnitt når det ikke er en medisinsk indikasjon. Som metodikk ble scoping review valgt for å undersøke dette, og det ble funnet 24 artikler som oppfylte inklusjonskriteriene. Kildene besto av ti kvalitative artikler, fem kvantitative artikler og ni litteraturstudier, som alle så på årsaker til at noen kvinner ønsket CDMR.

Det ble identifisert 40 kategorier, og fem hovedkategorier som spilte inn på kvinnens ønske om CDMR. Den mest omfattende og sammensatte kategorien som ble beskrevet i de inkluderte artiklene var frykt. Artiklene beskrev at mange var redde for komplikasjoner som kunne oppstå, og flere av kvinnene hadde liten tro på egen fødeevne. Videre ble det beskrevet at flergangsfødende ofte fryktet gjentakelse av tidligere fødselsopplevelse, som kunne omhandle både mistillit til helsepersonell og tidligere oppståtte komplikasjoner under eller etter fødsel. Noen artikler nevner tidligere overgrep som en av årsakene til at kvinnene ønsket CDMR. En annen årsak som ble beskrevet i flere av artiklene var påvirkning fra omgivelsene, som inkluderte både fødselshistorier fra familie, venner og mediene som en viktig kilde til hva slags informasjon kvinnene fikk om fødselsmetode. Frykt for å miste kontrollen under fødsel ble også beskrevet som en avgjørende faktor for å ønske CDMR. Ved å kunne velge tidspunkt og omstendigheter når de ønsket CDMR, fikk kvinnene en opplevelse av kontroll. Resultatene i noen av artiklene beskrev også at for flere kvinner handlet det om retten til å bestemme over egen kropp. Videre ble det nevnt i noen av de inkluderte artiklene, at kvinnene ønsket CDMR på grunn av ønske om sterilisering, IVF/tidligere infertilitet, bekymring for kroppsdefekter og oppfatning av keisersnitt som en mer moderne og trygg fødselsmetode.

Ved gjennomgang av de ulike definisjonene av CDMR kom det frem at selv om de fleste artiklene brukte lignende ord og formuleringer, var det ikke tydelig hva som ble lagt i disse definisjonene. Definisjonene kunne ha forskjellig betydning i ulike land områder.

Resultatene fra de inkluderte artiklene viste at definisjonen for indikasjon for CDMR må bli

mer presis mellom- og innad i land for å kunne sammenligne fremtidig forskning på området. Det er imidlertid flere faktorer, slik som ressurser, kultur, utdanning og økonomiske aspekter, som varierer mellom- og innad i land og kan være en innvirkende faktor på CDMR. Forskningen som ble identifisert om bakgrunn for mors ønske om CDMR var hovedsakelig fra mellom- og høyinntektsland. For å kunne sammenligne forskning på CDMR er det dermed behov for flere studier fra lavinntektsland.

Referanser

Allern, S. (1997). *Når kildene byr opp til dans: Søkelys på PR-byråene og journalistikken*. Oslo: Pax Forlag.

Antoine, C. & Young, B. K. (2020). Cesarean section one hundred years 1920-2020: the Good, the Bad and the Ugly. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(1), 5-16.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32887190/>

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium; Den salutogene modellen*. (A. Sjøbu, Overs.). Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt 1987).

Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32.

<https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Arthur, D. & Payne, D. (2005). Maternal request for an elective caesarean section. *New Zealand College of Midwives Journal*, (33), 17-20.

Barclay, K. & Myrskylä, M. (2016). Advanced Maternal Age and Offspring Outcomes: Reproductive Aging and Counterbalancing Period Trends. *Population and development review*, 42(1), 69-94. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2016.00105.x>

Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R. & Stuckler, D. (2012). Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Med*, 9(6), 1001244.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001244>

- Begum, T., Safir-Ur-Rahman, K. M., Yaqoot, F., Stekelenburg, J., Anuradha, S., Biswas, T., Doi, S. A. & Mamun, A. A. (2020). Global incidence of caesarean deliveries on maternal request: a systematic review and meta-regression. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 128(5), 798-806. <https://doi/10.1111/1471-0528.16491>
- Berghella, V. (2021, 5. januar). *Patient education: C-section (cesarean delivery) (Beyond the Basics)*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/c-section-cesarean-delivery-beyond-the-basics>
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, Ó. & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Betran, A. P., Ye, J., Moller, A., Souza, J. P. & Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*, 6(6), 1-8. <https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671>
- Blaaka, G. & Eri, T. S. (2008). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 24(3), 344-352. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.005>
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J. D., Barros, F. C., Juan, L., Moller, A.-B., Say, L., Hosseinpoor, A. R., Yi, M., Neto, D. L. R. & Temmerman, M. (2018) Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392(10155), 1341-1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
- Buyukbayrak, E. E., Kaymaz, O., Kars, B., Karsidag, A. Y., Bektas, E., Unal, O. & Turan, C. (2010). Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(2), 155-158. <https://10.3109/01443610903461436>

Castiglioni, L. & Schmiedeberg, C. (2018). Joint effect of education and age at childbirth on the risk of caesarean delivery: findings from Germany 2008-2015. *Public health*, 155, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.10.020>

Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Bommarito, K., Madden, T., Olsen, M. A., Subramaniam, H., Peipert, J. F. & Bierut, L. J. (2015). Maternal age and risk of labor and delivery complications. *Maternal and child health journal*, 19(6), 1202–1211. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1624-7>

Cialdini, R. B. (2011). *Påvirkning: teori og praksis*. 2. utg. Oslo: Abstrakt.

Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., Lavergne, S., Hamlin, S. & Scheffler, M. (2018). The evolution of birth medicalisation: A systematic review. *Midwifery*, 66, 161-167. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.003>

Collard, T. D., Diallo, H., Habinsky, A., Hentschell, C. & Vezeau, T. M. (2008). Elective cesarean section: why women choose it and what nurses need to know. *Nursing for Women's Health*, 12(6), 480-488. <https://doi.org/10.1111/j.1751-486x.2008.00382.x>

Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *J Health Soc Behav*, 46(1), 3-14. <https://doi.org/10.1177/002214650504600102>

Cooke, B. D., Rossmann, M. M., McCubbin, H. I. & Patterson, J. M. (1988). Examining the Definition and Assessment of Social Support: A Resource for Individuals and Familie. *National Council on Family Relations*, 37(2), 211-216. <https://doi.org/10.2307/584322>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5 utg. 1 opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Det Norske Akademis Ordbok. (2022a). *Medisin*. <https://naob.no/ordbok/medisin>

Det Norske Akademis Ordbok. (2022b). *Obstetikk*. <https://naob.no/ordbok/obstetikk>

- Dias, M. A. B., Domingues, R. M. S. M., Schilithz, A. O. C., Nakamura-Pereira, M. & Leal, M. D. C. (2016). Factors associated with cesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian Public Health System: data from a National Survey. *Reproductive Health*, 13(114), 175-185. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0231-z>
- Donate-Manzanares, M., Rodríguez-Cano, T., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Barrilero-Fernández, E. & Beato-Fernández, L. (2019). Quality of Childbirth Care in Women undergoing Labour: Satisfaction with Care Received and How It Changes over Time. *Journal of clinical medicine*, 8(4), 434. <https://doi.org/10.3390/jcm8040434>
- Edwards, G. J. & Davies N. J. (2001). Elective caesarean section - the patient's choice? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 128-129. <https://10.1080/01443610020025994>
- European Union. (2021, 24. februar). *Women in the EU are having their first child later*. Eurostat; Your key to European statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210224-1?fbclid=IwAR1VU9B_XjJeJ5-8UIW-l1LhtzVjWbXFpZdttMHq93ivdbLndljOPX06YOc
- Faisal, I., Matinnia, N., Hejar, A. R. & Khodakarami, Z. (2014). Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. *Midwifery*, 30(2), 227-233. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.08.011>
- Fall, C. H. D., Sachdev, H. S., Osmond, C., Restrepo-Mendez, M. C., Victoria, C., Martorell, R., Stein, A. D., Sinha, S., Tandon, N., Adair, L., Bas, I., Norris, S. & Richter, L. M. (2015). Association between maternal age at childbirth and child and adult outcomes in the offspring: a prospective study in five low-income and middle-income countries (COHORTS collaboration). *The Lancet Global Health*, 3(7), e366–e377. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00038-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00038-8)

- Fenwick, J., Staff, L., Gamle, J., Creedy, D. K. & Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*, 26(4), 394-400. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.011>
- Folkehelseinstituttet. (2021, 7. juni). 2020-tallene fra Medisinsk fødselsregister. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/2020-tallene-fra-medisinsk-fodselsregister/>
- Forstholt, M. M., Langhoff-Roos, J. & Lidegaard, O. (2010). Ønsket sectio blandt førstegangsfødende. *Ugeskrift for Læger*, 172(29), 2075-2079.
- Fretts, R. C. (2022, 14. januar). *Effects of advanced maternal age on pregnancy*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/effects-of-advanced-maternal-age-on-pregnancy?search=maternal%20age&source=search_result&selectedTitle=1~150&us_age_type=default&display_rank=1
- Gamble, J. A. & Creedy, D. K. (2001). Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth*, 28(2), 101-110. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00101.x>
- Gjerdingen, D. K., Froberg, D. G. & Fontaine, P. (1991). The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. *Family Medicine*, 23(5), 370-375.
- Green, J. M. & Baston, H. A. (2003). Feeling in Control During Labor: Concepts, Correlates, and Consequences. *Birth*, 30(4), 235-247. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1046/j.1523-536X.2003.00253.x>
- Hatamleh, R., Abujilban, S., Al-Shraideh, A. J. & Abuhammad, S. (2019). Maternal request for cesarian birth without medical indication in a group of healthy women: A qualitative study in Jordan. *Midwifery*, 79, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102543>

Helsebiblioteket. (2021). *Alle databaser*.

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>

Helse Midt Norge RHF. (2020, 2. juni). *Hvordan bør barn i seteleie fødes*. Norsk Telegrambyrå Kommunikasjon. <https://kommunikasjon.ntb.no/pressemelding/hvordan-bor-barn-i-seteleie-fodes?pblsherId=17312194&releaseld=17886332>

Helsenorge. (2019, 13. mars). *Keisarsnitt*. <https://www.helsenorge.no/fodsel/keisarsnitt/>

Herstad, L., Klungsøyr, K., Skjærven, R., Tanbo, T., Forsén, L., Åbyholm, T. & Vangen, S. (2016). Elective cesarean section or not? Maternal age and risk of adverse outcomes at term: a population-based registry study of low-risk primiparous women. *BMC*, 16(230). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1028-3>

Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(5), 160–172. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.121141>

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, J. & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>

Hofmeyr G. J. (2021, 4. juni). *Overview of breech presentation*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/overview-of-breech-presentation?search=breech&source=search_result&selectedTitle=1~87&usage_type=default&display_rank=1

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley Publishing Company: Boston. Hovde, K.-O. & Grønmo, S. (2020, 2. november). *Algoritme*. SNL <https://snl.no/algoritme>

- Huang, S. Y., Sheu, S. J., Tai, C. J., Chiang, C. P. & Chien, L. Y (2013). Decision-making process for choosing an elective cesarean delivery among primiparas in Taiwan. *Maternal & Child Health Journal*, 17(5), 842-851.
<https://doi.org/10.1007/s10995-012-1062-3>
- Huesch, M. D. & Doctor, J. N. (2013). Cesarean Delivery on Maternal Request. *JAMA*, 310(9), 978. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.194756>
- Hull, P. M., Bedwell, C. & Lavender, T. (2011). Why do some women prefer birth by caesarean? An internet survey. *British Journal of Midwifery*, 19(11), 708-717. <https://doi.org/10.12968/bjom.2011.19.11.708>
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Häger, R. M. E., Daltveit, A. K., Hofoss, D., Nilsen, S. T., Kolaas, T., Øian, P. & Henriksen, T. (2004). Complications of cesarean deliveries: Rates and risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(2), 428-434.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.08.037>
- Ingstad, B. (2007). *Medisinsk antropologi; En innføring*. Fagbokforlaget.
- Jenabi, E., Khazaei, S., Bashirian, S., Aghababaei, S. & Matinnia, N. (2019) Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(22), 3867-3872.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1587407>
- Joanna Briggs Institute. (2015). *Methodology for JBI Scoping Reviews*.
<https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
- Johanson, R., Newburn, M. & Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ*, 324(7342), 892-895. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.892>

- Kaiser, M. (2015). *Kvantitativ metode*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvantitativ-metode/>
- Karlström, A., Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(251), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>
- Kealy, M. A. & Liamputtong, P. (2011). Contemporary Caesarean Section Theory: Risk, Uncertainty and Fear. I R. Bryar & M. Sinclair (Red.), *Theory for Midwifery Practice* (s. 262-284). Hampshire UK: Palgrave Macmillan.
- Keisler-Starkey, K. & Bunch, L. N. (2021). *Health Insurance Coverage in the United States: 2020; Current Population Reports*. U.S. Government Publishing Office.
<https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2021/demo/p60-274.pdf>
- Klein, V. R. (2010). Should Pregnant Women Be Able to Choose Elective Cesarean as a Birth Option? Pro. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 35(5), 252-252.
<https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e3181e7434c>
- Kolås, T., Hofoss, D., Daltveit, A. K., Nilsen, S. T., Henriksen, T., Häger, R., Ingemarsson, I. & Øian, P. (2003). Indications for cesarean deliveries in Norway. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(4), 864-870. <https://doi.org/10.1067/mob.2003.217>
- Kornelsen, J., Hutton, E. & Munro, S. (2010). Influences on decision making among primiparous women choosing elective caesarean section in the absence of medical indications: findings from a qualitative investigation. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada*, 32(10), 962-969. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34684-9](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34684-9)

- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning*, 4(4), 288-296. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0143>
- Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper – en arena for mestring og velvære. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. (s. 208-231). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Lee, L. Y. K., Holroyd, E. & Ng, C. Y. (2001). Exploring factors influencing Chinese women's decision to have elective caesarean surgery. *Midwifery*, 17(4), 314-322. <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0274>
- Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science*, 5(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Lindstrand, A., Bergstrøm, S., Rosling, H., Rubenson, B., Stenson, B. & Tylleskar, T. (2010). *Global Health; an introductory textbook*. Studentlitteratur AB.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese. Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Luce, A., Cash, M., Hundley, V., Cheyne, H., van Teijlingen, E. & Angell, C. (2016). "Is it realistic?" the portrayal of pregnancy and childbirth in the media. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(40), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0827-x>
- Macsali, F., Kolås, T., Sugulle, M., Strøm-Roum, E. M. & Steen, T. (2020, 17. februar). *Keisersnitt*. Legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/keisersnitt/>

Macsali, F. & Stangenes, K. (2020). *Fødselsnytt - fødselsstatistikken 2019*.

Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/contentassets/e69e482cda8045709e306af10854366d/fodselsnytt-nr-1-2020.pdf>

Martin, J. A., Hamilton, B. E., Osterman, J. K. & Driscoll, A. K. (2021, 23. mars). *Births: Final Data for 2019* (National Vital Statistics Rapport; vol 70 nr 2). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. <https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr70/nvsr70-02-508.pdf>

McDowl, J. (2010). Should Pregnant Women Be Able to Choose Elective Cesarean as a Birth Option? *Con. The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 35(5), 253-253.

<https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e3181e7434c>

Mehari, M.-A., Maeruf, H., Robles, C. C., Woldemariam, S., Adhena, T., Mulugeta, M., Haftu, A., Hagose, H. & Kumsa, H. (2020). Advanced maternal age pregnancy and its adverse obstetrical and perinatal outcomes in Ayder comprehensive specialized hospital, Northern Ethiopia, 2017: a comparative cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2740-6>

Miesnik, S. R. & Reale, B. J. (2007). A Review of Issues Surrounding Medically Elective Cesarean Delivery. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 36(6), 605-615. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00196.x>

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P. & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176-2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)

Moorhead, J. (1999). Are you too posh to push? The way you give birth has become a status symbol of our times. And by 2010 half of all women will refuse to endure the pain of natural birth. *Daily Mail*, 26 January: 36-37.

Munro, S., Kornelsen, J. & Hutton, E. (2009). Decision Making in Patient-Initiated Elective Cesarean Delivery: The Influence of Birth Stories. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 54(5), 373-379. <https://doi.org/10.1016/j.imwh.2008.12.014>

Nedberg, H. N. (2021). *Cesarean sections in Georgia and Norway - What contributes to too much, too little, or just right? The role of maternal risk factors and efforts to reduce high cesarean section rates*. [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Tromsø] Munin open research archive. <https://munin.uit.no/handle/10037/24424>

Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T. & Øian, P. (2006). Maternal Request for Cesarean Section due to Fear of Birth: Can It Be Changed Through Crisis-Oriented Counseling? *Birth*, 33(3), 221-228. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00107.x>

Neuman, M., Alcock, G., Azad, K., Kuddus, A., Osrin, D., More, N. S., Nair, N., Tripathy, P., Sikorski, C., Saville, N., Sen, A., Colbourn, T., Houweling, T. A. J., Seward, N., Manandhar, D. S., Shrestha, B. P., Costello, A. & Prost, A. (2014). Prevalence and determinants of caesarean section in private and public health facilities in underserved South Asian communities: cross-sectional analysis of data from Bangladesh, India and Nepal. *BMJ Open*, 4(12), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005982>

NICE guidelines. (2021, 17. juni). *Shared decision making: NICE guideline*. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>

Nilsson, L., Thorsell, T., Wahn, E. H. & Ekström, A. (2013). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing Research and Practice*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/349124>

- Norwitz, E. R., Lockwood, C. & Brass, V. A. (2021, 9. september). *Cesarean birth on maternal request*. Uptodate. https://www.uptodate.com/contents/cesarean-birth-on-maternal-request?search=Cesarean%20birth%20on%20maternal%20request&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- O'Donovan, C. & O'Donovan, J. (2018). Why do women request an elective cesarean delivery for non-medical reasons? A systematic review of the qualitative literature. *Birth*, 45(2), 109-119. <https://doi.org/10.1111/birt.12319>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic reviews*, 5(210), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Panda, S., Jha, V. & Singh, A.S. (2013). Review of cesarean section on maternal request in a tertiary care institute; scenario in developing country. *Kathmandu University Medical Journal*, 11(4), 349-354. <https://doi.org/10.3126/kumj.v11i4.13483>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1991). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, U. P., Larsen, P., Håkonsen, S. J. & Bjerrum, M. B. (2017). *Fra forskning til praksis*. (1.utg.). København: Munksgaard.
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D. & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *JBIM Evidence Implementation*, 13(3), 141-146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C. & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In Aromataris E. & Munn, Z. (Red.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

- Pevzner, L., Goffman, D., Freda, M. C. & Dayal, A. K. (2008). Patients' attitudes associated with caesarean delivery on maternal request in an urban population. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 198(5), 35–37. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.10.778>
- Pham, M. T., Rajić, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A. & McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Research Synthesis Methods*, 5(4), 371-385. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1123>
- Polit, D. & Beck, C. (2021). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (11 utg.). Wolters Kluwer.
- Quinlivan, J. A., Petersen, R. W. & Nichols, C. N. (1999). Patient preference the leading indication for elective caesarean section in public patients—results of a 2-year prospective audit in a teaching hospital. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(2), 207–214. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.1999.tb03375.x>
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L. & Declercq, E. (2014a). Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Robson, S., Carey, A., Mishra, R. & Dear, K. (2008). Elective caesarean delivery at maternal request: a preliminary study of motivations influencing women's decision-making. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(4), 415-420. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2008.00867.x>

- Sahlin, M., Carlander-Klint, A. K., Hildingsson, I. & Wiklund, I. (2013). First-time mothers' Wish for a planned caesarean section: deeply rooted emotions. *Midwifery*, 29(5), 447-452. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.02.009>
- Saisto, T. & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x>
- Sanavi, F. S., Rakhshani, F., Ansari-Moghaddam, A. & Edalatian, M. (2012). Reasons for Elective Cesarean Section amongst Pregnant Women; A Qualitative Study. *Journal of Reproduction & Infertility*, 13(4), 237-240. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23926552/>
- Schneider, E. C., Shah, A., Doty, M. M., Tikkanen, R., Fields, K. & Williams, R. D. (2021). *MIRROR, MIRROR 2021 Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. The Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021reflecting-poorly>
- Seijmonsbergen-Schermer, A. E., Akker, T., Rydahl, E., Beeckman, K., Bogaerts, A., Binfa, L., Frith, L., Gross, M. M., Misselwitz, B., Hálfhánsdóttir, B., Daly, D., Corcoran, P., Calleja-Agius, J., Calleja, N., Gatt, M., Nilsen, A. B., Declercq, E., Gissler, M., Heino, A., ... Jonge, A. (2020). Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study. *PLoS medicine*, 17(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003103>
- Shaterian, N., Rahnemaei, F. A., Ghavidel, N. & Abdi, F. (2021). Elective Cesarean Section On Maternal Request Without Indication: Reasons For It, And Its Advantages And Disadvantages. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, 12(3), 458-469. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2020.11.0017>

Staff, A. (2015, 23. Juni). *Bias*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias/>

Steel, B. J. & Jomeen, J. (2015). Caesarean section by maternal request. *British Journal of Midwifery*, 23(9), 624-629. <https://doi.org/10.12968/bjom.2015.23.9.624>

Søk & skriv. (2022, 28. februar). *Søketeknikker*.

<https://sokogskriv.no/soking/soketeknikker.html>

Takács, L., Seidlerová, J. M., Šulová, L. & Hoskovcová, S. H. (2015). Social psychological predictors of satisfaction with intrapartum and postpartum care - what matters to women in Czech maternity hospitals. *Open medicine*, 10(1), 119–127.

<https://doi.org/10.1515/med-2015-0022>

The Lancet. (2016, 16. september). *Series from the Lancet journals: Maternal Health*.

<https://www.thelancet.com/series/maternal-health-2016>

Thompson, H. (2010). Caesarean section at maternal request: a literature review. *British Journal of Midwifery*, 18(8), 484-491.

<https://doi.org/10.12968/bjom.2010.18.8.49315>

Thomson, A. (2000). Is there evidence for the medicalisation of maternity care? *MIDIRS*, 10(4), 416-420.

Tjernshaugen, A. (2021a, 24. november). *Mellominntektsland*. Store norske leksikon.

<https://snl.no/mellominntektsland>

Tjernshaugen, A. (2021b, 30. november). *Høyinntektsland*. Store norske leksikon.

<https://snl.no/høyinntektsland>

Tjernshaugen, A. (2021c, 3. desember). *Lavinntektsland*. Store norske leksikon.

<https://snl.no/lavinntektsland>

- Todd, A. L., Ampt, A. J. & Roberts, C. L. (2016). "Very Good" Ratings in a Survey of Maternity Care: Kindness and Understanding Matter to Australian Women. *Birth: Issues in perinatal care*, 44(1), 48-57. <https://doi.org/10.1111/birt.12264>
- Tollånes, M. C., Thompson, J. M. D., Daltveit A. K. & Irgens, L. M. (2007). Cesarean section and maternal education; secular trends in Norway, 1967–2004. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(7), 840-848. <https://doi.org/10.1080/00016340701417422>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Walker, R., Turnbull, D. & Wilkinson, C. (2004). Increasing cesarean section rates: exploring the role of culture in an Australian community. *Birth*, 31(2), 117-124. <https://doi/10.1111/j.0730-7659.2004.00289.x>
- Wax, J. R., Cartin, A., Pinette, M. G. & Blackstone, J. (2004). Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 59(8), 601-16. <https://doi/10.1097/01.ogx.0000133942.76239.57>
- Weaver, J. J., Statham, H. & Richards, M. (2007). Are There "Unnecessary" Cesarean Sections? Perceptions of Women and Obstetricians About Cesarean Sections for Nonclinical Indications. *Birth*, 34(1), 32-41. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00144.x>
- Weeks, L. (2005). Problematizing Choice in the Elective cesarean Debate. *Midwifery Today*, (73), 20-22.

- Weston, R. (2001). The influence of birth stories from friends and family members on primigravid women. *MIDIRS Midwifery Digest*, 11(4), 495-501.
- Wiklund, I., Edman, G. & Andolf, E. (2007). Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 86(4), 451-456.
<https://doi.org/10.1080/00016340701217913>
- WHO. (2007). *Everybody business: Strengthening health systems to improve health outcomes; WHO's framework for action*. WHO Document Production Services.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>
- WHO. (2015). *Who Statement on Caesarean section Rate*. World Health Organization.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=7804DB04DF4939A007B4FE4BD0B9BF5E?sequence=1
- WHO. (2017, 13. desember). *World Bank and WHO: Half the world lacks access to essential health services, 100 million still pushed into extreme poverty because of health expenses*. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses?fbclid=IwAR2VyNxAPvCxV9qEftT1P-Ua3toBgHVr0ysU98IMfQrFWkR5D-l9D6InfCc>
- WHO. (2018, 04. september). *Births by caesarean section Data by country*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/gho/data/node.main.BIRTHSBYCAESAREAN?lang=en>
- WHO. (2021, 16. juni). *Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access*. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>

World Bank. (u.å.-a). *Brazil*. The World Bank. <https://data.worldbank.org/country/brazil>

World Bank. (u.å.-b). *China*. The World Bank. <https://data.worldbank.org/country/china>

World Bank. (u.å.-c). *Iran, Islamic Republic*. The World Bank.

<https://data.worldbank.org/country/iran-islamic-rep>

World Bank. (u.å.-d). *Turkey*. The World Bank. <https://data.worldbank.org/country/turkey>

Øian, P., Albrechtsen, S., Berge, L. N., Børdahl, P. E., Egeland, T., Henriksen, T. & Håheim, L. L.

(2003). *Fødsel av barn i seteleie til termin: Assistert vaginal fødsel eller keisersnitt*.

(SMM rapport nr 3). Statens helsetilsyn.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/smm-rapporter/smm-rapport_03-03_foedsel_av_barn_-i_seteleie_til_termin.pdf

Vedlegg 1. Utfylt PRISMA-Scr sjekkliste

Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	Oppfylt, side I
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	Oppfylt, side II
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	Oppfylt, side 1-2
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	Oppfylt, side 3
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	Oppfylt, side 9
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	Oppfylt, side 9
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	Oppfylt, side 11
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	Oppfylt, vedlegg 2

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	Oppfylt, side 12-14
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	Oppfylt, side 14
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	Oppfylt, side 14
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	Ikke oppfylt
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	Oppfylt, side 14
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	Oppfylt, side 16
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	Oppfylt, side 18-28
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	Ikke oppfylt
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	Oppfylt, side 29
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	Oppfylt, side 29-45
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	Oppfylt, side 45

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	Oppfylt, side 56-60
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	Oppfylt, side 61-62
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	Oppfylt, side 9

JBI = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.

* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.

† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a scoping review as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).

‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JBI guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a scoping review as data charting.

§ The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a scoping review (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).

Fra: Tricco et al. (2018)

Vedlegg 2. Hovedsøk

Database	Søk og treff
CINAHL 14.10.21 KI 10.40-16.32	<p>S1. elective cesarean or elective caesarean or planned cesarean or planned caesarean (3 169)</p> <p>S2. maternal request* or maternal demand* or maternal wish* or maternal decision* or maternal prefer* or maternal choice* or maternal opinion* or maternal view* or maternal feeling* or maternal desir* or maternal fancy* or maternal thought* or patient request* or patient demand* or patient wish* or patient decision* or patient prefer* or patient choice* or patient desir* or patient opinion* or patient view* or patient feeling* or patient fancy* or patient thought* or women request* or women demand* or women wish* or women decision* or women prefer* or women desir* or women choice* or women opinion* or women view* or women feeling* or women fancy* or women thought* or female request* or female demand* or female wish* or female decision* or female prefer* or female choice* or female desir* or female opinion* or female view* or female feeling* or female fancy* or female thought* or mother request* or mother demand* or mother wish* or mother decision* or mother prefer* or mother choice* or mother desir* or mother opinion* or mother view* or mother feeling* or mother fancy* or mother thought* or pregnant request* or pregnant demand* or pregnant wish* or pregnant decision* or pregnant prefer* or pregnant choice* or pregnant desir* or pregnant opinion* or pregnant view* or pregnant feeling* or pregnant fancy* or pregnant thought* or woman request* or woman demand* or woman wish* or woman decision* or woman prefer* or woman desir* or woman choice* or woman opinion* or woman view* or woman feeling* or woman fancy* or woman thought* (106 101)</p> <p>S3. S1 AND S2 (382)</p> <p>Antall treff: 382</p>
Medline 14.10.21 KI. 10.40-16.32	<p>1. elective cesarean or elective caesarean or planned cesarean or planned caesarean (7020)</p> <p>2. maternal request* or maternal demand* or maternal wish* or maternal decision* or maternal prefer* or maternal choice* or maternal opinion* or maternal view* or maternal feeling* or maternal desir* or maternal fancy* or maternal thought* or patient request* or patient demand* or patient wish* or patient decision* or patient prefer* or patient choice* or patient desir* or patient opinion* or patient view* or patient feeling* or patient fancy* or patient thought* or women request* or women demand* or women wish* or women decision* or women prefer* or women desir* or women choice* or women opinion* or women view* or women feeling* or women fancy* or women thought* or female request* or female demand* or female wish* or female decision* or female prefer* or female</p>

	<p>choice* or female desir* or female opinion* or female view* or female feeling* or female fancy* or female thought* or mother request* or mother demand* or mother wish* or mother decision* or mother prefer* or mother choice* or mother desir* or mother opinion* or mother view* or mother feeling* or mother fancy* or mother thought* or pregnant request* or pregnant demand* or pregnant wish* or pregnant decision* or pregnant prefer* or pregnant choice* or pregnant desir* or pregnant opinion* or pregnant view* or pregnant feeling* or pregnant fancy* or pregnant thought* or woman request* or woman demand* or woman wish* or woman decision* or woman prefer* or woman desir* or woman choice* or woman opinion* or woman view* or woman feeling* or woman fancy* or woman thought* (32 645)</p> <p>3. 2 AND 3 (196)</p> <p>Antall treff: 196 36 artikler inkludert</p>
<p>Embase 14.10.21 KI 10.40-16.32</p>	<p>1. elective cesarean or elective caesarean or planned cesarean or planned caesarean (10676)</p> <p>2. maternal request* or maternal demand* or maternal wish* or maternal decision* or maternal prefer* or maternal choice* or maternal opinion* or maternal view* or maternal feeling* or maternal desir* or maternal fancy* or maternal thought* or patient request* or patient demand* or patient wish* or patient decision* or patient prefer* or patient choice* or patient desir* or patient opinion* or patient view* or patient feeling* or patient fancy* or patient thought* or women request* or women demand* or women wish* or women decision* or women prefer* or women desir* or women choice* or women opinion* or women view* or women feeling* or women fancy* or women thought* or female request* or female demand* or female wish* or female decision* or female prefer* or female choice* or female desir* or female opinion* or female view* or female feeling* or female fancy* or female thought* or mother request* or mother demand* or mother wish* or mother decision* or mother prefer* or mother choice* or mother desir* or mother opinion* or mother view* or mother feeling* or mother fancy* or mother thought* or pregnant request* or pregnant demand* or pregnant wish* or pregnant decision* or pregnant prefer* or pregnant choice* or pregnant desir* or pregnant opinion* or pregnant view* or pregnant feeling* or pregnant fancy* or pregnant thought* or woman request* or woman demand* or woman wish* or woman decision* or woman prefer* or woman desir* or woman choice* or woman opinion* or woman view* or woman feeling* or woman fancy* or woman thought* (59 345)</p> <p>1 AND 2 (368)</p> <p>Antall treff: 368</p>

Vedlegg 3. Dataauthenting

Kvalitative studier

Forfatter/årstall/land	Deltakerkarakteristikk				
	<i>Paritet</i>	<i>Alder</i>	<i>Sivilstatus</i>	<i>Utdanning og sosioøkonomisk status</i>	<i>Tidligere keisersnitt</i>
1. Arthur og Payne (2005) New Zealand	Førstegangsfødende	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Høyere utdanning: 4 (100%) Alle kvinnene var i middelklassen	Nei
2. Faisal et al. (2014) Iran	Førstegangsfødende	18-31 år (Gjennomsnittsalder 25år)	Gift: 14 (100%)	Ikke fullført videregående: 4 Videregående: 8 Høyere utdanning: 2	Nei
3. Fenwick et al. (2010) Australia	Førstegangsfødende	27-29 år	Gift: 14 (100%)	Høyere utdanning: 100% I arbeid: 100%	Nei
4. Hatamleh et al. (2019) Jordan	Førstegangsfødende	20-28 år (Gjennomsnittsalder 23 år)	Gift: 35 (100%)	Grunnskole: ca 1/3 Bachelorgrad: ca 2/3 Mastergrad: 1 De fleste tilhørte en relativt høy sosial	Nei

				klasse basert på inntekt og bosted	
5. Huang et al. (2013) Taiwan	Førstegangsfødende	26-42 år (Gjennomsnittsalder 32 år)	Ikke oppgitt	Videregående: 1 (6,7%) Universitet: 7 (46,7%) Mastergrad eller høyere: 7 (46,7%)	Nei
6. Kornelsen et al. (2010) Canada	Førstegangsfødende	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Nei
7. Lee et al. (2001) Hong Kong	Førstegangsfødende	26-35 år (Gjennomsnittsalder 29,5 år)	Gift: 6 (100%)	Videregående: 3 (50%) Høyere diplom: 1 (16,6%) Bachelors: 1 (16,6%) Master: 1 (16,6%)	Nei
8. Munro et al. (2009) Canada	Førstegangsfødende	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Nei
9. Sahlin et al. (2013) Sverige	Førstegangsfødende	25-39 år	Samboere	Ikke oppgitt	Nei

10. Sanavi et al. (2012) Iran	Førstegangs- og flergangsfødende	23,75 +/-4,30	Ikke oppgitt	Grunnskole: 86 (53,1%) Videregående: 35 (21,6%) Universitet: 41 (25,3) Lav inntekt: 45 (27,8) Moderat inntekt: 95 (58,6) Høy inntekt: 22 (13,6)	Ja
-------------------------------------	----------------------------------	---------------	--------------	--	----

Kvantitative studier

Forfatter/årstall/land	Deltakerkarakteristikk				
	<i>Paritet</i>	<i>Alder</i>	<i>Sivilstatus</i>	<i>Utdanning og sosioøkonomisk status</i>	<i>Tidligere keisersnitt</i>
1. Buyukbayrak et al. (2010) Tyrkia	Førstegangs- og flergangsfødende	<30 år: 1196 (75,3%) >30 år: 392 (24,7%)	Ikke oppgitt	≤8 års utdanning: 1147 (72,2%) >8 års utdanning: 441 (27,8%) 75,6% hadde en lavere sosioøkonomisk status	Ja
2. Forstholm et al. (2010) Danmark	Førstegangsfødende	Gjennomsnittsalder: 30,7 år	Fast parforhold: 185 (96,9%)	Høyt utdannede: 58 (30,4%)	Nei

3. Hull et al. (2011) Globalt	Førstegangs- og flergangsfødende	16-20 år: 6 (1,7%) 21-25 år: 27 (7,5%) 26-30 år: 120 (33,4%) 31-35 år: 153 (42,6%) 36-40 år: 77 (21,4%) 41+ år: 9 (2,5%)	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ja
4. Robson et al. (2008) Australia	Førstegangs- og flergangsfødende	23-43 år (gjennomsnittsalder: 32 år)	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt
5. Wiklund et al. (2007) Sverige	Førstegangsfødende	Gjennomsnittsalder: 33 år	Ikke oppgitt	Universitetsutdannelse: 58 (68%)	Nei

Litteraturstudier

Forfatter/årstall/land	Deltakerkarakteristikk				
	<i>Paritet</i>	<i>Alder</i>	<i>Sivilstatus</i>	<i>Utdanning og sosioøkonomisk status</i>	<i>Tidligere keisersnitt</i>
1. Collard et al. (2008) USA	Førstegangs- og flergangsfødende	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ja
2. Jenabi et al. (2019) Globalt	Førstegangs- og flergangsfødende	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt

3. O'Donovan og O'Donovan (2018) Globalt	Studier som kun inkluderte førstegangsfødende: 6 Studier som kun inkluderte flergangsfødende: 4 Studier som inkluderte begge: 6	16-43 år (en av studiene hadde ikke oppgitt alder)	8 studier samlet data ang. sivilstatus. Av deltakerne i disse studiene var 1 singel og resten gift/i fast forhold	10 studier rapporterte utdannelse. I 7 studier hadde flertallet universitetsutdannelse. I 2 studier hadde de fleste fullført videregående. I en studie hadde de fleste fullført grunnskolen.	Ja
4. Panda et al. (2013) India	Førstegangs- og flergangsfødende	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ja
5. Saisto og Halmesmäki (2003) Finland, England og Sverige	Førstegangs- og flergangsfødende	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ja
6. Shaterian et al. (2021) Globalt	Førstegangs- og flergangsfødende	15-45 år	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt

7. Steel og Jomeen (2015) Storbritannia	Førstegangs- og flergangsfødende	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ja
8. Thompson (2010) Høyinntektsland	Førstegangs- og flergangsfødende	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ja
9. Wax et al. (2004) Globalt	Førstegangs- og flergangsfødende	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ja

Vedlegg 4. Artikler ekskludert grunnet språk

Artikkel ekskludert på grunn av språk	Språk
<p>Araújo, B. R. O., Trezza, M. C. S. F., Santos, R. M., Oliveira, L. L. F., & Pinto, L. M. T. R. (2019). Entre ritos e contextos: Decisões e significados atribuídos ao parto natural humanizado. <i>Cultura de los Cuidados</i>, 2019(54), 206-216.</p> <p>https://doi.org/10.14198/cuid.2018.54.18</p>	Portugisisk
<p>Gullo, C. E., Soler, Z. A. S. G., Cabrera, E. M. S., Irigoyen, B. B. T. J., & Rodrigues, D. A. (2011). Cesárea eletiva no Brasil: imposição da autonomia da mulher ou do poder médico? <i>Enfermagem Brasil</i>, 10(6), 362–370.</p>	Portugisisk
<p>Haller, U., Hepp, H., & Winter, R. (2002). Sectio nach Wunsch oder elektive. Sectio: Aufforderung zum Umdenken. <i>Gynakologisch-geburtshilfliche Rundschau</i>, 42(1), 1–3. https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1159/000057930</p>	Tysk
<p>Shahoei, R., Rostami, F., Khosravi, F., Ranayi, F., Hasheminasab, L., Hesami, K., & Zaheri, F. (2014). Women lived experience of choice of cesarean delivery: A phenomenology study. <i>Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility</i>, 17(104), 1-10.</p>	Persisk

Vedlegg 5. Artikler ekskludert grunnet inklusjon av kvinner som fødte vaginalt**Artikler ekskludert fordi flere av deltakerne fødte vaginalt**

Eide, K. T., Morken, N. H. & Bærøe, K. (2019). Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(102), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2250-6>

Mazzoni, A., Althabe, F., Gutierrez, L., Gibbons, L., Liu, N. H., Bonotti, A. M., Izbizky, G. H., Ferrary, M., Viergue, N., Vigil, S. I., Denett, G. Z. & Belizán, J. M. (2016). Women's preferences and mode of delivery in public and private hospitals: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(34), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0824-0>

Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S.; Adams, S. S.; Vangen, S. & Eberhard-Gran, M. (2015). Fear of childbirth and preference for or actual delivery by elective cesarean section: A population based study. *BMC Pregnancy and Childbi*, 15(221), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0655-4>