

# Kvinnors upplevelser av icke-farmakologisk smärtlindring under förlossningen

En kvalitativ studie av bloggar

Janina Söderman och Hanna Stenlund

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa, våren 2021



## EXAMENSARBETE

Författare: Janina Söderman & Hanna Stenlund

Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa

Handledare: Terese Österberg

Titel: Kvinnors upplevelser av icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder under förlossningen - En kvalitativ studie av bloggar

---

Datum 18.05.2021

Sidantal 51

Bilagor 1

---

### Abstrakt

Syftet med examensarbetet är att ta reda på hur föderskor har upplevt icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder under förlossningen, och barnmorskans eller vårdpersonalens stöd och bemötande vid valet att föda utan farmakologisk smärtlindring. Arbetet är ämnat för både yrkeskunniga inom förlossnings- och mödravården och för de som är intresserade av och vill öka sin kunskap om icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder. Vår forskning baserar sig på våra centrala frågeställningar: Hur upplever föderskorna vårdpersonalens stöd och bemötande i deras val att föda enbart med icke-farmakologisk smärtlindring? Och hur beskriver föderskorna upplevelsen av att använda icke-farmakologisk smärtlindring vid förlossningen? Som metod har vi använt oss av kvalitativ studie där vårt material samlas in från olika bloggar, där föderskor har delat med sig av sina berättelser och upplevelser. Materialet har analyserats enligt kvalitativ innehållsanalys. I vårt arbete använder vi oss av "Omvårdsteorin", eller Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Healthcare av Sigrídur Halldórsdóttir som teoretisk utgångspunkt.

I studien framkom att kvinnor som valt att föda utan farmakologisk smärtlindring har ofta en traumatisk eller negativ förlossningsupplevelse i bakgrunden, som varit väldigt medikaliserad. Flera av kvinnorna hade också en önskan om att få pröva på en "naturlig" förlossning. Föderskorna hade upplevt adekvat smärtlindring av icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder, och att de fått mestadels gott bemötande och stöd från barnmorskorna och personalen i sitt val att använda icke-farmakologisk smärtlindring.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Förlossning, smärtlindring, icke-farmakologisk smärtlindring, upplevelser, blogg

---

## BACHELOR'S THESIS

Authors: Janina Söderman & Hanna Stenlund

Degree Programme: Midwifery

Supervisor: Terese Österberg

Title: Womens Experiences of a Non-Medicated Birth – A Qualitative Study of Blogs

---

Date 18.5.2021    Number of pages 51

Appendices 1

---

### Abstract

The purpose of this thesis has been to increase the understanding of how women, who have chosen to give birth non-medicated, have been treated by the midwives, and acknowledge their experiences. We also wanted to investigate the importance of the midwife-patient relationship.

Our thesis is targeted to health care professionals, such as midwives, but anyone who is interested is more than welcome to immerse themselves with knowledge about non-pharmacological pain management methods. The research questions that were used in this study were: How does the women experience the support from health care professionals when choosing to give birth with non-pharmacological pain management? How does the women describe the experience of using non-pharmacological pain management during childbirth? We used qualitative method for our thesis, and based our study on 6 blogs, both personal and bigger sites, and used posts by women telling their natural birth stories. We analyzed our content through qualitative content analysis. As theoretical framework we used the Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Healthcare-theory by Sigrídur Halldórsdóttir.

The women who chose to give birth without pharmacological pain management described the non-pharmacological pain management methods as satisfactory. They described a good relationship between themselves and the midwives, or the health care professionals, and a positive reception when they presented their wish of an unmedicated birth. A couple of reasons became clear as for why they decided to give birth without any pharmacological pain management. One of them being that the women had experienced a traumatic birth in the past, with high medicalization. Another reason being that the women had a desire to give birth unmedicated, and to really feel what childbirth feels like.

---

Language: Swedish

Key words: Childbirth, Pain relief, Non-pharmacological, Experiences, Blog

---

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar.....	2
3	Bakgrund.....	2
3.1	Centrala begrepp.....	3
3.2	Smärta.....	3
3.3	Förlossningssmärta.....	4
3.4	Smärtskattningsinstrument.....	5
4	Normal förlossning.....	6
4.1	Förlossningens olika skeden.....	6
4.2	Anatomi.....	8
4.3	Portteorin.....	10
4.4	Barnmorskans roll vid förlossningen.....	11
5	Olika smärtlindringsmetoder.....	13
5.1	Farmakologiska smärtlindringsmetoder.....	14
5.2	Bedövningar.....	15
5.3	Icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder.....	16
5.3.1	Akupunktur och akupressur.....	16
5.3.2	Avslappningsövningar.....	18
5.3.3	TENS.....	19
5.3.4	Sterila kvaddlar.....	20
5.3.5	Vattenförlossningar och varma bad.....	21
5.3.6	Massage.....	23
5.4	Smärtlindringar i Finland.....	24
6	Teoretisk utgångspunkt.....	24
6.1	Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Healthcare.....	24
6.2	Teorins uppbyggnad.....	25
7	Etiska överväganden.....	26
8	Metoder.....	27
8.1	Kvalitativ studie.....	27
8.2	Urval och datainsamling.....	28
8.3	Kvalitativ innehållsanalys.....	28
8.4	Analys.....	31
9	Resultat.....	32
9.1	Upplevd effekt av icke-farmakologisk smärtlindring.....	32
9.1.1	Upplevt effekt av varmvattenbad.....	32
9.1.2	Upplevd effekt av TENS.....	33

9.1.3	Upplevd effekt av avslappning .....	33
9.1.4	Upplevd effekt av massage .....	33
9.1.5	Upplevd effekt av musik .....	34
9.1.6	Upplevd effekt av rörelse .....	34
9.2	Barnmorskans eller vårdpersonalens bemötande och stöd .....	34
9.2.1	Barnmorskans eller vårdpersonalens bemötande .....	35
9.2.2	Stödet av barnmorskan eller vårdpersonal .....	36
9.3	Valet av icke-farmakologisk smärtlindring .....	37
9.3.1	Tidigare förlossningsupplevelse .....	37
9.3.2	Tankar kring val av smärtlindringsmetod .....	38
10	Diskussion .....	40
10.1	Metoddiskussion.....	40
10.2	Resultatdiskussion.....	42
10.3	Slutledning.....	45
	Källförteckningar.....	46

## 1 Inledning

Smärtlindring inom förlossningen är ett ämne som ständigt är på agendan. Olika trender kommer och går. Ett ämne som har fångat vårt intresse är alternativ smärtlindring. Det är vanligare idag att föderskor väljer farmakologisk smärtlindring (analgetika), men användningen av icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder har ändå ökat genom åren. År 2019 valde 53,2% av föderskorna i Finland epiduralbedövning som smärtlindring medan 42,0% valde alternativ smärtlindring (THL, 2020). Vi som blivande barnmorskor brinner för ämnet smärtlindring och att hjälpa den födande kvinnan, samt få ta del av den urkraft som ligger bakom födseln av ett nytt liv.

Vi har valt att genomföra vårt examensarbete som en kvalitativ studie av bloggar och på så sätt få ta del av kvinnors förlossningsberättelser och upplevelser av annan smärtlindring än farmakologisk smärtlindring. Vi är också intresserade av hur föderskorna har upplevt sjukvårdspersonalens bemötande och stöd i deras aktiva val att föda utan farmakologisk smärtlindring.

Med smärta anses en obehaglig fysisk eller psykisk upplevelse, och roten till smärtan har betydelse i behandlingen och smärtlindringsmetoden (IASP, 1994). Enligt Katie Erikssons vårdteori kring lidande ur boken "Den lidande människan" från 1994, behöver man inte vårda om inte lidande finns. Alla barnmorskor och hälsovårdare borde känna till vilka smärtlindringsmetoder som finns, och kunna erbjuda den födande kvinnan dessa. Med icke-farmakologisk smärtlindring menas allt från enkel beröring, så som att hålla hand, till taktill massage/stimulering, akupunktur, TENS och vattenburna förlossningar.

Genom att samla föderskors riktiga åsikter och upplevelser av icke-farmakologisk smärtlindring vill vi öka kunskapen om smärtlindringsmetoderna. Alla föderskor som önskar en "naturlig" förlossning utan medicinering ska kunna få ett tillräckligt stöd och adekvat information om vilka icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder som finns.

Tillsammans strävar vi till att uppfylla föderskans önskemål om sin förlossning och på så sätt kunna ge föderskan en stärkande förlossningsupplevelse, som hon vill minnas för all framtid, samt en god start i det nya kapitlet i livet som förälder.

## 2 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att ta reda på hur föderskor har upplevt icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder vid förlossning och barnmorskans eller vårdpersonalens stöd och bemötande vid valet att föda utan farmakologisk smärtlindring. Examensarbetet görs som en kvalitativ studie, och vårt material samlas in från olika bloggar där föderskor har delat med sig av sina berättelser och upplevelser.

Arbetet är ämnat för både yrkeskunniga inom förlossnings- och mödravården och för de som är intresserade av och vill öka sin kunskap om icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder.

Centrala frågeställningar i arbetet är:

Hur upplever föderskorna vårdpersonalens stöd och bemötande i deras val att föda enbart med icke-farmakologisk smärtlindring?

Hur beskriver föderskorna upplevelsen av att använda icke-farmakologisk smärtlindring vid förlossning?

## 3 Bakgrund

Smärtlindringens form har ändrat genom människans historia. Smärta vid förlossning skattas som svårare än exempelvis cancersmärter, men kommer sällan upp till diskussion. Såklart finns det den individuella smärttoleransen, och kulturella skillnader som spelar in på förlossningssmärta. På grund av värksvaghet eller fysiska hinder, kan förlossningen bli utdragen och smärtsam. (Lengquist, M. m.fl. Läkartidningen 26-27/2016)

Smärta och stress under förlossningen tär inte enbart på psyket och medför kroppsligt lidande, utan kan även ha ödesdigra konsekvenser för såväl fostret som föderskan. Bland annat ökar risken för fosterasfyxi (pulslöshet). Syrgaskvalitén och distributionen till fostret minskar kraftigt med hyperventilation, eftersom respiratorisk alkalos påverkar föderskans hemoglobin. Kärlspasm orsakat av katekolaminer (stresshormoner) kan minska uterus- och placentaperfusionen, och ge ischemisk smärta. Värkarbetet kan också förlängas i och med att muskeltonus i bäcken och buk ansträngs vid smärtpåverkan. (Lengquist, M. m.fl. Läkartidningen 26-27/2016)

### 3.1 Centrala begrepp

**Farmakologisk behandling** betyder samma som läkemedelsbehandling. Olika läkemedel kan användas i smärtlindrande syfte. Beroende på smärta används olika typer av smärtstillande läkemedel. Farmakologisk behandling ses i regel som andrahandsalternativ. (Tarnanen, K, Käypähoito, 2016)

**Icke-farmakologisk behandling** syftar på de metoder som används i smärtlindrande syfte utan medicinsk bakgrund och inverkan, så som motion, fysikaliska metoder (kyla, värme, tryck) och terapier. De flesta icke-farmakologiska metoderna använder sig av sensorisk stimulering. (Lengquist, M. m.fl. Läkartidningen, 2016)

**Lidande** är motsatsen till njutning. I enlighet med Katie Eriksson är lidandet tilldelat människan, och att leva innebär bland annat att lida. "Lidandet är något allt igenom ont, och har i sig självt ingen mening, men varje människa kan genom att gå genom lidandet tillskriva det en mening". (K, Eriksson, *Den lidande människan*, 1994)

**Smärta** definieras av International Association for the study of pain IASP (den internationella smärtorganisationen) som en "obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan". (IASP, 1994)

### 3.2 Smärta

Behandling av smärtan utgår alltid från patientens egen smärtskattning, som kan mätas exempelvis med VAS-skala. Patienten får i enlighet med läkare diskutera smärtans lokalisering, duration, hur intensiv smärtan är, och hur återkommande den är. (Tarnanen, K, m.fl. Käypähoito, 2016)

God smärtbehandling grundas på en fungerande vårdrelation, och ett förhållningssätt som är både empatiskt, lugnt, och att man som vårdare har förmågan att lyssna. Som yrkesutövare ska man kunna erbjuda patienten olika smärtlindringsmetoder, och även kunna diskutera för- och nackdelarna med behandlingarna. (Tarnanen, K, m.fl. Käypähoito, 2016)

Smärtbehandlingens ändamål är att förbättra patientens livskvalité, öka funktionsförmågan, och framför allt; lindra smärtan. Att göra det så bekvämt för patienten som möjligt kan minska smärtuppfattningen. (Tarnanen, K, m.fl. Käypähoito, 2016)



Grunden för all smärtbehandling är läkemedelsfri behandling, och bör användas i mån av möjlighet. Olika typer av läkemedelsfria behandlingar är motion, kognitiv beteendeterapi, fysikalisk behandling (kyla, värme, tryck) och andra behandlingar, så som terapeutisk träning. (Tarnanen, K, m.fl. Käypähoito, 2016)

Om läkemedelsfri behandling inte är tillräcklig, kan läkemedelsbehandling bli aktuell. Smärtstillande läkemedel används enligt vilken typ av smärta patienten upplever; vid kronisk smärta används långverkande preparat, medan akut migränanfall behandlas med kortverkande preparat. Vävnadsskador behandlas ofta med NSAID-preparat eller paracetamol, eller en kombination av dessa. Milda opioider används i vissa fall, medan starka opioider är ovanliga. Vid neuropatisk smärta används ofta antidepressiva och lidokainkräm. Opioider kan även tillsättas. (Tarnanen, K, m.fl. Käypähoito, 2016)

### **3.3 Förlossningssmärta**

Av alla kvinnor uppger ca 20 % att förlossningssmärtan är outhärdlig, och ungefär hälften upplever att smärtorna är mycket svåra. Detta innebär att så gott som alla kvinnor är i behov av adekvat smärtlindring under förlossningen. Att erbjuda kvinnan smärtlindring är en betydande del av förlossningsvården, och samtidigt behöver man tolka och lyssna på den födande kvinnans behov. Av alla vaginala förlossningar använde sig 92 % år 2017 av minst en smärtlindringsmetod. Som enskild smärtlindringsmetod användes främst lustgas, som användes av hela 53 % av föderskorna. Epiduralbedövning gavs åt 50 % av föderskorna, och spinalbedövning gavs åt 20 %. (Duodecim, specialistläkare Tiitinen, "Synnytyskivun hoito", 2020)

Det finns många faktorer som kan påverka smärtans intensitet under förlossningen. Föderskans allmäntillstånd, motivation, rädsla eller förväntningar påverkar hur hon upplever smärtan. För en omföderska kan en traumatiskt tidigare förlossning ge en förinställd negativ upplevelse av den pågående förlossningen. Förlossningssmärtan är olika i intensitet under förlossningens olika skeden. Smärtan brukar upplevas som starkast under öppningsskedets slutskede. Då är smärtan koncentrerad till nedre delen av livmodern och livmodermunnen. Denna smärta orsakas av att fostret sjunker neråt i förlossningskanalen och vävnader i förlossningskanalen töjs ut. (Paananen, m.fl., 2015, s. 256-257)

I öppningsskedet kan exempelvis en promenad, en varm dusch, bad, eller massage hjälpa. Att växla mellan olika ställningar kan hjälpa i tidiga förlossningsskedet. Man ska alltid begära smärtlindring om man känner behov. Smärtlindring kan vara icke-farmakologisk

eller farmakologisk. Farmakologisk smärtlindring kan uppnås med analgetika och exempelvis lustgas. Den mest effektiva smärtlindringen är bedövning, och exempelvis epiduralbedövning används ungefär vid 50 % av förlossningarna. (Duodecim, specialistläkare Tiitinen “Normaali synnytys”, 2020)

En god förlossningsförberedelse och god information kring förlossningen och födelseprocessen kan minska på förlossningsrädsla, och göra att föderskan uthärdar smärta bättre. Föderskan behöver stöd från barnmorskan, och säkerheten i kombination med tillräcklig förlossningsförberedelse ger en god grund för en positiv förlossningsupplevelse. (Duodecim, specialistläkare Tiitinen, “Normaali synnytys”, 2020)

### 3.4 Smärtskattningsinstrument

Smärtskattningsinstrument skattar främst smärtans intensitet. Instrumenten ska vara lätta att använda, och lätta att förstå. Om en patient upplever akut smärta, eller exempelvis postoperativ smärta, ska smärtan skattas ofta. Alla upplever smärtan olika, och har olik tolerans. Smärta kan inte mätas, endast uppskattas, och det är bara patienten själv som kan skatta sin smärta. Frågor om till exempel nattsömn bör utöver smärtskattningen tas upp, samt om smärtan påverkar dagliga livet och livsfunktioner, påverkas mobiliseringen, är smärtan hanterbar, behövs smärtlindring? Patienten bör få vägledning och möjlighet vara delaktig i behandlingsmålen. Det finns endimensionella skalor, så som numerisk skala (NRS), visuell analog skala (VAS) och verbal beskrivande skala. (Unneby, Vårdhandboken.se, 2021),

Med verbalt beskrivande skalor ber man patienten beskriva smärtan i ord, med adjektiv. Skalan kan bestå av fyra eller sju ord. Exempel på ord är lätt smärta, måttlig smärta etc. VDS (Verbal Describing Scale) och VRS (Verbal Rating Scale) är exempel på verbala skalor. Med en numerisk skala ber man patienten att skatta sin smärta från 0–10, antingen verbalt, genom att kryssa på ett papper, eller på en linjal. 0 är där ingen smärta, och 10 är värsta tänkbara smärtan. Om man använder sig av VAS-skalan tar man till hjälp en 10cm lång linjal, där 0 är ingen smärta, och 10 är värsta tänkbara smärtan. Smärtan kan också demonstreras med hjälp av ex. eldsflammor, en stigande graf etc. Ena sidan av linjalen är menad för personalen, där man kan läsa av hur patienten skattar sin smärta. (Unneby, Vårdhandboken.se, 2021)

Vid svårare och mer komplicerade smärtor behövs flerdimensionella skattningsinstrument, som mer komplext kan utvärdera smärtan utgående från exempelvis en psykisk, fysisk och social dimension. Om patienten har svårt att använda sig av skattningsskalor, kan

fysiologiska parametrar så som blodtryck, puls, och andningsfrekvens hjälpa till i tolkningen av patientens smärta. Ansiktsuttryck, blek hud och kallsvettningar kan vara ledtrådar. Oro, rastlöshet och spänd muskeltonus kan också vara indikatorer på smärta. Beteendeskalar kan användas, men tolkas med försiktighet, eftersom observation av patientens beteende inte är ett direkt mått på smärta. Exempel på beteendeskala är FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability). (Unneby, Vårdhandboken.se, 2021)

Smärtteckning kan användas, där man med hjälp av en schablon kan märka ut exakta området för smärtan, och beskriva hur smärtan känns. Man kan använda smärtteckning i diagnostiskt syfte vid exempelvis neuropatisk smärta, och den kan ingå i en djupare smärtanalys. (Unneby, Vårdhandboken.se, 2021)

## **4 Normal förlossning**

En förlossning räknas från förlossningsvecka 22, eller när fostret väger 500 gram. Graviditeten är fullgången när man uppnått graviditetsvecka 37, och överburen när man överskrider graviditetsvecka 42. En normal förlossning fortskrider av sig själv, och man behöver inte ingripa eller störa processen. (Duodecim, specialistläkare Tiitinen A. 2020)

Barnmorskan sköter normala nedrevägsförlossningar, och hennes uppgift är att noggrant övervaka både fostrets och moderns välmående, för att kunna ingripa i tid vid komplikationer. Moderns blodtryck, puls och temperatur övervakas under förlossningen, likaså fostrets hjärtfrekvenskurva, Kardiotokografi (CTG). CTG används kontinuerligt eller tillfälligt i så gott som alla förlossningar. Fostervattnets färg kontrolleras. Barnmorskan ska finnas som stöd för den födande, och kunna handleda modern i skötseln av den nyfödda. Barnmorskan följer med hur förlossningen framskrider. Över lag föder de flesta kvinnor på sjukhus i Finland, eftersom även en till synes riskfri graviditet och förlossning snabbt kan bli kritisk. Vid komplikationer tillkallas läkare, t.ex. vid sätesbjudning. (Duodecim, specialistläkare Tiitinen, 2020)

### **4.1 Förlossningens olika skeden**

Livmodern sammandras utan att orsaka smärta under hela graviditeten, men mot slutet av graviditeten blir sammandragningarna tätare och livmoderhalsen mjukas upp. Orsaken till att en förlossning sätter i gång är oklar. Den så kallade slemproppen lossnar från livmodermunnen ungefär 1–7 dygn före förlossningen sätter i gång. Slemproppen kan vara

blodblandad. Förlossningen föregås ofta av sammandragningar som varar i några timmar, men det betyder inte nödvändigtvis att förlossningsprocessen har börjat. Förlossningssammandragningarna kommer först med en 10 minuters intervall, för att sedan intensifieras. Under sammandragningarna känns livmodern hård, och själva sammandragningarna är smärtsamma. Livmoderhalsen förkortas och öppnas, och kan förknippas med blodblandade, slemmiga flytningar. (Duodecim, specialistläkare Tiitinen A. 2020)

Det finns olika sätt att hjälpa kroppen på traven om inte sammandragningarna vill komma i gång ordentligt. Man kan bland annat göra en hinnsprängning (amniotomi) där man tar hål på fosterhinnorna, vilket triggar i gång sammandragningar, eller så kan man ge oxytocin intravenöst. Dessa sätt kan också kombineras, men man börjar då med amniotomin och om den inte ger önskad effekt så kan man starta oxytocin-infusionen. Infusionen startas långsamt och ökas vartefter tills önskad styrka på sammandragningarna nås. (Paananen, m.fl., 2015, s. 541)

Själva förlossningen delas in i tre skeden; öppningsskedet, utdrivningsskedet och efterbördsskedet. Öppningsskedet kan ta flera timmar, men varierar och är mycket individuell. Öppningsskedet har börjat när livmodermunnen har öppnat sig 2-4cm och sammandragningarna är regelbundna. För en förstföderska tar öppningsskedet 7–9 timmar, men för en omföderska är skedet kortare. Öppningsskedet övergår till utdrivningsskedet när livmodermunnen är helt öppen, alltså 10cm, och den bjudande delen sjunkit ner i bäckenbotten. (Duodecim, specialistläkare Tiitinen, 2020)

Utdrivningsskedet kännetecknas av krystningar. Modern känner ett krystningsbehov när fostrets bjudande del trycker mot ändtarmen (rektum) och perineum (mellangården). Barnet föds fram med sammandragningar och moderns krystningar, och med hjälparens (barnmorskans) händer som stöd vid perineum för att undvika bristningar. Utdrivningsskedet är också individuellt, och tar allt från några minuter till några timmar. Skedet kan påskyndas med hjälp av sugklocka. Ibland behövs perineum klippas, så barnets bjudande del ryms ut, så kallad perineotomi eller episiotomi. Föderskan känner ofta själv vilken ställning som fungerar för henne att krysta i. Den populäraste förlossningsställningen i Finland är halvsittande, men det finns också många andra ställningar och hjälpmedel, exempelvis förlossningspallar, till hands. (Duodecim, specialistläkare Tiitinen, 2020)

Barnet navlas av efter 1–2 minuter och ges till modern så fort som möjligt för hudkontakt. Livmodern sammandras snabbt, vilket får moderkakan (placentan) att lossna och drivas ut.

Detta sker vanligtvis inom en timme efter barnet blivit fött. Blödningen under utdrivningsskedet är i genomsnitt 500ml. Om placentan inte lossnar inom en timme, utförs en skrapning av livmodern under generell anestesi. (Duodecim, specialistläkare Tiitinen, 2020)

## 4.2 Anatomi

I frågan kring olika smärtlindringsmetoder behövs en viss förståelse för den kvinnliga anatomin.

Först, det yttre kvinnliga könsorganet. Detta är ett område som ofta kallas vulva, och som utgörs av mons pubis, labia majora, labia minora, Bartholins körtlar, och klitoris. Yttre könsorganens uppgift är att skydda de inre könsorganen från infektionssjukdomar, möjliggöra befruktning, och att uppnå sexuell njutning. De yttre könsorganen är också betydande vid förlossning. (Knutson & McLaughlin, 2019)

Mons pubis är en upphöjning av fettvävnad, på blygdbensfogen, som under puberteten blir hårtäckt. Mons pubis kallas också för mons Venus. Mons pubis är täckt av körtlar som utsöndrar feromoner, en substans som är involverad i sexuell attraktion. (Knutson & McLaughlin, 2019)

Labia majora, eller de stora blygdläpparna, är stora hudflikar som skyddar de övriga yttre könsorganen. De producerar svett- och talgkörtlar, som utsöndrar smörjande sekret. Under puberteten börjar hårväxt synas på Labia majora. (Knutson & McLaughlin, 2019)

Labia minora, eller de små blygdläpparna, finns precis innanför Labia majora, och varierar i storlek. De omger slidöppningen och urinrörsmynningen. Vid upphetsning blir Labia minora blodfylld och expanderar, och blir mer känslig för beröring. (Knutson & McLaughlin, 2019)

Bartholins körtlar finns på sidorna av slidöppningen, och utsöndrar sekret vid upphetsning. Sekretet smörjer slidan för att förbereda för penetration. (Knutson & McLaughlin, 2019)

Klitoris finns mellan Labia minora, och är lokaliserad där penis skulle finnas hos en man. Klitoris, likt en penis, är väldigt känslig till sexuella stimuli, och kan bli erigerad. Stimuli av klitoris kan resultera i orgasm. (Knutson & McLaughlin, 2019)

Perineum, även kallat mellangården, finns mellan anus och könsorganen. Området är rikt på nerver och blodkärl, och därför kan perineum upplevas som ett erogent område. En rest av fosterutvecklingen, en hudsöm kallat raphe, kan ses i perineum. (Knutson & McLaughlin, 2019)

De inre könsorganen formar en väg, och utgörs av vaginan, uterus (livmodern), äggledare och äggstockarna. I äggledarna befruktas en äggcell med en spermie. Äggstockarna producerar och frigör äggceller. (Knutson & McLaughlin, 2019)

Vaginan är 7–10 cm lång hos en vuxen kvinna, och sammankopplar de yttre könsorganen med de inre. Vaginan är tubformad, elastisk, och muskulös. Man kan säga att vaginan är en passage, ex. vid en vaginal förlossning, när babyen lämnar livmodern via vaginan (Paananen, U. K. m.fl., 2015, s 69–70). Vanligtvis finns det inget utrymme i vaginan, men vid en förlossning är den uttöjd. Den lägre tredjedelen av vaginan är omringad av muskulatur, som kontrollerar öppningsdiametern. Under reproduktionsåren är vaginans inre rynkat och har veck, men före puberteten och efter menopausen är den slät. Vaginan är omgiven av slemhinnor, som håller den fuktig. Cervix utsöndrar också sekret, som rinner ner i vaginan. Mjölkgigt eller genomskinligt sekretet, även kallat flytningar, är helt normalt. (Knutson & McLaughlin, 2019)

Uterus, eller livmodern, är ett päronformat organ, som finns mitt i bäckenet, bakom urinblåsan och framför ändtarmen. Livmodern är fastankrat på plats med hjälp av ligament. Livmoderns huvudsakliga uppgift är att bära ett växande foster. Uterus är uppdelat i fundus uteri, corpus uteri (kroppen), och cervix uteri (öppningen) (Paananen, m.fl., 2015, s 67–68). Kanalen i cervix är oftast sluten, men öppnar sig vid förlossning för att barnet ska kunna passera. Corpus är elastisk och muskulös, och kan expandera i enlighet med det växande fostret. Muskelväggarna sammandras vid förlossning, och trycker ut barnet från livmodern och vidare ut i vaginan. Under reproduktiva åren är corpus dubbelt så lång som cervix, men efter menopausen är det omvänt. Menstruation beror på att slemhinnan i livmodern, endometrium, stöts ut, såvida inte ett ägg blivit befruktat vid ägglossning. (Knutson & McLaughlin, 2019)

Pelvis (bäckenet) är en skålformad, kraftig benring, som vilar på lårbenen, femur. Egentligen utgörs bäckenet av tre ben: os coxae (höftbenen), os sacrum (korsbenet), och os coccygis (svansbenet). Bäckenet spelar en viktig roll för ryggradens kurvatur och för balansen. Bäckenet är stabilt, med liten rörlighet, och bär ryggradens kotor och vikt. Det finns en

könslig skillnad på bäckenet. Kvinnans pelvis är plattare och bredare, utformat att föda barn, medan mannens pelvis är smalare och högre. (Christensen & Marieb, 2012)

Bäckenbotten är ett kupolformat muskellager, som separerar bäckenhålan (lilla bäckenet) från perineala regionen. I håligheten finns urinblåsan, tarmar, och uterus. Bäckenbottenmuskulaturens huvudsakliga uppgifter är att upprätthålla urin- och avföringskontinens, stöda organen i bäckenet och buken, samt att möjliggöra sexuell aktivitet och förlossning. (Bharucha, 2006)

### 4.3 Portteorin

Även kallat "gate-teorin", är en teori som förklarar hur smärtan uppkommer, hur den tar sig uttryck och förändras. Man försöker förklara, med neurologiska och psykologiska termer, varför samma smärtstimuli kan ge olika smärtupplevelser, och att en person reagerar olika på samma smärtreceptoraktivering, beroende på situation och tillfälle. Ett exempel på när smärtreceptorerna är aktiverade men ingen smärta upplevs är soldater som blivit skadade i krig. Portteorin går ut på att uppfattningen av fysisk smärta inte är ett direkt resultat av smärtreceptoraktiveringen, utan Melzack m.fl. menar att man genom aktivering av en nerv som inte sänder smärtsignaler kan "blockera" en persons uppfattning av den egentliga smärtan, eftersom impulsen blir "utkonkurrerad". Kortfattat innebär det att man reflexmässigt, medvetet eller omedvetet, kommer undvika det som orsakar smärta. Ett exempel är att man drar handen från en eld, eller lyfter foten när man trampat på något vasst. Mellan 1962 och 1965 lade Patrick Wall och Ronald Melzack fram teorin om att smärtan styrs av en interaktion mellan såväl smärtneuroner som icke-smärtneuroner. Smärtreaktionen räddar oss inte enbart från skada, utan leder även till ett förändrat rörelsemönster. Kronisk smärta kan i teorin ändra rörelsemönster, vilket i sin tur kan leda till ytterligare smärta. (Melzack & Wall, 1965)

Teorins centrala del är att det i nivå med ryggmärgen finns en port, eller gate på engelska, som bestämmer hur mycket "smärtstimuli" som får gå vidare upp till hjärnan. Framme i hjärnan registreras den som smärta. Porten stängs eller öppnas, enligt balansen mellan små och stora nervfibrers aktivitet. Stora nervfibrer leder beröring, och små fibrer leder smärta. Det är i SG (Substantia gelatinosa) som smärtmoduleringen sker och det förekommer alltid någon slags dämpning, eller inhibering av smärta. Aktivitet i stora nervfibrer ökar inhiberingen av smärtafferensen som genom negativ feedback når T-cellerna. Små nervfibrers aktivitet kommer minska inhiberingen. Inhibering sker också med hjälp av fibrer

i ryggmärgens bakhorn, som kan dämpa smärtan exempelvis på ryggmärgsnivå, genom centrala mekanismer. Smärtsensationen påverkas av rädslor, kognitiva och emotionella tillstånd, förväntningar och erfarenheter. Vi når smärtröskeln om T-cellernas aktivitet är för stor, samt porten öppnas tillräckligt mycket. En reaktion uppstår och smärta upplevs. Melzack m.fl har valt att kalla reaktionen ”action system”. (Melzack & Wall, 1965).

Forskning har inte kunnat bevisa teorin till fullo, och man har också ifrågasatt teorin vad gäller så kallad fantomsmärta, smärta från en amputerad kroppsdel. Neurologiskt kan man kritisera teorin med att det finns fler receptorer än “smärtreceptorer” och “icke-smärtreceptorer”, bland annat WDR (wide dynamic range neuron). Något specifikt smärtcentra i hjärnan har inte heller kunnat påvisas, utan smärthanteringen sköts genom ett komplex samarbete mellan hjärnans olika delar. (Lorne M. Mendell, 2013)

#### **4.4 Barnmorskans roll vid förlossningen**

I artikeln “Central concepts in the midwife–woman relationship” av Lundgren, I. & Berg, M. (2007) har forskarna beskrivit centrala begrepp i förhållandet mellan barnmorska och föderska. Artikeln tar upp vikten av en god relation såväl före, under och efter förlossningen. Studien är baserad på åtta tidigare kvalitativa studier från Sverige, som om-analyserats med sammanlagt 96 deltagare. Studien innehåller både “normala” och “riskfyllda” graviditeter och förlossningar. Artikeln är unik i det att den utgår från vårt nordiska system, med att barnmorskan har huvudansvaret eller är fortsättningsvis delaktig vid riskfyllda situationer. För att hitta koncepten frågade sig forskarna “what is essential in the women’s experiences, whether women with normal processes or a high-risk situation of any kind?” och “Response from the midwife?”. Utgående från dessa kunde sex koncept klarläggas. Ena sidan av konceptparet är barnmorskans perspektiv, och andra sidan är föderskans. Konceptparen som identifierades är följande; surrender– availability, trust–mediation of trust, participation–mutuality, loneliness–confirmation, differenceness–support uniqueness and creation of meaning–support meaningfulness. (Lundgren & Berg, 2007, s. 220-228)

Med “surrender” menas att kvinnan ger upp sig själv och sin kropp under förlossningen, att hon överlämnar sig åt barnet och personalen. Om det uppstår komplikationer tar barnmorskan eller läkaren över kontrollen. Som svar till detta är barnmorskans “availability”, alltså tillgänglighet. Egenskapen att barnmorskan är öppen och kan forma sig efter kvinnans unika behov, och stöda kvinnan baserat på efterfrågan. Barnmorskan ska



också vara tillgänglig med sina känslor och sin personlighet. (Lundgren & Berg, 2007, s. 220-228)

“Trust” innebär att kvinnan ska ha tilltro på sig själv, på födandet, på förmågan att kontrollera smärta och på barnmorskan. Osäkerhet hos barnmorskan kan bidra till en försämrade upplevelse för föderskan. Barnmorskans svar, “mediation of trust” innebär att barnmorskan tillför tro och upprätthåller ett ärligt förhållande. Ett tillitsfullt förhållande kan stärka kvinnan, ge henne självförtroende, och införa trygghet. Endera kvinnor tvivlar på sina egna förmågor, och vid mer komplicerade förlossningar kan det vara svårt att uppmuntra kvinnorna och upprätthålla motivationen. (Lundgren & Berg, 2007, s. 220-228)

“Participation” innebär att en kvinna är involverad i förlossningen, att hon blir sedd och hörd, och får hjälp och råd vid behov. Barnmorskans “Mutuality” innebär att förhållandet är ömsesidigt, att barnmorskan är öppen, lyhörd, och kan föra en meningsfull dialog. Ömsesidighet är ett viktigt drag hos barnmorskan. (Lundgren & Berg, 2007, s. 220-228)

“Loneliness” kan vara ensamheten och ovissheten kring graviditet, eller födelseprocessen. Rädsla och ambivalens kan uppstå till följd av ensamheten. “Confirmation” innebär att barnmorskan ser kvinnan, möter rädslan och är närvarande, både fysiskt och emotionellt. Barnmorskan hjälper kvinnan att närma sig förlossningen, och att möta det obekanta. (Lundgren & Berg, 2007, s. 220-228)

“Differenceness” handlar om att alla kvinnor är unika. Kvinnor med riskgraviditeter anser sig annorlunda jämfört med “den normala gravida”, och den “normala gravida” jämför sig med andra gravida kvinnor. “Support uniqueness” innebär att barnmorskan försöker framföra att det inte finns någon “normal” förlossning, och försöker erbjuda alternativa metoder, lyssnar på kvinnans önskemål, och accepterar och stöttar olikheter. Barnmorskan ska vara öppen för det som kan verka annorlunda. (Lundgren & Berg, 2007, s. 220-228)

“Creation of meaning” kan vara att kvinnan kopplar samman smärta under förlossningen med lyckan av resultatet – att få det nyfödda barnet i famnen. Det kan också vara en diabetiker som känner meningsfullhet av graviditeten, att kunna bevisa att hon klarar av att sköta sin kropp samtidigt som hon är gravid. “Support meaningfulness” betyder att barnmorskan ska stöda kvinnans uppfattning om meningsfullhet. Barnmorskan betonar att förlossningen har sin gång, samt att förlossningen är en process. Barnmorskan ska uppmuntra och ge hopp. (Lundgren & Berg, 2007, s. 220-228)

Som föderska blir man påverkad av olika intryck och upplevelser, som direkt inverkar på förlossningsupplevelsen. Förlossningsprocessen kan i stunden också påverkas. Det viktigaste under förlossningen är stöd (support), och forskning har visat att speciellt barnmorskans stöd är av stor vikt. Artikeln är från Sverige, där barnmorskorna liksom i Finland har stort eget ansvar, och tar hand om normala graviditeter och förlossningar självständigt. Barnmorskan är fortsättningsvis involverad, fastän en läkare skulle ta över. Begreppet "normal" förlossning är en svår definition, eftersom nästan alla förlossningar innefattar någon form av medicinsk åtgärd, exempelvis anestesi. (Lundgren & Berg, 2007, s. 220-228)

I en annan studie, *Women's Experience of Trust Within the Midwife-Mother Relationship* (Lewis, M., Jones, A. & Hunter, B. 2017) framkom det att förtroendet byggs på kontinuerligt, samt utvecklas, likt när man bygger ett torn med klossar. Syftet med studien var att utforska förtroendet mellan mödrar och barnmorskor i vårdförhållandet. Förtroende är enligt evidens en viktig del av vårdförhållandet, men konceptet är inte klarlagt. Kvinnorna i studien hade alla ett visst antagande och ett visst förutfattat förtroende för barnmorskan och hennes kompetens, men alla upplevde att förhållandet och relationen utvecklas vidare efterhand. Kvinnornas upplevelse av förtroende blev sammanflätat med deras inverkan, kvinnorna önskade ett förhållande som går åt båda hållen med barnmorskan, och verkligen ha ett förhållande byggt på växelverkan, och att barnmorskan i sin tur också ska ha förtroende för kvinnan. I artikeln framkom att kvinnorna anser att bygga upp ett förtroende är det viktigaste för att åstadkomma en god relation. Teman som också enligt forskningen är relevanta till kliniskt barnmorskearbete är behov, förväntningar, förhållandet mellan mamman och barnmorskan, vikten på en kontinuerlig och sammanhängande vård, samt betydelsen av kvinnans styrka. (Lewis, Jones, & Hunter, 2017, s. 40-52).

## **5 Olika smärtlindringsmetoder**

Olika smärtlindringsmetoder påverkas tydligt av synen på förlossningssmärtan. Även geografiska olikheter finns påtalade. Om förlossningssmärtan ses som positiv och naturlig används icke-farmakologiska metoder i smärthanteringssyfte, medan farmakologiska metoder används i smärtlindringssyfte. I Skandinavien används lustgas flitigt, medan den metoden, exempelvis i USA, är mycket sällsynt. (Lengquist. m.fl. Läkartidningen, 2016)

Olika metoder är lämpade för olika skeden av förlossningen, speciellt användningen av metoder och tekniker som agerar nervblockerande beror på hur långt förlossningen har

fortskridit. Många metoder prövas mot förlossningssmärta, utan någon omfattande evidens. Icke-farmakologiska metoder prövas generellt före man tar till invasiva, farmakologiska metoder. I Sverige, men även i Finland, beaktas föderskans önskemål och förlossningsplan, och om graviditeten och förlossningen tills vidare varit "normal" finns inga hinder för att använda sig av icke-farmakologiska metoder. (Lengquist, M. m.fl. Läkartidningen 26–27/2016)

Icke-farmalogiska metoder omfattar exempelvis varma bad, vattenfödelse, massage, akupunktur, akupressur, temperaturbehandlingar, upprätt position, sterila kvaddlar, avslappning, yoga, och att ha en stödperson eller doula med sig under förlossningen. Flera av de icke-farmakologiska metoderna är vad som kallas sensorisk stimulering, som ökar endogena endorfinnivåer, och som på ryggmärgsnivå hämmar smärtan. Portteorin är en föreslagen mekanism på smärtlindringsmetoden. (Lengquist, M. m.fl. Läkartidningen 26–27/2016)

Farmakologiska metoder däremot omfattar allt "medicinskt" och invasivt, så som användning av olika läkemedel (NSAID-preparat, paracetamol, opioider), lustgas, pudendusblockader, paracervikalblockad, och de mest kännpaka epidural- och spinalbedövningarna. Farmakologiska metoder kan bli nödvändiga trots att man har planerat sin förlossning som "naturlig". I vissa förlossningar erbjuds epidural- och spinalbedövningar i ett tidigt skede, eftersom de kan kompletteras senare i förlossningen med lokalverkande analgetika, och är i vissa fall den enda nödvändiga bedövningen vid kejsarsnitt. Liksom alla mediciner kan olika läkemedel i förlossningen medföra biverkningar och komplikationer för både foster och modern, så som blodtrycksfall, och opioider kan ta sig genom placentabarriären och gå direkt in i fostrets blodomlopp. Två av tre kvinnor känner starka smärtor, trots behandling med opioider. (Lengquist, M. m.fl. Läkartidningen 26–27/2016)

## **5.1 Farmakologiska smärtlindringsmetoder**

I tidigt öppningsskede kan paracetamol användas som smärtlindring. Man kan ge intramuskulära injektioner i smärtlindrande syfte, men eftersom dessa cirkulerar i blodomloppet når de barnet via placentan. Ett av de mest använda läkemedlen är petidin, som är en stark analgetika i opioid-gruppen. Andra alternativ är tramadol och remifentanyl. Läkemedel ur opioid-gruppen kan påverka barnets andningsförmåga, och ges därför så tidigt i förlossningsförloppet som möjligt. Största delen av de läkemedel som ges i början av förlossningen hinner utsöndras före födseln, via modern. En enkel smärtlindringsmetod är

lustgas, dikväveoxid. Lustgas är effektivt om föderskan använder gasen rätt. Gasblandningen andas in via mask, några andetag i början på en sammandragning, och ett uppehåll görs när sammandragningen lättar. Lustgasens effekt uppnås efter ungefär en halv minut, vilket betyder att föderskan bra kan börja andas in gasblandningen vid första tecken på sammandragning. En del upplever illamående och yrsel vid inandning av lustgas/syreblandning, vilket i regel är snabbt övergående. Metoden är säker för såväl föderskan som barnet. (Tikkanen M, Tekay A., Tapanainen J; Heikinheimo O, Mäkikallio K., Duodecim, 2019, s. 560–563)

## 5.2 Bedövningar

För omfödorskor används PCB-bedövning flitigt fortsättningsvis på de flesta förlossningsavdelningar. PCB, eller livmoderhalsbedövning, blockerar nerver som skickar smärtsignaler. En specialdesignad nål används, och bedövningen injiceras under slemhinnan, med några centimeters djup runt livmodermunnen. Effekten håller 1–2 timmar. (Tikkanen M, Tekay A., Tapanainen J; Heikinheimo O, Mäkikallio K., Duodecim, 2019, s. 560–563)

Pudendusblockad bedövar området kring perineum, och är lämpad vid utdrivningsskedet. Smärtan vid krystningar avtar, och vid eventuellt episiotomi behövs ingen tilläggsbedövning. Bedövningen ges med en specialnål, via vaginans slemhinnor, på ca. 1cm djup. (Tikkanen M, Tekay A., Tapanainen J; Heikinheimo O, Mäkikallio K., Duodecim, 2019, s. 560–563)

Epiduralbedövning är den mest effektiva smärtlindringsmetoden, och ges av en anestesiläkare. Läkaren ger bedövningen mellan ländryggens kotor, i epiduralutrymmet. Via en nål förs en tunn kateter på plats. Via katetern ges bedövningsmedel, och man kan justera doseringen enligt behov. Katetern hålls i epiduralutrymmet under hela förlossningen. Man kan även ge opioder via katetern. Engångsdos i epiduralkatetern har effekt i ungefär två timmar. Bedövningen ges helst när förlossningen tydligt är i gång, och när livmodermunnen börjat öppnas. En bieffekt av epiduralbedövning kan vara blodtrycksfall, vilket korrigeras med intravenös vätsketerapi, minst 500ml. Vid epiduralbedövning uppföljs barnets hjärtfrekvenskurva. Andra kontraindikationer kan vara hudinflammation kring punktionsstället, eller störningar i koagulationssystemet. Spinalbedövning ges framför allt åt omfödorskor, eftersom spinalbedövningen ger snabbare effekt och går fortare att lägga. Spinalbedövning ges som en engångsdos, och anestesiläkaren ger läkemedlet direkt ryggmärgsutrymmet. Läkemedlet som ges är en blandning av bedövnings- och

smärtlindrande läkemedel. Spinalbedövningens effekt är begränsad, och den smärtlindrande effekten är kortare jämfört med epiduralbedövning. (Tikkanen M, Tekay A., Tapanainen J; Heikinheimo O, Mäkikallio K., Duodecim, 2019, s. 560–563)

### **5.3 Icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder**

Man kan lindra förlossningssmärta långt på icke-farmakologisk väg. I randomiserade undersökningar har bad, massage, hypnos, avslappningsövningar samt akupunktur haft en smärtlindrande effekt, och bidragit till en mer positiv förlossningsupplevelse. I tidigt skede av förlossningen kan det hjälpa att pröva olika förlossningsställningar, så länge som inte sammandragningarna är mycket smärtsamma. Föderskan kan också fritt promenera, försöka ta ett varmt bad eller dusch, eller försöka sitta i en gungstol. Vid smärtor i öppningsskedet kan akupunktur (om möjligt att fås) hjälpa, samt massage av ländrygg och axlar. En annan behandlingsform är kvaddlar, vilket är sterilt vatten (aqua) som injiceras under huden så att blåsor bildas. Exempelvis kan vattnet injiceras med några centimeters mellanrum på korsryggen, på fyra olika ställen. Injektionen är i sig själv smärtsam när huden stramar, men är effektiv mot sammandragningssmärter. Kvaddlarnas ungefärliga effekt är en timme, och de är endast effektiva i förlossningens tidiga skede. (Tikkanen M, Tekay A., Tapanainen J; Heikinheimo O, Mäkikallio K., Duodecim, 2019, s. 560–563)

#### **5.3.1 Akupunktur och akupressur**

Akupunktur utförs främst med nålar. Inom traditionell kinesisk medicin kan också värmebehandling ingå, så som moxa (bränning av örter). Mycket tunna nålar placeras på specifikt utvalda punkter på kroppen. Ett tydligt lugn brukar infalla efter behandlingen. Akupunktur användes redan på 1800-talet i Uppsala (Svenska Akupunkturförbundet, uppdaterad 2021). Världshälsoorganisationen, WHO, har listat över 100 behandlingsområden där traditionell akupunktur kan användas, och listar sjukdomar, symtom och tillstånd i kontrollerade studier där akupunktur har haft vetenskapligt bevisad effekt. WHO värnar om att integrera bland annat akupunktur, och annan alternativ medicin i sjukvårdssystemet. Modern medicin är kostsam, och resurserna tros inte räcka till den ständigt växande befolkningen. Alternativa behandlingar borde utforskas ytterligare. (WHO, 1991).

Akupunktur har använts i kinesisk medicin i tusentals år för att bota sjukdom och främja hälsan. Inom förlossningsvård används akupunktur bland annat i analgetiskt syfte, för att

sätta i gång en förlossning, för avslappning, och vid oregelbundna sammandragningar (Gisin, M., Poat, A., Fierz, K. & Frei, I. A. 2013). I forskning kring effekten av akupunktur varierar resultaten beroende på nålplacering, form av akupunktur eller akupressur, och beroende på vem som administrerar akupunkturen. Olika former av akupunktur har utvecklats, exempelvis samtidig användning av elektriska impulser, så kallad elektroakupunktur (Asadi, N. m.fl., 2015).

Akupunktur är känt för att kunna minska smärtupplevelsen i samband med en rad åkommor, exempelvis vid huvudvärk, ryggvärk, eller muskelvärk. Man har sedan 1970 använt sig av akupunktur även bland annat för att minska osteoartrismärta. Det finns inom obstetrik och gynekologi specifika punkter på kroppen där akupunktur kan vara effektiv. Framför allt är det LI-4 och SP-6, som båda två bidrar till sammandragningar och kan påskynda en förlossning. Utöver förlossningssyften ska dessa punkter undvikas, eftersom de kan bidra till för prematur förlossning. LI-4 finns mellan tummen och pekfingret, mellan första och andra metakarpala benen, och i mitten av det andra metakarpala benet på den radiella sidan. SP-6 finns mätt med fyra fingrars bredd ovanför den inre fotknölen, på bakre delen av tibia. Nålarna som används kan exempelvis vara 0,25mm x 40mm, tillverkade i rostfritt stål. Områdena manipuleras tills "De-Qi" uppstår, som kan beskrivas som en värmekänsla, känselbortfall, stickningar, etc. Nålarna roteras med 5 minuters mellanrum, medurs. Nålarna hålls på plats i 20 minuter. (Asadi, N m.fl, 2015).

I en forskning från 2015, publicerad i *Journal of acupuncture and meridian studies*, undersökte man smärtlindring, kortisolhalter i blodet samt förkortad förlossningstid, i samband med akupunktur. I studien framkom att ingen signifikant skillnad kunde ses varken i kortisolhalten, eller i upplevda smärtlindringen. Något som däremot skilde kontrollgruppen från forskningsgruppen var att förlossningen fortskred betydligt snabbare bland de kvinnor som fick LI-4 och SP-6-akupunktur. Speciellt den aktiva förlossningsfasen påskyndades bland de som undersöktes. I och med en förkortad aktiv fas kan man minska komplikationer hos fostret, så som låga APGAR-poäng, nervskador, infektioner, och även minska komplikationer hos modern, så som blödningar. (Asadi, N m.fl, 2015).

Andra forskningsresultat varierar. Smith m.fl menar i sitt forskningsresultat från 2011 att akupunktur bevisligen minskar stress, ångest, smärtupplevelse, förlossningstiden, minskat behov av annan smärtlindring, samt att man behöver använda sig av mindre instrument (exempelvis tång) vid förlossningen, och minskat behov av kejsarsnitt (Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM, 2011). Cho m.fl menade däremot år 2010 i en studie att

ingen effekt av akupunktur kunde bevisas, jämfört med kontrollgruppen (S-H Cho, H Lee, E Ernst, 2010). År 2002 kom Ramnero m.fl. fram till att kvinnor som fått akupunktur under förlossningen behövde mindre epiduralbedövningar, och var mer avslappnade, och E. Skilnad m.fl forskade samma år i frågan, och kom fram till resultatet att akupunktur minskar förlossningssmärtan. Också i studier från 2006 och 2007, av Hantoushzadeh m.fl och Ziaei and Hajipour, blev resultatet att kvinnor som fick akupunktur skattade smärtan lägre på en visuell smärtskala.

Även akupressur, akupunktur utan nålar, har visat sig vara effektivt i smärtlindringssyfte bland föderskor. I en studie från 2012 gjord av A. Hamidzadeh visade det sig att kvinnor som fick akupressur hade ett betydligt snabbare öppningsskede och utdrivningsskede, och skattade smärtan lägre på en visuell smärtskattningsskala jämfört med kontrollgruppen, som fick massage utan akupressur. Speciellt akupressur på LI-4 visade sig vara effektiv direkt, samt 20, 60 och 120 minuter efter behandling. I studien fick kvinnorna i öppningsskedet akupressur på LI-4 under varje sammandragning, i 20 minuters tid. (Hamidzadeh, A. m.fl, 2012)

### **5.3.2 Avslappningsövningar**

En vanlig reaktion vid smärta är att man börjar spänna sig och håller andan. Det är viktigt att kunna slappna av under en sammandragning så att man andas regelbundet och på så sätt fås en jämn tillförsel av syre ut i kroppen. Förutom att fokusera på djupa andetag och en regelbunden andning kan även rösten hjälpa till vid avslappning. Genom att vid utandningen ta med rösten i den ton och styrka som känns bäst skapas vibrationer som ger en skön, nästan masserande känsla i buken. Avslappning bidrar till en trygghetskänsla hos föderskan, vilket i sin tur slappnar av musklerna i kroppen. (Heli, S. & Svensson, L., 2017).

Yoga och meditation är former av avslappningsövningar som fokuserar på kontakten mellan hjärnan och kroppen. Detta kan ge ökad koncentration och medvetenhet om den aktiva förlossningen, vilket i sin tur kan hjälpa föderskan att hantera smärtan vid sammandragningarna. Andningen och olika andningstekniker är en stor del av dessa, vilket bidrar till ökad avslappning. Musik kan också användas som en sorts avslappningsmetod. Lugn musik som föderskan själv valt kan ha avslappnande effekt, medan musik med snabbare tempo kan hjälpa till att aktivera föderskan vid skedena i förlossningen då kraftansträngning behövs. (M. Tournaire & A. Theau-Yonneau, 2007)

Det finns väldigt lite evidensbaserade studier om avslappningsmetoder som smärtlindring. I studien "Relaxation techniques for pain management in labour" av Smith m.fl. (2018) presenteras effekten av olika avslappningsmetoder i smärtlindringssyfte under förlossningen. I studien undersöktes forskningsresultat av bland annat yoga, musik och mindfulness som smärtlindringsmetoder. Resultaten visar att avslappningsövningar kan hjälpa till att minska smärta till en viss del, men att det finns för lite forskning om ämnet för att kunna göra en adekvat bedömning av metodernas effekter på smärta. (C.A. Smith m.fl., 2018)

### 5.3.3 TENS

TENS eller transkutan elektrisk nervstimulering, är en icke-farmakologisk smärtlindringsmetod, som har använts sedan 1970-talet. Förutom i förlossningsvården kan TENS användas exempelvis vid menstruationssmärta, vid artrit och andra kroniska sjukdomar. (van der Spank, J., Cambier, D., De Paepe, H. *et al.*, 2000).

TENS fungerar genom att apparaten skickar ut elektriska impulser med lågvoltspänning. Från apparaten har man elektroder fästa, oftast på ländryggen, men kan också placeras på samma punkter som vid akupunktur. Kvinnorna bestämmer själva den elektriska spänningen via en apparat. Hur TENS egentligen fungerar är fortfarande oklart, men man tror att spänningen stimulerar nervbanor i ryggmärgen som blockerar smärtimpulser. TENS är ett exempel på hur portteorin kan fungera, genom att "lura" hjärnan med annan slags stimuli för att stoppa smärtimpulsen. TENS finns också att köpas för privat bruk. (T. Dowswell, C. Bedwell, T. Lavender, J. P. Neilson, 2009).

I en studie från 2009 visade det sig att TENS inte har någon egentlig inverkan på förlossningen, förlossningsförloppet, behovet att ingripa i en förlossning, eller hälsan på modern eller barnet. Kvinnor som använde TENS upplevde lika mycket smärta som kontrollgruppen, men skattade eventuellt smärtan snäppet lägre på en smärtskala. Flera utav kvinnorna som hade använt sig av TENS skulle gärna använda sig av det igen i kommande förlossningar. Kvinnorna som använde sig av TENS uppskattade självbestämmandet, och att själv kunna kontrollera apparaten. Eftersom det inte finns evidens för eller emot TENS, varken gällande smärtlindring eller påverkan på mamman eller barnet, borde alla kvinnor få pröva på smärtlindringsmetoden om man så önskar (T. Dowswell, C. Bedwell, T. Lavender, J. P. Neilson, 2009).



I en annan studie från 1998 blev resultatet att 72% av förstföderskor och 69% av omföderskor ansåg TENS effektiv i smärtlindringssyfte. 65% av omföderskorna i studien ansåg att TENS var minst lika effektiv som andra smärtlindringssyfte. 65% av omföderskorna i studien ansåg att TENS var minst lika effektiv som andra smärtlindringssyfte, och en stor del av deltagarna (67% av förstföderskorna och 60% av omföderskorna) skulle använda TENS i kommande förlossningar. I studien blev resultatet att TENS-användning tydligt förkortade öppningsskedet, och att behovet för medicinsk smärtlindring blev tydligt förminskat. Ingen signifikant skillnad kunde konstateras gällande fostrets hjärtljud, APGAR-poäng eller blodgasvärden, jämfört med kontrollgruppens foster där annan form av smärtlindring användes. Studien menar att TENS är speciellt effektivt i öppningsskedet. (Kaplan, B., Rabinerson, D., Lurie, S., Bar, J., Krieser, U. and Neri, A., 1998)

#### **5.3.4 Sterila kvaddlar**

Kvaddlar kallas en metod som går ut på att sterilt vatten injiceras intrakutant. Kvaddelbehandling ges oftast sittandes, och 0,1–0,5ml vatten injiceras, med en tunn nål, exempelvis en insulinnål. Barnmorskan är ofta ansvarig för kvaddelbehandlingen. Kvaddlar används i förlossningsvården i öppningsskedet, och injiceras på fyra områden runt sacrum, i nivå med sammandragningarna, kring ett område som kallas "Michaeli's rhomboid". Sammandragningar kan kännas av i ryggen vid öppningsskedet. Kvaddlar kan också injiceras i magen. Kvaddlar är riskfria, och påverkar varken foster eller värkarbete. Kvaddlarnas kända negativa sidor är smärta vid injicering, hematom som kan uppstå vid stickstället, och den upphöjning som bildas under huden när vattnet injiceras, vilka kan mäta ca 3-5mm. Upphöjningen försvinner småningom. Smärtan vid injicering har rapporterats likna den vid getingstick. Man kan få nya kvaddlar var annan timme. Kvaddlar är dessutom ett förmånligt och lättillgängligt hjälpmedel (Derry S, Straube S, Moore RA, Hancock H, Collins SL., 2012).

Att injicera något med avvikande osmolalitet från kroppseget, får vävnaden att irriteras. Eftersom vatten inte är isotont, jämfört med exempelvis koksaltlösning, ger vatten mer irritation och mer smärta vid injektion, men ger däremot bättre smärtlindring eftersom nervändor irriteras. Genom att stimulera huden under injektionen kan man framkalla samma effekt som vid TENS och akupunktur, i enlighet med portteorin, och det endogena opioidsystemet stimuleras. Man kan dra likheter med kvaddlar och långvarig akupunktur. Kvaddlarna påverkar kroppen att utsöndra endorfiner i stället för stresshormoner, och kan på så vis förbättra exempelvis värkarbetet. (Hutton, E., Kasperink, M., Rutten, M., Reitsma, A. and Wainman, B., 2009)

Det kan vara svårt att få bra effekt av kvaddlar om smärtan är diffus, och utspridd. Bäst effekt får man om smärtan är koncentrerad till exempelvis ryggen. Kvaddlar fungerar också som smärtlindring mellan värkar. Efter att man har fått kvaddlarna kan den smärtstillande effekten kvarstå 90 minuter. Den upplevda smärtlindringen av kvaddlar varierar från person till person (Mårtensson, L. and Wallin, G., 2008).

Studier jämför ofta användningen av vatten jämfört med isotonisk koksaltlösning. I en studie från 2009 jämfördes dessa alternativ, och man använde sig av VAS (=Visuell analog skala) för att skatta smärtan. Före deltagarna i studien fick kvaddlarna skattade båda smärtan lika hög, men redan 10 minuter efter injicering skattade gruppen som fick kvaddlar med sterilt vatten smärtan lägre. Också 45 samt 90 minuter efter injicering skattade gruppen med sterilt vatten lägre smärta. Gruppen som fick koksaltlösning upplevde alltså inte samma smärtstillande effekt. Enligt studien somnade flera av deltagarna ur gruppen med sterilt vatten efter injiceringen. 8 av 50 ur samma grupp upplevde ingen smärta fram till att barnets huvud nått genomskärning. Apgar-poängen hos de nyfödda var likadana i bägge grupper (Saxena KN, Nischal H, Batra S., 2009). Det finns studier som tyder på att kvaddlar kan minska risken för kejsarsnitt, med 4,6% kejsarsnitt bland deltagare som fick kvaddlar, jämfört med 9,9% i kontrollgruppen (Hutton, E., Kasperink, m.fl, 2009)

I en studie från 2012, där man jämfört resultaten från sju studier med 766 deltagare, kom man också fram till resultaten att sterilt vatten gav bättre smärtlindring än placebo. Ingen skillnad kunde gällande risken för kejsarsnitt, användning av instrument, användningen av analgesi, förlossningens längd, eller det nyfödda barnets Apgar-poäng (Derry S, Straube S, Moore RA, Hancock H, Collins SL., 2012).

### **5.3.5 Vattenförlossningar och varma bad**

Det är viktigt att man skiljer på konceptet att föda i vatten, och att bada under öppningsskedet. På engelska nämner man "vattenimmersion" under öppningsskedet, vilket innebär att man tar ett bad. Detta före barnet är fött. Man kan välja att stanna kvar i vattnet under utdrivningsskedet och föda i vatten, så kallad vattenförlossning (Nutter m.fl, 2014). När barnet är fött, lyfter man det till ytan. Man kan välja att föda placentan i vatten eller utanför. I litteratur nämner man ibland "hydroterapi" som benämning på vattenförlossningar. Termen "Land birth" kan användas för att beskriva förlossningar utanför vatten. Den första dokumenterade vattenförlossningen finns i en journal från 1805, men blev först populär mellan åren 1980–1990 (Rebecca Dekker, 2018).

I en randomiserad studie från 2017, gjord av Shaw-Battista, kom man fram till att vattenförlossningar inte medförde några risker för vare sig modern eller barnet. Dessutom upplevde kvinnorna smärtlindring, mindre stress, oro och ångest, och behovet av farmakologisk smärtlindring minskade. Att föda i vatten minskade också på exempelvis oxytocinmedicinering, och fostren fick bättre position i bäcken. Kvinnorna var nöjda med förlossningsupplevelsen och integriteten som vattenburen förlossning medförde. Studien hade 2615 deltagare (Shaw-Battista, J., 2017). Också att ta ett bad före utdrivningsfasen minskar behovet av epidural- och spinalbedövningar. Bland deltagarna i en studie från 2009 minskades förlossningstiden i medeltal med 32 minuter (Cluett, E. R. and Burns, E., 2009)

Modern vattenförlossning som vi känner till idag härstammar från Michel Odent, och hans arbete från 1970-talet. Han observerade att kvinnor ofta sökte sig till dusch eller bad för att lindra smärtor under förlossningen. Han kom underfund med att kvinnorna som sökte sig till badkaret inte endast upplevde mindre smärtor, utan kände sig dessutom mindre ångestfyllda och mer avkopplade. Genom att medvetet eller omedvetet studera kvinnorna, och dra paralleller med lugn och ro som vattenburna förlossningar innebär, konstaterade han att det resulterar i en förkortad förlossningstid (Odent M., 2000).

Människors koppling till vatten är relevant i frågan kring vattenförlossningar. Man kan koppla ihop konceptet med en teori om att människan under evolutionens gång utvecklats från en akvatisk varelse. Elaine Morgan uppmärksammade teorin 1999, och menade att faktorer som dykreflex, att nyfödda har simförmåga och att människan har subkutant fett, etc. är ense med teorin (Morgan E, 1999). Människan har sedan urminnes tid bosatt sig nära sjöar och runt kustlinjer. Antropologisk litteratur förespråkar ofta att kvinnor från forna civilisationer, exempelvis i forna Egypten, valde att föda barn i vattenansamlingar, sjöar eller dylikt, nära stammen. (Phillips, K., 2014).

Det finns många fördelar med vattenförlossning och bad under öppningskedet. Bad ger en tyngdlöshetskänsla, och ökar även känslan av kontroll. Vattenförlossning kan minska risken för episiotomi, bristningar, och postpartum blödningar. Andra fördelar är förkortad förlossningstid, utan hjälp av medicinskt oxytocin, minskad smärtmedicinering, minskad smärta och en mer positiv förlossningsupplevelse. Bland vattenförlossningar ser man en ökad förekomst av normala förlossningar. Tryckkänslan på huden från vattnet bidrar till oxytocinutsöndring, och är därmed smärtlindrande. Också värmen från badet eller duschen är smärtlindrande, speciellt riktat mot det smärtsamma området (Rebecca Dekker, 2018).

Kritik för vattenförlossningar förekommer. Risker hos den nyfödda kan exempelvis vara aspirering av vatten, hypotermi, sepsis, och brusten navelsträng. Hos modern finns en fördröjd blödningsrisk, risk för fostervattenemboli, och ett försvårat eller långsamt värkarbete (dystocia) (Chapman V., Charles C., 2009). Däremot finns ingen evidens för att vattenförlossning skulle påverka Apgar-poängen hos den nyfödda, bidra till infektioner eller andra neonatala komplikationer. (Ulfsdottir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S., 2018)

Sedan september 2018 har vattenförlossningar varit ett alternativ på Vasa Centralsjukhus. Då var VCS den enda förlossningsenheten i Österbotten där detta var möjligt. Förlossningsenheten har runda badkar, som är lättåtkomliga för barnmorskan. Fostrets hjärtljud observeras med telemetri. Kvinnor med lågriskförlossningar kan välja att föda i vatten. Med lågriskförlossning menas bland annat att graviditeten har varit normal, och mamman är grundfrisk. Tidigare har badkaren använts som smärtlindring vid öppningsfasen (Vasa Centralsjukhus, online, "Nu kan man föda i vatten på Vasa Centralsjukhus" 28.09.2018).

### **5.3.6 Massage**

För att sammandragningarna under förlossningen ska vara tillräckligt starka behövs hormonet oxytocin. Massage och beröring bidrar till både avslappning och ökad oxytocin- och endorfinutsöndring, vilket ger styrka i sammandragningarna och ökat välbefinnande. Hos en föderska som är rädd och stressad blockeras oxytocinutsöndringen av stresshormoner, såsom adrenalin och noradrenalin, som även kan öka smärtan och sammandragningarna blir svagare. Därför är det viktigt att hjälpa föderskan att vara lugn och känna sig trygg under förlossningen. (Bolbol-haghighi, N., Masoumi, S. Z., & Kazemi, F., 2016)

Det finns många olika sätt att massera på. Några exempel är Gua Sha, smekningar och tryck. Ett område som man med fördel kan massera under förlossningen är ländryggen, eftersom smärtan ofta strålar ut över ländryggen. Massage hjälper till att öka blodflödet och att få muskler att slappna av. (Paananen, U. K. m.fl., 2015, s. 257–259)

I studien "The Effects of Massage Therapy on Pain Management in the Acute Care Setting" av R. Adams, B. White och C. Beckett, 2010, gjordes en undersökning om effekterna av massage som smärtlindring. I undersökningen kontrollerades patienters smärtnivå före och efter de har fått massage i smärtlindrande syfte. Resultaten visar att den upplevda smärtnivån för patienterna minskade i medeltal efter massage och att en över lag mer avslappnande

känsla uppnåddes och patienterna upplevde bättre sömnkvalitet. (R. Adams, B. White och C. Beckett, 2010)

## **5.4 Smärtlindringar i Finland**

I Finland föddes 45 870 barn totalt år 2019, under 45 288 förlossningar. Av dessa föderskor använde sig 92,8% någon form av smärtlindring. Av dessa använde totalt 42,0% någon form av icke-farmakologisk smärtlindring under förlossningen. Tyvärr finns inte i statistiken listat vilka olika smärtlindringsmetoder som använts. Däremot finns statistik på att 53,2% fått epiduralbedövning, 19,6% spinalblockad, 7,5% fick en kombination av spinal-epidural, paracervikalblockader utgjorde 16,2%, 14,2% fick pudendusblockad, 54,6% använde lustgas under förlossningen, och 10,1% valde annan form av farmakologisk smärtlindring (Institutet för Hälsa och Välfärd, Perinatalstatistik - föderskor, förlossningar och nyfödda år 2019, uppdaterad 4.12.2020).

## **6 Teoretisk utgångspunkt**

I vårt examensarbete har vi valt att utgå ifrån Sigríður Halldórsdóttirs vårdteori, "Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care" från 1996, eftersom den beskriver vikten av en god vårdrelation mellan patient och vårdare ur patientens synvinkel.

### **6.1 Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Healthcare**

Denna vårdteori som är skapad av Sigríður Halldórsdóttir är baserad på tidigare utgivna publikationer (de beskrivs närmare i nästa kapitel "Teorins uppbyggnad") som Halldórsdóttir har varit med och skrivit. Vårdteorin är relativt ny eftersom den skapades år 1996 under den Vårdvetenskapliga eran. (Halldórsdóttir, 1996)

Grundtanken med vårdteorin är att beskriva vårdarens professionella och icke professionella bemötande och vårdande av en patient. Det finns två stora huvudbegrepp inom teorin och de är "The bridge" och "The wall", alltså bron och väggen. (Halldórsdóttir, 1996)

"The bridge" beskriver hur vårdarens goda bemötande, professionalism, goda omvårdnad och finkänslighet ger patienten ett positivt intryck av vårdaren. Detta kan också beskrivas som att en bro av trygghet och tillit byggs mellan patienten och vårdaren. (Halldórsdóttir, 1996)

“The wall” däremot beskriver hur vårdarens respektlösa vårdande och oprofessionellism inom yrket bygger upp en vägg mellan patienten och vårdaren och patienten får ett negativt intryck av vårdaren. Det finns ingen trygghet, tillit eller relation mellan vårdare och patient. (Halldórsdóttir, 1996)

Andra viktiga begrepp inom vårdteorin är:

“Professional caring”: professionell omvårdnad, som betyder att vårdaren har yrkeskompetens och kan skapa en sund relation mellan vårdare och patient, samt kan se patienten individuellt och dess behov. (Halldórsdóttir, 1996)

“Lack of professional caring”: oprofessionell omvårdnad, som betyder att vårdaren har ett likgiltigt och känslolöst sätt att vårda, samt saknar kunskapen att se patienten individuellt och dess behov. (Halldórsdóttir, 1996)

“Vulnerability”: sårbarhet, som betyder känslan av att lätt kunna bli sårad eller skadad av någon eller något. (Halldórsdóttir, 1996)

## 6.2 Teorins uppbyggnad

Som tidigare beskrivet är vårdteorin baserad på tidigare utgivna publikationer. Det är sex publikationer som Halldórsdóttir varit med och gett ut innan vårdteorin formades. Publikationerna handlar alla om antingen hur sjukvårdspersonalens bemötande påverkade patienten eller om hur patienten upplever sin sjukdom och vården av den. Flera av publikationerna handlade om förlossning och barnmorskans roll inom förlossningen.

En av dessa publikationer är den äldsta, från år 1991, och heter ”*Five Basic Modes of Being with Another*” skriven av Halldórsdóttir. Publikationen beskriver fem olika typer av relation mellan människor. Dessa fem typer av relationer kallas “Life-destroying mode”, “Life-restraining mode”, “Life-neutral mode”, “Life-sustaining mode” och “Life-giving mode”. (Halldórsdóttir, 1996)

“Life-destroying mode” är en destruktiv relation där det förekommer våld, både fysisk och psykisk, respektlöshet och det är ofta den ena parten som har dessa aggressiva beteenden och detta leder till diskriminering och förminskning av den andra i relationen. Inom vården är denna relation mellan vårdare och patient, där vårdaren är den som är dominerande över patienten, något som leder till att den hjälplösa patienten känner att denne har blivit övergiven, diskriminerad och dåligt behandlad. (Halldórsdóttir, 1996)

“Life-restraining mode” handlar om att den ena i relationen är hänsynslös och inte bryr sig om den andras känslor och tidigare upplevelser. Inom vården är det många patienter som bär negativitet inom sig på grund av deras livssituation och när en vårdare då betar sig känslolokalt gällande patientens situation kan dennes negativa känslor växa. (Halldórsdóttir, 1996)

“Life-neutral mode” är en relation där de båda parterna inte engagerar sig i den andra på djupet. Detta leder inte direkt till någon skada för människorna, men många kan uppleva ensamhet och saknad av en starkare relation till den andra. Ur en patients synvinkel upplevs denna relation som att vårdaren inte bryr sig om patientens alla vårdbehov, utan endast de mest väsentliga. (Halldórsdóttir, 1996)

“Life-sustaining mode” handlar om att man i relationen tar hänsyn till varandra och respekterar varandra. För en patient är denna relation behaglig. Vårdaren uppfattas som professionell, förstående och en vårdare man kan lita på. (Halldórsdóttir, 1996)

“Life-giving mode” är den sista typen av relation som Halldórsdóttir tar upp i sin publikation. Denna relation grundar sig på ett djupare band mellan parterna i relationen. Som vårdare bör man sträva efter att skapa denna relation med patienten, samtidigt som man bibehåller den professionell. Som vårdare upprätthåller man patientens integritet, värdighet och man ser patienterna individuellt och kan vårda patientens enskilda behov. (Halldórsdóttir, 1996)

Halldórsdóttir har även med citat av andra medforskare och ett citat påstår att man ska vårda *hela* patienten, kroppsligt, psykiskt och själsligt, och inte enbart kroppsligt. “[...] and if their psyche is being damaged or uncared for, then how can their body get well?” (Halldórsdóttir, 1996)

## **7 Etiska överväganden**

För att kunna framställa ett examensarbete med evidensbaserat forskningsmaterial krävs en god kunskap och förståelse om forskningsetik och de etiska principer som den grundar sig på. Både skribenterna och handledaren ska känna till ämnesspecifika etiska principer, i detta fall, etiska normer inom vård, förlossningsvård och mänskliga rättigheter. (TENK, 2020)

Att bedriva en forskning som innehåller plagiat, fabricering och stöld av forskningsresultat samt en oduglig vetenskaplig praxis ger ett intryck av okunskap av den som utfört arbetet, samt att hela forskningen och dess resultat blir mindre tillförlitligt eller helt oanvändbart. I

en god vetenskaplig praxis ingår bland annat, noggrannhet och tydlig dokumentation av forskningen, etiskt godkända forskningsmetoder, visad respekt till andra forskare och tydliga hänvisningar till källor och publikationer som har använts i forskningen. (TENK, 2012)

Vi har valt att inte informera författarna till blogginläggen att vi har använt oss av deras inlägg i arbetet, eftersom vi anser att deras inlägg medvetet blivit publicerade offentligt för allmänheten att läsa och ta del av. Vi har således valt att hålla bloggarna anonyma och nämner inte författarnas namn i arbetet utan tar endast del av deras texter. Vi har censurerat namnen i citat som vi har med i vårt resultat.

## **8 Metoder**

Vi har valt att använda oss av en kvalitativ forskningsmetod eftersom vi vill på djupet undersöka en liten mängd material och bilda oss en uppfattning utgående från den. Vi vill alltså undersöka hur föderskor har upplevt icke-farmakologisk smärtlindring och se på olika smärtlindringsmetoder ur föderskornas perspektiv.

### **8.1 Kvalitativ studie**

I en kvalitativ studie analyseras objektet man vill undersöka på djupet. Forskaren försöker sätta sig in i och se på det man vill studera från ett perspektiv inifrån. Eftersom det material man samlar in kan vara från intervjuer, observationer eller olika texter (t.ex. bloggar på nätet eller andra berättelser) får forskaren en mer personlig relation till studien och jobbar länge med sina informanter eller insamlat material. Man måste vara beredd att behöva ändra och utveckla sina frågeställningar vartefter studien framskrider. (Holme & Solvang, 1997)

Till skillnad från en mer kvantitativ inriktad studie så är den kvalitativa studien mer intresserad av olika situationer, av det unika eller det avvikande, i stället för det genomsnittliga och av variabler. En kvalitativ forskning är också mer intresserad av att bilda en djupare förståelse av fenomenet man undersöker, medan en kvantitativ forskning fokuserar på att ge en konkret förklaring på ett fenomen. (Holme & Solvang, 1997)

Eftersom materialet i en kvalitativ studie ofta är observationer eller upplevelser så finns det inte samma riktlinjer gällande pålitligt och giltigt material som i en kvantitativ studie. En händelse eller ett fenomen kan upplevas väldigt olika och det finns inget rätt eller fel svar när det gäller personliga upplevelser och erfarenheter. Därför är det viktigt som forskare att



inte ha förutfattade meningar eller fördomar innan man samlar in material så att man är så öppen som möjligt för olika svar. (Holme & Solvang, 1997)

## 8.2 Urval och datainsamling

Vi har samlat in vårt material från förlossningsberättelser som är publicerade i bloggar. Vi använde oss främst av Google som sökmotor. Vi använde oss av sökorden "Natural birth story", "Lääkkeetön synnytyskertomus" och "Naturlig förlossningsberättelse" och valde ut relevanta blogginlägg som beskriver förlossning utan farmakologisk smärtlindring. Blogginläggen som vi inkluderade finns publicerade i personliga bloggar, eller som gästlinlägg på större bloggsidor. Vi valde ut blogginlägg som vi ansåg vara mest relevanta, och som svarade på våra forskningsfrågor. Med relevanta ansåg vi att kvinnorna berättar om förlossningsupplevelser med ingen eller minimal farmakologisk smärtlindring (lustgas inkluderas i urvalet). Vi ville också inkludera att någon specifik alternativ smärtlindringsform nämns, så som TENS, vattenbad, etc. Ett annat inkluderingskriterium var att kvinnorna hade fött på sjukhus. Samtliga kvinnor var grundfriska, hade normala graviditeter, och normala förlossningar. Vi ville inte ha för gammalt material, så vi valde att exkludera allt från 2010 eller tidigare. Vi har också exkluderat blogginlägg som beskriver en önskan av naturlig smärtlindring, men där farmakologisk smärtlindring slutligen använts. Vi valde att inkludera berättelser från olika länder (Finland, Sverige och USA).

Vi valde ut totalt 6 bloggar att analysera. "Naturlig förlossningsberättelse" gav på Google 11 700 resultat, av dessa inkluderades två blogginlägg, från årtalen 2018 och 2020, från personliga bloggar. "Lääkkeetön synnytys" gav via samma sökmotor 1340 resultat, av dessa inkluderades också två, från 2014 och 2018, från personliga bloggar. "Natural birth story" gav 399 000 000 resultat, av dessa inkluderades två blogginlägg, från 2018 och 2020. Båda blogginläggen var gästlinlägg från större bloggar. Sammanlagt 6 bloggar lämnade efter urvalet att analysera.

Genom att studera förlossningsberättelserna i bloggarna har vi fått en uppfattning om hur kvinnorna har upplevt icke-farmakologiskt smärtlindring, och barnmorskans stöd vid förlossningen.

## 8.3 Kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalys kan användas som analysmetod på olika slags texter. I forskning inom vård- och omsorg har man använt sig av kvalitativ innehållsanalys för att tolka och

granska text, exempelvis transkriberade intervjutexter, dagböcker, videoinspelningar etc. I kvalitativ innehållsanalys hålls fokus på att tolka texter. Förutom inom vårdvetenskapen används analysmetoden också i beteendevetenskapen och humanvetenskapen. Analysen baseras på erfarenhetskunskap, och tillhör det hermeneutiska paradigmet. En text som analyseras kvalitativt bör ses i sitt sammanhang, och man bör vara medveten om deltagarnas kulturer, historia och livsvillkor. (Augustinsson, S., Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. 2017)

Att söka mönster i materialet klassas som induktiv ansats, och betyder att man gör en förutsättningslös analys av material som kan baseras på människors berättelser och upplevelser, t.ex. hur det är att vara kroniskt sjuk. Som forskare rör man sig från ren, specifika, konkreta data till en mer teoretisk, abstrakt och generell förståelse. Kontext har betydelse när man skapar teman och kategorier. Det sammanhang där studien genomförs är en aspekt av kontexten. (Augustinsson, S., Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. 2017)

Vid kvalitativ innehållsanalys fokuseras på att identifiera mönster i materialet, och man beskriver variationer. Likheter och olikheter delas in i kategorier och teman på olika tolknings- och abstraktionsnivåer. Latent innehåll är sådant som inte är bokstavligt uttalat, utan mer underliggande. Manifesta innehållet är sådant som är bokstavligt och uppenbart. Den röda tråden som påverkar kategorier och koder är innehållet, och inte som en tolkning av någon underliggande teoretisk konstruktion. Datas kvalitet och studiens syfte avgör om analysen fokuseras på endera manifest eller latent innehåll, eller en kombination av båda. (Augustinsson, S., Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. 2017)

Abstraktion betyder att man på en högre logisk nivå förstår innehåll. En låg abstraktionsnivå innebär en konkret och textnära innehållsbeskrivning, medan en hög abstraktionsnivå betyder att generella och distanserade innehållsbeskrivning. Också tolkningsgraden varierar. En låg tolkningsgrad är konkret och textnära, medan hög tolkningsgrad har mer inslag av hermeneutik och nya idéer ges utrymme att påverka tolkningen. (Augustinsson, S., Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. 2017)

Begreppen vid en kvalitativ innehållsanalys är; domän, meningsenhet, kondensering, kod, kategori, tolkning och tema. Domän är delar av en text som handlar om ett specifikt område, och utgör en grövre struktur som är identifierbar med en låg tolkningsgrad. Exempel på domäner kan vara; att bli mamma, att föda, och att vara gravid. Meningsenhet är de delar av en text som är meningsbärande, och kan utgöras av stycken, ord och meningar som hör ihop, genom innehåll och sammanhang. Grunden för analysen utgörs av lagom stora

meningsenheter. Har man för stor meningsenhet finns risken att de kan innehålla flera betydelser, och vissa data kan då gå förlorad. Har man liten meningsenhet kan innehållet bli fragmenterat. (Augustinsson, S., Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. 2017)

Meningsenheter abstraheras (avlägsnas) och kondenseras under analysprocessen, alltså texten blir kortare. Informationen blir då mer lätthanterlig. Inget viktigt försvinner, och det centrala innehållet är bevarat. Den kondenserade texten blir förknippade med koder, som sedan vidareanalyseras till teman och kategorier. När man abstraherar för man texten vidare till en högre logisk nivå. Giltigheten av abstraktionen kontrolleras mot kondenserade texten och meningsenheter. (Augustinsson, S., Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. 2017)

Kod är en slags stämpel eller etikett på en meningsenhet, som beskriver innehållet i korthet. Koder hjälper att reflektera över data på nytt sätt. Man skapar en kod utgående från meningsenheten och studiens syfte. Kategori är när flera koder har enhetligt innehåll. En viss kategoris innehåll ska skilja sig från andra kategoriers. Data ska inte passa in i flera kategorier, och ska inte heller falla mellan. Data som inte svarar på syfte får inte uteslutas. Kategorins benämning ska svara på frågan "Vad?". En huvudkategori följs åt av en underkategori, exempelvis huvudkategorin "Djur" kan ha underkategorin "katt, hund" etc, medan specifika raser så som "Golden Retriever" är en kod. Man använder samma tankesätt vid kategorisering av kvalitativ innehållsanalys. Vid kategorisering av en text försöker man sträva till att genomgående hålla abstraktionsnivån jämn, så att huvudkategorier har en högre abstraktionsnivå än underkategorier. (Augustinsson, S., Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. 2017)

Teman kan sammankoppla latent eller underliggande innehåll i ett antal kategorier, eller så kan tematisering ske utifrån kodningen. Teman ska ge svar på "Vad handlar det om?". Man kan tematisera i huvudteman och underteman. Huvudtema ska ha en högre abstraktionsnivå än underteman. Tema kan aldrig vara ett objekt, ej heller sant eller falskt. (Augustinsson, S., Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. 2017)

Man kan analysera och presentera resultatet som en beskrivande kategori med ett genomgående tema, eller så kan man vidareutveckla kategorier och underkategorier till teman och underteman som beskriver vad kategoriernas innehåll betyder, på en mer tolkande nivå. (Augustinsson, S., Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. 2017)

Metoden kan diskuteras med begreppen överförbarhet, pålitlighet och giltighet. Pålitligheten kan påverkas av informanternas förutfattade mening och uppfattning, och hur informationen

hanteras i studien. En ökad trovärdighet kan fås om en utomstående person, exempelvis handledaren, kontrollerar resultatet. Examensarbetets giltighet påverkas negativt om man drar slutsatser eller generaliserar resultatet. (Henricson, 2017).

Forskarens påverkan på det som är föremål för studien handlar om hur neutralt resultatet är. Man behöver distansera sig från materialet för att hitta mönster. Resultatet av exempelvis en analysstudie kan inte tolkas som oberoende, men det är trots allt deltagarnas röster som ska föras fram. Överförbarhet handlar om hur man kan föra över resultatet till andra situationer eller grupper, och forskare kan skapa förutsättningar och ge förslag för överförbarhet, till annan kontext eller grupp. Om man ger en noggrann beskrivning av urval, analys, deltagare, datainsamling samt kontexten för studien kan man underlätta bedömningen av överförbarheten. (Augustinsson, S., Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. 2017)

## 8.4 Analys

När vi hade valt ut våra blogginlägg som vi ville inkludera, skapade vi ett nytt Word-dokument där vi bifogade länkar, och klistrade in blogginläggen. Vi började vår analys genom att läsa igenom blogginläggen, och radera irrelevant text. Efteråt läste vi igenom de komprimerade inläggen, flera gånger. När vi hade läst igenom inläggen flera gånger, formade sig teman. Vi började småningom markera med färger, och försökte hitta gemensamma faktorer för inläggen. Vi analyserade vårt material utgående från vårt syfte och våra frågeställningar; Hur upplever föderskorna vårdpersonalens stöd och bemötande i deras val att föda enbart med icke-farmakologisk smärtlindring? Och hur beskriver föderskorna upplevelsen av att använda icke-farmakologisk smärtlindring vid förlossningen?

Vi hittade tre teman; Upplevd effekt av icke-farmakologisk smärtlindring, barnmorskans eller vårdpersonalens bemötande och stöd och varför valdes icke-farmakologisk smärtlindring. Som kategorier till temat ”Upplevd effekt av icke-farmakologisk smärtlindring” valde vi; Vattenbad, TENS, avslappning, massage, musik och rörelse. Detta tema har inga subkategorier. Som kategorier till temat ”Barnmorskans eller vårdpersonalens bemötande och stöd” valde vi; Barnmorskans eller vårdpersonalens bemötande, barnmorskans eller vårdpersonalens stöd, och som subkategorier; positivt, respektive negativt bemötande av barnmorska eller vårdpersonal och positivt, respektive negativt stöd av barnmorska eller vårdpersonal. Som kategorier till temat ”Varför valdes icke-farmakologisk smärtlindring” valde vi; tidigare upplevelser av förlossning och tankar kring

val av smärtlindringsmetod. Som subkategorier valde vi; Positiv, respektive negativ upplevelse av tidigare förlossning, förberedelse inför förlossning och tillgänglig information om icke-farmakologisk smärtlindring. Ett exempel på hur vi har analyserat i tabellform finns som bilaga. (Se bilaga 1).

## 9 Resultat

Vi har valt att redovisa resultaten utgående från de teman och kategorier som vi ansett vara centrala i vårt material. Våra underkategorier presenteras som svärtade i texten och tillhörande citat finns uppräknade under stycket. Vi har översatt alla citat till svenska. I bilaga 1 får man en översikt i tabellform på vår analys. Trots att vi enbart analyserade sex bloggar (sex informanter) fick vi en god mängd material att jobba med, och vårt dokument där analysen formades blev slutligen 36 sidor långt.

### 9.1 Upplevd effekt av icke-farmakologisk smärtlindring

Av de sex bloggarna som vi använt oss av anser alla att de har varit nöjda med icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder under förlossningen.

#### 9.1.1 Upplevt effekt av varmvattenbad

Fem av sex bloggar valde att prova varmvattenbad som smärtlindringsmetod. Kvinnorna i bloggarna beskriver att varmvattenbad gav en bra smärtlindrande effekt och var väldigt omtyckt av föderskorna. I en annan blogg beskrevs hur kvinnan använder varmvattenbad på fritiden som ett sätt att ta hand om sig själv, vilket gjorde att hon uppskattade badet under förlossningen. Även varm dusch hade prövats av en av kvinnorna och även det hade gett en lindring av smärtan.

*”Hon föreslog att tappa upp badet, och det kändes verkligen lockande. Så vid 7 på kvällen hoppade jag i plurret. Och oj, vilken känsla när jag kom ner dit. Det var som att 50 % av smärtorna försvann.”*

*”Min obstetriker och gynekolog tillät mig att föda i vatten, vilket var en livräddare. Bad är mitt sätt att ta hand om mig själv. De fyllde badkaret och hade vattnet på att rinna, ett ljud som var så avslappnande”.*

*”Jag slapp i alla fall till duschen under sammandragningarna och även det hjälpte bra mot smärtorna”.*

### 9.1.2 Upplevd effekt av TENS

En av bloggarna skrev om TENS som smärtlindringsmetod. Kvinnan berättar att hon tyckte mycket om att använda TENS som smärtlindringsmetod. Hon beskriver att impulserna av apparaten minskade smärtupplevelsen av sammandragningarna. Hon skriver också att hon upplevde att TENS hjälpte bäst i början av förlossningen. Hon tog även upp i sin blogg att TENS som smärtlindring är mera vanligt i andra länder än i Finland.

*”Jag klarade av att vara hemma tre dagar med sammandragningar tack vare TENS-apparaten.”*

*”Jag använde TENS under hela förlossningen, men enligt mig är apparaten bäst i början av förlossningen”*

*”Till exempel i England är TENS vanlig, men tydligen på grund av resursfråga finns inte TENS apparater på rådgivningarna i Finland, men apparaten går att hyra.”*

### 9.1.3 Upplevd effekt av avslappning

En blogg beskrev avslappning och andningstekniker som smärtlindringsmetod. Kvinnan berättar att hon gått en förberedelsekurs innan förlossningen där de övade på andningstekniker och avslappning. Under själva förlossningen berättade hon att det var svårt att koncentrera sig på andningen och att hon behövde bli påmind av de i rummet att fortsätta tänka på andningen. I de andra bloggarna kom avslappning fram mer i form av en känsla av rummet eller som effekt av andra smärtlindringsmetoder.

*”Han påminde mig om vad vi hade lärt oss i kursen: att andas djupt och visualisera mina muskler jobba för att få ner babyen i förlossningskanalen. [...] Till och med att fokusera på djup andning slutade att fungera mot slutet. \*namn\* föreslog annan andningsteknik.”*

*”Med svag belysning och med musik spelandes var förlossningsrummet en väldigt lugnande miljö.”*

### 9.1.4 Upplevd effekt av massage

Endast 2 av 6 bloggar hade tagit upp massage som smärtlindringsmetod. En av kvinnorna beskrev att massage med tennisboll på ryggen gav en viss smärtlindring och även beröring som att hålla handen kändes bra. Den andra kvinnan skrev att hon minns massagen hon fick av sina stödpersoner under förlossningen, vilket tyder på att massagen och stödet från partner och andra i förlossningssalen har gett en positiv upplevelse av förlossningen.

*”Under varje sammandragning masserade han min rygg med tennisbollar för att hjälpa till att lindra smärtan. När jag inte gillade det längre höll han min hand och pratade med mig.”*

*”Minns framför allt massagen från mitt drömteam”*

### **9.1.5 Upplevd effekt av musik**

Musik var en smärtlindringsmetod som få hade provat. Musiken har inte beskrivits i sig som smärtlindrande, utan mer som ett stöd under förlossningen. Tre av bloggarna har beskrivit användningen av musik under förlossningen. En av kvinnorna skrev om musiken som ett hjälpmedel för att hålla sig lugn och avslappnad.

*”Vår spotifyspellista med bland annat rytmiska mantran spelade under hela förlossningen.”*

### **9.1.6 Upplevd effekt av rörelse**

Fyra av sex bloggar beskrev att de använt sig av rörelse och lägesändringar under förlossningen. Att sitta på pilatesboll har varit omtyckt och gett en bekvämare ställning att vara i. En kvinna beskriver hur rörelse underlättade smärtupplevelsen under sammandragningarna. En annan kvinna berättade i sin blogg att hon i sitt förlossningsbrev ville ha hjälpmedel tillgängliga för att underlätta lägesändringar.

*”Att hålla sig i rörelse snabbar förlossningens framskridande. Jag märkte även att det lindrade smärtan. Därför gick jag runt i rummet hemma och på sjukhuset. På sjukhuset fanns även en pilatesboll som var mycket till hjälp. Jag tog även med pilatesbollen till duschen!”*

*” Jag vill ha pilatesboll, gästol och saccosäck tillgängligt på rummet.”*

## **9.2 Barnmorskans eller vårdpersonalens bemötande och stöd**

Stödet och bemötandet av barnmorskan, eller annan sjukvårdspersonal, genomsyrar hela förlossningsupplevelsen.

### 9.2.1 Barnmorskans eller vårdpersonalens bemötande

Underkategorierna i detta stycke är **svärtade**. Många av kvinnorna bakom blogginläggen beskriver antingen **positiva** eller **negativa bemötanden**.

En av bloggarna beskriver ett **negativt bemötande** som en känsla av ensamhet när sjuksköterna på avdelningen inte tog deras önskemål i beaktande. Hon beskriver också att hon känt sig ignorerad, och att personalen knappast hade läst hennes förlossningsbrev, eftersom så gott som alla hennes önskemål blev ignorerade. Att personalen inte har lyssnat på föderskans önskemål är den största faktorn till en negativ upplevelse, samt att bli nonchalerad.

*”Vi fick en dålig start med sjuksköterskan. Vid dörren sa hon att \*namn\* måste gå tillbaka till receptionen för att fylla i papper”*

*“Vi vet inte om hon läst mitt förlossningsbrev i journalen, och om hon gjorde det verkade det inte betyda mycket för henne. Till exempel envisades hon med att ställa frågor under en sammandragning, som jag försökte andas mig genom och slappna av. \*namn\* svarade, men hon fortsatte ignorera hans svar, och frågade mig igen”*

*“Jag vet inte man ska skratta eller gråta men dråpligt nog fick jag börja med att ödmjukt men bestämt förklara för en undersköterska att hon inte kunde vara med vid vår förlossning eftersom hon hade en stark parfymdoft som jag inte klarade av.”*

En annan bidragande faktor till den negativa upplevelsen kan vara bristande information. En av bloggarna beskriver att hon inte riktigt visste vad som hände, och att hon kände sig otrygg och osäker i situationen. Också förutfattade meningar kan bidra till en negativ upplevelse.

*“Bebis var nyamnad och mätt men fick inte vara i min famn. Sköterskan kunde inte ta provet så sa hon men jag vet inte om det hade fungerat med någon annan personal. Jag var nära henne på bordet och det kändes ändå bra.”*

*“På mitt rådgivningsbesök när vi diskuterade förlossningen och hälsovårdaren gav mig pappren att fylla i för att föda på SOITE, och jag avböjde och sa att vi ska föda i Vasa, så märkte jag varför detta samarbete är viktigt. Reaktionen var nämligen en förvånad hälsovårdare som sa ”Oj jaa det vet jag inte riktigt hur man anmäler om..” Det slutade med att hon fick fråga sin kollega, som i sin tur fick göra kontot på Ipana åt mig. De var nog båda helt villiga, men de faktum att hon inte ens visste hur man gör och hennes förvånade reaktion gav mig nog en dålig känsla i magen Jag tycker rådgivningen*



*åtminstone borde fråga var man tänkt föda, och inte ta för givet att alla från Jakobstad vill föda i Kokkola”*

Däremot, beskriver flera av bloggarna ett **positivt bemötande**, där förhållandet bygger på växelverkan mellan barnmorska och föderska. Att barnmorskan tar sig tid, är lyhörd och uppmärksam på vad föderskan verkligen vill är bidragande faktorer till den positiva upplevelsen. En positiv förlossningsupplevelse lämnar föderskan vid gott mod. Till skillnad från en negativ upplevelse, som kan ha direkt inverkan på kommande graviditeter och förlossningar, kan även en positiv upplevelse ge en trygghetskänsla inför framtiden. Intressant nog beskriver enbart en av bloggarna en positiv tidigare upplevelse, medan så gott som alla beskriver en negativ upplevelse i bagaget. Kvinnorna motiverade ofta sina val att föda med hjälp av icke-farmakologisk smärtlindring på grund av dåliga tidigare upplevelser. Att få bekräftelse på att förlossningen är i gång, och att man som föderska känner att man inte på något vis stör eller är till besvär visade sig också vara viktigt. Många förstföderskor vet inte vad de ska förvänta sig, eller när man ska åka in till förlossningsavdelningen.

*. “Det kändes riktigt bra att kunna gå igenom det i lugn och ro. Hon gav mig även några sista minuten tips inför förlossningen, och vi hann diskutera hur jag känner kring smärtlindring, badet, sen avnavling och den första amningen.”*

*”Jag hade mycket specifika önskningar och är alldeles förundrad över det fantastiska bemötande vi fick [...]. Så mycket respekt för våra önskningar. Inget ifrågasättande, så fint omhändertagande samt stor professionalism och noggrannhet”*

*“Barnmorskan försäkrade mig om att jag inte tar upp plats och att jag nu i stället ska koncentrera mig på att jobba tillsammans med kroppen och ha tålamod. Att jag absolut inte ska tro att de vill gå in och störa kroppens arbete”*

### 9.2.2 Stödet av barnmorskan eller vårdpersonal

Underkategorierna i detta stycke är **svärtade**. Stödet av barnmorskan kunde vara antingen **positivt** eller **negativt**.

Exempel på ett **positivt stöd** och att få sina önskemål respekterade kan vara att kvinnan begärt att barnmorskan ska avbryta så lite som möjligt, och att förlossningen ska få ha sin gång. Också hur barnmorskan involverar kvinnan i förlossningen påverkar upplevelsen. Kvinnorna ville känna sig delaktiga, och känna att de har kontroll över situationen, samt att de känner samhörighet med barnet, förlossningsprocessen och med barnmorskan.

*“Barnmorskan kom med jämna mellanrum in för att titta till oss, men jag hade önskat så lite ”avbrytanden” som möjligt, och det tog de hänsyn till. [...]Vi hade önskat att få vara i*

*fred i två timmar efter förlossningen, och det fick vi med råge. Sedan kom barnmorskan in för att väga, mäta och göra allt det som ska göras, medan jag tog en dusch”*

*“Barnmorskan lade händerna om babyen och skickade snabbt fram honom upp mellan mina ben, och ropade ”Här är babyen \*namn\*, ta honom!”*

**Negativt stöd** behöver inte vara enbart på grund av barnmorskan eller sjukvårdspersonalen, utan den negativa upplevelsen eller upplevda negativa stödet kan också orsakas av att personalen lyder under sjukhusspecifika rekommendationer eller nationella riktlinjer.

*”[...] vi ville inte ha rutinmässiga inre undersökningar och vi ville inte ha elektronisk fosterövervakning, IV, eller en episiotomi. För det mesta var hon synkade med oss, men det fanns några tvister. På grund av sjukhusets regler, upptäckte jag att jag var tvungen att göra en elektronisk fosterövervakning under 20 minuter och sen en uppföljningskontroll var annan timme. ”*

*“Jag hade badat i kanske två timmar. Jag berättade åt sjukskötaren att jag hade krystbehov, så hon undersökte mig. Jag var öppen enbart 8cm, vilket var en besvikelse. Ännu värre, jag fick höra att jag inte fick återvända till badkaret, vilket var en ännu värre besvikelse, och gjorde mig mycket upprörd.”*

Också personkemin har betydelse på hur upplevelsen slutligen blir. En del av bloggarna beskriver att de direkt känt att de inte har någon personkemi med personalen, medan andra beskriver att de har klickat med personalen direkt.

*“Jag kände sekunden läkaren \*namn\* klev in i rummet att henne gillade jag. Hon var den perfekta läkaren för mig, vår kemi stämde, hon var både lyhörd och hade pondus, värme och humor.”*

### **9.3 Valet av icke-farmakologisk smärtlindring**

Varför kvinnorna valde icke-farmakologisk smärtlindring föll tillbaka på två faktorer; tidigare förlossningsupplevelser och tankar kring val av smärtlindringsmetod.

#### **9.3.1 Tidigare förlossningsupplevelse**

Underkategorierna i detta stycke är **svärtade**. Tidigare förlossningsupplevelser har beskrivits som antingen **positivt** eller **negativt**.

Endast en av bloggarna beskriver en **positiv tidigare förlossningsupplevelse** med icke-farmakologisk smärtlindring, som direkt har resulterat i att välja samma smärtlindringsform vid följande förlossning.

*“Jag ska försöka klara mig utan läkemedel också den här gången, men jag har förberett mig på en epidural om behovet uppkommer.”*

Av bloggarna beskrev två att de hade haft **negativa tidigare förlossningsupplevelser**, som påverkade valet av kommande förlossningar. Rädsla är också en faktor. En av bloggarna beskriver att komplikationer under tidigare förlossningar gav rädsla för kommande förlossning och hennes plan om en naturlig förlossning. En annan av bloggarna beskriver sin tidigare förlossningsupplevelse som traumatisk.

*”[...] men jag visste nog att de faktum att jag var rädd att han skulle fastna, som hänt vid mina tidigare förlossningar, högst troligt skulle sätta stop för de planerna.”*

*“Anledningen: Min förra förlossning skrek jag oavbrutet i 12 timmar med kort mellan värkarna och krystvärkar i över 2 timmar. Hela förloppet var förknippat med rädsla och hysteri. Allt kändes onaturligt och uttröttande.”*

### 9.3.2 Tankar kring val av smärtlindringsmetod

Underkategorierna i detta stycke är **svärtade**. Två av bloggarna beskriver att det finns två “läger” bland föderskor; de som använder sig av farmakologisk smärtlindring kontra de som använder sig av icke-farmakologisk smärtlindring. De båda sidorna har starka åsikter kring vad som är det rätta.

Kvinnorna uttrycker speciellt missnöje kring **tillgänglig information**. En del av kvinnorna i bloggarna var insatta i exempelvis metoder för att motverka bristningar, och var därför bättre förberedda.

*“Jag stod varken på ena eller andra sidan, varken för “naturlig förlossning” eller för epidural. Jag visste inte vad som väntade, så hur skulle jag kunna välja sida.”*

*” I slutet av graviditeten såg jag många videor på Youtube som handlade om icke-farmakologisk smärtlindring vid förlossning. På engelska hittades mycket info om ämnet. På finska ganska mycket mindre.”*

*“Jag fick handdukar sist men fick sy en del och säkert pga suglockan. I Norge och Finland har man färre bristningsskador än i Sverige och därför ville jag betona detta, så det inte skulle glömmas bort.”*

En kvinna motiverade sitt val att föda icke-farmakologiskt med att hon anser det vara huvudlöst att undvika läkemedel under graviditeten, för att få starka narkotiska preparat under förlossningen, I ett av inläggen skrev föderskan att hon vill känna hur en förlossning känns, vilket motiverade hennes val.

*“Jag vill känna hur det verkligen känns att föda. Och då kändes det mest naturliga alternativet en icke-farmakologisk förlossning ”*

*“Det verkar så ologiskt, att undvika läkemedel (till och med receptfria) under graviditeten, men att använda dem (även stark narkotika) under förlossningen. Och ärligt talat skulle jag inte lita på någon främling, oavsett utbildning, att köra in en lång nål i min ryggrad.”*

**Förberedelsen** var också en viktig del för de flesta av föderskorna. De hade läst böcker, bloggar, och gått kurser. Andra föderskor berättar däremot att de inte har förberett sig alls, utan närmat sig förlossningen med enbart ett öppet sinne, och följt barnmorskornas råd. Att tidigare genomgått en traumatisk förlossning kan också ge en lust till revansch, och att föderskan får känna att hon har kontroll över situationen.

*”Nu har jag bestämt mig att på förhand studera bland annat andningstekniker och jag läser just nu Malla Rautapartas bok Raskaus, synnytys, äitiys.”*

*“Jag hade länge haft en tanke på att jag skulle vilja föda i vatten”*

*“Jag Googlade ingenting, och läste inga böcker gällande förlossningen heller. Jag hade inte förberett mig på en naturlig förlossning, och skulle absolut ha använt mig av farmakologisk smärtlindring om det funnits behov.”*

*“Jag hade en stark vision om att få revansch på min första förlossning och det fick jag sannerligen”.*

*“Jag ska försöka klara mig utan läkemedel också den här gången, men jag har förberett mig på en epidural, om jag skulle behöva.”*

## 10 Diskussion

Vi har valt att dela upp diskussionen i tre delar. I första delen, metoddiskussionen, kommer vi diskutera vår valda metod. I resultatdiskussionen tolkar vi komprimerat vår teori, vårt syfte och tidigare forskning som presenteras i bakgrunden, återkopplar till vårt examensarbete. I den sista delen, slutledningen, tar vi upp frågeställningarna, och diskuterar våra egna synpunkter, samt ger förslag på vidare forskning.

Syftet med examensarbetet var att ta reda på hur föderskor har upplevt icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder i förlossningsvården, samt barnmorskans eller vårdpersonalens stöd och bemötande vid valet av icke-farmakologisk smärtlindring.

### 10.1 Metoddiskussion

För att få en uppfattning av arbetets kvalitet är det viktigt att diskutera såväl negativa som positiva synvinklar. Ett kritiskt förhållningssätt till det egna arbetet är att föredra, i samtliga arbetsmoment. Arbetet är vårt första försök på vetenskaplig skrift, och ett försök till en vetenskaplig studie, vilket kan synas i arbetet. Ökad kunskap och uppfattning kring moment som kunde utförts annorlunda kan ses som positiva. (Henricson, 2017).

Vi har använt oss av kvalitativ metod i vårt examensarbete, och har använt bloggar (dokument) som vårt datamaterial. Den kvalitativa metoden svarar på frågeställningarna med verkliga händelser (Holme & Solvang, 1997). Vi valde att analysera bloggar, eftersom vi ville få ett brett spektrum av informanter, och vi ville ha så verkliga förlossningsberättelser och upplevelser som möjligt.

Hur trovärdig resultatet är kan bedömas på olika sätt vid kvalitativ innehållsanalys. Man kan utskilja den "röda tråden" som följer genom studien, från syfte och bakgrund, via tillämpning av metoden, vidare till resultatet, diskussionen och slutsatsen. Bakgrunden ska alltså introducera syftets bärande begrepp, och resultaten ska svara på syftet. En annan synpunkt på trovärdigheten är vems röster som hörs i resultatet, är det forskarnas tolkning eller deltagarnas berättelser. Man kan också bedöma trovärdigheten utgående från begreppen tillförlitlighet, delaktighet, överförbarhet och giltighet. Resultatet är giltigt om det lyfter fram det som var avsett att beskriva. Giltigheten styrs av valet av deltagare. För att få bra resultat behövs erfarenhet, och att deltagarna är villiga att dela med sig. Hur många deltagare som behövs för att få bra resultat är en annan fråga. Man bör få tillräckligt med data för att få

variation. Syftet och kvalitén styr hur många deltagare som behövs. Kvalitén på studien behöver inte öka i samband med större mängd data. (Sandelowski, M. 1995)

Hade vi valt att intervjua kvinnor som under förlossning använt icke-farmakologisk smärtlindring hade vi kanske fått bättre resultat, när vi själva hade kunnat styra frågorna, och tolka eventuella känslor och minspel. Vi kanske då skulle fått ett mer tydligt resultat, med samma mängd informanter. I en bloggstudie får man inte samma uppfattning kring det känslomässiga, och det upplevda. Hade vi valt flera bloggar, och enbart tagit nordiska/Finländska bloggar, hade vi fått ett tydligare kontext, och kunnat tänka oss in i vårdsituationen som bättre passar vår uppfattning. Förlossningsvården skiljer i olika länder. Exempelvis är det vanligare att sjukskötare jobbar på förlossningsavdelningar i USA, jämfört med barnmorskor i de nordiska länderna. Också sjukvårdssystemet är annorlunda uppbyggt, med obetydlig social välfärd.

Före vi analyserade vårt material, skrev vi en ordentlig bakgrund med fakta kring olika icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder. För oss var det också viktigt att bekanta oss med vilka farmakologiska smärtlindringsalternativ som erbjuds. Vi fick på så vis en djupare kunskap om ämnet, och hade en förkunskap innan vi började analysera vårt material. Vi använde oss av data som vi hade samlat in till vår ursprungliga plan; en scoping review, och fick på så vis pålitliga källor till bakgrunden. Främst användes vetenskapliga artiklar, men även internetsidor och böcker användes. Efter vår analys, insåg vi att man i bakgrunden hade kunnat undersöka vilken betydelse rörelse, motion och lägesändring har i förlossningsvården. Bland våra informanter använde sig ingen heller av akupunktur eller sterila kvaddlar som vi har inkluderat i bakgrunden. Trots det valde vi att behålla dessa i bakgrunden, eftersom forskningarna i vår mening är intressanta och relevanta.

“Omvårdsteorin”, eller *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Healthcare* av Sigrídur Halldórsdóttir, (Halldórsdóttir, 1996), ansåg vi vara den optimala teoretiska utgångspunkten för oss. Vi har också inkluderat vetenskapliga artiklar som handlar om barnmorskans och föderskans förhållande. I vår analys framkommer att bemötandet och stödet av barnmorskan, eller annan vårdpersonal, genomsyrar hela förlossningsupplevelsen.

Till studien anser vi att vi har fått tillräckligt med informanter. Vid urval lämnade sex bloggar som kunde analyseras. Vi valde medvetet bloggar från både Finland, de nordiska länderna och från USA, för att se kontraster i förlossningsvården. Vi ville inkludera personer som enbart använt sig av icke-farmakologisk smärtlindring, och valde att söka på olika språk

(finska, svenska, engelska). Med tanke på hur få deltagare vår studie omfattar, kan man tänka att ett större antal deltagare kunde ge ett mer pålitligt resultat.

Vi analyserade blogginläggen med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Vi utgick från våra frågeställningar, och vi kunde utgående från resultatet identifiera tre teman. Vårt material gav svar på forskningsfrågorna, stämde med teorin och kunde sammankopplas med informationen i bakgrunden. Såklart var det svårt att få exakta svar, som en intervju skulle gett, utan man fick tolka utöver det bokstavligen. När vi inte har varit i direkt kontakt med kvinnorna har vår tolkning stannat på en viss nivå. Vi har inte kunnat tolka kvinnornas miner, känslor, och stämning, vilket gjort att vi inte fått full förståelse kring deras upplevelse.

Att göra studien tillsammans har varit en mycket positiv upplevelse i vår mening. Vi har kunnat diskutera och reflektera kring materialet, och våra enskilda tankar har inte nödvändigtvis påverkat resultatet. Vi har dessutom fått handledning, och vår handledare har kontrollerat fakta i vårt arbete, och rimligheten i vårt resultat.

## 10.2 Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen kopplar vi resultatet samman med bakgrunden och den teoretiska utgångspunkten.

Av resultaten har vi kommit fram till att kvinnorna har varit nöjda med sina val att föda utan farmakologisk smärtlindring. Flera av kvinnorna skrev i sina bloggar att de kände sig stolta över att ha klarat en förlossning utan farmakologisk smärtlindring och det var en häftig upplevelse att föda ”naturligt”.

*”En förlossning utan mediciner är enligt mig den mest häftiga och stärkande upplevelsen som en kvinna får uppleva i livet.”*

Varmvatten i form av bad eller dusch hade de flesta av kvinnorna i vår studie använt sig av och samtliga beskrev det som en positiv och effektiv smärtlindringsmetod. Som nämnt i bakgrunden i arbetet så bidrar värme och vattnets tryck mot huden en ökad oxytocinutsöndring och naturlig smärtlindring (Dekker Rebecca, 2018), vilket kan tolkas som orsaken till att varmvattenbad var så omtyckt av kvinnorna i bloggarna och även en ofta beprövad smärtlindringsmetod.

Eftersom det var så få som hade provat på TENS, avslappningsövningar, musik och massage som smärtlindringsmetod, var det svårt att få en tillförlitlig bild över hur bra effekt de

metoderna ger. Även om dessa i vårt urval av bloggar beskrevs positivt så kan de ändå upplevas som mindre effektfulla av andra föderskor.

Tyvärr innehöll vårt resultat ingen data kring akupunktur, akupressur eller användning av sterila kvaddlar, eftersom ingen av våra informanter hade använt sig av dessa som smärtlindring. Förutom de icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder som vi har beskrivit i vår bakgrund så uppkom i våra bloggar att rörelse och lägesändringar har använts för att minska smärtan vid sammandragningar. Flera av våra informanter hade positivt beskrivit hur lägesändringar och specifikt att använda sig av pilatesboll gav en större komfort åt föderskorna under sammandragningarna.

Det går att tydligt dra paralleller med vår vårdteori där bron och väggen mellan vårdare och patient beskrivs (Halldórsdóttir, 1996). Hela förlossningsupplevelsen blev positivare när barnmorskan hade bemött föderskans önskemål om vård och visade respekt för hennes val att föda utan mediciner. Detta kan vidare beskrivas som att en bro av tillit och trygghet bildats mellan barnmorskan och föderskan. Hos de kvinnor som hade varit missnöjda med bemötandet av sjukvårdspersonalen framkom att känslan av besvikelse var stor och att de kände sig ignorerade, vilket kan tydas som att en vägg av missnöje och otrygghet har byggts mellan sjukvårdspersonal och patient. Detta kan orsaka att förlossningsupplevelsen blir negativ fast själva förlossningen i sig inte var traumatisk.

Bemötandet och stödet av vårdpersonal kan också relateras till vår vårdteori av Halldórsdóttir, 1996, där det framkommer hur relationen mellan patient och vårdaren kan kategoriseras utgående från hur relationen påverkar båda parterna. ”Life-neutral mode” är en av relations-kategorierna som Halldórsdóttir beskriver och den handlar om en relation mellan vårdare och patient där ena parten, i vårt fall patienten, får den vård som behövs men det emotionella stödet finns inte, vilket ofta lämnar patienten med en känsla av ensamhet och övergivenhet. I vårt resultat framkom att en av kvinnorna kände sig ignorerad och att hennes önskemål i förlossningsbrevet inte hade blivit uppfyllt. Detta kan alltså ses som en ”life-neutral mode”-relation där hon fått vård men känner att alla sina behov inte blivit uppfyllda.

Andra relationskategorier som framkom i vårt resultat är ”Life-sustaining mode” där relationen mellan vårdare och patient är respektfull och vårdaren uppfattas som professionell och pålitligt, samt ”Life-giving mode” som är som ”life-sustaining mode” men att man ännu till kan se varje patients enskilda behov både fysiskt och emotionellt (Halldórsdóttir, 1996). Som barnmorska är det just denna relation med föderskan som man vill uppnå för att hon



ska känna sig trygg och avslappnad. Flera av kvinnorna beskriver dessa relationer med barnmorskan i sina bloggar. De är tacksamma över att deras önskemål om icke-farmakologisk smärtlindring uppfylldes och att de bemöttes med respekt och professionalitet.

Intressant var att när vi analyserade varför icke-farmakologisk smärtlindring hade valts framkom att några av kvinnorna hade haft en traumatisk tidigare förlossning med mycket mediciner och medicinska ingrepp. Därför ville de ha en mer ”naturlig” förlossning och ha mer kontroll över förlossningsförloppet. Endast en av kvinnorna beskriver en tidigare positiv förlossningsupplevelse med icke-farmakologisk smärtlindring, och valde därför att föda naturligt en gång till. Hon betonade i sin blogg att hon önskat att hon förberett sig mer inför första förlossningen, och att hon nu var betydligt bättre förberedd. En del av kvinnorna beskrev en önskan om att känna hur det verkligen är att föda på naturlig väg. Det framkom även att det är viktigt att ha ett öppet sinne för olika alternativ av smärtlindring och att inte hålla för hårt fast i att endast använda sig av icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder, detta kan i sig ge en negativ förlossningsupplevelse ifall planerna ändras och farmaka blir nödvändigt för att få en säker förlossning.

Personkemin har också betydelse i hur en föderska upplever sin förlossning. En god personkemi ger en familjär känsla, föderskan känner att hon kan lita på barnmorskan, och relationen och kommunikationen är ömsesidigt, som stämmer överens med studien av Lewis, M., Jones, A. & Hunter, B., 2017. En dålig personkemi kan i sin tur påverka hela förlossningsupplevelsen negativt. Exempelvis språkbarriärer, antaganden och stress kan vara faktorer som påverkar förhållandet mellan barnmorskan och föderskan negativt.

Portteorin, som vi nämnt i bakgrunden, kan kopplas ihop med flera av de smärtlindringsmetoder som presenteras i bakgrunden, samt i de metoder som informanterna använt sig av (Melzack, R; Wall. PD, 1965). TENS är ett exempel på smärtlindringsmetod som kan förknippas med teorin, eftersom impulserna från TENS lurar hjärnan att inte uppfatta smärtimpulser (Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson J. P, 2009). Trots att portteorins trovärdighet inte helt kunnat påvisas, är huvudsaken att föderskorna upplevt en adekvat smärtlindring, och att valet av smärtlindring alltid ska tillfalla föderskan. Icke-farmakologisk smärtlindring borde kunna erbjudas i förlossningssalen, om inga kontraindikationer påträffas.

### 10.3 Slutledning

Studiens frågeställningar besvarades. Vår första frågeställning ”Hur upplever föderskorna vårdpersonalens stöd och bemötande i deras val att föda enbart med icke-farmakologisk smärtlindring?” fick för det mesta positiva svar. De negativa svaren kom från icke-Nordiska länder, där sjukskötare oftare jobbar i förlossningssalen än barnmorskor. De negativa upplevelserna orsakades ofta av att sjukhusets riktlinjer inte överensstämde med föderskornas önskemål. Däremot beskrev många av bloggarna en positiv förlossningsupplevelse, där barnmorskorna lyssnat på deras önskemål, respekterat förlossningsbrevet, och haft en positiv inställning till föderskornas val att föda utan farmakologisk smärtlindring.

Vår andra frågeställning, “Hur beskriver föderskorna upplevelsen av att använda icke-farmakologisk smärtlindring vid förlossning?” fick för det mesta positiva svar. Vi valde att analysera bloggar där kvinnorna enbart använt sig av icke-farmakologisk smärtlindring. Negativa upplevelser förekom, exempelvis koncentrationssvårigheter beskrivs vid avslappningsövningar, eller en känsla besvikelse när kvinnorna inte fått återvända till badkaret efter en inre undersökning. Dock värt att beakta att kvinnorna inte nödvändigtvis dokumenterar varje negativ aspekt, eller negativa upplevelser, eftersom deras inlägg då skulle anses som mindre läsvärt. Social media i det stora hela har en tendens att försköna verklighetsbilden, och det är lätt att sanningen inte kommit fram till 100 % i blogginläggen. En del av bloggarna hade stor fokus på att leva så naturligt och giftfritt som möjligt, vilket kan ha haft inverkan på dennes förlossningsupplevelse. Också värt att ta i beaktande att alla föderskor har olika förutsättningar, smärttolerans, och preferenser, vad som är smärtlindrande hos en individ kanske helt har en avsaknad av effekt hos en annan. Man måste vara tålmodig, och pröva sig fram.

Som slutsats kan man säga att en kvinna bra kan välja att föda med icke-farmakologisk smärtlindring, men att inget ska hindra kvinnan från att få farmakologisk smärtlindring vid behov. Speciellt i latensfasen och öppningsskedet kan man använda sig av icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder, med goda resultat. Varken föderskan eller sjukvården förlorar på att pröva föda utan farmakologisk smärtlindring, om intresset hos föderskan bara finns. Redan före man kommer in till förlossningssalen kan man använda sig av exempelvis massage, avslappning, andningsövningar, varma bad eller dusch och TENS, om man har en apparat hemma. Många av kvinnorna som hade haft en dålig

förlossningsupplevelse vid första förlossningen valde att föda utan farmakologisk smärtlindring vid nästa.

Flera av de icke-farmakologiska smärtlindringsmetoderna kräver lite av användaren, exempelvis massage, rörelse, musik, avslappning, och andningsövningar. Förberedelse kan behövas, som vid avslappnings- och andningsövningar, och av personalen kan viss utbildning krävas, exempelvis med akupunktur och kvaddlar. Kostnaden för de olika smärtlindringsmetoderna är oftast liten, bortsett från om man väljer att införskaffa en egen TENS-apparat. Oavsett metod krävs viljestyrka och beslutsamhet hos föderskan.

Forskningen kring icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder är bristfällig, upptäckte vi i datainsamlingen. Relevant forskning saknas från Finland. Den enda pålitliga statistiken kring smärtlindringsmetoder i förlossningsvården fås från Statistikcentralens uppgifter, men även där är icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder vagt nämnt, och inte specificerat vilka metoder som blivit använda, utan bara klassade som "andra metoder". I flera av bloggarna vi använde från Finland nämnde kvinnorna att det även för lekmän är svårt att få adekvat information, och att de fick vända sig till internationella källor vid informationssökning. Från Sverige finns aningen mer utvecklad forskning kring icke-farmakologisk smärtlindring. Annars är stor del av forskningarna från Indien, Pakistan, Kina, och andra länder där det är mer socialt acceptabelt med icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder, och där alternativ medicin redan i större utsträckning används. Också kostnadsfrågan framkommer i forskningen från exempelvis asiatiska länder, där det nämns att bland annat sterila kvaddlar är en kostnadseffektiv smärtlindringsmetod.

Vi hoppas att vårt examensarbete har varit intressant att läsa, och kommer till nytta för såväl yrkesaktiva som lekmän. Vi välkomnar forskare att dyka djupare i ämnet, och önskar speciellt mer finländsk forskning, där en tydlig kunskapslucka kan identifieras.

## **Källförteckningar**

Adams, R., White, B., & Beckett, C. (2010). The effects of massage therapy on pain management in the acute care setting. *International journal of therapeutic massage & bodywork*, 3(1), 4–11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3091428/>

Asadi, N., Maharlouei, N., Khalili, A., Darabi, Y., Davoodi, S., Raeisi Shahraki, H., . . . Kasraeian, M. (2015). Effects of LI-4 and SP-6 Acupuncture on Labor Pain, Cortisol Level and Duration of Labor. *Journal of acupuncture and meridian studies*, 8(5), 249-254. <https://doi.org/10.1016/j.jams.2015.08.003>

Augustinsson, S., Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (Upplaga 3:1.). Studentlitteratur AB.

Bharucha AE. Pelvic floor: anatomy and function. *Neurogastroenterology & Motility*. 2006 Jul;18(7):507-19

Bolbol-haghighi, N., Masoumi, S. Z., & Kazemi, F. (2016). Effect of massage therapy on duration of labour: a randomized controlled trial. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(4), QC12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4866196/>

Chapman V, Charles C (2009) *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. 2nd Edn Wiley-Blackwell, Chichester

Cho S.H., Lee H. and Ernst E. Acupuncture for pain relief in labour: a systematic review and meta-analysis *BJOG*, 117 (2010), pp. 907-920

Christensen, R. & Marieb, E. N. (2012). *Anatomi och fysiologi för sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal* (1. uppl.). Harlow: Pearson.

Cluett, E. R. and Burns, E. (2009). "Immersion in water in labour and birth."

Dekker Rebecca, *The Evidence on: Waterbirth*, Originally Published July 8, 2014, and updated on January 30, 2018, Evidence Based Birth

Derry S, Straube S, Moore RA, Hancock H, Collins SL. Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 1. Art. No.: CD009107. DOI: 10.1002/14651858.CD009107.pub2. Accessed 15 April 2021.

Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD007214. DOI: 10.1002/14651858.CD007214.pub2. Accessed 15 April 2021.

Eriksson, K, (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning

Forskningsetiska delegationen, TENK, *Etiska rekommendationer för examensarbeten på yrkeshögskolor* (2020). Hämtat online 17.05.2020 från <https://www.tenk.fi/sv/ovriga-anvisningar-och-rekommendationer>

Forskningsetiska delegationen, TENK, *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland* (2012) Hämtat online 17.05.2020 från [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Gisin, M., Poat, A., Fierz, K. & Frei, I. A. (2013). Women's experiences of acupuncture during labour. *British journal of midwifery*, 21(4), 254-262. <https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.4.254>

Halldórsdóttir, Sigrídur (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care - developing a theory*. Linköping: Linköping university.

Hantoushzadeh S., Alhuseini N. & Lebaschi A.H. The effects of acupuncture during labour on nulliparous women: a randomised controlled trial. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 47 (2007), pp. 26-30

Hamidzadeh, A., Shahpourian, F., Orak, R.J., Montazeri, A.S. and Khosravi, A. (2012), Effects of LI4 Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor. *Journal of Midwifery & Women s Health*, 57: 133-138. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00138.x>

Heli, S. & Svensson, L. (2017). *Tryggförlossning: En omvårdnadsmodell för minskad stress och rädsla* (Första upplagan.). Gothia Fortbildning AB.

Henricson, M. 2017. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Upplaga 2:1. Lund: Studentlitteratur AB

Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1997). *Forskningsmetodik: Om kvalitativa och kvantitativa metoder* (2. uppl.). Studentlitteratur.

Institutet för Hälsa och Välfärd, Perinatalstatistik - föderskor, förlossningar och nyfödda år 2019, uppdaterad 4.12.2020, hämtat online 9.4.2021 <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/foderskor-forlossningar-och-nyfodda/perinatalstatistik-foderskor-forlossningar-och-nyfodda>

Institutet för hälsa och välfärd, THL, statistikrapport (2020) Hämtat online 02.02.21 [https://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2020/Liitetaulukot/Tr48\\_20\\_liitetaulukot.pdf](https://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2020/Liitetaulukot/Tr48_20_liitetaulukot.pdf)

International Association for the study of pain (IASP) 1994, Terminology <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>

Jones M. & Hunter A.B. (2017). Women's Experience of Trust Within the Midwife-Mother Relationship. *International journal of childbirth*, 7(1), 40-52. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.7.1.40>

Kaplan, B., Rabinerson, D., Lurie, S., Bar, J., Krieser, U. and Neri, A. (1998), Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for adjuvant pain-relief during labor and delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 60: 251-255. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(97\)00275-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(97)00275-0)

Knudtson J. , McLaughlin J.E , university of Texas Health and Science Center at San Antonio, April 2019, “Female External Genital Organs” <https://www.merckmanuals.com/home/women-s-health-issues/biology-of-the-female-reproductive-system/female-external-genital-organs>

Lengquist, M. m.fl. *Läkartidningen* 26-27/2016 *Smärta vid vaginal förlossning* (online) <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/medicinens-abc/2016/06/smartlindring-vid-vaginal-forlossning/>

Lorne M. Mendell, “Constructing and Deconstructing the Gate Theory of Pain”, US National Library of Medicine, 12/2013

Lundgren, I. & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife–woman relationship. *Scandinavian journal of caring sciences*, 21(2), 220-228 <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x>

Melzack, R; Wall. PD, November 1965 ”Pain mechanisms: a new theory”. *Science* 150 (699): sid. 971–979 [PMID 5320816](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5320816/)

Morgan E (1999) *The Aquatic Ape Hypothesis. The Most Critical Theory of Human Evolution*. Souvenir Press, London

MÅRTENSSON, L. and WALLIN, G. (2008), Sterile water injections as treatment for low-back pain during labour: A review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48: 369-374. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2008.00856.x>

Odent M (2000) What I learned from the first hospital birthing pool. *Midwifery Today* 54: 16

Paananen, U. K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Äimälä, A., Rusanen, S. & Laajasalo, S. (2015). *Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika* (6. uud. p.). Edita.

Phillips, K. (2014). Is the evidence on waterbirth watertight? *British journal of midwifery*.

Ramnero A., Hanson U. & Kihlgren M. (2002). Acupuncture treatment during labour—a randomised controlled trial BJOG, 109 (2002), pp. 637-644

Sandelowski, M. (1995). Focus on qualitative methods. Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179-183

Saxena KN, Nischal H, Batra S. Intracutaneous Injections of Sterile Water over the Sacrum for Labour Analgesia. *Indian J Anaesth.* 2009 Apr;53(2):169-73. PMID: 20640118; PMCID: PMC2900101.

Shaw-Battista, J. (2017). Systematic Review of Hydrotherapy Research: Does a Warm Bath in Labor Promote Normal Physiologic Childbirth? *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*

Skilnand E., Fossen D. and Heiberg E. Acupuncture in the management of pain in labor *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81 (2002), pp. 943-948

Smith C.A., Collins C.T., Crowther C.A. & Levett K.M., Acupuncture or acupressure for pain management in labour *Cochrane Database Syst Rev* (2011), p. CD009232

Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Suganuma M. “*Relaxation techniques for pain management in labour*” (2018). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009514.pub2/full#CD009514-sec1-0006>

Svenska akupunkturförbundet, uppdaterat 2021, hämtat online 13.4.2021 <https://akupunkturforbundet.se/om-forbundet/>

Tiitinen, Aila, specialistläkare inom gynekologi och obstetrik, *Läkärikirja Duodecim*, 28.9.2020, “Normaali synnytys” (online)

[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00160&p\\_hakusana=synnytys](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160&p_hakusana=synnytys)

Tiitinen, Aila, specialistläkare inom gynekologi och obstetrik, Lääkärikirja Duodecim, 1.10.2020, “Synnytyskivun hoito”

Tikkanen M, Tekay A. Normaali synnytys. Kirjassa Tapanainen J; Heikinheimo O, Mäkikallio K (toim.). Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus Oy Duodecim 2019, s. 560-563

Tournaire Michel, Theau-Yonneau Anne. (2007) "Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief during Labor" *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, vol. 4, <https://downloads.hindawi.com/journals/ecam/2007/256475.pdf>

Ulfsdottir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S. (2018). Waterbirth in Sweden—a comparative study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*.

Unneby, Anna “Smärtskattningsinstrument”, Vårdhandboken.se, 2021-04-01

Van der Spank, J., Cambier, D., De Paepe, H. *et al.* Pain relief in labour by transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS). *Arch Gynecol Obstet* **264**, 131–136 (2000). <https://doi.org/10.1007/s004040000099>

Vasa Centralsjukhus, online, “Nu kan man föda i vatten på Vasa Centralsjukhus” publicerat 28.09.2018, hämtat online 17.4.2021.

WHO (Världshälsoorganisationen), A Proposed Standard International Acupuncture Nomenclature: Report of a WHO Scientific Group, **1991**

Ziaei S. and Hajipour L. Effect of acupuncture on labor *Int J Gynaecol Obstet*, 92 (2006), pp. 71-72



TEMA	KATEGORIER	SUB-KATEGORIER	CITAT
<b>Upplevd effekt av icke-farmakologisk smärtlindring</b>	Vattenbad		Blogg 4: ” Min obstetiker och gynekolog tillät mig att föda i vatten, vilket var en livräddare. Bad är mitt sätt att ta hand om mig själv. De fyllde badkaret och hade vattnet på att rinna, ett ljud som var så avslappnande.”
	TENS		Blogg 3: ” Jag använde TENS under hela förlossningen, men enligt mig är apparaten bäst i början av förlossningen. ”
	Avslappningsövningar		Blogg 5: ” Han påminde mig om vad vi hade lärt oss i kursen: att andas djupt, visualisera mina muskler som arbetar för att trycka baby'n ner i förlossningskanalen.”
	Massage		Blogg 5: ” Under varje sammandragning masserade an min rygg med en tennisboll för att lindra smärtan.”

	Musik		Blogg 2: ” Min man ville ändå spela musik och det var nog till hjälp.”
	Rörelse		Blogg 2: ” Lägesändring under sammandragningen lättade på smärtan.”
<b>Barnmorskans eller vårdpersonals bemötande och stöd</b>	Barnmorskans eller vårdpersonalens bemötande	Positivt bemötande av barnmorskan eller vårdpersonal	Blogg 6: ”Jag hade mycket specifika önsknings och är alldeles förundrad över det fantastiska bemötande vi fick [...]. Så mycket respekt för våra önsknings. Inget ifrågasättande, så fint omhändertagande samt stor professionalitet och noggrannhet.
		Negativt bemötande av barnmorskan eller vårdpersonal	Blogg 5: ”Vi fick en dålig start med sjuksköterskan. Vid dörren sa hon att *namn* måste gå tillbaka till receptionen för att fylla i papper. [...] Vi är inte säkra om sjuksköterskan hade läst vår förlossningsplan i min journal; om hon hade gjort det, verkade hon inte bry sig om den.”

	Barnmorskans eller vårdpersonalens stöd	Positivt stöd av barnmorskan eller vårdpersonal	<p>Blogg 1: ”Barnmorskan och min doula insåg att för att jag tryggt skulle kunna gå vidare med förlossningen och ha tro på mig själv, så behöver jag få veta hur babyn ligger.”</p>
		Negativt stöd av barnmorskan eller vårdpersonal	<p>Blogg 5: ”[...] vi ville inte ha rutinmässiga inre undersökningar och vi ville inte ha elektronisk fosterövervakning, IV, eller en episiotomi.</p> <p>För det mesta var hon synkade med oss, men det fanns några tvister. På grund av sjukhusets regler, upptäckte jag att jag var tvungen att göra en elektronisk fosterövervakning under 20 minuter och sen en uppföljningskontroll var annan timme. ”</p>
<p><b>Varför valdes icke-farmakologisk smärtlindring</b></p>	Tidigare förlossningsupplevelser	Positiv tidigare upplevelse av förlossning	<p>Blogg 3: “Jag ska försöka klara mig utan läkemedel också den här gången, men jag har förberett mig på en epidural om behovet uppkommer.”</p>
		Negativ tidigare upplevelse av förlossning	<p>Blogg 1: ”[...] men jag visste nog att de faktum att jag var rädd att han</p>

			skulle fastna, som hänt vid mina tidigare förlossningar, högst troligt skulle sätta stop för de planerna.”
	Tankar kring val av smärtlindringsmetod	Förberedelse inför förlossning	Blogg 3: ”Nu har jag bestämt mig att på förhand studera bland annat andningstekniker och jag läser just nu Malla Rautaparras bok <i>Raskaus, synnytys, äitiys.</i> ”
		Tillgänglig information om icke-farmakologisk smärtlindring	Blogg 2: ” I slutet av graviditeten såg jag många videor på Youtube som handlade om icke-farmakologisk smärtlindring vid förlossning. På engelska hittades mycket info om ämnet. På finska ganska mycket mindre.”

## **Hur du som partner kan hjälpa föderskan att hantera förlossningssmärta - Tips och info om beröring, stöd och närhet**

En informativ broschyr till partnern under förlossningen

Janina Söderman & Hanna Stenlund

Utvecklingsarbete för (YH)-examen inom social och hälsovård

Utbildning: Barnmorska

Vasa 2022

## UTVECKLINGSARBETE

Författare: Janina Söderman och Hanna Stenlund

Utbildning och ort: Vård, Vasa

Inriktning: Barnmorska

Handledare: Terese Österberg

Titel: Hur du som partner kan hjälpa föderskan att hantera förlossningssmärta - Tips och info om beröring, stöd och närhet - En informativ broschyr till partnern under förlossningen

---

Datum: 22.11.2022

Sidantal: 16

Bilagor: 1

---

### Abstrakt

Utvecklingsarbetet baserar sig på vårt examensarbete "Kvinnors upplevelser av icke-farmakologiska smärtlindring under förlossning - En kvalitativ studie av bloggar" (Söderman & Stenlund, 2021). Resultatet av detta utvecklingsarbete är en digital broschyr.

Syftet med utvecklingsarbetet är att ge konkreta exempel på hur partnern kan vara mer involverad under förlossningen, och samtidigt stöda föderskan. För att uppnå syftet kommer vi sända broschyren som PDF till flera mödrarådgivningar i Österbotten.

Förlossningen kan vara en överväldigande upplevelse för partnern. Känslor som rädsla och osäkerhet är inget ovanligt, vilket kan leda till att partnern tar avstånd från föderskan. Vi anser behovet av broschyren som stort, eftersom vi upplevt ett behov av mer konkreta tips för partners om hur de kan delta i förlossningen. Under våra praktikperioder i förlossningssal har vi sett att partners ofta blir vilsna och åsidosatta av barnmorskorna, vilket leder till att de inte vågar närma sig föderskan. Broschyren ska inte fungera som reklam, utan som ett medel att få ut konkret information om hur partnern kan stöda föderskan, och samtidigt hitta sin roll i förlossningssalen.

Vårt examensarbete fokuserar främst på föderskan, medan vi vill dedikera utvecklingsarbetet åt partnern. I utvecklingsarbetet har vi samlat ihop information om olika massagetekniker, andningstekniker, samt avslappningsmetoder. Arbetet tangerar även vikten av en god förlossningsupplevelse, kommunikation och närhet. I broschyren finns innehållet komprimerat, för att underlätta läsningen.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Smärthantering, broschyr, stöd, partner, andning, massage

## **DEVELOPMENT PROJECT**

Author: Janina Söderman and Hanna Stenlund

Degree Programme: Healthcare, Vaasa

Specialisation: Midwifery

Supervisor: Terese Österberg

Title: How the partner can participate during birth – Information about coping with pain, support and closeness – An informative pamphlet for the partner during birth

---

Date: 22.11.2022

Number of pages: 16

Appendices:1

---

### **Abstract**

This development project is based on the thesis “Womens Experiences of a Non-Medicated Birth – A Qualitative Study of Blogs” (Söderman & Stenlund, 2021). The product of this development project is an informative pamphlet.

The purpose of this development project is to give information and examples of how the partner can be more involved and give support during birth. To fulfill the purpose of this development project we aim to send the pamphlet as a PDF-file to maternity clinics in Ostrobothnia, Finland.

Birth can be an overwhelming experience for the partner, and the partner may take a step back and distance himself/herself out of fear and uncertainty. During our clinical practices in the delivery room we have noticed that there is a need for information and examples of how the partner can be more involved during all stages of the birth. The pamphlet is aimed to give examples of how the partner can be supportive during birth and at the same time help the partner find an active and meaningful role in the delivery room.

In our Bachelor’s thesis the main focus is on the person giving birth, meanwhile our development project is dedicated to the partner. In this development project we have gathered information about massage techniques, breathing techniques and relaxation methods. The development project also includes the importance of a good delivery experience, communication and closeness. The information in the pamphlet is abridged to facilitate the reading experience.

---

Language: Swedish

Key words: Pain management, pamphlet, support, partner, breathing techniques, massage

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställning .....	1
3	Teoretisk bakgrund.....	2
3.1	Stöd under förlossningen.....	3
3.2	Stress och smärta under förlossningen.....	3
3.3	Hantering av stress, rädsla och smärta .....	4
3.4	Oxytocinfrämjande och -hämmande faktorer.....	4
3.5	Partnerns betydelse i förlossningen .....	5
3.6	Hur få partnern involverad .....	6
3.7	Hur barnmorskan kan vara stöd vid avsaknad av partner .....	7
3.8	Vikten av en god förlossningsförberedelse .....	8
4	Massage, avslappning, andningsteknik.....	8
5	Process/metodbeskrivning.....	9
5.1	Broschyr .....	10
5.1.1	Planeringen av broschyren .....	10
5.1.2	Utformandet av broschyren.....	11
5.1.3	Innehållet i broschyren .....	11
6	Kritisk granskning och diskussion .....	12
	Källförteckning .....	13
	Bilaga	



## 1 Inledning

Partnern har en viktig roll under förlossningen. Föderskan behöver kontinuerligt stöd och uppmuntran, och behöver även känna trygghet och närhet för att förlossningen ska fortlöpa. Kända faktorer som stress och rädsla bromsar förlossningsförloppet. Den positiva effekten av oxytocin är vida känt (Heli & Svensson, 2017). Men hur kan vi få partnern mer involverad?

Förlossningen är en främmande och skrämmande situation, även för partnern. Att se föderskan smärtpåverkad kan leda till en känsla av frustration, rädsla och hjälplöshet hos partnern (Bohren m.fl., 2019). Partnern kan också känna sig ångestfylld och lämnad utanför, vilket innebär att även partnern behöver stöd genom förlossningen (Brown m.fl., 2009).

Detta utvecklingsarbete är en fortsättning på examensarbetet "Kvinnors upplevelser av icke-farmakologiska smärtlindringar under förlossningen - En kvalitativ studie av bloggar" skrivet av Janina Söderman och Hanna Stenlund 2021. Syftet med examensarbetet var att ta reda på hur föderskor har upplevt icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder i förlossningsvården, och barnmorskans eller vårdpersonalens roll vid förlossningen. I studien fann vi att kontinuerligt stöd var viktigt för föderskan, och att de upplevde stödet från personalens sida som tillräckligt (Söderman & Stenlund, 2021).

I utvecklingsarbetet kommer vi fokusera mer på partners situation och uppgift i förlossningssalen. Vi upplever att man redan före förlossningen kunde informera partners bättre i hur de kan hjälpa föderskan genom värkstormarna, och vara en trygg pelare i smärthanteringsprocessen.

Resultatet av utvecklingsarbetet är en broschyr, som kommer delas ut åt olika mödrarådgivningar runt om i Österbotten. Broschyren är ämnad att användas i förlossningsförberedelsesyfte, och kan användas helt digitalt.

## 2 Syfte och frågeställning

Syftet med utvecklingsarbetet är att fördjupa examensarbetet från en annan synvinkel. I examensarbetet utgick respondenterna från betydelsen av barnmorskans roll i förlossningen, medan utvecklingsarbetet fokuserar på partnern.

Vi har under vår tid som studerande i förlossningssalen märkt att det finns osäkerhet och okunskap hos partnern, som resulterar i att partnern inte vågar, vill eller vet vad denne kan göra, och att denne känner att den inte finner en meningsfull uppgift i förlossningen. Det i sin tur leder lätt till att partnern blir bortglömd och känner sig i vägen. Allt för ofta ser man att partnern sitter i ett hörn, och blir förvånad då denne tillfrågas att närma sig föderskan.

Vi vill ge konkreta exempel på hur partnern kan stöda föderskan under förlossningen, huvudsakligen gällande smärthantering.

Som central frågeställning i vårt utvecklingsarbete har vi valt:

“Vilka metoder vid förlossningen kan partnern tillämpa för att underlätta föderskans smärthantering?”

Som produkt har vi valt att sammanställa en digital broschyr, som kan användas vid förlossningsförberedelser. Broschyren kommer innefatta delar från examensarbetet och utvecklingsarbetet, och ge konkreta tips på hur partnern kan hitta en meningsfull uppgift i förlossningssalen, och bidra till god smärthantering. Broschyren kan användas helt digitalt, och exempelvis delas via e-post från rådgivningarnas sida till partnern. Med detta tillvägagångssätt ger vi rådgivningarna möjlighet att själva avgöra hur broschyren används, eftersom man fortfarande lätt kan printa ut och ge broschyren i handen. Den digitala broschyren sparar på så vis på såväl miljön som på kostnader.

### **3 Teoretisk bakgrund**

I den teoretiska bakgrunden har vi valt att involvera forskning kring stödet föderskan behöver under förlossningen, samt vilka andra faktorer som eventuellt inverkar på stödet eller hur det mottas. Vi har också valt att inkludera själva definitionen av stöd. Vi ville också belysa med hjälp av forskningsresultat vad partners har upplevt i förlossningssalen.

En annan viktig del är barnmorskans stöd. I den teoretiska bakgrunden framkommer vilka faktorer som ibland hindrar barnmorskan från att vara ett aktivt stöd, både för partner och föderska, och att attityder, ej enbart den enskilda barnmorskans, utan även ledningens attityder till tidsdistribution har betydelse för hur resurser fördelas.

### 3.1 Stöd under förlossningen

Stöd borde erbjudas åt föderskan av partnern, en nära vän, en familjemedlem eller av personalen under förlossningen (Rosen, 2004). Med stöd menas en interaktiv process som påverkas av personens ålder, erfarenhet, personlighet, samt av miljön (Langford m.fl., 1997). Stödet från barnmorskan jämfört med stödet från partnern är dock karaktäristiskt annorlunda, men båda har stor inverkan på förlossningsupplevelsen (Lundgren m.fl., 2009).

Personal upplever att de ibland stöter på hinder gällande erbjudandet av kontinuerligt stöd, exempelvis om det inom organisationen förekommer brist på tid, kunskap eller resurser, eller om tankesättet och attityden i organisationen inte främjar professionellt stöd genom förlossningen. Miljön och typen av ledarskap påverkar också hur mottaglig föderskan är för stödet, och hur effektivt stödet är (Hodnett m.fl., 2010). Ett minskat stöd under förlossningen kan direkt resultera i svår förlossningsrädsla (Nilsson m.fl., 2010).

97% av föderskorna väljer att ha sin partner, familjemedlem eller en nära vän med sig under förlossningen (Care Quality Commission, 2020). I studier har det framkommit att ungefär 90% av blivande fäder är med under förlossningen (Redshaw & Henderson, 2013), men att det inte heller är ovanligt att föderskan väljer en syster, mor, svärmor eller en kvinnlig vän som stödperson (Bohren m.fl., 2019).

I en studie av Bohren m.fl. från år 2019 framkommer det att personen som agerat stödperson åt föderskan under förlossningen, både kvinnor och män, blivit väldigt påverkade av att se föderskan smärtpåverkad, och att stödpersonerna ofta känt rädsla, frustration och hjälplöshet.

### 3.2 Stress och smärta under förlossningen

Smärta och stress under förlossningen kan ha ödesdigra konsekvenser för såväl föderska som fostret. Syrgasdistributionen till fostret samt syrgaskvalitén minskar kraftigt vid hyperventilation, eftersom hemoglobinet hos föderskan påverkas av respiratorisk alkalos. Muskeltonus i buk och bäcken ansträngs vid smärtpåverkan, vilket kan förlänga värkarbetet. Stresshormoner (katekolaminer) kan orsaka kärlspasm, vilket kan minska placenta- och uterusgenomblödningen. Förutom detta har smärta under förlossningen en negativ påverkan på det psykiska måendet. (Lengquist m.fl., 2016)

### **3.3 Hantering av stress, rädsla och smärta**

Under livets gång möter en människa många olika påfrestningar och svåra situationer. Det är mycket individuellt hur man reagerar på dessa situationer. Samma situation, till exempel en förlossning, kan hanteras på väldigt många olika sätt, beroende på människan som möter påfrestningen. Faktorer som påverkar hur människan reagerar på påfrestning är bland annat förståelse för situationen, egna tankar om situationen och vilket stöd som människan får från sin omgivning. (Heli, 2019)

Föderskan är tvungen att överlämna sig själv till förlossningsförloppet, samtidigt som hon behåller en del av kontrollen och detta kan vara skrämmande och svårt för många föderskor (Lundgren, 2002). En viktig del för att nå en god förlossningsupplevelse är att föderskan har en känsla av bibehållen kontroll (Hodnett, 2002).

En förlossning är en stor händelse i flera människors liv. För föderskan är detta en av de största påfrestningarna hon möter. En föderska med god förståelse för varför smärtan uppkommer, har en positiv inre inställning till förlossningen och god tro på sig själv, samt har ett gott stödnätverk runt sig i form av partner eller annan stödperson, har större förmåga att hantera stress och smärta under förlossningen. Om föderskan har en negativ inställning till smärtan blir smärtan svår att hantera, vilket ökar rädslan och ångesten. Det finns då stor risk att föderskan upplever smärtan som konstant utan pauser, fast det alltid kommer en paus mellan sammandragningarna. En föderska med positiv inställning är mer mottaglig till att hantera smärtan och har större förmåga att slappna av mellan sammandragningarna. (Heli, 2019)

### **3.4 Oxytocinfrämjande och -hämmande faktorer**

Oxytocin är ett hormon som har många funktioner i kroppen, både fysiska och psykiska. Oxytocinet påverkar människans sinnesstämning positivt, minskar ångest och stress, samt aktiverar parasympatiska nervsystemet som utlöser lugn och ro i kroppen. Under förlossningen behövs oxytocinet blanda annat för att livmodern ska sammandras (Uvnäs-Moberg m.fl., 2019).

Stress, rädsla och ångest är faktorer som motverkar utsöndringen av oxytocin. Dessa känslor under en förlossning gör att hela förloppet bromsas upp. Föderskans kropp reagerar på stressen och rädslan och tror att det inte är tryggt att föda, fast det i verkligheten inte finns yttre hot som kan skada vare sig föderskan eller babyen. Rädslan aktiverar sympatiska

nervsystemet, "fight or flight" reaktionen, vilket gör att föderskan spänner sina muskler, har svårt att slappna av, andningen är ansträngd och hon känner sig otrygg. Alla dessa reaktioner jobbar emot det naturliga förlossningsförloppet och hindrar babyn från att sjunka ner i förlossningskanalen. Denna stressreaktion är också otroligt påfrestande för föderskan, hon blir fort utmattad och tappar motivationen till att föda sitt barn (Heli & Svensson, 2017).

Trygghet är den optimala känslan att befinna sig i under en förlossning. När kroppen känner sig lugn och avslappnad främjas oxytocinutsöndringen, vilket sätter fart på förlossningen. En trygg och avslappnad föderska har avslappnade muskler, mjuk, ljudlös och effektiv andning, samt lyssnar på och följer med sin kropp under förlossningsarbetet. Beröring, massage, kärlek och närhet aktiverar också oxytocinutsöndringen i kroppen. Stöd, massage och beröring av partner och personal bidrar till att föderskan håller sig lugn och trygg. Rädsla är en känsla som hör till under förlossningen, därför är det så viktigt att föderskan inte hamnar i "otrygghetsträsket" med aktiverad "fight or flight" reaktion eftersom det då är mycket svårt och krävande att få henne att hitta tillbaka till tryggheten (Heli & Svensson, 2017).

### **3.5 Partners betydelse i förlossningen**

Stödet av partnern under förlossningen har en stor betydelse för den födande kvinnan. Förlossningen kan vara en väldigt skrämmande och överväldigande upplevelse även för partnern. Det är därför viktigt att också partnern får stöd och hjälp av personalen så att hen kan vara mer närvarande och våga ge stöd åt föderskan. Det är lätt att all fokus läggs på föderskan i förlossningssalen, vilket gör att partnern kan känna sig utelämnad och åsidosatt. Genom att involvera partnern i att stöda, lugna och beröra föderskan kan också partners upplevelse av förlossningen bli mer positiv och partnern har en konkret uppgift att fokusera på under förlossningen. En närvarande partner ökar trygghetskänslan hos föderskan. Partnern kan genom beröring, lyhördhet och aktiv närvaro få föderskan att slappna av och känna sig trygg, vilket ökar oxytocinflödet i kroppen (Heli & Svensson, 2017).

Effekten av stödet upplevs bättre av föderskan om det erbjuds av någon annan än personalen (Hodnett m.fl., 2011). Dock är det inte alltid som partnern vågar fråga råd av personalen, när de känner sig osäkra på hur de ska stöda föderskan, samtidigt som personalen inte alltid tar deras osäkerhet på allvar (Hinton m.fl., 2014). Partnern vill oftast erbjuda föderskan stöd, och det är till stor del upp till barnmorskans attityd hur hon guidar och stöttar partnern. Partners beskriver ofta en osäkerhet när de blir lämnade ensam med föderskan under

förlossningen, samtidigt som barnmorskan inte alltid ser sin närvaro som behövlig under lugnare stunder. Partners kan till följd av detta uppleva ångest och hjälplöshet, och vikten av en närvarande barnmorska har enligt studier ansetts vara väsentligt. Om partnern inte blir uppmärksam och stöttad lämnas denna lätt utanför (Bäckström & Hertfelt Warn, 2011).

Ett kontinuerligt stöd under förlossningen bidrar till en positiv förlossningsupplevelse. Under optimala förhållanden kan barnmorskan ge ett kontinuerligt stöd, men i praktiken fungerar inte detta om barnmorskan har flera föderskor att ta hand om. Då är det bra att partnern är med och kan ge det kontinuerliga stödet åt föderskan så att hon inte känner sig ensam och att hon har någon att dela sina känslor med och som kan lyssna på hennes tankar när barnmorskan inte har möjlighet att vara i rummet (Heli & Svensson, 2017).

När man får sitt första barn är det en stor förändring i förhållandet. Man övergår från partnerskap till föräldraskap (Cowan, 2000). En positiv förlossningsupplevelse har stor betydelse för det kommande föräldraskapet. Genom kontinuerligt stöd av antingen partnern eller barnmorskan kan man påverka förlossningsupplevelsen till något positivt (Hodnett m.fl., 2011).

Under förlossningen och speciellt under sammandragningarna behöver föderskan hela tiden stöd och påminnelse om hur hon ska ta emot och hantera smärtan. Då barnmorskan inte har möjlighet att vara i rummet kan partnern ta över och fortsätta ge det stöd som föderskan behöver. Partnern behöver vara lyhörd på föderskans kroppsspråk och andning för att kunna hjälpa till. Att partnern påminner om andningen, avslappning och ger beröring guidar föderskan genom värken under sammandragningarna och hon har lättare att hålla fokus och stanna kvar i trygghetskänslan (Heli & Svensson, 2017).

### **3.6 Hur få partnern involverad**

Under förlossningen är det mesta av fokuset på den födande kvinnan och vården av henne. Föderskans behov av stöd är stort under hela förlossningen och en stödjande partner tillgodoser kvinnans behov även när barnmorskan inte är närvarande i rummet. Även för partnern är förlossningen en stor och skrämmande händelse och det blir lätt att partnern drar sig undan då hen inte vet hur hen kan hjälpa till. Som barnmorska är det viktigt att instruera partnern i hur hen kan ge stöd åt föderskan genom att visa konkreta exempel på bland annat beröring och massage (Heli & Svensson, 2017).

Barnmorskan kan även involvera partnern i att guida kvinnan med andning och med rösten under sammandragningarna. Många partners är villiga att vara väldigt involverade under förlossningen, men det gäller att vara lyhörda och observant på hur mycket beröring och stöd föderskan själv önskar (Heli & Svensson, 2017).

### **3.7 Hur barnmorskan kan vara stöd vid avsaknad av partner**

För att få en bättre förlossningsupplevelse behövs ett bra stödnätverk för föderskan. När en föderska går genom en förlossning ensam av någon orsak är det ytterst viktigt att barnmorskan kan ge det stöd hon behöver. Detta kan vara en utmaning för en barnmorska då relationen mellan föderska och barnmorska är professionell, vilket gör att det emotionella stödet kan vara svårt att ge. Under ett stressigt arbetsskift kan det hända att barnmorskan endast hinner vara närvarande i rummet vid undersökningar och vårdåtgärder. Detta gör att det, för föderskan, viktiga kontinuerliga stödet fallerar och hennes förlossningsupplevelse kan bli mer negativ (Thorstensson m.fl., 2012).

Föderskor upplever oftast att barnmorskans närvaro ger trygghet och stöd. Det är därför viktigt att tillbringa så mycket tid som möjligt i patientrummet tillsammans med föderskan. Genom beröring, lugnt kroppsspråk och stödjande kommunikation kan barnmorskan ge stöd och trygghet åt föderskan. Det gäller att som barnmorska hitta en balans mellan det professionella och det emotionella stödet för att kunna ge så bra stöd som möjligt (Thorstensson m.fl., 2012).

Professionellt stöd från barnmorskan har beskrivits kunna bidra till att föderskan får den styrka hon behöver för att möta förlossningen, samtidigt som föderskan fortfarande känner att hon har kontroll (Lungren, 2002). Genom kontinuerligt stöd kan man minska risken för förlossningskomplikationer, minska risken för kejsarsnitt, samt förkorta förlossningsförloppet. Dessutom är det mindre risk att behöva använda sig av medicinska åtgärder, så som bedövningar, då stödet är kontinuerligt (Hodnett m.fl., 2011). Stödet av barnmorskan är en viktig del för förlossningsupplevelsen och förlossningsförloppet, vilket betyder att stödjandet av föderskan utgör en stor del av barnmorskeprofessionen (Begley, 2001).

### **3.8 Vikten av en god förlossningsförberedelse**

Förlossningsförberedelsekurser informerar och förbereder föderskan om den kommande förlossningen. Partners eller stödpersoner är också välkomna med på förberedelsen. Under förberedelsen går man igenom förlossningsförloppet, förlossningssmärta, smärtlindningsmetoder, samt babyvård och amning. Man kan anmäla sig till förlossningsförberedelsekursen från och med graviditetsvecka 32. Främst är förlossningsförberedelsen ämnad för förstföderskor. Kurserna hålls både på sjukhus och på distans. Andnings- och avslappningsövningar är också en del av förberedelsen. (Österbottens välfärdsområde, u.å)

Förberedelse under graviditeten inför förlossningen är viktigt för både föderskan och partnern. När paret har förståelse för vad som händer i föderskans kropp under förlossningen och varför det gör ont, är de mycket mer mottagliga för hjälp och stöd under förlossningen. Under förlossningsförberedelsen är det viktigt att den gravida kvinnans förtroende till sin egen kropp stärks och att hon är förberedd på och kan möta de påfrestningar förlossningen innebär (Heli & Svensson, 2017).

Föderskor som deltagit i förlossningsförberedelse har lättare att hantera förlossningssmärtan och känner sig tryggare under förlossningen. Detta leder till att de upplever mindre rädsla och ångest, samt att föderskorna får en mer positiv förlossningsupplevelse (Serçekuş & Başkale, 2016).

## **4 Massage, avslappning, andningsteknik**

En vanlig reaktion vid smärta är att man börjar spänna sig och håller andan. Det är viktigt att kunna slappna av under en sammandragning så att man andas regelbundet och på så sätt fås en jämn tillförsel av syre ut i kroppen. Förutom att fokusera på djupa andetag och en regelbunden andning kan även rösten hjälpa till vid avslappning. Genom att vid utandningen ta med rösten i en mörk ton och i den styrka som känns bäst, skapas vibrationer som ger en skön, nästan masserande känsla i buken. Avslappning bidrar till en trygghetskänsla hos föderskan, vilket i sin tur slappnar av musklerna i kroppen (Heli & Svensson, 2017)

Massage hjälper till att öka blodflödet och att få muskler att slappna av. Smärtan under sammandragningarna strålar ofta ut över ländryggen, och därför kan man med fördel massera detta område. Andra sätt att massera på kan vara smekningar, massage med redskap (Gua



Sha) eller tryck (Paananen m.fl., 2015). Massage ökar frigöringen av endorfiner, som ökar välbefinnandet och samtidigt hjälper föderskan att kunna hantera smärtan (Adams & Bianchi, 2008).

Under graviditeten och förlossningen uppkommer ofta smärta i lederna som finns i bäckenet. Detta beror på att lederna i bäckenet blir rörligare under graviditeten för att underlätta när baby'n tränger ner i förlossningskanalen. Ett stadigt tryck mot höften kan hjälpa mot bäckensmärta. Händerna placeras strax nedanför höftbenskammen och man trycker samtidigt på båda sidorna när föderskan är stående. Om hon ligger kan man trycka på den sida av höften som är uppåt. Man kan samtidigt som man trycker neråt, trycka lite bakåt i riktning mot sacrum (Adams & Bianchi, 2008).

## **5 Process/metodbeskrivning**

Vi anser behovet av broschyren som stort, eftersom båda upplevt ett behov av mer konkreta tips för partners om hur de kan vara delaktiga i förlossningen. Under praktikperioderna i förlossningssalar runt om i Finland har vi bevittnat att partners ofta blir vilsna och osäkra, samt åsidosatta av barnmorskorna, vilket leder till att de inte vågar närma sig föderskan. Evidensen menar att partners och stödpersoner av båda könen ofta känner sig frustrerade, rädda och hjälplösa då de ser föderskan smärtpåverkad (Bohren m.fl., 2019).

Broschyren ska inte fungera som reklam, utan som ett medel att få ut objektiv information om hur partnern kan stöda föderskan, och samtidigt hitta sin roll i förlossningssalen. Broschyren kommer delas ut till mödrarådgivningar inom Österbottens välfärdsområde.

Vi har systematiskt samlat ihop information angående stödpersonens roll i förlossningssalen, och vilka metoder som kan användas i smärthanteringssyfte. Vi fokuserar mycket på oxytocinfrämjande redskap, som underlättar förlossningsförloppet.

I vårt examensarbete använde vi oss av termen "smärtlindring", men i utvecklingsarbetet valdes termen "smärthantering", eftersom vi i produkten ger konkreta tips om hur partnern kan stöda kvinnan i smärthanteringen. Smärthantering som term känns också lämpligare, eftersom många av verktygen i produkten ej direkt bidrar till konkret smärtlindring, utan redskap för att möta smärtan utan rädsla.

## 5.1 Broschyr

Ursprungligen är en broschyr en form av en produkt, som är tryckt på papper (Lindbom, 1999). En broschyr viks i mitten och är limbunden alternativt bunden med häftklammer. Sidantalet i broschyren ska helst vara delbart med fyra, och bör innehålla minst 8 sidor (Intryck reklam Ab, u.å.).

Digitala broschyrer, även kallade e-broschyrer, är en modernisering av den traditionella broschyren. Att skapa digitala broschyrer är ett kostnadseffektivt alternativ, eftersom man inte behöver trycka broschyren på papper eller investera stora summor för att producera den. Det finns idag ett flertal program, så som Microsoft Powerpoint och Publisher för att nämna några, som möjliggör skapandet av en professionell broschyr med hjälp av en dator. Inga externa tjänster behövs för skapandet. Nuförtiden kan man dra nytta av andra digitala tjänster och sociala media för att marknadsföra broschyren. Genom att skapa en digital broschyr gör man den lättillgänglig för yngre generationer, och kan på så vis nå ut till fler läsare. En digital broschyr kan dessutom vara ett attraktivare alternativ än den traditionella broschyren, därför göra den mer läsvänlig (Wiradham m.fl., 2021).

Hur broschyren utformas beror på vem broschyren är riktad till, omständigheterna kring utdelningen, samt situationen och målsättningarna kring broschyren. Det finns alltså inga föreskrifter på hur en broschyr ska utformas, eftersom det beror på sammanhanget. Vanligen används broschyrer när man vill informera om ett evenemang, verksamhet, service eller en produkt. Broschyrer kan även användas inom försäljning (Ikävalko, 1995).

Utmaningen med broschyr som produkt är att väcka intresse, eftersom personer ägnar väldigt kort tid åt att avgöra om broschyren ska behållas eller inte (Ikävalko, 1995). Broschyrer är oftast för intresse enbart en kort period, eftersom de i regel enbart läses en gång (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1995).

### 5.1.1 Planeringen av broschyren

Brainstorming är grunden för planering av en broschyr. Genom brainstorming låter man idéer löpa fritt, och är därför en viktig fas vid produktutvecklingen. Då man planerar en ny produkt krävs flera idéer, vilket man lättast uppnår via brainstorming. Utgående från idéerna kan man påbörja planeringen av produkten (Ikävalko, 1995).

Planeringen av vår broschyr påbörjades genom brainstorming, utanför hemmiljön, där alla förslag på innehåll i broschyren skrevs upp på en whiteboard. Efterhand valde vi ut från våra idéer det innehåll som kändes mest relevant. Även layouten för broschyren, och vilka program som kändes mest användbart för ändamålet valdes ut efter effektiv brainstorming. Visionen för den slutgiltiga produkten föddes, och efter flera olika modeller på broschyrer var vi nöjda med slutresultatet.

Vi var överens om att hålla innehållet könsneutralt i mån av möjlighet. Termen “partner” ansåg respondenterna lämpligare än “stödperson”, och valde därför att använda “partner” i både utvecklingsarbetet och produkten. Användningen av könsneutrala termer är i dagens samhälle av stor vikt, med tanke på mångfalden av familjekonstellationer.

### **5.1.2 Utformandet av broschyren**

Grundstrukturen är det första man tar itu med då man påbörjar utformandet av en broschyr. Under utformandet kan man vartefter fundera på bilder, färger och andra dekorationer (Lyytikäinen & Riikonen, 1995). Microsoft PowerPoint har använts vid utformandet av broschyren.

Vår broschyr består av neutrala färger och en lättläst textfont för att ge broschyren ett mjukt och inbjudande utseende. På varje sida finns beskrivande illustrationer eller små ikoner för att höja läsarens intresse för broschyren. Texten i broschyren gjordes så lättläst och beskrivande som möjligt. Innehållet i detta arbete har komprimerats och de viktigaste bitarna har satts till i vår broschyr för att hålla mängden text i broschyren måttlig. Detta för att behålla läsarens intresse genom hela broschyren.

### **5.1.3 Innehållet i broschyren**

Utvecklingsarbetets innehåll grundar sig mycket på smärthanteringsmetoder där partnern aktivt kan delta. Respondenterna insåg efter brainstorming kring idéer för lämpligt innehåll i broschyren att vi ville ha med delar så som andningstekniker, massage, beröring samt vikten av närhet och trygghet. Innehållet ville respondenterna göra lättläsligt och lättförståeligt, så enbart de viktigaste och mest informativa delarna blev sammanställt i broschyren. Innehållet har delar både från examensarbetet och utvecklingsarbetet.

Broschyren inleds med en produktbeskrivning och en kortfattad beskrivning av syftet. I inledningen nämner vi att produkten är ett utvecklingsarbete baserat på examensarbetet

“Kvinnors upplevelser av icke-farmakologiska smärtlindring under förlossningen - En kvalitativ studie av bloggar” (Söderman & Stenlund, 2021).

Efter inledningen beskrivs hur det kan vara att vara partner under förlossningen. Där framkommer bland annat vilka känslor som kan uppstå under förlossningen och att alla reagerar på olika sätt och visar olika känslor i krävande situationer. I broschyren beskrivs också kort vad hormonet oxytocin gör i kroppen och vad som främjar och hämmar oxytocinfrigöring i kroppen.

Sedan beskrivs vikten av närhet och stöd under förlossningen. Här framkommer hur viktig trygghetskänslan är för föderskan, hur partnern kan fungera som stöttepelare, samt hur närhet främjar oxytocinutsöndringen. Andning och avslappning beskrivs som näst. Här betonas vikten av rätt andningsteknik och att partnern ska påminna föderskan om att andas och slappna av i kroppens muskler. Den lugna och ljudlösa andningen betonas flera gånger. Efter andningen och avslappningen beskrivs beröringen. Här framkommer olika massage- och beröringstekniker såsom långsamma smekningar och stadiga tryck. På följande sida finns två illustrationer av ryggsidan och axlarna av en människokropp med pilar som visar var på föderskans kropp som partnern kan applicera tryck med händerna. Vi har även inkluderat några avslutande ord före källhänvisningen. Här peppas partnern inför kommande förlossning och hela familjen önskas lycka till.

Källorna som har använts vid utformandet av broschyrinnehållet finns sammanställda på en egen sida i slutet av broschyren. I broschyren står även våra namn, utbildningsprogram, yrkeshögskolans namn samt årtal när broschyren färdigställts.

## **6 Kritisk granskning och diskussion**

Avsikten med detta utvecklingsarbete var att skapa en broschyr för hur partners kan få en meningsfull uppgift under förlossningen. Ämnet kändes naturligt för oss båda, eftersom vi under våra praktikperioder i förlossningssalar runt om i Finland observerat att partners kunde vara mera delaktiga och få meningsfulla uppgifter. Ämnet var dessutom en lämplig utveckling på vårt examensarbete, där vi undersökte hur kvinnor upplevt icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder.

Vi är medvetna om att vi ej når ut till alla partners, och att informationen kanske inte kommer till användning helt som vi har tänkt oss. Mycket av hur informationen tas emot beror på

mottagarens personlighet och hur mycket av informationen i broschyren hen vill använda. Det kräver alltså av mottagaren ett öppet sinne och villighet att vara mer delaktig i förlossningen, samt hur involverad föderskan vill att sin partner ska vara. Huruvida informationen når målgruppen hänger också på till vilken utsträckning mödrarådgivningarna kommer att dela broschyren med sina klienter.

I efterhand vore det önskvärt att också utveckla en liknande produkt för familjer med annat modersmål än svenska, men vi är öppna för att ytterligare utveckla produkten vi sammanställt, samt att andra skribenter får utveckla vår produkt vidare. Med ett bättre grafiskt design-verktyg kunde man ha designat broschyren på ett mer personligt sätt och gjort den mer intresseväckande.

### **Källförteckning**

Begley C. M., “Giving midwifery care: student midwives' views of their working role,” *Midwifery*, vol. 17, no. 1, pp. 24–34, 2001

Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., and Tunçalp, Ö (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2019:CD012449. doi: 10.1002/14651858.CD012449.pub2

Brown J. B., Beckhoff C., Bickford J., Stewart M., Freeman T. R., and Kasperski M. J., “Women and their partners' perceptions of the key roles of the labor and delivery nurse,” *Clinical Nursing Research*, vol. 18, no. 4, pp. 323–335, 2009

Bäckström C. and Hertfelt Wahn E., “Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child,” *Midwifery*, vol. 27, no. 1, pp. 67–73, 2011.

Care Quality Commission (2020). 2019 Survey of Women’s Experiences of Maternity Care: Statistical Release. Available online at: [https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20200128\\_mat19\\_statisticalrelease.pdf](https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20200128_mat19_statisticalrelease.pdf)

Cowan C. P. and Cowan P. A., *When Partners Become Parents. The Big life Change for Couples*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, USA, 2000.

Ellise D. Adams; Ann L. Bianchi (2008). A Practical Approach to Labor Support. , 37(1), 106–115. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00213.x

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1995. Design for health: Creating a brochure. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Heli S. (2019). Föda utan rädsla (Uppdaterad utgåva). Bonnier Fakta.

Heli, S., & Svensson, L. (2017). Trygg förlossning: En omvårdnadsmodell för minskad stress och rädsla (Första upplagan.). Gothia Fortbildning AB.

Hinton, L., Locock, L., and Knight, M. (2014). Partner experiences of “near-miss” events in pregnancy and childbirth in the UK: a qualitative study. PLoS One 9:e91735. doi: 10.1371/journal.pone.0091735

Hodnett E. D., “Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review,” American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 186, no. 5, pp. S160–S172, 2002.

Hodnett E. D., Downe S., Walsh D., and Weston J., “Alternative versus conventional institutional settings for birth,” Cochrane Database of Systematic Reviews, no. 9, Article ID CD000012, 2010

Hodnett E. D., Gates S., Hofmeyr G. J., Sakala C., and Weston J., “Continuous support for women during childbirth,” Cochrane Database of Systematic Reviews, no. 2, Article ID CD003766, 2011.

Ikävalko, E, 1995. Painotuotteen tekijän käsikirja. Helsinki: Tietopaketti.

Intryck reklam Ab, (u.å.), Skapa en snygg broschyr i InDesign eller Word. (Online) <https://www.intryck-reklam.se/skapa-en-snygg-broschyr-i-indesign-eller-word/> (Hämtat: 11.11.2022)

Langford C. P. H., Bowsher J., Maloney J. P., and Lillis P. P., “Social support: a conceptual analysis,” Journal of Advanced Nursing, vol. 25, no. 1, pp. 95–100, 1997.

Lengquist, M. m.fl. Läkartidningen 26-27/2016 Smärta vid vaginal förlossning (online). Hämtad 10.11.2022 från <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/medicinens-abc/2016/06/smartlindring-vid-vaginal-forlossning/>

Lindbom, T., 1999. *Skriv säljande: En bok om skriftlig kommunikation* (1. uppl.). Malmö: Liber ekonomi

Lundgren I., *Releasing and Relieving Encounters. Experiences of Pregnancy and Childbirth*, Faculty of medicine, Uppsala University, Uppsala, Sweden, 2002.

Lundgren I., Karlsdottir S. I., and Bondas T., “Long-term memories and experiences of childbirth in a nordic context—a secondary analysis,” *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, vol. 4, no. 2, pp. 115–128, 2009

Lyytikäinen, K. & Riikonen, H., 1995. *Painotuotteen suunnittelu*. Helsinki: Opetushallitus

Nilsson C., Bondas T., and Lundgren I., “Previous birth experience in women with intense fear of childbirth,” *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 39, no. 3, pp. 298–309, 2010

Paananen, U. K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Äimälä, A., Rusanen, S., & Laajasalo, S. (2015). *Kättilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika* (6. uud. p.). Edita.

Redshaw, M., and Henderson, J. (2013). Fathers’ engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 13:70. doi: 10.1186/1471-2393-13-70

Rosen P., “Supporting women in labor: analysis of different types of caregivers,” *Journal of Midwifery and Women's Health*, vol. 49, no. 1, pp. 24–31, 2004

Serçekuş P., & Başkale H. (2016) Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, 34, 166-172. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613815003228#!>

Thorstensson S., Ekström A., Lundgren I., Hertfelt Wahn E., "Exploring Professional Support Offered by Midwives during Labour: An Observation and Interview Study", *Nursing Research and Practice*, vol. 2012, Article ID 648405, 10 pages, 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/648405>

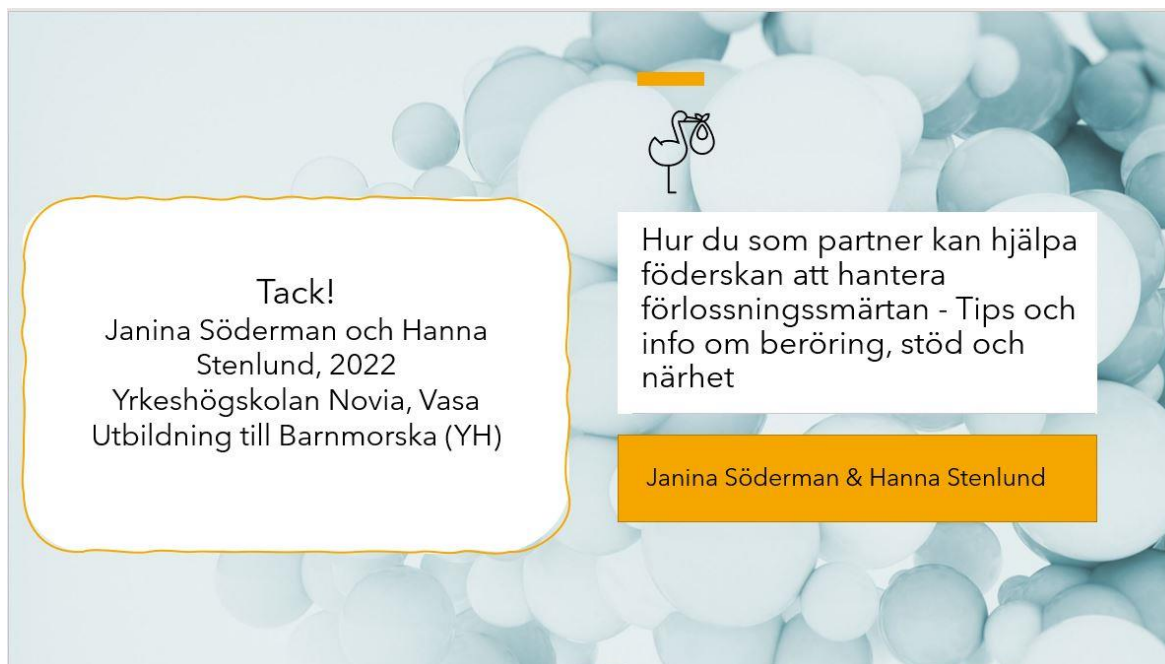
Uvnäs-Moberg K., Ekström-Bergström A., Berg M., Buckley S., Pajalic Z., Hadjigeorgiou E., Kotlowska A., Lengler L., Kielbratowska B., Leon-Larios F., Magistretti C.M., Downe S., Lindström B., & Dencker A. (2019) Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth – a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(285).  
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-019-2365-9>

Wiradharma, G. ., Arisanty, M. ., Anam, K. ., & Adamy, Z. . (2021). Characteristics of Creative and Interactive Digital Brochures Containing Local Wisdom as Service Innovations for Millennial Students. *I T A L I E N I S C H*, 11(2), 511–519. Retrieved from <http://www.italienisch.nl/index.php/VerlagSauerlander/article/view/145>

Österbottens välfärdsområde. (u.å). Förlossningssalen. Hämtad 11.11.2022 från <https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/halsa-och-medicinska-tjanster/sjukhustjanster/forlossning-och-gynekologi/forlossningssalen/>



## Bilaga 1 Digital broschyr



### Infledning

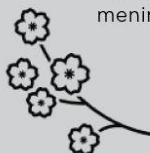


Denna broschyr är en produkt av ett utvecklingsarbete gjort av Janina Söderman och Hanna Stenlund. Utvecklingsarbetet baserar sig på examensarbetet "Kvinnors upplevelser av icke-farmakologisk smärtlindring under förlossningen - En kvalitativ studie av bloggar" (Söderman & Stenlund, 2021).

Syftet med broschyren är att du som partner ska få information om hur du kan stöda och vara aktiv i föderskans smärthantering. Vi vill med denna informationen hjälpa dig som partner att hitta en meningsfull uppgift under förlossningen.

## Att vara partner under förlossningen

- Att vara partner under förlossningen är för många en överväldigande upplevelse. Det uppstår många olika känslor även för partnern under förlossningen, såsom rädsla, oro, kärlek och glädje. Alla känslor är normala och alla människor reagerar olika i krävande situationer. Det kan vara svårt att hantera alla dessa känslor och på så vis är det lätt att man som partner håller sig undan och har svårt att hitta en meningsfull roll i förlossningssalen.
- Du som partner fungerar som en stöttepelare åt föderskan under förlossningen. Du ska hjälpa henne att känna trygghet och du ska guida henne genom de smärtsamma sammandragningarna. När barnmorskan lämnar rummet kan det kännas skrämmande att på egen hand stöda föderskan genom värkstormarna. Du ska inte vara rädd att fråga personalen om hjälp och råd i hur du stöder föderskan på bästa sätt. I denna broschyr hittar du exempel på hur du kan hjälpa föderskan att hantera smärtan under värkarna, samt hur ni båda kan få en så stärkande förlossningsupplevelse som möjligt.



## Hormonet oxytocin



- Oxytocin är ett viktigt hormon i kroppen. Oxytocinet skickas ut i kroppen från hypofysen, som tillhör hjärnan.
- Under förlossningen gör oxytocinet bland annat att livmodern drar sig samman. Kraftfulla sammandragningar behövs för att babyen ska kunna födas. Oxytocinet påverkar också vår sinnesstämning. När vi har mycket oxytocin i kroppen mår vi bra, känner oss lugna och kärleksfulla.
- Om föderskan känner sig rädd, stressad och ensam under förlossningen minskar oxytocinet och istället cirkulerar stresshormoner, såsom adrenalin, i kroppen. Detta gör att sammandragningarna inte blir lika effektiva och förlossningen kan ta lite längre.



## Närhet och stöd



Oxytocin frigörs effektivt i kroppen när vi känner oss trygga och lugna. Under förlossningen känner föderskan snabbt rädsla och otrygghet inför smärtan, det kan vara svårt för henne att komma bort från rädslan och känna sig trygg igen, vilket kan leda till panik och ångest.

Din uppgift som partner är att påminna henne om andningen och att genom närhet och beröring påminna henne om att hon är på en säker plats och har dig som stöttelelare.



Som partner till föderskan är det viktigt att finnas nära, lyssna på henne och visa att man finns till för henne. Närhet betyder olika för alla. Vissa föderskor vill ha mycket beröring, kramar, pussar, styrkande ord, medan andra vill att partnern endast är närvarande i rummet.

Hur mycket närhet en föderska vill ha kan också variera under förlossningens gång. Det är därför mycket viktigt att ni kommunicerar både före och under förlossningen om detta så att ni kan samarbeta bättre under förlossningen.

## Andning



- Vår andning är starkt kopplad till våra känslor. När vi är rädda och stressade andas vi naturligt snabbare och ytligare. Denna snabba och ytliga andning kallas hyperventilation. Hyperventileringen ökar känslan av stress, ångest och rädsla, vilket gör att föderskan lätt hamnar i en ond cirkel med hyperventilering och rädsla. En effektiv andning är långsam, lugn och ljudlös. En lugn andning försäkrar också att barnet får tillräckligt med syre.
- Du som partner kan vara uppmärksam på föderskas andning. Hör du att hennes andning är mycket ljudlig och ser att hon andas snabbt kan du påminna henne om att hon ska andas mjukare, långsammare och ljudlöst. När hon andas långsamt och tyst minskar rädslan och ångesten samtidigt som hon andas in syre och ut koldioxid mer effektivt.

## Avslappning

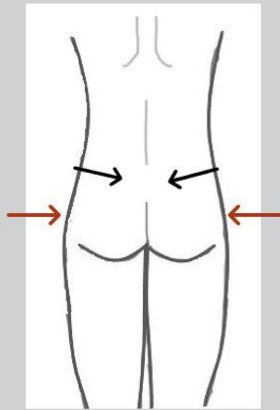


- När man hyperventilerar spänner man samtidigt kroppens muskler. Detta gör man som en omedveten reaktion på snabb andning. För att föderskan ska kunna känna sig avslappnad och trygg behövs avslappnade muskler och lugn andning. Ett bra sätt att få musklerna i kroppen att slappna av är att dra en djup suck.
- Du som partner kan gärna påminna föderskan om att dra en djup suck efter varje sammandragning och då du märker att hon spänner sig under förlossningens gång.
- Du kan lägga dina händer på föderskans axlar och trycka neråt. Alternativt kan du föra långsamt neråt från axlarna ner mot föderskans händer, med långsamma smekningar. När man spänner sig drar man upp axlarna mot öronen, ett stadigt tryck på axlarna påminner föderskan om att sänka axlarna och slappna av.
- Lugn musik skapar en avslappnande atmosfär i förlossningsrummet och kan hjälpa er båda att känna er mer lugna och mindre stressade.

## Beröring

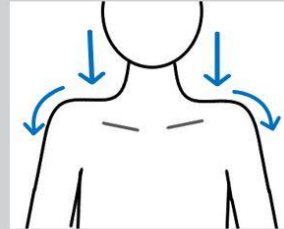


- Beröring, massage och kramar är effektiva sätt att få föderskan att slappna av. Var inte blyga med att visa kärlek till varandra under förlossningen eftersom detta får föderskan att slappna av och samtidigt frigörs hormonet oxytocin som hjälper livmodern att sammandras.
- När du rör föderskan ska du använda stadiga grepp, hårt och fast tryck, och mycket långsamma smekningar.
- Axlarna blir lätt spända när man är rädd och har ont. Du kan lägga dina händer på föderskans axlar och tryck neråt med stadigt tryck. Du kan även föra händerna långsamt neråt längs armarna och ryggen. Du kan upprepa detta flera gånger, tryck på axlarna och långsamma smekningar neråt.
- Ibland kan smärtan av sammandragningarna stråla ut mot nedre delen av ryggen. Du kan då trycka med tummarna eller handflatorna på var sida om ryggraden, strax ovanför skinkorna. Du kan antingen hålla tummarna/händerna stilla eller röra dem i små cirklar samtidigt som du trycker. Tryck ordentligt hårt och fråga föderskan hur det känns.
- Tryck mot höften kan också kännas bra och hjälpa föderskan att hantera smärtan. Placera händerna på det mjuka området ovanför där lårbenet slutar och nedanför höftbenets övre kant. Tryck på var sida om föderskans höft om hon är stående. Om hon ligger på sida kan du trycka med båda händerna på den sida av höften som är uppåt. Tryck ordentligt neråt. Ibland kan det kännas skönt om man trycker neråt och samtidigt trycker höften bakåt mot baken.
- På nästa sida illustreras var du kan trycka på föderskan.



Bilderna till vänster och nedan har skribenterna till broschyren illustrerat och den föreställer baksidan och överkroppen av en människa.

- De **svarta** pilarna visar var på ländryggen du kan trycka med tummarna eller med handflatorna.
- De **röda** pilarna visar var du kan trycka på höften.
- De **blåa** pilarna visar var du trycker med dina händer och för neråt längs överarmarna



## Avslutande ord



Som blivande barnmorskor vill vi som gjort denna broschyr säga att du har en stor betydelse och en viktig roll i förlossningssalen.

Du känner föderskan och hon känner dig bäst av alla i rummet, och känner trygghet i din närvaro.

Vi hoppas att du med hjälp av informationen i denna broschyr vågar vara ett stöd åt föderskan under förlossningen.

Kom ihåg - man får alltid be om hjälp.

Vi önskar er blivande föräldrar ett stort lycka till!



## Källor

- C. Bäckström and E. Hertfelt Wahn, "Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child," *Midwifery*, vol. 27, no. 1, pp. 67-73, 2011.
- Ellise D. Adams; Ann L. Bianchi (2008). *A Practical Approach to Labor Support*. , 37(1), 106-115. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00213.x
- Heli S. (2019). *Föda utan rädsla (Uppdaterad utgåva)*. Bonnier Fakta.
- Heli, S., & Svensson, L. (2017). *Trygg förlossning: En omvårdnadsmodell för minskad stress och rädsla* (Första upplagan.). Gothia Fortbildning AB.
- Paananen, U. K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Äimälä, A., Rusanen, S., & Laajasalo, S. (2015). *Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika* (6. uud. p.). Edita.