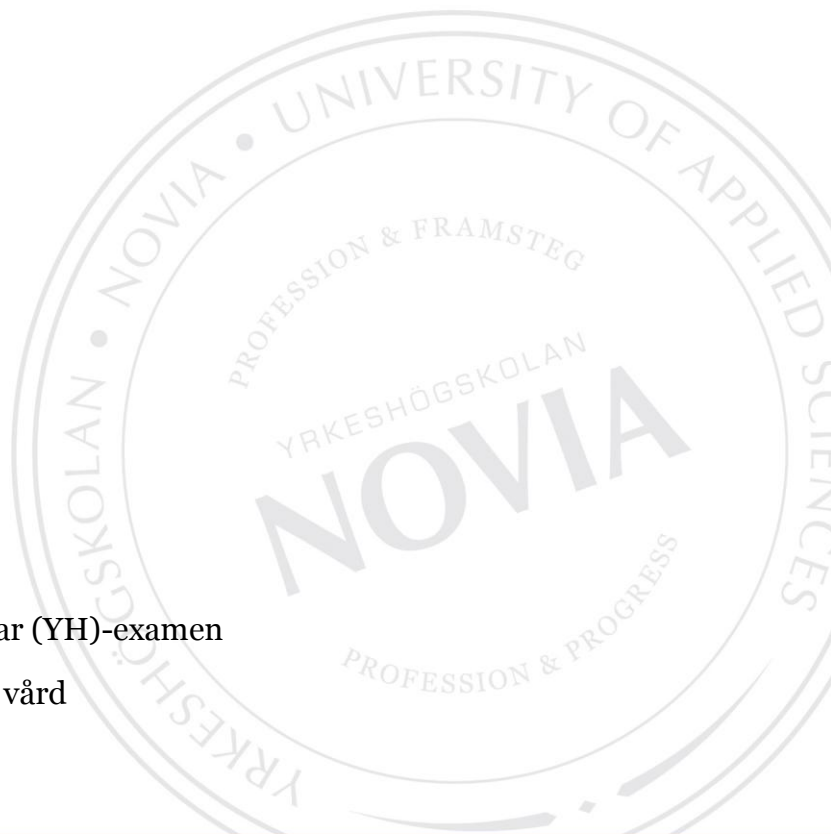


Att förstå förlossningssmärtan och hantera den med hjälp av andning och massage

Examensarbete

Christina Peltonen

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen
Utbildningsprogrammet för vård
Åbo 2010



EXAMENSARBETE

Författare: Peltonen, Christina

Utbildningsprogram och ort: Vård, Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Sjukskötare

Handledare: Alm, Christine och Lemmetyinen, Gunlög

Titel: Att förstå förlossningssmärtan och hantera den med hjälp av andning och massage

Datum: Oktober 2010

Sidantal: 42

Bilagor: 1

Sammanfattning

Detta examensarbete är ett beställningsarbete och uppdragsgivaren är Pargas mödra- och barnrådgivning i Väståboland. Arbetet ingår i projektet *Rådgivningsverksamhet i utveckling* vars första fas pågår under åren 2008 - 2010. Detta examensarbete är en litteraturstudie. Ämnet förlossningssmärta samt andning och massage valde jag eftersom det kommit fram i en tidigare undersökning att familjerna inom Pargas mödrarådgivning önskat mer information om dessa under familjeförberedelsekurserna. Arbetet behandlar även andra icke-medicinska smärtlindringsmetoder.

Syftet med detta examensarbete är att ge mera innehåll till föräldraförberedelsekurserna inom Pargas mödrarådgivning och således fungera som ett underlag både för hälsovårdarna och för den väntande familjen. I examensarbetet ingår en produkt som är en prototyp av en broschyr till den väntande familjen som handlar om förlossningssmärta och hur hantera den med hjälp av andning och massage. Även produkten skall fungera som ett stöd både för hälsovårdarna så de har något konkret att ge den väntande familjen, och den väntande familjen så de har information om vad förlossningssmärta är, och hur de tillsammans kan lindra smärtan med hjälp av kunskap, andning och massage.

Språk: Svenska

Nyckelord: smärta, förlossning, förlossningssmärta, smärtlindring, andning, massage

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt antingen i webbiblioteket Theseus.fi eller i biblioteket.

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Peltonen, Christina

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoitotyö, Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Sairaanhoidaja

Ohjaajat: Alm, Christine ja Lemmetyinen, Gunlög

Nimike: Synnytyskipun ymmärtäminen ja sen hallitseminen hengittelyn ja hieronnan avulla

Päivämäärä: Lokakuu 2010

Sivumäärä: 42

Liitteet: 1

Tiivistelmä

Tämä opinnäytetyö on tilaustyö jonka toimeksiantajana toimii Paraisten äitiys- ja lastenneuvola Länsi-Turunmaalla. Työ on osa projektia nimeltään *Kehittyvä Neuvolatoiminta*, jonka ensimmäinen vaihe on käynnissä vuosina 2008 - 2010. Tämä opinnäytetyö on kirjallisuustutkielma. Aiheeksi on valittu synnytyskipu sekä hengittely ja hieronta erään aikaisemman tutkimuksen perusteella, jossa kävi ilmi, että Paraisten äitiysneuvolassa käyvät perheet kaipaavat perhevalmennuskursseille lisätietoa näistä aiheista. Työssä mainitaan myös muutamia vaihtoehtoisia lääkkeettömiä synnytyskipunlievityskäytäntöjä.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on antaa lisää sisältöä Paraisten äitiysneuvolan perhevalmennuskursseihin ja sillä tavalla toimia alustana sekä terveydenhoitajille että odottavalle perheelle. Opinnäytetyöhön kuuluu myös tuote, joka on odottavalle perheelle tarkoitettu pieni esite, jossa käsitellään synnytyskipua ja sen hallintaa hengittelyn ja hieronnan avulla. Tuote, joka on prototyyppi, toivotaan toimivan konkreettisenä tukena sekä terveydenhoitajalle että odottavalle perheelle. Sen toivotaan myös antavan tietoa siitä, mitä synnytyskipu on ja miten odottava perhe voi lievittää kipua tiedon avulla, hengittelyllä ja hieronnalla.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: kipu, synnytys, synnytyskipu, kivunlievitys, hengittely, hieronta

Arkistoidaan: Opinnäytetyö on saatavilla joko ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa Theseus.fi tai kirjastossa.

BACHELOR'S THESIS

Author: Peltonen, Christina

Degree Programme in Health Care

Specialization: Bachelor of Health Care, Nursing

Supervisors: Alm, Christine and Lemmetyinen, Gunlög

Title: To understand delivery pain and to handle it with the help of breathing and massage

Date: October 2010

Number of pages: 42

Appendices: 1

Summary

This bachelor's thesis is written by the order of the maternal health centre of Parainen in the city of Länsi-Turunmaa. The thesis is part of the programme *Maternal health care in developing*, which first phase takes place during the years 2008 – 2010. This thesis is a literature study. I chose the subject delivery pain and breathing and massage because a previous study indicated that the families visiting the maternal health care centre in Parainen wished more information about these subjects during the family preparation courses. I have also mentioned a few other non-medical pain alleviation methods in this thesis.

The aim with this thesis is to give more content to the family preparation courses in the maternal health care centre of Parainen, and in that way function as a foundation both for the health care professionals and for the expecting family. Part of this thesis is a product, which is a prototype of a brochure, to the expecting family containing information about delivery pain and how to manage it with the help of breathing and massage. The product is also supposed to function as a support to both the health care professionals so they have something concrete to give the expecting family, and to the expecting family so they have information about what delivery pain is and how they together can alleviate the pain with the help of knowledge, breathing and massage.

Language: Swedish

Key words: pain, child delivery, delivery pain, pain alleviation, breathing, massage

Filed at: The examination work is available either at the electronic library Theseus.fi or in the library.

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Fenomenet smärta.....	3
3 Förlossningen och förlossningssmärtan	5
3.1 Normal förlossning	5
3.2 Förlossningssmärta	7
3.2.1 Orsaker till förlossningssmärta	8
3.2.2 Orsaker till upplevelsen av förlossningssmärta	10
3.2.3 Syftet med förlossningssmärtan.....	13
3.2.4 Kvinnans egna resurser vid hanteringen av förlossningssmärta.....	15
4 Icke-medicinska smärtlindringsmetoder vid förlossning	19
4.1 Andning och avslappning	19
4.2 Massage	22
4.3 Kort om andra icke-medicinska smärtlindringsmetoder vid förlossning	27
4.4.1 Mental träning	27
4.4.2 Yoga	28
4.4.3 TENS	29
4.4.4 Värme och kyla.....	29
4.4.5 Dusch och bad	30
4.4.6 Mat och dryck.....	30
4.4.7 Motion	31
4.4.8 Akupunktur och akupressur.....	31
4.4.9 Aquakvaddlar	32
5 Produkt	33
5.1 Produktutveckling.....	33
5.2 Produktens innehåll	34
5.3 Utvärdering av produkten.....	35
6 Processbeskrivning	36
6.1 Arbetsprocessen.....	36
6.2 Datainsamling.....	36
7 Kritisk granskning och diskussion.....	38
Källförteckning.....	41

Bilagor:

Prototyp av broschyr om förlossningssmärta

Bilaga1

1 Inledning

Detta examensarbete är ett beställningsarbete och uppdragsgivaren är Pargas mödra- och barnrådgivning i Väståboland. Examensarbetet ingår i ett projekt vid namn *Rådgivningsverksamhet i utveckling* vars första fas pågår under åren 2008 - 2010. I en tidigare undersökning gjord inom samma projekt vid namn *Pargas mödrarådgivning i utveckling* från år 2009 av Yrkeshögskolan Novias vårdstuderande Ingves och Stenmark, kom det fram att klienterna på mödrarådgivningen i Pargas var missnöjda angående familjeförberedelsekursen och önskade mer information om förlossningssmärta och icke-medicinska smärtlindringsmetoder vid förlossning, speciellt massage och andning (Ingves, Stenmark, 2009).

I detta arbete tänker jag beskriva smärta och koppla det till förlossningen. Jag kommer att gå igenom och beskriva en normal förlossning eftersom kunskap om hur en förlossning går till gör det enklare att förstå varifrån smärtorna kommer. Jag kommer till en stor del fokusera på smärta och smärtans olika uppfattningar och uttryck. Fokus kommer även läggas på faktorer som påverkar smärtuppfattningen eftersom det är mycket centralt och en betydande del inom smärtupplevelsen. Som smärthanteringsmetoder under förlossning fokuserar jag på andning och massage såsom önskades av kunderna i Pargas mödrarådgivning. I detta examensarbete beskriver jag också några andra vanliga icke-medicinska smärtlindringsmetoder som används idag eftersom det är viktigt som hälsovårdare att kunna handleda om alternativa smärtlindringsmetoder. En stor del av det material jag använt mig av i mitt examensarbete är nya forskningar, som önskades av hälsovårdarna på Pargas mödrarådgivning. Problemformulering med detta arbete är således att informationen om förlossningssmärta samt icke-medicinsk smärtlindring vid förlossning under föräldraförberedelsekurserna är bristfällig och det behövs mer information om detta ämne. På basis av den teoretiska delen av mitt examensarbete har jag även producerat en prototyp av en broschyr, som handlar om ämnet i fråga och denna produkt kan fungera som ett stöd till hälsovårdarna och till den väntande familjen under familjeförberedelsekurserna.

Syftet med examensarbetet i fråga är att bidra med uppdaterad kunskap om ämnet i fråga till föräldraförberedelsekurserna inom Pargas mödrarådgivning om hur man förstår och hanterar förlossningssmärtan genom kunskap, andning och massage samt även få idéer om

annan icke-medicinsk smärtlindring vid förlossning och således få mödrarna att förstå sin smärta och på så sätt kunna hantera den.

Mina frågeställningar är baserade på Ingves och Stenmarks undersökning angående önskan om mer information om smärtlindring vid förlossning och lyder: Vilka faktorer påverkar smärtuppfattningen och hanteringen av förlossningssmärta och samt hur kan den förlösande kvinnan hantera förlossningssmärta med hjälp av massage och/eller andning eller andra icke-medicinska smärtlindringsmetoder?

2 Fenomenet smärta

Smärta är en allomfattande känsla som kan omfatta en mycket bred mångfald av intensitet från lindriga känningar till outhärdliga plågor. Ofta förknippas smärta med någonting fysiskt såsom sjukdom eller vävnadsskada, men smärtan innehåller så mycket mer.

Hawthorn och Redmond (2007, 21) citerar i sin bok Rene Lechter som för sextio år sedan definierade smärta som ”resultatet av konflikten mellan ett stimuli och individen som helhet”. Denna definition tyder på att smärta kan beskrivas som ett fenomen där fysiska, psykologiska, sociala, kulturella och andliga faktorer nyanseras, det är inte bara en kroppslig upplevelse. Vainio (2009, 20) skriver om smärtans ord och hur olika kulturer har olika ord för smärta, t.ex. engelskan har fyra ord för smärta, japanskan har ett medan thai har tolv. Tyskans ord ”Schmerz” har sina rötter i indoogermanskaordet ”smerd” som betyder sönderriven medan engelskans ord ”pain” kommer från latinets ”poena” som betyder straff. Melzack och Torengson samlade ihop de 102 vanligaste orden vid smärtbeskrivning och bad testpersoner att rangordna dem. Så uppstod McGill Pain Questionnaire som har tre huvudgrupper: sensoriska (varseblivande), affektiva (känslomässiga) och evaluativa (bedömande) samt flera undergrupper. McGill Pain Questionnaire har översatts till många språk och p.g.a. kulturdifferenserna har många undergrupper måsta ändrats.

Vainio (2009, 21) spekulerar vidare om hur ärliga smärtuttrycken är, är de i förhållande med själva smärtekänslan? Skribenten hänvisar till psykologen Amanda Williams som menar att uttryckande av smärta har som uppgift att väcka medmänniskornas uppmärksamhet och således få hjälp, som endera behövs i syftet att fly undan fara eller för att tillfriskna och återhämta sig. Kommunikationen bör vara effektiv och omedelbar. Uttryckandet av smärta är en helhet till vilket hör miner, läten och verbala uttryck av smärtan samt kroppens ställningar och rörelser. Ansiktsminerna skapade av smärta är specifika och andra personer kan lätt känna igen dem. Viljemässig kontroll av miner vid smärta är ofullständigt och svårt; smärtan skiner igenom. Vissa människor känner igen dold och undanhållen smärta, men att låtsas och simulera smärta trovärdigt är svårt.

Smärta kan innebära något psykiskt, andligt och annat emotionellt förknippat. Alla dessa aspekter behöver uppmärksammas i behandlingen av smärta så att smärtan kan behandlas framgångsrikt. Smärta är en subjektiv upplevelse och ytterst individuell för den enskilde individen. De olika upplevelsorna av smärtan varierar från människa till människa

oberoende om den bakomliggande faktorn är densamma. Flera personer kan lida av samma sjukdom eller skada och ändå ha olika smärtförmåelser och olika upplevelser. Den bakomliggande orsaken till smärtan berättar inte hur den enskilde individen kommer att uppleva smärtan. Alla personer har sitt eget sätt att tolerera och hantera smärtan, således kommer personer att reagera olika på den smärtbehandling de får. Smärtans emotionella dimension varierar från person till person. En övergripande orsak är sjukdomens art och grad, den bakomliggande orsaken till smärtan samt ifall smärtan har en identifierbar orsak. Hur kan man då uttrycka smärta och bli förstådd? The International Association for the Study of Pain (IASP, u.å.) yttrar följande i sin definition från år 1979 ”*Smärta är en subjektiv upplevelse. Den enskilda individen lär sig att använda begreppet genom erfarenheter av skada tidigt i livet.*” Smärta är alltså ett universellt fenomen som individen förmedlar med hjälp av erfarenheter och upplevelser denne haft under sitt liv. (Hawthorn & Redmond, 2007, 11 – 12).

Smärtan individuell och unik för varje individ, olika personer som känner samma smärtsstimuli upplever smärtan olika. På samma sätt kan en och samma person uppleva samma stimuli på olika sätt beroende på tillfälle. Dessa fenomen ligger grund till begreppet smärtröskel som beskriver på vilken nivå smärtestimulit upplevs som smärtsamt. Dessa trösklar varierar mycket, även hos en och samma person. Med smärtröskeln förknippas ofta även smärttoleransen. Smärttoleransen skiljer sig från smärtröskeln i och med att här vet individen om smärtan och är beredd att uthärda den utan att klaga eller be om smärtlindring. Till exempel kan en födande kvinna tacka nej till smärtlindring i hänsyn till sitt barn eller ifall hon vill uppleva en naturlig förlossning. Samma kvinna kan dock vid första förmåelse av en lindrigare smärta t.ex. huvudvärk genast förlita sig i smärtlindrande medicin. Både smärtröskeln och – toleransen påverkas starkt av omständigheterna och personligheten hos individen. Andra faktorer kan vara kön, känslan av kontroll, känslomässig status och religiös tro. Även uppfostran och kulturell bakgrund inverkar på upplevelsen av smärta. I kulturer där offentliga smärtuttryck inte accepteras stöter man oftare på människor som lider i tysthet med sin smärta och inte ber om hjälp, i länder med mer öppen och känslofylld kultur är det således vice versa, människor vågar uttrycka sina känslor och smärtuttryck. (Hawthorn & Redmond, 2007, 15 – 16).

3 Förlossningen och förlossningssmärtan

I detta kapitel kommer jag kort gå igenom hur en normal förlossning ter sig och sedan fokusera på förlossningssmärtan och gå igenom olika forskningsresultat angående smärtans karaktär och upplevelse.

3.1 Normal förlossning

Enligt Sariola och Haukkamaa (2004b, 325-326) är det en fråga om förlossning när graviditeten räckt minst 22 veckor eller när fostret väger minst 500 gram. En normal fullgången förlossning är det fråga om när förlossningen sker under graviditetsveckorna 37 – 42 och kan börja med kontraktioner eller genom att fostervattnet går före livmodern börjar få sammandragningar. Livmodern har sammandragningar så gott som under hela graviditeten men i början är de så svaga och oregelbundna att de flesta kvinnor inte märker dem. Under de sista veckorna av graviditeten blir livmodermuskeln mer känslig för sammandragningar och sammandragningarna kan komma i serier av några sammandragningar. Det finns kvinnor som inte känner av sammandragningar överhuvudtaget. De egentliga förlossningssammandragningarna är regelbundna och kommer i början med minst 10 minuters mellanrum, senare med bara någon minuts mellanrum. Sammandragningarna räcker runt 45 – 60 sekunder och mödrarna upplever dessa som mer eller mindre smärtsamma. Före förlossningen mognar också livmoderhalsen, den förkortas eller försvinner helt före den egentliga förlossningen sätter igång. För förstföderskor försvinner livmoderhalsen först och sedan öppnar sig livmodermunnen men hos kvinnor som redan fött barn kan livmoderhalsen vara kvar fastän de dilaterat. När livmoderhalsen mognar kan det tillhöra flytningar av blodblandat slem som också kallas att slemproppen lossnat. Slem pressas ut ur livmoderhalsens körtlar i och med att den mognar. (Sariola & Haukkamaa, 2004b, 325 – 326).

Sariola och Haukkamaa (2004b, 327) förklarar även att förlossningen också kan börja med att fosterhinnan spricker dvs. att fostervattnet går utan tidigare sammandragningar. Detta sker i 6 – 19 % av fallen. Normalt så börjar sammandragningarna i denna situation några timmar efter att fostervattnet gått. Efter att fosterhinnan spruckit föder 69 % av kvinnorna barnet inom 24 timmar. Ifall sammandragningarna inte börjar spontant och det är fråga om en fullgången graviditet bör förlossningen sättas igång. När hinnorna spruckit är livmoderinfektion en risk, eftersom det finns en rak förbindelse mellan

livmoderöppningen och slidan, således övervakas moderns temperatur, leukocyter och CRP-värden efter att fostervattnet gått. Också fostrets välbefinnande försäkras. (Sariola & Haukkamaa, 2004b, 326-327).

Förlossningen indelas i tre faser: öppningsfasen, utdrivningsfasen och efterbördsfasen. Öppningsfasen anses börja när livmodern sammandras med 10 minuters mellanrum och livmodermunnen börjar öppna sig. Hos förstföderskor kan det uppkomma en så kallad latent fas då det förekommer smärtsamma sammandragningar när livmoderhalsen fortfarande är delvis kvar och livmodermunnen bara öppnat sig för ett finger, ca 1 cm. Övergången från latensfas till aktiv fas innebär att två av följande kriterier uppfylls: regelbundna, smärtsamma sammandragningar (3-4/10 minuter), vattenavgång och/eller dilatation av modernmun (3-4 cm). Öppningsfasen slutar då livmodermunnen dilaterat 10 cm, då är den fullständigt öppnad. För en förstföderska räcker öppningsfasen i medeltal 10 timmar (med en öppningsfart på ungefär 1 cm/h) och för kvinnor som fött förut ca 6 timmar. Under öppningsfasen observeras kvinnan och fostret noggrant och kvinnans smärta tas i beaktande. (Tiitinen, 2009b, 1 – 2)

Utdrivningsfasen börjar när livmodermunnen är 10 cm öppen och fostrets huvud sjunkit till höftbottnet. När fostrets huvud trycker på föderskans tjocktarm under sammandragningarna känner föderskan ett starkt behov av att krysta. Behovet styr föderskan att krysta i rätt riktning och i rätt tid. Den assisterande vårdpersonalen (barnmorskan) ser till att barnets huvud inte föds för snabbt utan vartefter eftersom då har vävnaden tid att expandera sakta och risken för revor minskar. Ibland måste man vid utdrivningsfasens slutskede göra en så kallad episiotomi var man skär ett litet snitt i perineum (mellangården) så att barnet skall rymmas ut. Snittet görs under lokalbedövning. Utdrivningsfasen kan räckta från några minuter till ett par timmar. Utdrivningsfasen är över när barnet är fött. (Tiitinen, 2009b, 2).

Efterbördsfasen sätter igång när barnet är fött. Efter födseln sammandras livmodern kraftigt och på det viset lossnar placentan. Efterbörden dvs. fosterhinnorna och placentan avlägsnas från livmodern genom att läkaren eller barnmorskan trycker på magen och drar lätt i navelsträngen. I efterbördsfasen utsöndras det vanligen ca 500 ml blodig flytning från livmodern, och en föderska tål bra en flytning på runt en liter utan blodtransfusioner. En del av blödningen kan komma från den eventuella episiotomin som sys med lokalbedövning efter att placentan kommit ut. (Tiitinen, 2009b, 2 – 3).

3.2 Förlossningssmärta

Här förklaras vad förlossningssmärtan beror på, både psykiskt och fysiskt, och vad som kan bidra till uppfattningen av smärtan. Här klargörs också moderns egna resurser och meningen med förlossningssmärtan.

Nästan alla föderskor upplever förlossningen som smärtsam. Cirka 20 % har upplevt outhärdlig smärta medan hälften upplever extrem smärta. Moderns upplevda smärta är alltid värre än vad vårdpersonalen uppskattar den att vara, därför finns det en risk att vårdpersonalen underskattar eller förringar moderns smärta. Det är bra att veta att rädsla och känsla av osäkerhet förvärrar smärtupplevelsen, därför är informationen som delges på föräldraförberedelsekurser och förlossningsförberedelsekurser vital för kommande förlossning och smärtupplevelsen. Om föderskan är rädd och smärtar andas hon rapsodiskt, håller andan eller hyperventilerar samtidigt som hon spänner musklerna i onödan. Detta leder till endera acidosis (blodets pH-värde sjunker; syraförgiftning, (Lewis mfl., 2000, 350)) eller alkalos (blodets pH-värde stiger, (Lewis mfl., 2000, 350)) och försämrar även placentans blodcirkulation och fostrets välmående. Förstfödernas förlossningar är oftast längre och mer smärtsamma än pånyttfödernas. Smärtlindring behövs främst under öppningsskedet. (Sariola & Haukkamaa, 2004a, 332).

Många av de processer som ingår i barnafödelse medför smärta. Dock påvisar forskning att moderns smärtröskel höjs under de sista 16 dagarna före förlossningen. Smärtröskeln höjs ytterligare under de sista nio dagarna innan förlossningen. En studie på djur påvisar också att smärtröskeln höjs under de sista två dagarna innan förlossningen genom att frisättningen av endorfiner ökar. Således kan det konstateras att kvinnans kropp förbereds för förlossningen genom neurokemiska förändringar. Kurser i förlossningsprofylax (andning och avslappning) kan lindra smärta. (Hawthorn & Redmond, 2007, 140).

"Genom smärta skall ditt barn födas..." skriver Sarvela (2009, 295). Den hårda smärtan som tillhör förlossningen är svår att förstå eftersom det handlar om en naturlig händelse som oftast resulterar i något älskvärt och underbart för modern. Smärtan i början av förlossningen varnar om en kommande företeelse, den fortsatta smärtan kan i sin tur vara farlig för mode modern och fostret. Den bibliska uppfattningen om smärtans tillhörighet till förlossningen har satt en stark prägel på uppfattningen av förlossningssmärtan ända tills

de senaste årtiondena. Förlossningssmärta ses även som en produkt av den västerländska kulturen. Det antas att naturbefolkningarnas kvinnor föder smärtfritt och således har det hos oss också blivit populärt med en naturlig förlossning, dock finns det inga bevis på att primitiva kulturer inte upplever förlossningssmärta. England var under 1800-talet först med att pröva på smärtlindring under förlossningen med hjälp av kloroform, vilket fick kvinnor överallt att överväga smärtlindring. (Sarvela, 2009, 295).

Heinze & Sleight (2003, 323 – 333) har i sin studie forskat i skillnaderna mellan kvinnor som föder med och utan epiduralbedövning. De märkte att kvinnor som valde epidural hade högre förlossningsrädsla, lägre förlitande på sig själva och lägre intresse att påverka själva medan de kvinnor som födde utan epidural var mindre rädda för förlossningen, högt förlitande på sig själva och en vilja att själva aktivt delta i förlossningsprocessen. Resultaten visar att olikheter i tron om förlossning är relaterade till val av smärtlindring. En viktig faktor som påverkar moderns val under förlossningen är moderns önskade kontroll över förlossningsupplevelsen, ett viktigt beslut för modern är att förlösa med eller utan epidural. Många studier har påvisat att mödrar som föder med epidural löper större risk att genomgå instrumentförlossning (tång, sugkopp, kejsarsnitt). Forskning tyder också på att babys Apgar-poäng är lägre hos mödrar som förlöst med epidural. En kvinnas preferenser och övertygelser är starka influenser i hennes val av smärtlindring. Forskarnas resultat tyder på att kvinnor som väljer att föda utan epidural är mer nöjda med sitt beslut. Det är viktigt att kvinnor undervisas om deras valmöjligheter så att de kan själva bestämma vilket alternativ som passar dem bäst.

Bailham m.fl. (2004, 157 – 165) undersökte i sin studie uppfattningen av förlossningssmärta. Tidigare forskning har spekulerat ifall vissa typer av förlossning är mer benägna att senare resultera i psykiska problem. Forskarna poängterar att speciellt kvinnors uppfattning av personlig kontroll under förlossningen har påvisats vara en viktig förmedlande faktor i utvecklingen av psykiska problem.

3.2.1 Orsaker till förlossningssmärta

Tiitinen (2009a, 1 – 2) beskriver att till en normal förlossning hör många förändringar. Livmoderns tyngd ökar under graviditeten från under 100 gram till 1000 – 2000 gram. Livmoderns, slidans och de yttre förlossningsvägarnas blodmängd ökar (hyperemi). När modern ligger på rygg trycker den stora livmodern på den nedre hålvenen (vena cava

inferior) och då försämras den venösa blodtillförseln till hjärtat och modern kan uppleva svaghet och illamående (Supine hypotensive syndrome). Av denna orsak rekommenderas att mödrar i slutet av graviditeten ligger på sida istället för på rygg. Eftersom vätskemängden i kroppen ökar under graviditeten späds blodet i modern ut och det resulterar i sänkt hemoglobinhalt under graviditetsveckorna 20. – 30. Oftast är blodtrycket lägre och pulsen högre än normalt. Vid slutet av graviditeten kan också fostrets bjudande del trycka på urinblåsan som kan orsaka inkontinens.

Förlossningssmärtan meddelar om förlossningens början och om de olika faserna. Nästan alla föderskor (95 %) upplever förlossningen som smärtsam. I öppningsskedet pressas fostrets bjudande del mot livmodermunnens kanter och livmoderns nedre del som åstadkommer smärta. Förlossningssammandragningarna trycker fostret neråt i förlossningskanalen och således tänjer bäckenets vävnader och vissa föderskor känner smärta speciellt i korsryggen. Öppningsfasens smärta leds genom nerver till ryggmärgens kotor Th (thorakalkota) 11 – L (lumbalkota) 1. I utdrivningsfasen utsätts perineum, muskulaturen, urinblåsan och – röret samt tjocktarmen för tryck som orsakar vasst och noga lokaliserad smärta. I efterbördsfasen kan ömma efterkontraktioner orsaka smärta dock lindrigare smärta än i öppningsfasen. Varje föderska upplever förlossningen mycket individuellt. Vid smärtlindringen vid förlossningen bör föderskans information vara som utgångspunkt. Förlossningssmärtan lindras både medicinskt och icke-medicinskt. (Pulli, 2008, 1).

Fysiologiskt sett finns det två typer av smärta. Den första typen av smärta kallas nociceptiv smärta eller fysiologisk smärta. Namnet nociceptiv kommer från latinets *nocere*, som betyder ”att skada”. Denna smärta uppkommer då specialiserade smärtreceptioner stimuleras vid invasiva eller presumtvt skadliga stimuli (nålstickssmärta). Den andra smärtyper är vid namn patologisk smärta. Denna smärta uppkommer till följd av sjukdom eller trauma där svaga eller vanligtvis ofarliga stimuli orsakar smärta. Denna typ av smärta har inget klart ursprung men orsakas vanligtvis av nervskada eller vävnadsskada. Kännetecknande för denna smärta är att den kan uppkomma plötsligt, utan något evident stimuli eller av något normalt sett harmlöst stimuli. (Hawthorn & Redmond, 2007, 69 – 70).

Till största delen är förlossningssmärtan således nociceptiv eftersom den uppstår genom tryck, vidgning och dragningar i vävnaderna. Smärtimpulserna kommer i korthet i början från vidgningen av cervix (livmodertappen) och nedre uterussegmentet (livmodersegment),

sen genom tryck mot strukturer i lilla bäckenet och till slut genom trycket mot perineum (mellangården), d.v.s. smärtan har ett klart ursprung och specialiserade smärtreceptorer sätts i arbete då vävnad skadas. (Pulli, 2008, 1).

I anatomiska studier har det påvisats att smärtan vid öppningsfasen är visceral (från inälvorgan). Den är trubbig och ofta svår att lokalisera och beror på uttänjningen av inre organ, iskemi och kontraktion av tvärstrimmig muskulatur. I utdrivningsfasen aktiveras förutom de redan aktiverade nervändorna även somatiska nerver som enerverar livmoderhalsens vaginala område, vaginan samt perineum. Smärtan är vassare och beror på vävnadstryck, uttänjning och ibland lacerationer. (Sarvela, 2009, 298 – 300).

Mellan vävnadsskada och känslan av subjektiv smärta finns en rad olika kemiska och elektriska händelser. De kan indelas i fyra faser: transduktion, transmission, modulation och perception. I olika vävnader finns olika nervändor som svarar på de stimuli som vävnadsskadan orsakar. I transduktionen sker aktiveringen av elektrokemiska nervändorna i vävnaden som upplever stimuli av något slag. I transmissionen förflyttar sig smärtsensationen längs nervceller till den del av centrala nervsystemet som vid aktivering leder till känslan av smärta. Med modulation menas smärtans omvandling i nervsystemet. I det centrala nervsystemet finns inhibitoriska banor som hindrar de smärtframkallande nervcellernas funktion i ryggmärgen. Olika faktorer såsom stress eller morfinliknade läkemedel kan aktivera dessa banor. Med den sista fasen vid namn perception menas den subjektiva känslan orsakad av aktiveringen av de neuroner som ger upphov till smärta. (Kalso & Kontinen, 2009, 76 – 103).

3.2.2 Orsaker till upplevelsen av förlossningssmärta

I en smärtundersökning gjord av Melzack på 1980-talet fick förlossningssmärta näst intill de högsta PRI (Pain Rating Index) – poängen beskrivande det, att smärtan i fråga var den värsta smärta kvinnan upplevt under sitt liv. Endast amputation av fingret utan bedövning gav högre smärtpoäng. Även om förlossningssmärtan varierar från kvinna till kvinna upplever över 50 % extrem smärta. Bara några få procent upplever förlossningen som smärtfri oberoende kultur. I en studie gjord i början av 2000-talet i Helsingfors kvinnosjukhus och i Tammerfors universitets centralsjukhus upplevde 80 % av föderskorna outhärdlig smärta innan smärtlindring, i öppnings- och utdrivningsskedet 67 %. Förlossningssmärta är antagligen på befolkningsnivå den vanligaste extrema smärtan

eftersom den berör närmare 50 % av befolkningen. Förlossningssmärta är mätt genom olika index. Dessa är t.ex. i praktiken den arbetsamma Pain Rating Index (PRI) som grundar sig på evaluering av åtskilliga variabler. En mer lättanvänd smärtindex är VAS-mätaren (Visual Analogue Scale, 0 – 100 mm, varav ju högre siffra, desto mer smärta), NRS (Numeral Rating Scale, 0 – 10, samma princip som VAS) eller verbal klassificering (t.ex. ingen smärta, lindrig smärta, måttlig smärta, hård smärta, outhärdlig smärta). (Sarvela, 2009, 296).

Till förlossningssmärtans styrka påverkar olika fysiologiska, anatomiska och psykologiska faktorer såsom moderns ålder och vikt, moderns höftbredd samt fostrets storlek och bjudande del under förlossningen. Graviditeten i sig själv påverkar opioidreceptorerna genom att höja smärtröskeln och kroppens egna endorfinnivåer så att de är som högst under förlossningen. Kvinnor som lidit av menstruationssmärter har oftast en mer smärtsam förlossning. Förlossningsrädsla, en dålig eller osäker relation till partnern och/eller den egna graviditeten eller moderskapet ökar smärtupplevelsen. Saklig kunskap om förlossningens gång och förändringar i graviditeten kan i sin tur minska förlossningssmärtan. I olika undersökningar har man hittat en klar positiv korrelation mellan livmoderhalsens öppning och förlossningssmärta, på grund av detta växer sannolikheten för hård smärta från öppningsskedet (1:a fasen) ända till utdrivningsskedet (2:a fasen). (Sarvela, 2009, 296 – 297).

Nystedt m.fl. (2004, 579 – 586) har forskat hur kvinnor uppfattar och upplever förlossningen efter ett normalt eller förlängt förlossningsarbete. Förlängd förlossning, dystoci, är en vanlig komplikation vid förlossningar och brukar resultera i instrumentförlossning. Oro, smärta och problem med amningen förekommer oftare hos kvinnor som genomgått instrumentförlossning än hos de som haft en normal förlossning. Svårigheterna och lidandet av en komplicerad förlossning kan påverka kvinnans minne av barnafödandet i resten av hennes liv, speciellt hos förstföderskor. Forskarnas fokus i denna studie var att analysera kvinnornas förlossningsupplevelse och deras upplevelse av stöd och smärtlindring under förlossningen. Nyckelfrågan var ifall förlossningen var positiv eller negativ. Forskarna fann i sin studie att de flesta kvinnor upplevt förlossningen som positiv, resultaten indikerar att ett kort förlossningsarbete, en positivt sinnad partner och professionalitet samt positiv karaktär hos vårdpersonalen är faktorer som bidrar till en positivt upplevd förlossning bland förstföderskor. Resultaten visar även att barnafödandeupplevelsen och uppfattningen av smärtlindring hos mödrar med förlängd

förlossning var olika än hos de som haft en normal förlossning. De kvinnor som upplevt en förlängd förlossning rapporterade starka känslor av smärta och djupa negativa känslor under förlossningen. När förlossningen uppfattades som en negativ upplevelse beskrevs den som en smärtsam och förgörande process och kopplade till känslor som smärta och panik.

På det hela taget upplever kvinnor att det stöd som ges av partnern eller/och barnmorskan under förlossningen är mycket viktig oberoende om kvinnorna haft en positiv eller negativ förlossningsupplevelse. Värt att nämna är att det rapporterades även att det stöd som gavs av partnern upplevdes som starkast, starkare än vårdpersonalens. Vad som även uppkom i studien var att ifall kvinnan hade ett gott förhållande till sin egen mor upplevdes graviditeten och förlossningen som mindre skrämmande och oroväckande. På det hela taget är allt socialt stöd en viktig faktor för en positiv förlossningsupplevelse för kvinnan. Forskarna betonar även att det är viktigt redan inom mödravården att undersöka moderns välbefinnande som då kan hjälpa kvinnorna att förstå vissa aspekter om deras förlossning. (Nystedt m.fl., 2004, 579 – 586).

Terry och Gijsberg (2000, 143 – 152) jämförde i sin studie uppskattningen av smärta före förlossning, under förlossning, strax efter förlossning och ungefärligen en månad efter förlossningen. De ville i sin undersökning veta ifall rapporterna om förlossningssmärta var konsekventa på basis av minnet och ifall minnena påverkades av förväntningarna på smärta före förlossningen eller av den verkliga smärtan under första fasen av förlossningen. Rapporter visar att smärtan under första fasen av förlossningen är annorlunda med tanke på intensitet och kvalitet än förlossningssmärta i sin helhet. Resultaten visar att kvinnor kommer ihåg den generella intensiteten av förlossningssmärta rätt så väl, dock är kvinnorna inte så konsekventa i hur de kommer ihåg kvaliteten av förlossningssmärta. Minnet av smärta kan dels bero på minnena av omständigheterna som smärtan upplevdes i. Så ifall rekonstruktionen av minnet av förlossningssmärta är associerad med hur den egentliga förlossningsupplevelsen var i sin helhet kan minnena av en mer händelsefull förlossning vara starkare. Det vill säga att eftersom besvärligare förlossningar ofta innehåller fler händelser kan minnet av förlossningssmärta vara starkare hos dessa kvinnor. Avslutningsvis sammanfattar forskarna att minnet av förlossningssmärta intensitet kan stämma överens med rapporterna om smärta direkt efter förlossningen, så det kvinnorna kommer ihåg är korrekt. Dock påpekar forskarna att kvinnors minne av förlossningssmärta kan vara påverkade av allmän kunskap om förlossning, men resultaten

visar att kvinnor rapporterar en rekonstruktion av deras förlossningssmärta. Dessa rekonstruktioner är delvis baserade på minnen av omständigheterna runt denna smärtsamma händelse tillsammans med erinrade nivåer av förlossningssmärtan i sin helhet. (Terry och Gijssberg, 2000, 143 – 152).

Kabeyama och Miyoshi (2001, 46 – 53) undersökte de många faktorer som påverkar intensiteten av ihågkommen förlossningssmärta. De undersökte post partum (efter förlossningen) faktorer som är relaterade till förlossningssmärta såsom fysiologiska, psykologiska och levnadsmiljö. Fysisk smärta under förlossningen lämnar otrevliga minnen. Intensiv smärta under förlossningen kan leda till mardrömmar och störningar i sexlivet och samlevanden med partnern. Dåliga minnen av förlossningssmärta förblir skarpa hos kvinnan och kan ge en negativ effekt på kvinnans liv post partum, partnerskapet och barnavården. Att undersöka vilka faktorer som påverkar minnet av förlossningssmärta kommer hjälpa vårdutvecklingen om smärtlindring under förlossningen, minska på rädslan och oron samt hjälpa modern att snabbare anpassa sig till barnavården. Resultaten visar att en längre förlossning förorsakar avvikelser och behandlingar under förlossningen som i sin tur får kvinnorna att känna mer intensiv förlossningssmärta. Ålder är kopplat till sådana faktum som stelheten i förlossningskanalen. Lägre fysisk kondition är kopplat till längden av förlossningen, alltså kan förlossningen räcka längre ju yngre man är och ifall man har dålig kondition. Således kan dessa kvinnor komma ihåg förlossningssmärtan som mer intensiv än andra. En god självkontroll och gott självförtroende är viktiga faktorer för en positiv förlossning. Då överdrivna rädslor och smärtor om naturlig förlossning är minskade blir förlossningsupplevelsen mycket positiv. Den höga nivån av stolthet och självförtroende p.g.a. den lyckade förlossningen hjälper modern att anknyta sig till sitt barn och skapa en god relation till barnet. Detta fick även modern att komma ihåg förlossningssmärtan som mindre intensiv. Detta vill säga att ifall modern upplevt förlossningen som tung och negativ evaluerar hon senare smärtan som mycket intensiv och vice versa. Även i denna studie upplevdes partnerns närvaro som en positiv fördel för en mer lyckad förlossning. (Kabeyama och Miyoshi, 2001, 46 – 53).

3.2.3 Syftet med förlossningssmärtan

Upplevelsen av smärta påverkas av många olika faktorer. Toleransen och upplevelsen styrs ofta av **smärtans syfte, religiös tro, det kulturella ursprunget, kön, upplevelsen av kontroll över smärtan** samt **känslomässig status** (stämningsläge överlag t.ex. ångest).

Smärta kan ha olika mening för olika människor. Smärta har i grund och botten en nyttig innebörd då den signalerar skada eller sjukdom. Många smärtyper är kortvariga och snabbt övergående och inverkar inte desto mer på individens liv. T.ex. vid barnafödelse vet ofta personen varför denne har ont och att smärtan snart går över. Forskning har visat att graden av smärta är direkt kopplad med hur människan tolkar innebörden av den smärta de upplever. Ju värre smärta desto värre upplevelse. Dock upplever kvinnor förlossningssmärtan som en annorlunda smärta. Den har en säregen mening då den resulterar i ett barns födelse. Av denna orsak uppfattas den som mera positiv. Skribenterna hänvisar till en liten studie gjord av Sue Moore år 1997 var hon undersökte de psykologiska faktorernas anknytning till smärtan i samband med förlossning. I denna studie hade många kvinnor en mycket positiv attityd gentemot förlossningssmärtan. Smärtan beskrevs som ”värt besväret” och smärtan upplevdes som ”underbar” och ”meningsfull”. Dessa attityder kan förstärkas ifall föderskans partner intar en stödjande ställning under hela graviditeten och förlossningen, och även detta kan i sin tur minska upplevelsen av smärta under förlossningen. Omvänt kan en negativ attityd förstärka smärtupplevelsen. Det är självklart att personer tolkar in en mängd olika betydelser i sina smärtupplevelser. Det är då viktigt att hjälpa dem med en negativ uppfattning gentemot sin smärta att finna något positivt i sin smärta och att finna mening och kontroll. (Hawthorn & Redmond, 2007, 23 – 25).

Förlossningssmärta är ett tecken för föderskan på en kommande förlossning. Den skiljer sig från andra smärtor med sitt positiva resultat. Många upplever smärtan som en viktig del av förlossningen, genom denna utvecklas de som kvinna och människa, medan vissa föderskor inte alls ser någon mening i smärtan. Smärtlindring kan ge vissa mödrar skuld känslor och känslor av misslyckande medan andra kan se smärtan som otillräcklig och inadekvat tillförsel av smärtlindring och kan således få mentala traumor. (Sarvela, 2009, 297 – 298).

Kvinnornas attityd har förändrats i och med förbättringen av levnadsstandarden under årens gång. I länder som inte har resurser för effektiv smärtlindring vid förlossning uppfattar kvinnor förlossningssmärtan som ett oundvikligt faktum medan t.ex. kvinnor i Finland ofta ber om och kräver effektiv smärtlindring. Man har börjat förstå och godkänna bättre att även effektiv smärtlindring vid förlossningssmärta är en human rätt hos kvinnan. (Sarvela, 2009, 297 – 298).

Williams m.fl. (2008, 168 – 179) undersökte i sin forskning ifall uppfattningar före förlossningen om medicinska och ickemedicinska smärtlindringsmetoder förutsåg kvinnors användning av lustgas, petidin och epidural under förlossningen. Till sin hjälp använde forskarna teorin om planerat beteende och själveffektivitetsteorin. Det har mycket diskuterats om överdriven medicinering inom förlossningar i västländerna, även hos mödrar med komplikationsfri förlossning. De vanligaste medicinska smärtlindringsmetoderna är lustgas, petidin och epiduralbedövning. Teorin om planerat beteende är en modell som svarar för hur individen gör beslut om att genomföra eller inte genomföra ett visst beteende. Angående själveffektivitetsteorin kan den vara en användbar förutsägare om planer inför förlossningen. (Williams m.fl., 2008, 168 – 179).

3.2.4 Kvinnans egna resurser vid hanteringen av förlossningssmärta

Hawthorn och Redmond (2007, 42-68) poängterar att en faktor som kan hindra effektiv smärtvård är patienterna själva och anhöriga. Ibland uppkommer ovilja hos patienten att rapportera smärtan av diverse orsaker, de kan exempelvis vara ett försök att upprätthålla en tapper fasad, rädsla för beroende vid medicinering eller tron att smärta har ett moraliskt värde. Även motvillighet att samarbeta med sjukvårdspersonalen förorsakar ett hinder för adekvat smärtbehandling. Även faktorer inom hälso- och sjukvårdssystemet kan bidra till ineffektiv smärtvård, som t.ex. otillräcklig kontinuitet inom vården, att patienten hela tiden träffar olika sjukskötare och läkare på olika enheter och kliniker och inte får behandlas av samma läkare. Smärtvårdens prioritering kan också variera från enhet till enhet så detta resulterar också i sin tur till ineffektivare smärtvård.

McCrea och Wright (1999, 877 – 884) undersökte i sin studie hur mycket den personliga kontrollen påverkar kvinnors tillfredsställelse med smärtlindringen under förlossningen. Belåtenheten med förlossningen påverkas av många individuella och miljöenliga faktorer. Smärtlindring är den metod kvinnorna upplevt sig klara av förlossningssmärta med. Detta kan involvera medicinska och/eller icke-medicinska metoder. Forskarna skriver att förlossningssmärta är mer än en fysiologisk process, den är emotionell och komplex med känslor av tillfredsställelse och åstadkommande. Av denna orsak behöver inte belåtenhet vara kopplat till effektiviteten av smärtlindringen. Forskning visar att sociala och psykologiska resurser såsom föräldraförberedelsekurser spelar en viktig roll för en positiv förlossning. Forskning om kvinnors minnen av deras första förlossning visar att kvinnor som var mycket nöjda var mer benägna att känna kontroll över situationen än de kvinnor

som var mindre nöjda. En positiv förlossning är förknippad med att kvinnan är nöjd med sig själv och innehar förmågan att kontrollera panik, använda copingmetoder, personlig kontroll över varaktigheten av förlossningen, effektivitet av använda copingmetoder och kontroll över positionen under förlossningen. Samma faktorer spelar en stor roll inom området smärtlindring. Den personliga kontrollen hos kvinnor under förlossningen beskrivs som när kvinnan känner sig vara mer i kontroll och inte personalen, när kvinnan är med och bestämmer angående smärtlindringen och när kvinnan använder sig av personliga copingmetoder för att hantera smärtan. Studiens resultat visar att känslor av personlig kontroll har positivt inflytande på belåtenheten av smärtlindringen under förlossningen. I studien hade de flesta kvinnor sin partner med under hela förlossningen. Detta stöd kan ha inflytande på den personliga kontrollen och bör undersökas vidare. Kvinnorna fick uppskatta smärtan före förlossningen och uppskattade den som *måttligt smärtsam* och att de var *oroliga* om smärtsamheten av förlossningen. Detta visar att kvinnorna hade en realistisk syn på förlossningssmärtan. Då kvinnorna bads beskriva slaget av förlossningssmärtan svarade majoriteten av kvinnorna att inte alls var som menstruationsvärkar. Dock svarade många att de ”inte vet”, och detta visar den stora variation av upplevelsen av förlossningssmärtan och att detta bör tas i beaktande då smärtlindringen under förlossningen planeras. Många kvinnor kände dock att då hon fått en frisk baby kompenserar det all bedrövelse. Majoriteten av kvinnorna hade även gått på föräldraförberedelsekurser och dessa upplevde kvinnorna som mycket nyttiga.

På det hela taget visar studien av McCrea och Wright (1999, 877 – 884) att belåtenheten av smärtlindringen är påverkat av känslan att ha kontroll och att ha ett sägande i beslutstagandet av smärtlindring. Att kvinnan är aktivt involverad i sin vård kan hjälpa att stödja känslan av att ha kontroll och kan höja kvinnans självsäkerhet om sin förmåga att kontrollera den upplevda smärtan. Personlig kontroll är dock mer än att bara vara med och bestämma över smärtlindringsvården, det involverar att kvinnan själv använder sig av inlärd copingmetoder såsom andning och avslappning för att hantera förlossningssmärtan. Föräldraförberedelsekurser kan reducera användningen av medicinska smärtlindringsmetoder. Dock visar en studie att användningen av copingmetoder inte minskar uppfattningen av smärtans intensitet utan snarare hjälper kvinnan att tolerera smärtan. Kvinnors belåtenhet med smärtlindring under förlossningen är mycket mångfacetterat. Helt tydligt behöver kvinnor noggrannare och mer adekvat information som de kan basera sina beslut på. Informeringen borde börja tidigt inom mödravården så att kvinnorna väl kan förbereda sig på vad som komma skall. Förberedelse är en avgörande

faktor för konceptet kontroll, eftersom det antagligen höjer självsäkerheten och uppmuntrar till personlig kontroll. Vikten av kvinnornas egna copingstrategier borde uppmärksammas och maximeras inom smärtlindringen istället för att lägga vikten på medicinsk smärtlindring. Därför borde kvinnor uppmuntras till att identifiera och stärka sina egna personliga copingresurser, detta borde ske redan ett par veckor före förlossningen inom mödravården. (McCrea och Wright, 1999, 877 – 884).

Wright m.fl. (2000, 1168 – 1177) undersökte i sin forskning till vilken grad födande kvinnor utövade personlig kontroll angående smärtlindring. I dagens läge blir kvinnor mer och mer uppmuntrade till att kontroll över val som görs angående deras graviditet och förlossning, inklusive smärtlindringsfrågor. Målsättningen inom mödravården uppmuntrar till en närmare relation mellan mödrarna och vårdpersonalen. Dock kan vissa kvinnor dra nytta av att ha kontroll medan vissa kvinnor finner det stressande. Sociala situationer såsom förlossningsavdelningen är dels byggt upp av målsättningar, t.ex. personlig kontroll och regler som definierar hur målet uppnås. Termen kontroll är använt i sin bredaste mening för att innehålla regler angående information och val av smärtlindring, aktivt deltagande i bestämmandet, användningen av copingstrategier, kontrollplanering och tillmötesgående med vårdpersonalen. Kvinnor och barnmorskor har egna individuella regler om kontroll som kan reflekteras i valet av smärtlindring vid förlossningen. Det är viktigt att barnmorskorna och kvinnorna känner igen och respekterar varandras regler och arbetar tillsammans. Dock har vårdpersonalen ett visst inflytande på kvinnans personliga kontroll under förlossningen. Sättet som modern mottar information kan också vara en faktor som bidrar till minskad personlig kontroll. Barnmorskor kan förvänta sig att mödrarna samtycker med de föreskrivna smärtlindringsmetoderna oberoende smärtnivån. Resultaten visar att kvinnor själva ville ha kontrollen över smärtlindringen under förlossningen. Det kan dock vara att det är mer frågan om attityder än verkligt beteende. Vikten personlig kontroll över smärtlindringen styrktes av de kvinnor som hade planerat en naturlig förlossning och som sedan märket att de verkligen klarar sig utan medicinering. Förstföderna fick insikt över hur mycket smärta de kunde stå ut med och kunde således själva göra besluten om smärtlindring. (Wright m.fl., 2000, 1168 – 1177)

Att kvinnan är tillmötesgående till vårdpersonalen och lyssnar till deras expertis är mycket viktigt, men fast kvinna fått all information om smärtlindring betyder det inte att kvinna måste samtycka. Att uppnå gemensamt samtycke börjar med en exakt uppskattning av kvinnans smärtnivå. Forskarna påpekar viktigheten av individuell vård för mödrarna och

att både vårdpersonal och mödrarna bör kunna vara flexibla angående smärtlindringsval. Man måste komma ihåg att vårdpersonalen har en förpliktelse att alltid sträva till utmärkthet. (Wright m.fl., 2000, 1168 – 1177).

4 Icke-medicinska smärtlindringsmetoder vid förlossning

Mödrarna på Pargas mödrarådgivning i staden Västaboland önskade mer information om andning och massage som smärtlindrande metoder vid förlossning, således fokuserar jag i detta kapitel främst på dessa två metoder och till dem hör avslappning som en grundsten, jag beskriver även kort i detta kapitel några andra icke-medicinska smärtlindringsmetoder vid förlossning.

4.1 Andning och avslappning

Blix-Lindström (2009, 6) skriver att avslappning är grundstenen för att andningsövningarna skall göra nytta och fungera. För att modern skall kunna slappna av kan hon göra bekanta vardagliga sysslor som hon normalt brukar slappna av till, t.ex. ta ett bad, lägga sig i soffan eller sängen, lägga på musik som är lugnande och skapar en avspänd miljö. Vid förlossningen kan modern lägga sig i sängen och känna hur kroppen vilar mot madrassen och fokusera på att varva ner. Här kan visualisering hjälpa, t.ex. kan modern tänka sig att vid varje andetag sjunker hon djupare ner i madrassen och låter kroppen bredda ut sig i sängen, som ett paket glass som smälter. Andningen bör vara mjuk och långsam. Modern kan känna efter om det finns några spänningar i kroppen och sedan tänka på att relaxera spänningarna. Hon kan gå igenom kroppsdel för kroppsdel och känna tyngden av kroppsdelarna trycka mot underlaget då de är fullkomligt avslappnade. Modern kan sedan känna efter kroppens välbefinnande och njuta av den avslappnade känslan.

Abascal (2009, 170 – 173) skriver även att avslappning är ett grundverktyg för att underlätta förlossningen. Hon skriver att avslappning är naturens metod för att hjälpa människan återhämta sig och kunna förbättra självinstinkten, självkontrollen och självpåverkan. Det är viktigt att hitta sitt eget avslappningsläge var pulsen och andningen är lugn samt att blodtrycket är lågt och musklerna avspända. Tyngden i kroppen är grunden för avslappning, att låta kroppen vara tung hjälper musklerna att slappna av och inte kämpa mot när värkarna kommer. Vid avslappnat tillstånd frigörs endorfiner som gör människan på bättre humör och ökar välbefinnandet. Det är alltså inte enbart ett psykiskt fenomen, även kemiskt. Dock påpekar Abascal att total avslappning inte kan nås och vid förlossningen som är ett tufft fysiskt arbete för modern är det kanske lämpligare att säga att modern bör hitta avspänning i kroppen. Under förlossningen är det bra att vara så avslappnad och avspänd som möjligt för att andningstekniken och massagen skall ha så bra

effekt som möjligt. Musklerna skall vara så avspända som möjligt så att barnet inte har svårigheter att komma igenom förlossningskanalen. Då värkarna kommer kan bäckenbottnets muskulatur spänna sig så kraftigt att den arbetar mot livmodern som i sin tur försöker trycka ut barnet, detta kan leda till en förlängd förlossning som varken gagnar barnet eller modern.

Nyberg och Thomasson (2009, 1 – 31) forskade i sin magistersavhandling upplevelserna av att använda *Annas profylax* under förlossningen. Annas profylax är en metod som bygger på fyra hörnstenar: andning och avslappning, mental träning, partners roll samt olika massagetekniker. Metoden utvecklades av Anna Wilsby som grundade ProfylaxGruppen AB som bedriver verksamhet inom området psykoprofylax som copingmetod under förlossningen. Wilsby påstår att ifall paret tillsammans övar in de fyra hörnstenarna i psykoprofylaxen får de strategier att bemästra helheten i förlossningsprocessen. Resultaten visade fem framträdande teman anknutna till Annas profylax: bibehållandet av kontrollen och närvaran under förlossningen, fokusering lindrar smärtan, kunskap ger makt och självförtroende inför förlossningen, partners stöd och omhändertagandet ger trygghet, stöd av barnmorskan i form av närvaro och lyhördhet. Resultatet visar också att det är viktigt med inre resurser och den egna personligheten. Personligheten är svår att ändra på men de inre resurserna går att förstärka genom t.ex. psykoprofylax. Även kunskap innan förlossningen kan leda till en mer positiv förlossning genom att förbygga negativa känslor. Resultatet tyder på att psykoprofylax som copingmetod är en tillfredsställande metod att använda under förlossningen, kvinnorna upplevde att metoden gav dem kontroll. Således påpekar forskarna att det är viktigt att föräldrarna får information om denna copingmetod redan inom mödravården.

Blix-Lindström m.fl. (2004, 4) har tagit fram *Signekursen* som är en guide för väntande mödrar att träna avslappning och andning. Den är gjord för att bättre hantera smärtan vid förlossningen samt utformad så att partnern kan assistera. De skriver att genom visualisering och andning kan modern distrahera smärtan. Vid visualisering skall modern ta ett djupt andetag då värken börjar och visualisera att hon dyker in i sig själv och till barnet och tar barnet i handen. Modern bör andas lugnt och följa med värken med andningen; då värken är som värst andas modern snabbt och saktar ner på andningen då värken håller på att avta. Modern kan även visualisera värkarna som knutar på ett rep och arbeta sig fram värk för värk, knut för knut till sitt barn. Man kan även tänka värken som backen i sporten backhoppning. Då värken börjar tar man fart och åker ner till värkens topp

för att flyga över värken och landar mjukt och tryggt. Abascal (2009, 193) skriver att visualiseringen går ut på mental träning och att hitta positiva bilder för att kunna distrahera smärtan och arbeta sig igenom värkarna. Modern kan lägga upp delmål och målbilder, t.ex. tanken om att barnet snart ligger på moderns bröst eller ett delmål kan vara att vid varje värk visualiserar modern hur barnet sjunker lite neråt i förlossningskanalen.

Då man föder bör modern hitta sin naturliga andning. Andningsövningar som beskrivs i Signekursen (Blix-Lindström mfl., 2004, 12 – 14) kallas spiralandning. Spiralandning hjälper den födande modern att inte andas för snabbt och bli yr eller att hålla andan och spänna sig i onödan. Vid spiralandning skall modern sitta bekvämt på en stol (inte med spikrakrygg) eller bakåtvänt så hon lutar fram mot stolsryggen, inga onödiga muskelspänningar får finnas. Modern bör sedan hela tiden fokusera på andning och avslappning, avslappningen kan förstärkas med hjälp av beröring av partnern. Andningen bör vara mjuk och rytmisk, inget överdrivet flåsande, dock får andningen under födsloarbetet såklart ha ljud. Modern måste få släppa ut sina upplevelser. (Blix-Lindström mfl., 2004, 12 – 14).

Abascal (2009, 172 – 173) skriver att för att slappna av i bäckenbottnet är det viktigt att också slappna av i ansiktet eftersom kroppens alla ringmuskler är kopplade i kroppen, såsom munnen och livmodermunnen. Så att slappna av runt munnen med lugn andning kan man även avslappna förlossningskanalen. Vad som kan hjälpa många födande mödrar är att vid varje värk avsluta den med två djupa andetag. Genom att sucka kan man frilösa de spänningar som värken orsakat i kroppen.

Abascal (2009, 192) fortsätter med att andningsövningar finns till för att hitta en naturlig andning och för att kunna stödja avslappningen med olika andningsmönster. Det finns olika andningsnivåer för förlossningens olika faser. Det finns *djup och långsam andning* som fungerar bäst vid öppningsfasens första skede, då bör modern andas djupt in genom näsan och långsamt ut genom munnen. Här känner modern hur buken och magen arbetar. Under det senare skedet av öppningsfasen bör modern andas en lite *grundare andning* med lite högre tempo. Här är inandningen inte lika djup som utandningen, modern andas bara halvvägs ner i magen. Under de mest intensiva värkarna bör modern tillämpa en *lättare och snabbare andning*, många korta andetag helst enbart genom näsan, andningen hålls ”högt uppe”. Under krystvärkarna kan det hjälpa att i början ta några långa, lugna och

djupa andetag. Här bör modern koncentrera på magmusklerna, hålla andan och tycka på efter egen känsla.

Inom andning och avslappning måste den födande kvinnan göra ett medvetet val och inneha viljan om att ha kontroll över förloppet. För att kunna detta måste kvinnan (och partnern) ha övat in olika former av avslappning före förlossningen. Då kvinnan är avslappnad underlättas hennes andning. Detta bidrar till en bättre kontroll över andningen och minskar risken för hyperventilation. Olika andningstekniker är djupandning, mellanandning och lättandning. Inandningen sker genom näsan och utandningen genom munnen. Vid djup andning tas ett lugnt, djupt andetag in genom näsan och ut genom munnen. Mellanandning görs med en lite snabbare andningsfrekvens vilket resulterar i att den är lite ytligare än djupandningen. Lättandning är en mycket ytlig och snabb andning, inandningen är kort och ytlig påföljande en nästan omedelbar utandning, som en ”puff” lågt fram i munnen. Fokus skall alltid vara på utandningen och vid förlossningsarbetet börja modern med djupandning och ju intensivare värkäslat blir ju snabbare och ytligare bör andningen bli. (Nyberg och Thomasson, 2009, 1 – 31).

4.2 Massage

Massage är en vanlig metod för smärtlindring överlag och många massagetekniker existerar. Till exempel kan man föra händerna eller fingrarna snabbt eller raskt över huden med långa strykningar eller i cirklar (ytlig massage) eller så kan man tillföra fast tryck för att upprätthålla kontakten med huden medan man masserar den underliggande huden (djup massage). (Lewis m.fl., 2000, 150 – 151). Hawthorn och Redmond (2007, 266 – 268) skriver att massage är en manuell stimulering av hud och underliggande vävnader som kan variera i tryck i syfte att förbättra blodcirkulationen, avslappningen och minska smärta. Massage kan också uppfattas av vissa som en förmedlare av medkännande, empati och kommunikation.

En form av massage kallas taktill massage, ordet taktill (tactus) kommer från latinet och betyder känsel och beröring, skriver Andrén m.fl. (2005, 10). Tekniken går ut på att stryka lätt på händerna, ryggen och fötterna. Taktill massage strävar till att ge tillit, trygghet och bekräftelse till mottagaren. Studier bevisar även att olika former av massage kan verka smärtlindrande och höja välbefinnandet. (Andrén m.fl., 2005, 10).

Abascal (2009, 239 – 241) skriver att massage kan fungera som en smärtlindringsmetod under hela förlossningsarbetet. Massage fungerar som en avslappningsmetod och minskar smärtan under värkarna. Partnern spelar en stor roll under förlossningsarbetet och med moderns eller barnmorskans stöd och handledning kan partnern massera modern. Vid massage utsöndras hormonet oxytocin som lindrar smärta och även ger lugn i kroppen. Detta hjälper till avslappningen och hjälper att bibehålla en lugn andning. Det finns inget rätt sätt att massera utan det är främst att lyssna på moderns önskan och känna sig fram till vad som känns bra. Vissa kvinnor vill inte alls ha någon form av beröring under förlossningsarbetet. Under latensfasen är det främst massage av axlar, rygg och/eller händer som fungerar bäst för avslappningen. När smärtan förflyttar sig neråt kan massage av låren kännas bra. Massageredskap kan underlätta massagen. När värkarna och trycket ökar eftersom bäckenet vidgas när barnet skall pressas ut genom förlossningskanalen kan det kännas skönt med ryggmassage. Partnern får gärna ta i med kraft. Tryck mot knäna kan också kännas bra i detta skede. Mellan värkarna kan partnern massera moderns rygg, nacke eller/och fötter. En annan massageteknik som också kan kännas skönt för modern är *fjärilsmassage*, här stryker partnern eller barnmorskan modern lätt under magen med fingertopparna, detta kan lindra smärtorna i ljumskarna. Sheperd (u.å.) skriver även att fjärilsmassage kan lindra smärtan och att modern själv kan smeka nedre magen med mjuka cirkulära rörelser med start från pubisbenet. I slutet av öppningsskedet kan modern känna extrem smärta i bäckenet då kan partnern eller barnmorskan ta tag om modern höfter och massera dem samt trycka ihop dem när värkarna kommer. (Abascal, 2009, 239 – 241). Blix-Lindberg (2004, 12 – 14) påpekar också att under spiralandningen förstärks avslappningen med hjälp av beröring av t.ex. partnern, här handlar det mest om beröring av rygg, axlar, nacke och yttre lår.

I en studie gjord av Andrén m.fl. (2005, 10 – 14) undersökte de kvinnors upplevelse av taktil massage under förlossningens latensfas. De skriver att massage under förlossningen har potential att lindra smärta och spänd förväntan. En lång latensfas (cevis dilaterat enbart 3 cm) kan leda till många komplikationer för föderskan. Den långa latensfasen kan trötta ut kvinnan och således sänks hennes smärttolerans. Kvinnor kan bli missnöjda och uppgivna då dilateringen inte motsvarar och bekräftar det värkarbete de går igenom. Den positiva inställningen kan då vändas till en negativ. Hela denna upplevelse kan då få kvinnan att oroa sig över om hon klarar av hela förlossningen och hon blir spänd, rädd, trött och uppgiven. Deltagarna i denna studie var 12 stycken förstföderskor som lider av smärtsamma sammandragningar i latensfasen utan vattenavgång (dilaterat max. 3 cm). De

hade kommit till förlossningsavdelningen p.g.a. värkar. Dessa kvinnor fick 30 minuter taktil massage på ryggen samt vid önskan massage av händer och fötter. Massagen gavs av barnmorskan. Samtidigt spelades lugn musik och belysningen var dämpad. (Andrén m.fl., 2005, 10 – 14).

Resultatet påvisar tre teman: att slappna av och återhämta sig, att släppa tankarna och att någon är närvarande för föderskan. Deltagarna i studien berättar hur massagen får dem att återhämta sig och ger dem en möjlighet att slappna av och hämta nya krafter eftersom massagen ger dem en stunds vila. Vissa deltagare till och med somnade av massagen eftersom de blev så avslappnade. Då deltagarna anlände till avdelningen hade de känt sig trötta, oroliga, spända och irriterade eftersom de inte kunnat koppla av hemma, de hade haft värkar under flera timmar och hade inte kunnat sova eller vila. Massagen blev således en distraktion som hjälpte kvinnorna slappna av. Deltagarna i studien berättar även hur massagen hjälpt dem att släppa tankarna och låta dem vandra fritt istället för att enbart fokusera på förlossningsförloppet. Massagen gav deltagarna något annat att tänka på än de kommande smärtsamma värkarna och oron om den kommande förlossningen. Massagen påvisade även åt deltagarna att någon fanns där för dem och massagen förmedlade omtanke. Deltagarna kände sig även privilegierade att barnmorskan tillägnade dem tid och närvaro. Att föderskorna inte kände sig ensamma hjälpte dem att slappna av. Även hela kombinationen av massage, närvaro, musik och dämpad belysning hjälpte föderskorna att slappna av. Av de 12 föderskor som kom till avdelningen kom förlossningsarbetet igång hos 11. (Andrén m.fl., 2005, 10 – 14).

Andrén m.fl. (2005, 12) skriver att hela upplevelsen av massage kunde beskrivas som en vändpunkt för föderskorna, där förlossningsförloppet ändrade inriktning p.g.a. de nyinhämtade krafterna massagen gav. Massage och beröring är ett uråldrigt verktyg som barnmorskor i alla kulturer använt och den är även mycket enkel att avbryta i de fall föderskan så önskar. Idag är massage på väg in i smärtvården vid förlossning i en ny och modern form. Massagens fördelar är att den saknar biverkningar, är billig och kan vara en viktig faktor för relationen mellan föderska och barnmorska och/eller partner. Andrén m.fl. (2009, 13) avslutar med att nämna att hälsovårdare redan på mödrarådgivningen borde instruera partnern om hur viktigt det är med närhet, delaktighet, trygghet och stöd för föderskan under förlossningen och att partnern genom massage kan skapa detta.

McNabb m.fl. (2006, 222 – 231) undersökte i sin studie hur massage, visualisering och kontrollerad andning påverkar smärtuppfattningen under förlossningen. 35 kvinnor och deras partners deltog i studien och de fick två timmars träning i andning, massage och visualisering under den 35:e till 36:e graviditetsveckan. Massagen och andningen instruerades så att den gav föderskan en rytmisk och hypnotisk känsla både för föderskan och för hennes partner. Partnern utövade effleurage (mjuka, lätta strykningar) rörelser med platta händer mot rygg, armar och ben, vid inandning fördes rörelserna uppåt och vid utandning neråt. Korta mjuka smekningar användes på nedre ryggen samtidigt som föderskan visualiserade de masserande händerna. Under tidig förlossning masserade partnern föderskan med 7 – 9 effleurage-smekningar per minut medan kvinnan andades lugnt under sammandragningarna. Då förlossningsarbetet framskrider andades kvinnan snabbare och partnern följde, smekningarna kunde då ökas till 14 – 16 per minut under sammandragningarna. Då sammandragningen åter lättades saktades smekningarna igen ner till 7 – 9 smekningar. Kvinnornas fick evaluera sin smärta med hjälp av VAS-mätaren. Av de 35 kvinnor som deltog födde 21 kvinnor utan övrig smärtlindring, sju använde sig av lustgas medan två bad om epiduralbedövning.

McNabb m.fl. (2006, 222 – 231) sammanfattar i deras studie att massage, visualisering och andning ger märkbar smärtlindring under förlossningen. En märkbar minskning i användningen av analgetika uppnåddes också.

Chang m.fl. (2002, 68 – 73) har gjort en studie i Taiwan om massagens effekt på smärtreaktionerna och spänningarna under förlossningen. De skriver att massage är en urgammal smärtlindringsmetod som har använts världen runt under förlossningar. Massage anses verka genom att endera blockera smärtimpulser till hjärnan genom att öka transmissionen av A-fiber eller genom att stimulera den lokala utsöndringen av endorfiner (peptider som minskar smärtupplevelsen då de binds till speciella receptorer). Tryck av massage förebygger processen av smärtsamma stimuli eftersom tryckfibrer är längre och mer myelinerade (proteinskikt runt nerven), och således framför signaler snabbare till hjärnan än smärtfibrer. Massage minskar intensiteten av smärta, lättar muskelspasmer, ökar fysisk aktivitet, distraherar från smärtan, hjälper till helomfattande avslappning, minskar nervositet. Massage hjälper till att förmedla omtanke, sympati, uppmuntran, acceptans, stöd, deltagande, kompetens och tröst. Massagen mödrarna mottog gavs under kontraktionerna under varje fas. Då mödrarna upplevde kontraktioner skulle de stänga ögonen och ta två djupa andetag för att kunna koncentrera på massagen som var med

sakligt tryck och rytmisk och varade i 30 minuter. Den innehöll abdominalt effleurage, sakralt tryck och knådning av axlar och rygg. I denna studie delades förlösande kvinnor i två grupper varav den ena fick massage under förlossningen men inte den andra gruppen. I båda grupperna var det en stigande smärtnivå ju längre fram förlossningen löpte. De mödrar som fått massage hade märkbart lägre smärtupplevelser i den latent, aktiva och efterbördsfasen. Majoriteten av de mödrar som fick massage upplevde metoden som hjälpfullt, tillförande modern smärtlindring och psykologiskt stöd under förlossningen. Forskarna sammanfattar att massage är ett billigt alternativ till smärtlindring och är även nervositetsdämpande, en bra copingmetod. De anser också att massagen ger partnern en chans att medverka i förlossningen och kan påverka den positiva upplevelsen under förlossningen hos modern.

Eek och Unosson (2009, 1 – 23) undersökte i sin magistersavhandling effekter på etablering av aktiv förlossning av taktil massage under latensfasen. Många undersökningar har gjorts om massage som smärtlindring vid förlossningen och en sammanfattad beskrivning av resultaten är att kvinnorna upplevt massagen som en vändpunkt som fått dem på rätt spår igen, ett bra komplement till smärtlindringen, en skön stund som fått dem lära känna och acceptera sin kropp, orominskande, en komplikationsminskande faktor för förlossningen, kontrollgivande, förberedande samtidigt som massagen har god effekt på blodsockernivån, pulsen och blodtrycket. Slutsatsen i denna studie var att taktil massage under latensfasen påverkar inte etableringen av aktivt förlossningsförlopp, användning av smärtlindring, förlossningsutfall eller barnets hälsa. Dock kom det fram till att de kvinnor som inte använde massage som copingmetod använde Citodon (smärtstillande läkemedel) oftare. Detta kan bero på att den taktila massagen främst har effekt på välbefinnandet och bidrar till en positiv förlossningsupplevelse. Forskarna påpekar även att det finns fördelar med massage trots att denna studie inte påvisat det. De föreslår att massageutbildning borde erbjudas till föräldrarna inom mödravården så att föräldrarna tillsammans kunde lära sig massera och således förbereda sig på förlossningen. (Eek och Unosson, 2009, 1 – 23).

Även Nyberg och Thomasson (2009, 1 – 31) påvisar i sin studie att partnern också kan hjälpa modern med olika former av massage och beröring. Detta kan utövas såväl under värk som under värkpaus med syfte att underlätta förlossningsarbetet/smärtan. Det rekommenderas att massagetekniker inövats före själva förlossningen. Massage kan bidra till att kvinnan känner sig mindre ensam och övergiven när förlossningen genomgår ett intensivt skede. Massage frigör oxytocin såväl som endorfin (neuropeptid). Endorfin

lindrar smärta genom att hindra smärtsignalerna till centrala nervsystemet, detta ger en lugnande effekt. Beröring av huden orsakar även en aktivitet i de grova afferenta (inåtleddande) fibrerna som kan leda till en hämning av impulsöverföringen till smärtbanorna i första synapsen (signalöverföring) i ryggmärgen. Detta leder till en smärtlindring och kallas Gate-kontroll (en ökad stimulering av andra känselkvaliteter än smärta hämmar överföringen av impulser från smärtrådarna och således hämmar upplevelsen av smärta, ("grinden" för smärtan stängs), detta sägs också vara förklaringen till effekten av akupunktur och TENS, Lundh & Malmquist, 2005, 112).

4.3 Kort om andra icke-medicinska smärtlindringsmetoder vid förlossning

Fastän massage och andning är populära avslappnande och smärtlindrande metoder finns det många andra icke – medicinska smärtlindringsmetoder man kan ty sig till under förlossningen. Här kommer jag att beskriva nio vanliga metoder.

4.4.1 Mental träning

Mental träning handlar om vår egen inställning gentemot olika händelser och livet överlag. Alla har sina egna tankebanor, vissa tänker mer positivt andra mer negativt. Genom mental träning kan man bryta de negativa tankesätten och istället för att fokusera på problemet kan man se möjligheterna, så vid förlossningen kan man se barnet istället för smärtan. Vid en tillräckligt positiv inställningen hjälper det vid avslappningen och andningen och bidrar med ett lugn. Det är inte lätt att ändra sitt tankesätt, och om man länge har ifrågasatt sin egen förmåga till att föda krävs det gedigen träning av tankesättet. Det är också fråga om viljan att vilja förändra sitt tankesätt. Modern kan också i samband med mental träning ta hjälp av en professionell terapeut som kan ge *kognitiv beteende terapi*. I KBT är det meningen att medvetandegöra sina känslor och tankar, i denna situation kring förlossningen. Man försöker komma fram till hur man kan påverka föreställningarna i nuet. Men detta är också något som bör påbörjas i god tid före förlossningen, under graviditeten. (Abascal, 2009, 176 – 187).

I den mentala träningen bygger och tränar paret upp olika strategier att hitta och behålla fokus under förlossningsarbetet. Paret bygger en grund för en positiv

förlossningsupplevelse genom att stärka självinstinkten, möta sina rädslor och genom att skapa en positiv känsla i kroppen.

Partnern har en stödjande och stärkande roll för kvinnan inför den kommande förlossningen men även under förlossningen och efter barnets födelse. Genom att förberda sig tillsammans vet partnern den blivande moderns kunskap och önskemål. Partnerns roll är att stöda kvinnan och assistera henne med olika andningstekniker, avslappningsövningar och att hjälpa henne återfå fokus ifall kvinnan förlorar fokus under förlossningsarbetet. (Nyberg och Thomasson, 2009, 1 – 31).

4.4.2 Yoga

Yoga kan vara en bra metod för att förbereda sig för förlossningen och smärtorna. Yoga ger möjligheten att dra ner på tempot och lyssna på sin egen kropp. I yoga ingår olika delar såsom fysiska övningar, andningsövningar, koncentration och fokus, kroppsmedvetenhet, närvaro, avslappning och meditation. I yoga tränas ställningar som stärker musklerna, i specificerad gravidyoga läggs stort fokus på rygg och bäckenmuskulatur. Stretchning, uthållighet och andning är också viktiga delmoment. Som vid vanlig styrketräning tränas även förhållningssättet till smärta, t.ex. när en yogaställning börjar kännas tung och göra ont i musklerna bör inte modern ge upp utan hålla ställningen och intala sig själv att hon klarar av det och håller sig själv närvarande och medveten om situationen. I gravidyoga tränar man in i den rytm som livmodern har under förlossningen. En övning varar i ca 1 – 3 minuter då man fokuserar på sin kropp och andas medvetet såsom under en värk, sedan slappnar man av och vilar såsom under värkpauserna. Yoga kan hjälpa modern att känna igen sin kropp så att hon kan identifiera spänningar och således slappna av onödiga muskelspänningar under förlossningsarbetet. (Abascal, 2009, 187 – 191).

Chuntharapat m.fl. (2009, 105 – 115) undersökte i sin studie effekten av yoga hos gravida kvinnor och hur yogan påverkade förlossningsarbetet. De kom i sin studie till det resultatet att 30 minuter av yoga minst tre gånger i veckan under 10 veckors tid är en effektiv kompletterande metod för att befrämja moderns välbefinnande, minska på smärtorna både under förlossningen samt under de två påföljande timmarna efter förlossningen och för att förkorta själva förlossningsförloppet. Också Narendran m.fl. (2008, 237 – 244) fann i sin studie att ifall man utövat yoga under graviditeten lindras smärtan vid förlossningen och yoga har också positiv effekt på fostrets vikt och minskar risken för prematurer.

4.4.3 TENS

TENS står för transkutan elektrisk nervstimulering. Det är en apparat med gummi- eller plastplattor som fästs på huden som ger elektriska vibrationer med varierande intensitet via en batteriladdad generator. Apparaten stimulerar nerverna runt huden där plattorna är fästa. Vibrationen frisätter endorfiner, samma som massage. Modern kan själv välja styrkan på vibrationerna och en riktlinje som hon kan hålla är att vibrationerna skall kännas ordentligt, de ska vara på gränsen till att göra ont, dock får de inte vara outhärdliga och smärtsamma. TENS gör störst nytta under latensfasen och det aktiva öppningsskedet då modern kan fästa plattorna på ryggen eller låren beroende på var det gör ont. Modern kan hyra en TENS apparat på förhand så hon kan använda den senare under förlossningen. (Abascal, 2009, 237 – 239).

Sheperd (u.å.) skriver att TENS inte har några kända bieffekter och är tryggt, dock påpekar Abascal (2009, 238) att TENS apparaten kan i vissa fall störa CTG-apparaten som används för att övervaka fostrets hjärtfrekvens. Men detta har vårdpersonalen uppsikt över.

Johnson (2001, 121 – 158) undersökte effektiviteten av diverse TENS apparaturer och kunde dra slutsatsen att den traditionella TENS apparaten har märkbar effekt på lindringen av smärta. Det är omstritt ifall TENS lindrar förlossningssmärta men vad som kom fram i denna studie var att TENS verkligen har effekt på förlossningssmärtan och således påpekar Johnson att det behövs flere kliniska forskningarna om TENS apparater och dess smärtlindrande effekt.

4.4.4 Värme och kyla

Abascal (2009, 241 – 242) skriver att värme eller kyla fungerar för många som en smärtlindrande metod. Vid värmeterapi kan modern använda sig av värmekrus, vetekuddar eller våta frottéhanddukar som värmts i mikrovågsugn. En varm handduk som läggs på perineum vid utdrivningsfasen kan minska på bristningarna. Lewis m.fl. (2000, 151) skriver at värmeterapi är applicering av endera torr eller fuktig värme på kroppen. Värmeterapi kan vara ytlig eller djup. Vid förlossning är det fråga om ytlig värme och då ger skribenterna exempel på redskap såsom elektrisk värmekudde, hot pack eller varmvattenflaskor.

Kyla kan också fungera för vissa som smärtlindring, exempel på redskap här är isbitar i påsar inlindade i en handduk eller så kan man blöta och frysa ner bindor som modern sedan kan ta fram och lägga på var det smärta. (Abascal, 2009, 241 – 245). Lewis m.fl. (2009, 151) ger fler exempel på redskap såsom kylpåsar eller kall dusch. De skriver även att kyla sägs vara mer effektivt mot smärta än värme eftersom det verkar snabbare än värme och ger en mer långvarig smärtlindring.

Roche och Hughes (1999, 239 – 261) skriver i sin artikel att värme som smärtlindrande effekt fungerar genom muskelrelaxation och/eller genom Gate kontroll teorin (stimulering av andra känselkvaliteter). Skribenterna påpekar dock att värmeterapi inte skall användas i samband med epiduralbedövning med risken att få brännskador eftersom känslan i de smärtande områdena är nedsatt.

4.4.5 Dusch och bad

Ifall man ännu är hemma under öppningsfasen och latensfasen kan en dusch fungera avslappnande och smärtlindrande. En hård duschstråle riktad mot det område som gör ont kan lindra smärtan. Tar man ett bad bör temperaturen vara behaglig, dock kan bad stanna av värkarna under latensfasen och till modern munnen öppnar sig, detta är inte att rekommendera. Badet kan då tas under den mera aktiva fasen. Rekommendationer finns om att inte ta bad efter att fostervattnet gått eftersom det kan öka infektionsrisken. Men är detta inte skrivet i sten så vissa kan rekommendera bad även efter fostervattnets gång. Värt en tanke är att varmt vatten ökar kroppstemperaturen och gör så att man mister vätska, så att dricka och äta är viktigt. Värme kan också höja fostrets puls, så en snabb kalldusch över magen kan användas för att kyla ner. Sheperd (u.å.) skriver att många kvinnor som klagat på ryggont kan få tillfredsställelse av vattenmassage d.v.s. massage given då musklerna är under vatten. Roche och Hughes (1999, 239 – 261) skriver också att en varm dusch kan vara smärtlindrande.

4.4.6 Mat och dryck

Att komma ihåg att äta och dricka är viktigt. Under latensfasen och hela förlossningsarbetet är det viktigt för modern att få sig näring eftersom när hon är mätt ökar

frigörningen av endorfiner och vid regelbundet näringsintag hålls blodsockernivån jämn som bidrar till en bättre smärttolerans. Under förlossningsarbetet bör modern äta lite och ofta, t.ex. saftoppor, glass, krämer. Lägre fram i förlossningen kan det vara svårt att äta så då bör man koncentrera sig på vätskeintaget. (Abascal, 2009, 244).

4.4.7 Motion

Lewis m.fl. (2000, 151) skriver att motion verkar via många mekanismer för att lindra smärta. Det ökar blodcirkulationen, förbättrar hjärt- och kärlmuskulaturen, reducerar ödem, ökar muskelstyrkan och flexibiliteten och förbättrar den fysiska och psykiska funktionen. Abascal (2009, 244 – 246) påpekar att under latensfasen bör man samla på krafterna men då värkarna börjar öka i styrka kan rörelse i upprätt position lindra smärtan. Det kan vara tungt att röra på sig under förlossningsarbetet men modern kan använda partnern som stöd eller andra redskap som finns på förlossningsavdelningen t.ex. pilatesbollar, gåstolar. Motion frigör endorfiner och för så att livmodern syresätts bättre så barnet enklare kan tränga sig ner genom förlossningskanalen. Bäckenet vidgas även när man är upprätt och således behöver modern inte pressa ut barnet i ”uppförsbacke”.

4.4.8 Akupunktur och akupressur

Akupunktur/akupressur kan ha smärtlindrande effekt under det tidiga förlossningsskedet. Kroppen har olika avslappnande punkter och vid tryck på dessa punkter kan personer känna avslappning. Akupunktur innebär att man lägger tycke på dess punkter med hjälp av nålar medan akupressur innebär tryck utan invasiva ingrepp. Avslappnande punkter finns på huvudet, mellan ögonen och i tumvecket. Under förlossningen ändras smärtpunkterna, då kan man applicera tryck på det området som för stunden smärftar. Till exempel under utdrivningsskedet då det gör ont i perineum kan det vara skönt med tryck mot ändtarmen. Akupunktur och/eller akupressur kan också verka smärtlindrande vid eftervärkar. (Abascal, 2009, 246 – 247).

Hantoushzadeh m.fl. (2007, 26 – 30) undersökte i sin studie den smärtlindrande effekten av akupunktur hos förstföderskor under förlossningen. De kom fram till det resultatet att akupunktur kan minska på smärtan, minska på längden av den aktiva fasen (1:a och 2:a

fasen) samt minska på de administrerbara doserna av oxytocin. Heller inga ogynnsamma bieffekter av akupunktur framkom ur forskningen.

4.4.9 Aquakvaddlar

Denna teknik används för att hantera ryggsmärta under förlossningen. Det är en snabbverkande smärtlindring vid förlossning. Med denna teknik hålls modern fullkomligt medvetande och kan hindra behovet av epiduralbedövning vid ett senare skede. Rent, sterilt vatten injiceras i fyra specifika områden på moderns nedre rygg. Detta kan orsaka en stickande smärta som varar i 20 – 30 sekunder, men den smärtlindrande effekten varar i en timme eller mer och denna procedur kan repeteras flera gånger. (Sheperd, u.å.).

Abascal (2009, 247 – 251) skriver att de små mängderna sterilt vatten också kan injiceras längs med blygdbenet där det gör ont. Kvaddlarna injiceras med en vanlig injektionsnål precis under huden (subkutant). Kvaddlarna ökar produktionen av endorfiner och de kan injiceras endera under en värk eller i en värkpaus.

Både Bahasadri m.fl. (2006, 102 – 106) och Mårtensson och Wallin (2208, 369 – 374) fick som resultat i sina studier vilka undersökte aquakvaddlarnas smärtlindrande effekt under förlossningen, att aquakvaddlar är en effektiv smärtlindringsmetod mot smärta i nedre ryggen under förlossningen.

5 Produkt

Min produkt är en prototyp av en broschyr om förlossningssmärta, andning och massage som hälsovårdarna kan dela ut åt föräldrarna under föräldraförberedelsekurserna. Produkten kommer jag att vidareutveckla och fulländiga under utvecklingsarbetet inom hälsovårdarstudierna.

5.1 Produktutveckling

Som motivering till valet av just en broschyr ligger tankarna om egenvård/empowerment, eftersom så många studier påpekar att kunskap hos den förlösande modern ger bättre förutsättningar för god smärtvård. Björvell (2001, 15 – 37) skriver att *patient empowerment* är en metod som används inom sjukvården. Det innebär att vårdpersonalen försöker involvera patienten i sitt eget vårdande. Patienten bör vara med och bestämma om sin vård så mycket som möjligt. Patient empowerment ger patienten mer kontroll över sin livssituation och upplevelse av en delaktighet i vad som sker som bekräftelse och motarbetar känslan av hopplöshet. Patient empowerment går i korthet ut på att personalen skall med sin kunskap och med hjälp av patientens berättelser utbilda patienten till att kunna ta hand om sig själv.

Under processen gång när jag skrivit mitt examensarbete har jag genom litteraturen och diverse forskningar kommit fram till att **kunskap ger kontroll**. Och vid olika smärtsituationer är det mycket viktigt att känna kontroll över situationen eftersom det dämpar rädslan som i sin tur dämpar smärtupplevelsen. Ifall den förlösande modern har kunskap om smärta och vad hon och/eller hennes partner kan göra för att lindra på smärtan känner modern att hon har kontroll över förlossningen och det leder till en mer positiv förlossningsupplevelse och även en smärtfriare sådan. Broschyren skall fungera som ett hjälpredskap även för hälsovårdarna eftersom de kan dela ut broschyren åt föräldrarna för att förstärka vad som går igenom på föräldraförberedelsekurserna. Broschyren är lättläst eftersom den skall ges åt den väntande familjen och skall vara lätt att förstå och smälta. Ifall det uppstår funderingar runt broschyrens innehåll hos de blivande föräldrarna kan de alltid vända sig till hälsovårdaren som innehar detta examensarbete. Här finns motiveringarna och faktagrunderna till det innehåll jag lagt i broschyren.

5.2 Produktens innehåll

Innehållet i produkten är en sammanfattning av de viktigaste faktorerna angående förlossningssmärta, andning och massage. Innehållet skall vara lätt förstått och lätt att implementera för föräldrarna under själva förlossningen, produkten är en komprimerad version av mitt examensarbete. Eftersom produkten inte kan vara allt för omfattande kommer jag att ge litteraturtips i produkten. Produkten skall fungera som en ögonöppnare för föräldrarna så ifall ämnet är intressant kan de själva studera vidare med hjälp av mina litteraturtips. Jag hoppas produkten skall väcka intresse så att föräldrarna upptäcker sina egna resurser och förstår hur mycket kontroll de besitter. Orsaken till att jag inte har källhänvisningar i produkten är att läsarna då kan finna det förvirrande och tungläst eftersom produkten är relativt kort och väldigt många källor har använts.

Broschyrens titel är den samma som själva examensarbetets rubrik dock är den personifierad till att rikta sig direkt åt mamman och partnern genom imperativ form (uppmaning). Innehållet i kapitlet smärta har jag baserat på Hawthorn och Redmonds bok samt bakat in forskningsresultat av McCrea och Wright samt av Larsen m.fl. eftersom de beskriver smärta utförligt och ger essens åt innehållet. Innehållet här är samlat från kapitlen 3 och 4. Kapitlet om förlossningen baserar sig på text av Tiitinen, Sarvela, Sariola och Haukkamaa samt Pulli eftersom jag ville ha med grundfakta styrka deras fakta har jag implementerat studien om förlossningen gjord av Williams m.fl. Informationen är samlad från kapitel 4. Kapitlet om avslappning har jag baserat på Blix-Lindströms texter ifrån Signekursen samt Abascal och hennes bok och kapitlet om andningen baserar sig på Abascals bok samt styrks av forskningsresultat av Nyberg och Thomasson, texten är tagen från kapitel 5. Delen om massage baserar sig på forskningsresultat av bl.a. McNabb m.fl., Chang m.fl., Andrén m.fl och författare såsom Abascal och Lewis m.fl. På detta sätt har jag fått in information om själva massagen och evidens på dess positiva verkan på förlossningssmärta. Kapitlet var jag nämner de andra icke-medicinska smärtlindringsmetoderna baserar sig på kapitel 5.4.1 framåt med information av författaren Abascal samt diverse forskning av bl.a. Chuntarapati m.fl, Johnson, Mårtensson och Wallin samt Narendan m.fl. eftersom de bevisar i sina studier att dessa metoder är effektiva. Tipsen baserar sig på hela examensarbetets innehåll och således på alla använda källor, främst på alla de forskningsresultat som framstigit under min process. Bilden som jag använt på pärmen är min sambos brors son och bilden är lovligt använd.

5.3 Utvärdering av produkten

Min broschyr skall som sagt delas ut på föräldraförberedelsekurserna som ordnas av Pargas mödrarådgivning. Den skall fungera som ett stöd både för hälsovårdarna och för de deltagande familjerna. Eftersom detta är en prototyp kommer jag att vidareutveckla produkten under utvecklingsarbetet inom hälsovårdarstudierna var jag kommer att fullända layouten, innehållet, språket och strukturen genom att läsa in mig på utformningen av patientmaterial.

6 Processbeskrivning

I detta stycke behandlas min arbetsprocess och hur jag hittat information för att få svar på mina frågeställningar samt uppnå mitt syfte med detta arbete.

6.1 Arbetsprocessen

Denne arbetsprocess satte igång i december 2009 då vi åkte till Pargas mödrarådgivning och lyssnade på YHHV 11:s presentationer inom projektet *Rådgivningsverksamhet i utveckling*. Jag fastnade direkt då jag hörde att föräldrarna önskat mer information om smärtlindring under förlossningen inom föräldraförberedelsekurserna. Jag började söka information via internet, i olika bibliotek, i affärer och genom bekanta. Jag tänkte först enbart skriva om icke-medicinska smärtlindringsmetoder vid förlossning men efter handledning riktade jag in mig på själva förlossningssmärtan med andning och massage som huvudpunkter. Det finns oerhört mycket information om smärta och förlossningen så för att inte mitt examensarbete skulle ha blivit allt för omfattande riktade jag in mig på normala förlossningar utan komplikationer. Jag upplevde aldrig brist på information, istället måste jag bedriva mycket kritisk granskning av materialet och således sälla det så det var pålitligt. Jag använde utöver svensk litteratur mycket finsk och engelsk litteratur. Själva skrivandet gick enligt mitt tycke relativt smidigt. Produkten var mitt största bekymmer. I början av processen tänkte jag eventuellt göra en verktygsback som innehöll olika produkter och info om förlossningssmärtan, andning och massage. Men ju längre in i min process jag kom och desto mer vetenskapliga forskningar jag läste kom jag fram till att jag ville göra en broschyr om ”mitt ämne” som hälsovårdarna kan dela ut till föräldrarna under familjeförberedelsekurserna. Då jag visste vad jag ville göra gällde det att sälla examensarbetets innehåll och ta med endast det mest väsentliga så att inte broschyren blev för tungläst och komplicerad.

6.2 Datainsamling

Material har jag hittat från många olika håll. Jag har sökt i bibliotek, internet och databaser. Databaser jag har använt är EBSCO, Swemed och Cinahl, dock endast använt mig av material från EBSCO eftersom deras artiklar tangerade mitt ämne bäst. Sökorden jag har använt mig av är förlossningssmärtan (Fi: synnytyskipu, Eng: delivery pain, childbirth+pain,

labour pain) samt enbart ordet smärta (Fi: kipu, Eng: pain), förlossning/barnafödelse (Fi: synnytys, Eng: childbirth, child delivery), massage (Fi: hieronta, Eng: massage), andning (Fi: hengittely, Eng: breathing), smärtlindring, (Fi. kivunlievitys, Eng: Pain Alleviation), transcutaneous electric nerve stimulation, yoga och akupunktur (Eng: acupuncture). Som avgränsningar har jag haft normal förlossning eftersom ju mer komplicerad en förlossning är desto mer mångfacetterad blir smärtvården så jag har begränsat mitt examensarbete till det ”normala”. Då jag sökt artiklar har jag avgränsat dem till fulltext.

7 Kritisk granskning och diskussion

Detta examensarbete är som sagt en litteraturgranskning och då har jag kritiskt valt ut källor som är pålitliga att hänvisa till. Holme och Solvang (2006, 124 – 125) skriver att det är sällan vi får tag i information som direkt ger svar på de frågeställningar vi lagt upp. Det kan bero på en tillfällighet som avgör vilken information vi får tag i. Det finns massor av irrelevant källmaterial. Genom att ställa nya frågor kan vi få fram nya aspekter, dock sätter själva källorna och dess tillgänglighet och pålitlighet gränser. Information som inte finns kan vi inte få tag i helt enkelt. Detta fenomen märkte jag under min skrivprocess. Dock kunde jag koppla ihop vissa källor och se samband mellan dem. Jag hittade även en massa information om mitt ämne på internet men jag valde oftast att inte använda det eftersom jag inte litade på källan och vital hänvisningsinformation saknades. Många gånger hittade jag också material av en tillfällighet såsom Holme och Solvang skriver, t.ex. kunde jag läsa en tidning och där hitta tips på litteratur som jag tidigare inte hittat.

Holme och Solvang (2006, 124 – 127) fortsätter att källmaterial skiljer sig både till innehåll och kvalitet men oftast har den tillräckligt med innehåll för att diskutera och analysera. Källanalys ställer en hel del krav och medför olika problem. Gallringen av informationen styrs till stor del av våra frågeställningar också kommer en del tillfälliga skeenden att inverka såsom t.ex. val av bekanta källor, vad som slutligen blir bevarat i våra arbeten. Källorna kan variera mycket angående kvalitet och karaktär. Men om vi är medvetna om våra begränsningar som existerar och ställer de rätta frågorna till materialet kan vi utvinna en massa information. Som sagt har jag varit ganska kritisk vid valet av källor till mitt examensarbete och detta med valet bekanta källor som Holme och Solvang nämner har jag nog idkat. Jag har t.ex. använt bekanta databaser till artikelsökning för att garantera artiklarnas reliabilitet. Och att ställa rätt frågor till materialet har varit väsentligt i min arbetsprocess eftersom mina källor varit fullspäckade av information och ifall jag ställt de rätta frågorna har jag kunna utvinna information till flere kapitel i mitt examensarbete.

Under mina kurser i forskningsmetodik har jag lärt mig att då ett forsknings-, utvärderings-, utvecklings- eller utredningsarbete genomförts måste följande fråga ställas: Vad betyder egentligen resultaten? Det måste sättas in i sitt sammanhang. När skribenten fått ut det fullständiga resultatet av sin forskning måste det kunna sättas in i ett bredare perspektiv och kunna generaliseras bortom urvalspopulationen. Man måste komma ihåg att de slutsatser som kan dras begränsas av det syfte som ligger bakom undersökningen. Detta

sammanfattar i princip mitt examensarbete och produkt. Jag gjorde en litteraturstudie, fick ut fakta och forskningsresultat om ämnet i fråga och implementera denna information i min produkt som skall ges till hälsovårdaren och den väntande familjen.

Onekligen måste jag säga att detta arbete varit lärorikt och att jag fått nya perspektiv angående barnafödelse. All ny kunskap om förlossningssmärta kommer definitivt att stöda mitt framtida arbete som hälsovårdare och all min kunskap om smärta i sig och dess mångfacetterade uppfattning har verkligen fördjupats och eventuellt märks det i framtiden i mitt bemötande gentemot patienter med smärta. Det viktigaste faktumet jag lärt mig under denna forskningsprocess är att kunskap ger kontroll. Oberoende vad man är i för situation så ger kunskap känslan av kontroll hos individen och hjälper individen genom situationen. Detta går bra att implementera på förlossningssituationer. Ifall modern har kunskap om smärtan och vet varför och hur den kan te sig har hon större kontroll över situationen och kan således lättare handskas med smärtan. Och genom att ha kunskap om hur hon kan handskas med smärtan kan smärtan lindras. De smärtlindringsmetoder jag tagit upp är andning och massage som var på begäran av klinterna på Pargas mödrarådgivning. Andning och massage är smärtlindringsmetoder som modern själv kan ha kontroll över och ifall hon har blivit undervisad i dessa smärtlindringsmetoder kan hon själv under förlossningen implementera dessa och uppleva kontroll. Dock vill jag ännu påpeka att känslan av kontroll inte bara begränsas till användningen av icke-medicinska smärtlindringsmetoder. Modern kan även ha kontroll över förlossningen fastän hon använder sig av medicinska metoder, vårdpersonalen skall finnas där för modern och handleda henne genom olika smärtlindringsmetoder och hjälpa henne att **själv** välja ett passligt alternativ. Kvinnan skall inte behöva lida, hon måste komma ihåg att hon är berättigad till adekvat smärtlindring.

Innehållet i mitt examensarbete är ju begränsat och jag skulle aldrig ha haft möjlighet att implementera all litteratur om smärta, förlossningssmärta, andning och massage. Dock har jag behållit den röda tråden och alltid haft förlossningen som utgångspunkt och hur man inom rådgivningsverksamhet skall kunna förbättra förlossningsupplevelsen hos de väntande kvinnorna och familjerna. Eftersom redan konstaterat är att kunskap ger kontroll så har jag velat dyka djupt inom ämnet förlossningssmärta och sedan implementerat studier som bidragit med den senaste informationen inom mitt område. Även hälsovårdarna på Pargas mödrarådgivning ville att vi skulle leta reda på de senaste forskningarna och information i sig som skulle stöda dem i deras arbete. Ämnet förlossningssmärta är mycket

mångfacetterat och alla individer handskas med den på olika sätt, dock har jag på begäran forskat mest inom smärtlindringsmetoderna andning och massage men också kort nämnt andra vanliga icke-medicinska smärtlindringsmetoder för att kunna introducera dessa till de väntande kvinnorna som kanske inte riktigt vet hur de skall orientera sig i djungeln av smärtlindringsmetoder.

Källförteckning

- Abascal, G. (2009). *Att möta förlossningssmärtan*. Falun: Bonnier Fakta
- Andrén, K., Störholt, L. & Lundgren. (2005). Kvinnors upplevelser av taktil massage under förlossningens latensfas. *Vård i Norden*. 25 (4), 10 – 14.
- Bailham, D., Slade, P. & Joseph, S. (2004). Principal components analysis of the perceptions of labour and delivery scale and revised scoring criteria. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 22 (3), 157 – 165.
- Basahadri, S., Ahmadi-Abhari, S., Dehghani-Nik, M. & Habibi, G.R. (2006). Subcutaneous sterile water injection for labour pain: A randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 46, 102 – 106.
- Björvell, H. (2001). Patient empowerment – ett förhållningssätt i mötet med patienten. I Klang Söderkvist, B. (red.) *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Blix-Lindström, S. Brandt, J., Westlund, K. & Wilsby, A. (2004). *Signekursen – Träna avslappning*. Stockholm: Barnmorskeförbundet.
- Chang, M.-Y., Wang, S.-Y. & Chen, C.-H. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*. 38 (1), 68 – 73.
- Chuntharapat, S., Petpichetchian, W. & Hatthakit U. (2008). Yoga during pregnancy: effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 14, 105 – 115.
- Eek, A. & Unosson, C. (2009). *Effekter på etablering av aktiv förlossning av taktil massage under latensfasen*. Opublicerat examensarbete på magisternivå. Högskolan i Borås. Institutionen för vårdvetenskap, Borås.
- Hantoushzadeh, S., Alhusseini, N. & Lebaschi, A.H. (2007). The effects of acupuncture during labour on nulliparous women: A randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 47, 26 – 30.
- Hawthorn, J. & Redmond, K. (2007). *Smärta – Bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Heinze, S. D. & Sleigh, M. J. (2003). Epidural or no epidural anaesthesia: relationships between beliefs about childbirth and pain control choices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 21 (4), 323 – 333.
- Holme, I. & Solvang, B. (2006). *Forskningsmetodik – Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- IASP (u.å.)
<http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home> (hämtat: 6.4.2010)

Ingves, J. & Stenmark, J. (2009). *Pargas mödrarådgivning i utveckling*. Opublicerat lärdomsprov för sjukskötarexamen. Yrkeshögskolan Novia, Utbildningsprogrammet i vård, Åbo.

Johnson, M.I. (2001). Transcutaneous nerve stimulation (TENS) and TENS-like devices: do they provide pain relief? *Pain reviews*. 8, 121 – 158

Kabeyama, K. & Miyoshi, M. (2001). Longitudinal study of the intensity of memorized labour pain. *International Journal of Nursing Practice*. 7, 46 – 53.

Kalso, E. & Kontinen, V. (2009). Kivun fysiologia ja mekansimit. Teoksessa Kalso, E., Vainio, A. & Haanpää, M. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Larsen, K. E., O'Hara, M. W., Brewer, K. K. & Wenzel, A. (2001). A prospective study of self-efficacy expectancies and labour pain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 19 (3), 203 – 214.

Lewis, S., Heitkemper, M. & Dirksen, S. (2000). *Medical Surgical Nursing*. 6 uppl. Missouri: Mosby.

Lundh, B. & Malmquist, J. (2005). *Medicinska ord. Det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer*. 4. uppl. Lund: Studentlitteratur

McCrea, B. H. & Wright, M. E. (1999). Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (4), 877 – 884.

McNabb, M., Kimber, L., Haines, A. & McCourt, C. (2006). Does regular massage from late pregnancy to birth decrease maternal pain perception during labour and birth? — A feasibility study to investigate a programme of massage, controlled breathing and visualization, from 36 weeks of pregnancy until birth. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 12, 222 – 231.

Mårtensson, L. & 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.

Narendran, S., Nagarathna, R., Narendran, V., Gunasheela, S. & Nagendra, H.R.R. (2005). Efficacy of yoga in pregnancy outcome. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 11 (2), 237 – 244.

Nyberg, A. & Thomasson, C. (2009). *Upplevelser av att använda Annas Profylax under förlossningen*. Opublicerat examensarbete på magisternivå. Högskolan i Borås. Institutionen för vårdvetenskap, Borås.

Nystedt, A., Högberg, U. & Lundman, B. (2004). The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 579 – 586.

Pulli, T. (2008). Synnytyskivun lievitys. Terveysportti.
http://ezproxy.novia.fi:2071/dtk/shk/koti?p_haku=synnytyskipuja (hämtat: 10.12.2009)

- Roche, S. & Hughes, E. W. (1999). Pain problems associated with pregnancy and their management. *Pain reviews*. 6, 239 – 261.
- Sariola, A. & Haukkamaa, M. (2004a). Normaali raskaus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Sariola, A. & Haukkamaa, M. (2004b). Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Sarvela, J. (2009). Synnytyskipu. Teoksessa Kalso, E., Vainio, A. & Haanpää, M. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Sheperd, D. (u.ä.) *Pain Relief Options for Labour*. Women's Health. http://www.womens-health.co.uk/alt_pain.html (hämtat: 10.12.2009)
- Terry, R. & Gijbers, K. (2000) Memory for the quantitative and qualitative aspects of labour pain: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 18 (2), 143 – 152.
- Tiitinen, A. (2009a). Tietoa potilaalle: Normaali raskauden kulku. Terveysportti. http://ezproxy.novia.fi:2071/dtk/shk/koti?p_haku=synnytyskipuja (hämtat: 10.12.2009)
- Tiitinen, A. (2009b). Tietoa potilaalle: Normaali synnytys. Terveysportti. http://ezproxy.novia.fi:2071/dtk/shk/koti?p_haku=synnytyskipuja (hämtat: 10.12.2009)
- Vainio, A. (2009). Kipu ja kieli. Teoksessa Kalso, E., Vainio, A. & Haanpää, M. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Williams, C. E., Povey, R. C. & White, D. G. (2008). Predicting women's intentions to use pain relief medication during childbirth using the Theory of Planned Behaviour and Self – Efficacy Theory. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 26 (3), 168 – 179.
- Wright M. E., McCrea, H., Stringer, M. & Murphy – Black, T. (2000). Personal control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (5), 1168 – 1177.