

Förlossningssmärta

- en kvalitativ litteraturstudie om kvinnors upplevelser relaterat till lidandet

Carolina Axén

Examensarbete

Vård

2013

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	8132
Författare:	Carolina Axén
Arbetets namn:	Förlossningssmärta – en kvalitativ litteraturstudie om kvinnors upplevelser relaterat till lidandet.
Handledare (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Uppdragsgivare:	Kvinnoprojektet, Kvinnosjukhuset
<p>Sammandrag:</p> <p>Studien är en kvalitativ innehållsanalys om kvinnors upplevelser av förlossningssmärta. Studien är ett samarbetsprojekt med kvinnosjukhuset. Syftet med studien är att ta reda på den födande kvinnans upplevelser av förlossningssmärta eftersom det är viktigt för en barnmorska att förstå hurudan smärta föderskan kan uppleva under förlossningen så hon kan hjälpa på bästa möjliga sätt. Frågeställningarna är: Hur har föderskan upplevt förlossningssmärta? Hur har barnmorskan kunnat hjälpa under förlossningssmärta? Som datainsamlingsmetod användes systematisk litteratursökning och som analysmetod användes kvalitativ innehållsanalys. I studien användes 13 vårdvetenskapliga artiklar som hittades på databasen Cinahl (Ebsco) och Google Scholar. Som teoretisk referensram användes Katie Erikssons den lidande människan från år 1994. Resultatet delades in i två huvudkategorier smärtupplevelsen och barnmorskans roll. Dessa huvudkategorier delades in i nio underkategorier, vilka är kontroll och beslut, smärtlindring, positiva upplevelser, negativa upplevelser, smärtintensitet, minnet av smärtan, information och stöd, individualiserad vård och genom att hålla förlossningsdiskussion.</p>	
Nyckelord:	Förlossning, förlossningssmärta, föderska, upplevelser
Sidantal:	44
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	10.06.2013

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Vård
Tunnistenumero:	8132
Tekijä:	Carolina Axén
Työn nimi:	Synnytyskipu – kvalitatiivinen kirjallisuuskatsaus naisten kokemuksista liityen kärsimykseen.
Työn ohjaaja (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Toimeksiantaja:	Kvinnoprojektet, Kvinnosjukhuset
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Opinnäytetyö on kvalitatiivinen kirjallisuusanalyysi synnytyskipusta ja synnyttäjän kokemuksista synnytyksen yhteydessä. Tavoitteena on selvittää synnyttäjän kokemus synnytyskipusta koska on tärkeää että kättilö ymmärtää millaista kipua synnyttäjä saattaa kokea synnytyksen aikana, jotta hän voi auttaa naista niin paljon kuin mahdollista. Tutkiminto on osa yhteistä projektia Naistensairaalan kanssa. Tiedonkeruumenetelmänä on käytetty systemaattista kirjallisuushakua. Analyysimenetelmänä on käytetty sisällönanalyysi. Tutkiminto pohjautuu 13 hoitotieteelliseen tutkimusartikkeliin. Artikkelit on löydetty Chinal (Ebsco) ja Google Scholarista. Viitekehyksenä on käytetty Katie Eriksson ”Den lidande människan” vuodesta 1994. Kysymykset ovat: Miten synnyttäjä on kokenut synnytyskipua? Miten kättilöt on voinut auttaa synnytyskipun aikana? Tulokset jaettiin kahteen yläkategoriaan jotka ovat kivun kokemus ja kättilön rooli. Nämä yläkategoriat jaettiin yhdeksään alakategoriaan jotka ovat kontrolli ja tarpeet, kivunlievitys, positiivinen ja negatiivinen synnytyskokemus, kivun voimakkuus, synnyttäjän muisto kivusta, kättilön antama tieto ja tuki, yksilöllinen hoito ja pitää synnytyskeskustelu.</p>	
Avainsanat:	Synnytys, synnytyskipu, synnyttäjä, kokemus
Sivumäärä:	44
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	10.06.2013

INNEHÅLL

FÖRORD	6
1 INLEDNING	7
2 BAKGRUND	8
2.1 Förlossningssmärta.....	8
2.2 Smärtlindring.....	10
2.3 Mätning av smärtan.....	12
2.4 Tidigare forskning relaterat till förlossningssmärtan.....	12
3 TEORETISK REFERENS RAM	15
4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	18
5 METOD, MATERIAL OCH RESULTAT	18
5.1 Data insamling.....	19
5.2 Innehållsanalys.....	23
6 FORSKNINGSETISKA REFLEKTIONER	24
7 RESULTATREDOVISNING	25
7.1 Hur har föderskorna upplevt förlossningssmärtan?.....	25
7.1.1 Smärtupplevelsen.....	26
7.2 Hur har barnmorskan kunnat hjälpa under förlossningssmärtan.....	31
7.2.1 IBarnmorskan.....	31
7.3 Sammanfattning av resultatet.....	33
8 RESULTATET I RELATION TILL DEN TEORETISKA REFERENS RAMEN	34
9 DISKUSSION	36
10 KRITISK GRANSKNING	40
11 AVSLUTNING	41
Källor.....	42

Tabeller

Tabell 1. Analyserade artiklar.....20

Tabell 2. Resultatet.....25

.

FÖRORD

Jag vill rikta ett stort tack till mina två handledare Pirjo och Pernilla för god handledning, samt alla ni vänner och bekanta som ställt upp och uppmuntrat mig under denna långa och lärorika process.

Carolina Axén

Helsingfors, maj 2013

1 INLEDNING

Under de förlossningspraktiker jag gjort inom min studieperiod har intresset för förlossningssmärtan som fenomen vuxit fram. Jag bestämde mig då för att mitt examensarbete skulle behandla detta eftersom det är ett intressant ämne. Jag lade under nämnda perioder märke till att många föderskor hade mycket varierande kunskaper om förlossning, smärtlindring och det faktum att de kommer att känna smärta i samband med förlossningen. Vissa föderskor trodde att smärtan försvinner helt och hållet med smärtlindring men det faktum att den inte gör det gjorde dessa föderskor besvikna över att de aldrig blev helt smärtfria. Flera barnmorskor som jag då iakttog tog sig inte tid att berätta för föderskorna om förlossningssmärtan och en stor del av dem bestämde utan att fråga föderskan att epiduralbedövning skulle vara den smärtlindring föderskan skulle få. Detta gjorde att jag började fundera om barnmorskorna gjorde så för att de inte ville ta sig tid och för att själva komma lättare undan arbetsbördan eller om det var så att föderskan kanske skulle få en chans att vila. Ett annat alternativ kunde vara att det berodde på att barnmorskan inte använde sin kunskap om smärtan så hon kunde förbereda och ge den information om förlossningssmärtan som föderskan borde få. Detta hade i så fall kunnat leda till att föderskan bättre kunnat förstå smärtprocessen och därmed bättre kan förbereda sig på att det kommer ta ont, då all smärta inte kan tas bort.

Det finns inga smärtfria förlossningar även om man använder sig av smärtlindring och därför ska barnmorskan finnas där som stöd för föderskan och hjälpa henne att få en positiv bild av förlossningen och smärtupplevelsen. Negativa förlossningsupplevelser kan hos föderskan ingjuta känslan av att vara utlämnad och övergiven av sin omgivning då hon inte kan påverka det som sker. (Abascal 2009:12)

Denna studie är ett arbete som hör till kvinnoprojektet i samarbete mellan högskolan Arcada och Kvinnosjukhuset i Helsingfors.

2 BAKGRUD

I bakgrunden presenteras förlossningssmärtan, smärtlindringsmetoder och statistik över olika smärtlindringsmetoder. Det presenteras också hur man kan mäta smärtintensiteten och tidigare forskningar inom ämnet relaterat till förlossningssmärtan.

2.1 Förlossningssmärtan

Smärtan är en varningssignal som kontrollerar och styr människans beteende genom känslorna och hur vi uppfattar den. Varningssignalen får människan att reagera. Smärtan kan beskrivas som en obehaglig kroppslig och känslomässig upplevelse. (Abascal 2009:50)

Från det perifera nervsystemet går smärtan genom ryggmärgen och hjärnstammen till hjärnan där smärtupplevelsen sker. Nervtrådar förmedlar smärtsignaler till hjärnan som sedan tolkar smärtupplevelsen. Smärtupplevelsen kan påverkas beroende på situationen i vilken smärtan uppstår. Man vill vara på den plats man känner sig tryggast då det kommer till att hantera smärtan. Då värkarbetet exempelvis startar hemma för kvinnan, vill hon ta sig till förlossningssjukhuset där hon får hjälp och kan känna sig trygg. (Abascal 2009:50-51)

Under det första skedet av förlossningen är värkarna svaga och då är smärtupplevelsen som mildast. Ju mer förlossningen framskrider, desto oftare och tätare kommer värkarna och smärtan blir starkare. I slutet av första skedet är värkarna som starkast då värkarna kommer från livmodermunnen och livmoderns nedre delar. Under det andra skedet är smärtan också stark men den smärtsamma känslan minskar under föderskans aktiva krystande. (Paananen et al 2006:244)

För den födande kvinnan innebär smärtan att hon ska föda och att värkarnas funktion är att hjälpa barnet att födas. Det är viktigt att den födande kvinnan känner smärta under förlossningen, annars kunde det vara en livshotande situation för både modern och barnet. Livshotande situation kan betyda att barnet föds på gatan och att signaler på att något är fel uteblir. (Abascal 2009:51)

Föderskans allmänna tillstånd, fostrets storlek i förhållande till bäckenet, igångsättning av förlossningen och hur själva förlossningen framskrider påverkas av smärtintensiteten. Förhållningssättet till smärtan påverkas också av föderskans motivation, förväntningar, ålder, humör och tidigare förlossningserfarenheter. (Paananen et al 2006:244)

Med en bra kunskap kring födandet och förlossningssmärtan kan föderskan förstå och acceptera känslomässigt att det som gör ont är helt normalt och inte farligt. Smärtan kan bli meningsfull för föderskan om hon förstår vad som händer när smärtan kommer och hittar strategier för hur hon kan möta och hantera den. Smärtan talar om att barnet är på väg att födas. Meningen med värkarnas smärtfunktion är att öppna livmodermunnen och få barnet att rotera och tränga sig ner genom förlossningskanalen. Förlossningssmärtan berättar var barnet befinner sig på väg ut ur livmodern och då kan barnmorskan och partnern bedöma vad som händer och kan då ge det stöd föderskan behöver för att ta sig genom förlossningssmärtan. (Abascal 2009:47-48)

Förlossningssmärtan kan delas in i fyra olika kategorier. Den första är sensorisk/kroppslig och berättar om vad som händer i kroppen och vad som orsakar smärtan. Den andra är affektiv/känslomässig och berättar hur föderskan reagerar på smärtan. Den tredje är kognitiv och berättar hur föderskan bedömer och värderar smärtan. Den fjärde är hur smärtan styr föderskans beteende. (Abascal 2009:48)

Förlossning och födande innefattar intensiva fysiska, emotionella, sociala, kulturella, utveckling- och andliga element. Dessa element är delar av en enskild kvinnas upplevelse av denna stora händelse i livet. (Oweis 2009:526)

Enligt många föderskor är förlossningssmärtan den värsta tänkbara smärtan men ändå upplever de att förlossningen är det bästa som hänt i livet. Detta kan ha att göra med att föderskan hela tiden fokuserar på förlossningssmärtan, men med det samma efter förlossningen byter smärtupplevelsen plats med barnet. Förlossningssmärtan resulterar då i något positivt och meningsfullt (Abascal 2009:48-49).

Smärta presenteras på en filosofisk nivå som en del av mognadsprocessen och uppmuntrar till tankar om livets mening. Smärtan är som en paradox där kärlek och smärta förenas under förlossningen och från vilken kvinnan känner en djupare meningsfullhet. Livets utmaningar erbjuder individuella möjligheter att ta ansvar för sin egen personliga

utveckling genom att finna innebörden av den erfarenhet som förlossningen utgör. Barnmorskan har i lämplig stödjande miljö en avgörande roll för att i förlossningen göra det möjligt för kvinnan att tolka kroppens signaler och reagera på lämpligt sätt. (Mander 2000:139)

Det är den födande kvinnans upplevelse som ska stå i centrum under förlossningen. Barnmorskan kan ge vägledning i vad som kan hjälpa och lindra genom att iaktta kvinnans uttryck som ord, stön, tonfall, skrik och kroppsspråk (Abascal 2009:52). Föderskan och barnmorskan tillsammans kan göra en förlossningsplan som innehåller föderskans önskemål angående smärtlindringsmetoder så hon kan hantera smärtan på bästa sätt. Barnmorskan ska då ge information om både medicinska och icke-medicinska smärtlindrings metoder och dess positiva och negativa sidor. Barnmorskans stöd hjälper också valet av smärtlindringsmetod och får föderskan tillräckligt stöd kanske föderskan väljer bort den medicinska smärtlindringen. Om föderskan klarar av att hantera smärtan utan den medicinska smärtlindringen förstärks hennes självkänsla och självrespekt. Även fast föderskan ska få vara självständig i sina val om hur hon vill ha det under förlossningen, kan det hända hon inte klarar av att göra de val som behövs, då är det bra om barnmorskan följer med smärtans påverkan på förlossningen och fattar de olika besluten i föderskans ställe. (Paananen et al 2006:244)

2.2 Smärtlindring

Antalet föderskor som använder smärtlindring under förlossningen har ökat de senaste åren. Under åren 2010-2011 använde 92 % någon form av smärtlindring. Lustgas användes av 56 % av föderskorna och 62 % av föderskorna i hela landet använde sig av epidural-, spinal-, och kombinerad spinal- och epiduralbedövning. Hela 83 % av dessa användes mest vid Kvinnokliniken i Helsingfors. 18 % använde paracervikalblockad och av dem var 13 % förstföderskor. Pudendusblockad användes av 9 % av föderskorna. På sjukhus med färre än 1500 förlossningar om året användes icke farmakologisk smärtlindring mest. Totalt 30,8 % av alla föderskorna och 37,8 % av förstföderskorna använde sig av någon form av icke farmakologisk smärtlindring. (Vuori & Gissler 2012:13-22)

Smärtlindningsmetoderna delas in i de farmakologiska (medicinska) och icke farmakologiska (icke medicinska) smärtlindringarna. Nedan följer en redovisning över de vanligaste farmakologiska- och icke farmakologiska smärtlindringarna.

Farmakologisk smärtlindring

Epiduralbedövning är en effektiv smärtlindring som underlättar värkarbetet under öppningsskedet.

Paracervikalblockad ger en lokalbedövning av livmodermunnen under öppningsskedet. Effekten varar 1-2 timmar.

Pudendusblockad är en lokalbedövning som bedövar bäckenbotten och lindrar smärtan under utdrivningsskedet.

Spinalblockad är en engångsbedövning som verkar snabbt och effekten varar i cirka 1-2 timmar.

Lustgas är en inhalerbar smärtlindring av dikväveoxid och syre. Den kan användas under hela förlossningen. (Paananen et al 2006:249-252)

Icke farmakologisk smärtlindring

Bad/dusch slappnar av musklerna och lindrar den spända kroppen under sammandragningarna.

Massage tar bort spänstigheten i kroppen och musklerna slappnar av.

Lugn andning tar inte bort smärtan men minskar den genom att föderskan koncentrerar sig på andningen istället för smärtan.

Aquakvaddlar sätts där smärtan är som värst i magen eller ryggen och kan sättas när som helst under förlossningen. (Paananen et al 2006:247-248)

2.3 Mätning av smärtan

Smärtan kan mätas genom Visual Analogue Scale (VAS). VAS är en 10 cm lång rak linje som representerar smärtintensitet i kontinuitetisk form. Det finns verbala förklaringar i varje ände på linjen: 0 ”ingen smärta” från vänster av linjen och 10 ”värsta möjliga” till höger på linjen. Patienten placerar en markering på linjen som representerar deras nivå av den aktuella smärtintensiteten. Placerar patienten markeringen mellan 0 och 7 kan smärtan kategoriseras som mild till måttlig. Placeras markeringen mellan 7,1 och 10 kategoriseras smärtan som svår. (Baker et al 2001:173)

2.4 Tidigare forskningar relaterat till förlossningssmärta

Studier om förlossningssmärta har gjorts med flera tyngdpunktsområden. Nedan redovisas tidigare studier som berör förlossningssmärtan ur den födande kvinnans perspektiv.

Perceptions of Labour pain by mothers and their attending midwives

Baker et al (2001) har i studien ”Perception of Labour pain by mothers and their attending midwives” undersökt hur föderskorna och den förlossningsbarnmorska som varit närvarande har uppfattat förlossningssmärtan. Bakgrunden till denna studie är att barnmorskorna ofta över- eller undskattar smärtan och därmed inte kan ge rätt bedömning när det gäller smärtlindring. Som metod för att undersöka uppfattningen av smärta användes den korta versionen av frågeformuläret McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ). Tretton föderskor och nio barnmorskor fyllde i frågeformuläret var femtonde minut. Samplet var verksamma i The Queen Elisabeth Hospital i Adelaide i södra Australien och föderskornas förlossningar inträffade mellan november år 1994 och oktober år 1996. Föderskorna var mellan 23 och 29 år och av dem hade nio stycken en normal vaginal förlossning och två stycken födde med sugkopp. De två sista födde med akut kejsarsnitt. Barnmorskorna var nio till antalet och mellan 29-43 år och deras arbetserfarenhet av förlossningsvård var i medeltal 8,5 år.

Angående frågeformuläret består det av flera delar. En av de delarna är Visual Analogue Scale (VAS) som graderar smärtintensiteten. Resultatet i undersökningen visade en skillnad mellan hur föderskorna och barnmorskorna bedömde smärtan. I djupanalysen konstaterades att föderskornas och barnmorskornas smärtbedömning var densamma under lägre smärtnivåer medan situationen då man kom upp i högre smärtnivåer var sådan att barnmorskorna märkbart underskattade den smärtnivå som föderskorna beskrev som allvarlig. Enligt denna undersökning förlitar sig barnmorskorna på både verbala och icke-verbala tecken då de bedömer smärtnivåerna. (Baker et al 2001:173-176)

Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women

I många studier har man undersökt begreppet smärta och erfarenheter kring det när det gäller en specifik befolkningsgrupp. En av dessa är "Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women" sammanställd av Ip, Chien och Chan (2003) i Hongkong. Artikeln publicerades i Journal of Advanced Nursing 42. Målet med just denna specifika undersökning var att utforska förlossningsförväntningarna hos förstföderskorna i Hongkong, Kina. Undersökningen omfattade hela 186 gravida kvinnor och var den första i sitt slag. En liknande undersökning när det gäller just kinesiska kvinnor har inte gjorts i syfte att underlätta barnmorskornas arbete. Som metod för att kartlägga kvinnornas förväntningar på respektive förlossning användes frågeformulär. Detta formulär var Childbirth Expectations Questionnaire (CEQ). CEQ består av 35 enheter som indelas i en femgradig skala från 1: helt av annan åsikt till 5: helt av samma åsikt. Denna metod konstaterades ändamålsenlig på grund av hög validitet och reliabilitet. Undersökningen gav en svarsprocent på 95 %. Ett urval av svaren var till exempel att medelåldern var 30 år, majoriteten var gift och arbetade inte utanför hemmet. Vidare önskade 93 % en vaginal förlossning. 65 % valde en smärtfri förlossning och 0,5 valde kejsarsnitt. Då det frågades om smärtlindring önskade de flesta andnings- och avslappningsövningar.

I denna studie påvisas att Kinesiska kvinnor har höga förväntningar när det gäller stöd från såväl partner och barnmorska under förlossningen. Det största stödet förväntade man sig av sin partner och sin familj. I kinesisk kultur ingår ett starkt stöd från familj i

tidigt moderskap, vilket kan vara en förklaring till att förväntningarna på familjen är högre än på barnmorskorna. Vissa av de källor man hänvisar till i denna studie menar att kinesiska kvinnor har störst nytta av beröm i förlossningssituationen eftersom kineserna är kulturellt sett ovilliga att visa känslor inför andra. Man kan konstatera att studien stöder den information man samlat in om ämnet tidigare, nämligen att kvinnorna har höga förväntningar. (Ip & Chan 2003:153-157)

The development of a scale to assess control in pain management during labour

En undersökning som är mer teoretisk är gjord av McCrea, Wright och Stringer (2000). Studien *The development of a scale to assess control in pain management during labour*, publicerades i *Journal of reproductive and infant psychology*, vol 18, no2. Undersökningen gjordes i syfte att utveckla en skala som ska användas för att bedöma kontroll i smärthanteringen i förlossningssituationen. Undersökningen bestod i korthet av ett frågeformulär som omfattade 120 punkter, vars syfte var att bedöma kontroll i smärthanteringen under förlossningen. Detta formulär distribuerades till 300 kvinnor inom 48 timmar efter deras förlossning. I studien ingick även en undersökande del där man för att skapa skalan initialt konstaterade ett antal problemsituationer i syfte att ge något att ta ställning till. Blivande mödrar, läkare och barnmorskor deltog i utarbetandet av skalan. Undersökningen resulterade i 120 regler eller påståenden som i sin tur skulle graderas i sju punkter från 1: helt av annan åsikt till 7: helt av samma åsikt. I slutskedet av studien distribuerades denna till 100 kvinnor för att bedöma i vilken mån de utövade kontroll i samband med smärthanteringen. Som sammanfattning kan konstateras att 36 påståenden var sådana att de har betydelse för smärtkontrollen. Man kunde även påvisa liten skillnad mellan innan och efter förlossningen. Alltså verkar många kvinnor förverkliga sina teorier kring smärthantering också i praktiken. (McCrea et al 2000:105-115)

Sammanfattning av tidigare forskningar

Som sammanfattning av dessa tidigare forskningar kan konstateras att föderskorna förväntar sig stöd, beröm, information och närvaro av barnmorskorna. I vissa kulturer förväntar sig föderskan mer stöd av partnern och då måste barnmorskan kunna ge information åt mannen så han vara tillräckligt stöd för föderskan. Att föderskorna vill ha kontroll när det gäller smärthanteringen kan också konstateras. De vill själva kunna bestämma om smärtlindring istället för att barnmorskorna bestämmer vilken smärtlindring föderskan ska få. Vid bedömning av smärtan kan konstateras att vid låg smärtnivå bedömer föderskorna och barnmorskorna samma, men under högre smärtnivåer underskattar barnmorskorna föderskans smärtnivå medan föderskorna själva beskriver smärtan som allvarlig.

3 TEORETISK REFERENS RAM

Lidandet är en del av livet och eftersom man lever ska man också lida. Lidandet har egentligen ingen mening men mening fås när man går igenom sitt lidande som är en kamp mellan lidande och lust och även en kamp mellan det onda och det goda (Eriksson 1994:11). Lidandet kan vara både negativt och positivt. Det negativa kan vara ångest, oro, rädsla, smärta. Det positiva kan vara glädje, njutning och kärlek. Lidandet kan delas in i olika dimensioner. Den första dimensionen är något som ansätter människan, till exempel smärta, plåga och kval. Den andra är något som människan är behäftad med och måste leva med, till exempel sjukdom och åkomma. Den tredje dimensionen är en kamp som prövning eller döende och den fjärde dimensionen är meningsbärande som lust, njutning eller något som för framåt. (Eriksson 1994:20-24)

När patienten uttrycker sitt lidande vill hon gärna att vårdaren ska se det och bekräfta lidandet, men om inte bekräftelsen fås ifrågasätts patientens trovärdighet. Det gäller för vårdaren att vara lyhörd över hur patienten uttrycker sitt lidande så vårdaren kan förstå lidandet bättre. (Eriksson 1994:23)

Inom vården finns tre olika lidanden. Sjukdomslidande är det första som upplevs i relation till sjukdom och behandling. Detta kan till exempel vara smärta, skam och skuld. Det andra lidandet är vårdlidandet som upplevs i relation till själva vårdsituationen och det tredje lidandet är livslidande, som upplevs i relation till det egna unika livet. Insikten om den absoluta enskildheten och ensamheten. (Eriksson 1994:82-83)

I detta arbete ligger koncentrationen på vårdlidandet som kommer fram genom ensamhet, osäkerhet, bekymmer och rädsla för överraskningar. Detta vårdlidande delas in i kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning och utebliven vård.

Kränkning av värdigheten

Kränkning av patientens värdighet är då möjligheten till att vara människa fråntas. Detta kan uppstå då vårdpersonalen nonchalerar patienten vid tilltal eller om personalen inte ser patienten eller ger denne plats. Likvärdighet och trovärdighet hör samman med värdigheten. Människan har frihet och rätt att välja och skydda sig mot till exempel intrång och genom trovärdighet blir människan tagen på allvar och behandlas anständigt, respektabelt och korrekt. Om patientens värdighet försvinner uppstår ett lidande och därför ska vårdaren låta patienten uppleva värdigheten och förhindra kränkning. Patientens egenvärde är av betydelse för hälsoprocesserna. Skam, förtvivlan och skuld uppstår då patienten inte blir sedd eller betraktad som den patienten är eller inte vill vara. För att undvika att patientens värdighet kränks, ska vårdaren ge individuell vård åt patienten. (Eriksson 1994:88-90)

Fördömelse och straff

Fördömelse och straff uppstår då vårdaren bedömer vad som är rätt, fel och bäst för patienten, men patienten har ändå frihet att välja själv. Genom att nonchalera patienten uppstår också straff. Fördömelse av straff kan lätt uppstå när vårdaren tycker att patienten är besvärlig eller svår och då låter bli att samtala med patienten. (Eriksson1994:91)

Maktutövning mot patienten

Maktutövning uppstår då vårdaren utövar makt på patienten och då bildas lidande för patienten och patientens frihet berövas då hon inte av fri vilja utgör handlingar. Maktlöshetskänsla uppstår hos patienten då hon inte blir tagen på allvar. (Eriksson 1994:92)

Utebliven vård och icke-vård

Då vårdaren inte ser eller kan bedöma vad patienten behöver, uteblir vården och då kränks patientens värdighet och maktutövning över den maktlösa patienten uppstår. Saknar vårdaren motivet till att vårda uppstår det icke-vård. (Eriksson 1994:92)

Lindra lidandet

Lidandet kan lindras genom en vårdkultur där patienten kan känna sig respekterad, välkommen, vårdad, förstådd, bekräftad och att patienten upplever rätten att vara patient. Vårdaren kan lindra patientens lidande genom att ge den vård patienten behöver istället för att kränka värdigheten, fördöma och utöva makt. Exempel på hur vårdaren kan lindra lidandet är genom att vara ärlig, uppfylla önskningsar, stöda, trösta, ge hopp, samtala och genom att finnas där för patienten. (Eriksson 1994:95-96)

4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syfte med denna studie är att ta reda på den födande kvinnans upplevelser av förlossningssmärtan eftersom det är viktigt för en barnmorska att förstå hurudan smärta föderskan kan uppleva under förlossningen så hon kan hjälpa kvinnan på bästa möjliga sätt.

Hur har föderskorna upplevt förlossningssmärtan?

Hur har barnmorskan kunnat hjälpa under förlossningssmärtan?

5 METOD, MATERIAL OCH RESULTAT

Arbetet är en kvalitativ litteraturstudie och materialet analyserades med en innehållsanalys. Artiklarna har studerats för att få svar på frågorna.

Genom en kvalitativ studie fås en förståelse och helhetsbild av upplevelser, förväntningar och fenomen. Det finns en problemställning som respondenten vill lyfta fram. Respondenten kan samla in data som svarar på frågeställningen samtidigt som materialet analyseras. Frågeställningen växer vartefter respondenten hittar nya teman och mönster (Forsberg & Wengström 2003:58-59). I detta arbete har respondenten först samlat in material som svarar på syftet och frågorna som ställts. När respondenten behandlat materialet växte nya teman fram och arbetets delar utgjorde en större helhet.

Respondenten kan i en kvalitativ studie arbeta sig fram med frågeställningar som är ostrukturerade och då kan det leda fram till att en teori formuleras och nya idéer hittas (Forsberg & Wengström 2003:76). Respondenten hade i första skedet en frågeställning men ju mer material som analyserats ledde till att frågorna blev två stycken och idéer om nya teman som respondenten ville ta fasta på växte fram.

I en kvalitativ studie undersöks en mindre grupp, specifika förhållanden och en specifik miljö. (Forsberg & Wengström 2003:126)

Rådata samlas in i kvalitativ studie. Detta kan vara t.ex. utskrifter, intervjuer, observationer eller anteckningar. Helheten av materialet delas upp i enskilda teman. Sedan jämför respondenten fram likheter och olikheter. (Jacobsen Dag Ingvar 2007:135)

5.1 Data insamling

Här kommer respondenten att presentera resultaten av artikelsökningen och de 10 artiklar som använts i analysen.

Informationssökningen gjordes genom Arcadas Nellyportal från databasen Cinahl (Ebsco) och från Google Scholar. Respondenten studerade vårdvetenskapliga artiklar mellan januari 2012 och april 2013 och artiklar begränsades till att vara från 2000-talet. Fem av de artiklar respondenten valt ut är äldre än tio år gamla men eftersom respondenten ansåg artiklarna vara lämpliga till arbetet valdes artiklarna med. Vid sökningen via databasen fick respondenten 1016 resultat som begränsades till fulltext och då gavs 74 resultat. Respondenten läste de artiklars rubriker som verkade intressanta och studerade sedan abstraktet i dessa artiklar för att slutligen välja ut 13 artiklar. 10 artiklar valdes till innehållsanalysen och tre artiklar till tidigare forskning. En artikel valdes från Google Scholar.

De sökord som använts vid informationssökningen i databasen är: Childbirth and pain, Labour pain and experience. Vid Google Scholar söktes artiklar med sökorden: women's experiences of labour pain.

Här nedan kommer respondentens redovisning av analyseringen i de vårdvetenskapliga artiklar som använts.

Tabell 1. Analyserade artiklarna

Data	Syfte	Metod	Resultat
<p>Abushaikha, Lubna & Oweis, Arwa 2005 Jordanien</p> <p>Labour pain experience and intensity: A Jordanian perspective</p>	<p>Syftet med studien var att ta reda på föderskornas erfarenhet och smärtnivån under förlossningens andra skede.</p>	<p>Kvalitativ forskning</p> <p>Frågeformulär och en NPIS skala som mäter smärtintensiteten</p> <p>användes på 50 förstföderskor och 50 omföderskor</p>	<p>Majoriteten av föderskorna placerade smärtnivån på skala 8, vilket betyder att smärtintensiteten är hög. Förstföderskor har negativare uppfattning av smärtan än omföderskorna. Föderskorna beskrev vaginal undersökning, förlossningens framåtskridande och utveckling som försvårande och förvärrande orsaker till smärtan. Vårdpersonalens stöd och fysisk närvaro fungerade som bra smärtlindring för föderskorna.</p>
<p>Olin, Rose-May. & Faxelid, Elisabeth 2003 Sverige</p> <p>Parents' need to talk about their experiences of childbirth</p>	<p>Syftet är att ta reda på föräldrarnas upplevelser av förlossningen och deras åsikter om förlossningsdiskussion efter förlossningen</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Frågeformulär</p> <p>Jämförelse mellan förstföderskor och omföderskor</p>	<p>Mödrarna var nöjda med den behandling och den vård de fått och kommunikation var viktig. Omföderskor var mer bekymrade över ensamhet och brist på respekt från personal och upplevde snabb förlossning. Förstföderskor var mer bekymrade över bristen på kunskap och känslor av misslyckande uppstod. Förlossningsdiskussion är viktig för mödrarna som upplevde allvarlig smärta.</p>
<p>Terry, R & Gijbers, K 2000 England</p> <p>Memory for the quantitative and qualitative aspects of labour pain: a preliminary study</p>	<p>Syftet är att ta reda på mödrarnas förväntningar på smärtan, upplevelsen under förlossning och hur man minns smärtan efter förlossningen</p>	<p>18 förstföderskor svarade på frågeformulär enligt MPQ och VAS skala</p>	<p>Föderskorna minns smärtintensiteten ganska bra och som värst minns de smärtan 48 timmar efter förlossningen. Under första stadiet av förlossning svarade mödrarna att de kände minst smärta. Ord som mödrarna använder vid beskrivning av smärtan är huggande, spänd, intensiv. Upplevelsen av svåra och händelserika förlossningar kommer föderskorna bättre ihåg.</p>

Data	Syfte	Metod	Resultat
<p>Mander, R 2000 England</p> <p>The meanings of labour pain or the layers of an onion? A woman-oriented view</p>	<p>Syfte med studien var att ta fasta på betydelsen av förlossningssmärta för alla inblandade parter</p>		<p>Kvinnorna ser förlossningssmärta som en väsentlig del av förlossningserfarenheten trots sina motstridiga egenskaper, både positiva och negativa. Förtroendet för barnmorskan är viktigt. Istället för att lita på personalen försöker kvinnorna lita på sig själva och sin kropp och först därefter att lita på barnmorskan och maken. Barnmorskorna jämför förlossningen med andra förlossningar och ger smärtstillande i proportion till detta.</p>
<p>Williams, C.E., Povey, R.C. & White D.G. 2008 England</p> <p>Predicting women's intentions to use pain relief medication during childbirth using the Theory of Planned Behaviour and Self-Efficacy Theory</p>	<p>Syftet var att ta reda på om gravida kvinnors kunskap om smärtlindringsmetoder hade någon påverkan vid användning av smärtlindring i förlossningen</p>	<p>100 kvinnor som planerar vaginal förlossning.</p> <p>Frågeformulär</p>	<p>80 % av föderskorna vill delta i besluten om sin egen förlossning och vilken smärtlindring de vill använda. Det är viktigt att besluten baseras på korrekt information. Ansvar för rätt information och faktabaserat beslut ligger hos barnmorskorna</p>
<p>Nystedt, A., Högber, U., & Lundman, B. 2005 Sverige</p> <p>The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study</p>	<p>Syftet var att analysera och beskriva kvinnors olika uppfattningar och upplevelser av förlossning efter en förlängd eller normal förlossning</p>	<p>Frågeformulär</p>	<p>Förlängd förlossning påverkar föderskorna negativt, t.ex. att hon inte vill föda igen. Faktorer som påverkar föderskorna positivt är kort förlossning, professionell barnmorska och stöd från barnmorska och partnern.</p>

Data	Syfte	Metod	Resultat
<p>Lally J.E., Murtagh, M.J., Macphail, S. & Thomson, R. 2008 England</p> <p>More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour</p>	<p>Syfte var att systematiskt granska den empiriska litteraturen om kvinnors förväntningar och erfarenheter av smärta och smärtlindring under förlossningen. Det undersöktes också i kvinnans medverkan i beslutsprocessen.</p>	<p>Både kvalitativa och kvantitativa metoder användes.</p>	<p>Förväntningar på smärtnivån påverkar förlossningen antingen negativt genom att känna ett misslyckande för att smärtan var större än förväntat, eller positivt genom att vara positivt överraskad då plågor som var förväntade aldrig kom. Omfödern vill få så mycket information som möjligt och vill vara med i beslut som fattas. Förstfödern koncentrerar sig hellre på känslor än att delta i beslut.</p>
<p>Dickinson, J.E., Paech, M.J., McDonald, S.J. & Evans, S.F. 2003 Australien</p> <p>Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour</p>	<p>Syftet var att behandla bedömningen av föderskors tillfredställelse under förlossning och smärtlindring</p>	<p>Frågeformulär och en Likert skala användes.</p> <p>992 kvinnor i två grupper.</p> <p>CMS gruppen hade fått kontinuerligt stöd av barnmorskor och EPI gruppen använde epidural som smärtlindring</p>	<p>Föderna var nöjda med stödet de fick av barnmorskorna under förlossningen. Det mest uppskattade stödet var emotionellt och pedagogiskt stöd. Uppmuntran och ständig närvaro av barnmorskan var de högst värderade stödfunktionerna. CMS hade 10 % missnöje med smärtlindringen de fått vid uthjälplingen av barnet och 1 % hade i gruppen EPI. 10 % i CMS klarade smärtan mycket dåligt jämfört med gruppen EPI som var 1 %. En viss oro fanns över förlossningssmärtan i förlossnings diskussion.</p>

Data	Syfte	Metod	Resultat
Wright, M.E., McCrea, H., Stringer, M. & Murphy-Black, T. 2000 Norra Irland Personal control in pain relief during labour	Syftet var att ta reda på föderskornas kontroll av smärtlindring under förlossningen.	Kvantitativ studie med frågeformulär till 35 barnmorskor och 100 kvinnor.	Kvinnorna ansåg det vara viktigt få styra smärtlindringen. Upplevelsen kvinnorna hade var reflektioner av deras attityder mer än det faktiska beteendet. Omföderskornas tidigare upplevelse av förlossningen kan förstärka betydelsen för personlig kontroll inom smärtlindring. Barnmorskor ska ge lämplig information, individualiserad vård och säkerställa att vården planeras för att möta behoven av smärtlindring.
Oweis, Arwa 2009 Jordanien Jordanian mother's report of their childbirth experience: Findings from a questionnaire survey	Syftet var att dokumentera kvinnors uppfattning om de olika aspekterna i förlossningserfarenhet och förväntningarna.	Tvärsektoriell metod med frågeformulär av 177 kvinnor.	32,8 % deltog i alla beslut och 35 % ville inte delta i beslut. 12,4 % uppgav smärtintensiteten större än väntat och 55,4 % uppfattade smärtintensiteten som mycket intensiv. Resultaten av studien visade att kvinnorna inte var nöjda med sin förlossningserfarenhet och att de hade liten kontroll över förlossningen.

5.2 Innehållsanalys

Respondenten analyserar redan tidigare skriven text för att se likheter och olikheter. Man bekantar sig med materialet och kritiskt granskar det. Genom att hitta vilka teman som tas upp i materialet, hittar man kategorier utifrån texten. Kategorier behövs för att kunna se likheter och olikheter i materialet. Man ser också om materialen behandlar samma fenomen eller teman. Genom att kategorisera hittas också data som skiljer sig åt från varandra. Genom att sätta kategorier kan respondenten istället för att använda allt material, analysera det som finns i kategorierna. (Jacobsen Dag Ingvar 2007:139-140)

Efter att kategorierna är skapade går respondenten vidare till nästa fas som är att fylla kategorierna som skapats. Då lyfter man t.ex. olika citat från olika material och jämför allt material med varandra så man hittar gemensamma teman som framkommer flera gånger i materialet. Underrubriker kan sedan användas för att få ett klarare samband. (Jacobsen Dag Ingvar 2007:142)

6 FORSKNINGSETISKA REFLEKTIONER

År 2002 utförde Forskningsetiska delegationen i Finland riktlinjer för god vetenskaplig praxis. Högskolan Arcada har förbundit sig och skall följa denna praxis.

Till god vetenskaplig praxis hör att vid undersökning, dokumentering och presentation av resultaten ska respondenten iaktta ärlighet, noggrannhet och allmän omsorgsfullhet. Dataansaffnings-, undersöknings- och bedömningsmetoder som använts bör vara förenliga med kriterier för forsknings- och utvecklingsarbete och som är etiskt hållbara. (Arcada 2013)

Denna studie har gjorts enligt god vetenskaplig praxis. Respondenten har varit ärlig, noggrann och omsorgsfull inför de forskningarna som använts i arbetet. Pålitliga databaser har använts och undersöknings- och bedömningsmetoder är etiskt hållbara och följer kriterierna.

Respondenten ska ta hänsyn till och respektera andra forskares arbeten och resultat. Till god vetenskaplig praxis hör också att man ska planera, genomföra och rapportera studien noggrant och enligt kraven som vetenskapliga fakta förutsätter. Respondenten ska också ta hänsyn till och respektera etiken inom det egna yrkesområdet. (Arcada 2013)

Respondenten har planerat, genomfört och rapporterat noggrant och även fått hjälp av handledaren. Etiken har också respekterats under arbetets gång.

7 RESULTATREDOVISNING

I detta kapitel kommer respondenten att redovisa för studiens material analys. Materialet är analyserat med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (enligt Jacobsen 2007). För att hitta likheter och olikheter och för att få en större helhet av resultaten från de 10 forskningsartiklarna, omvandlades materialet till olika kategorier som svarar på forskningsfrågorna. Redovisningen av resultatet är indelat i 2 huvudkategorier och 9 underkategorier. Huvudkategorin som svarar på fråga 1 är; smärtupplevelsen. Huvudkategorin som svarar på fråga 2 är; barnmorskan.

Kategorierna presenteras i nedanstående tabell och tydliggörs i den löpande texten.

Tabell 2: Resultatet

Huvudkategorier	Underkategorier
Smärtupplevelsen	Kontroll och beslut, smärtlindring, positiv upplevelse, negativ upplevelse, smärtintensitet, minnet av smärtan
Barnmorskans roll	Information och stöd, individualiserad vård, förlossnings diskussion

7.1 Hur har föderskorna upplevt förlossningssmärtan?

Här nedan kommer respondenten att presentera resultatet som svarar på forskningsfrågan nummer 1. Resultatet indelas i huvudkategorin smärtupplevelsen som består av underkategorierna kontroll och beslut, smärtlindring, positiv upplevelse, negativ upplevelse, smärtintensitet och minnet av smärtan (se tabell 2).

7.1.1 Smärtupplevelsen

Huvudkategorin smärtupplevelsen beskrivs här nedan i form av underkategorier

Kontroll och beslut

Det fanns ingen märkbar skillnad mellan förstföderskor och omföderskor vid kontroll av beslutsfattande, kontroll av känslor och upplevelsen av professionell vård. Ingen märkbar skillnad mellan förstföderskor och omföderskor noterades angående huruvida barnmorskorna påverkade föderskans personliga kontroll vid smärtlindringen. Detta tyder på att föderskornas erfarenheter matchade deras förväntningar. Omföderskornas tidigare upplevelse av förlossningen kan förstärka betydelsen av personlig kontroll inom smärtlindring. (Wright et al. 2000:1171-1173)

Föderskorna i denna studie utövade kontroll inom smärtlindring. Barnmorskan bör inte gå emot föderskors beslut att ha en medicinskt fri förlossning. Om föderskan hade planerat att klara av förlossningssmärtan utan smärtlindring och fann att de faktiskt hade klarat det, kunde upplevelsen av kontroll över smärtlindring ha stärkts. Efter att förstföderskorna har gått igenom förlossningen vet de hur ont det kunde göra och bör därför fatta beslut om smärtlindring i kommande förlossningssituationer. I studien kommer det fram att kvinnorna tyckte det var viktigt att få styra smärtlindringen under själva förlossningen. Det skulle kunna hävdas att den upplevelse som kvinnorna hade vid smärtlindring var reflektioner av deras attityder mer än faktiska beteenden. (Wright et al. 2000:1171-1173)

När det gäller deltagande i beslutsfattandet under graviditeten, angav 23,8 % av kvinnorna att de deltog i alla beslut och 35 % uppgav att de inte ville delta i beslut. (Oweis 2009:528)

Fler omföderskor än förstföderskor vill få så mycket information som möjligt och vill vara med i beslut som fattas. Förstföderskor koncentrerar sig hellre på sina känslor än att delta i beslut. 66 % av föderskorna förväntade sig ha kontroll över situationen de befinner sig i, 37 % förväntade sig ha kontroll över sitt eget beteende och 54 % förväntade sig ha kontroll under sammandragningarna. Föderskorna slappnar bättre av och känner sig sedda om de får ha kontroll och säga till om smärtlindringen. (Lally et al. 2008:6)

Smärtlindring

Det är viktigt att den gravida kvinnans beslut angående huruvida hon vill använda bedövningsmedel baserar sig på korrekt information istället för egna uppfattningar av sociala förväntningar. Ansvar för att hon får denna information och därmed kan göra ett faktabaserat beslut, ligger hos vårdpersonalen. (Williams et al. 2008:177)

Studien beskriver att barnmorskorna antar att den smärtlindring föderskan får är tillfredsställande för henne, medan föderskorna själva upplever den som otillräcklig. Detta kan bero på att barnmorskorna har varierande kunskapsbas. Barnmorskan jämför kvinnans konstaterade smärta med en eventuell extremt smärtsam förlossning som hon har deltagit i, och ger smärtstillande i proportion till detta. Kvinnorna å andra sidan jämför sin smärta med andra smärtor hon har upplevt, som förbleknar till obetydlighet i jämförelse och förväntar sig smärtstillande i proportion till detta. (Mander 2000:137)

Den vanligaste smärtlindrande faktorn under förlossningssmärtan var personalens stöd, som för det mesta var psykologiskt stöd som till exempel att hålla handen, tala med föderskan och personalens fysiska närvaro. (Abushaikha & Oweis 2005:36)

De föderskor som fått kontinuerligt stöd av barnmorskan (10 %) har högre nivåer av missnöje med smärtlindring än de föderskor som fått epiduralbedövning (1 %). De föderskor som använt epiduralbedövning ansåg att förväntningarna på den smärtstillande effektiviteten var bättre än förväntad. 10 % av föderskorna som fått stöd av barnmorskorna ansåg att effekten på smärtlindring var bättre än vad de hade förväntat sig. (Dickinson et al. 2003:465)

Positiva upplevelser

De positiva innebörderna av förlossningssmärta anses bero på en gynnsam fysisk och emotionell miljö för förlossning och föderskors beskrivning av dessa positiva innebörder av smärtan kan till exempel vara smärtsamt-härligt-djupt. En annan betydelse som hänförs till förlossningssmärta som stöd för positiva aspekter refererar till smärta som målmedveten, uttryckt på ett familjärt sätt. Begreppet förlossningssmärta antar positiv

innebörd genom sin målmedvetenhet och är en mer produktiv smärta än andra. (Mander 2000:138)

De flesta kvinnor upplever sin förlossning som positiv. Faktorer som påverkar att upplevelsen blir positiv för en förstföderska är en tidsmässigt kort förlossning, en positiv attityd gentemot graviditeten av barnets fader samt en positiv och professionell barnmorska. Även en positiv relation till den gravida kvinnans egen mamma har visat sig vara associerat till mindre ångest och rädsla angående graviditeten och inför förlossningen. (Nystedt et al. 2005:585)

En positiv uppfattning om förlossning i allmänhet främjas av en kortare förlossning, en vaginal förlossning, färre ingripanden som till exempel sugkopp (instrumentell) och episiotomi (klipp i mellangården). (Oweis 2009:529)

Negativa upplevelser

Studier visar att kvinnor som genomgår en förlängd förlossning oftare upplever sin förlossning som en negativ erfarenhet, vilket kan medföra livslånga följder. Kvinnor som har genomgått en instrumentell förlossning lider oftare än kvinnor som genomgått en normal förlossning av problem som t.ex. ångest, smärta och problem med amningen. Problem och lidande som orsakas av en förlängd förlossning kan färga kvinnans minne av sin förlossning för resten av hennes liv, speciellt då det är frågan om hennes förstfödda. Det kan även leda till att kvinnan vill undvika eller skjuta upp en eventuell ny graviditet. (Nystedt et al. 2005:580)

Kvinnor som upplevt sin förlossning som negativ upplevde en hård smärta och djupt gående negativa känslor under förlossningen. Dessa kvinnor upplevde förlossningen som en fruktansvärd, dödslik erfarenhet med panikartade känslor. Då förlossningen övergår i ett akut kejsarsnitt eller en instrumentell förlossning kan det ha starka psykologiska konsekvenser för kvinnan. (Nystedt et al. 2005:584)

Förstföderskorna uttryckte känslor av misslyckande, skuld-känslor, besvikelse och rädsla. Mer än hälften av föderskorna hade upplevt ångest och rädsla i samband med sin

förlossning (Olin & Faxelid Elisabeth 2003:156). Föderskorna såg förlossningen som en negativ upplevelse som formats av deras prenatala rädsla och oron över den kommande smärtan. (Lally et al. 2008:3)

Är förlossningsupplevelsen extremt negativ kan det ha en negativ effekt på kvinnans anpassning till sin roll som mor och då ökar också risken för en tidig störning i relationen mellan modern och barnet. (Olin & Faxelid 2003:153)

De negativa innebörderna av smärta har samband med vissa negativa situationer och graviditeten, och tros vara associerade med erfarenhet av mer kraftig smärta under förlossningen. Detta kan inkludera en graviditet som ursprungligen inte välkomnades av modern och/eller hennes partner, vilket har lett till att kvinnan befunnit sig i en isolerad situation. (Mander 2000:138)

Smärtintensitet

Föderskornas förväntningar på smärtnivån påverkar kvinnans uppfattning om förlossningen antingen negativt genom att känna ett misslyckande för att smärtupplevelsen var större än förväntat, eller positivt genom att vara positivt överraskad då plågor som var förväntade aldrig kom. (Lally et al. 2008:4)

Fysiska faktorer som fysisk utmattning, förlossningens utveckling och förlossningens förfarande var de vanligaste försvårande faktorerna anknutna till förlossningssmärtan. Framkallande av förlossning (18 förstföderskor och elva omföderskor) samt vaginal undersökning (fyra förstföderskor och en omföderska) ansågs som de vanligaste försvårande omständigheterna under förlossningssmärtan. (Abushaikha & Oweis 2005:36)

Oweis (2009) skriver att förstföderskors erfarenhet av förlossningssmärtan innebär en mer smärtsam, stressig och negativ uppfattning än omföderskornas. Jämförs förstföderskor och omföderskor på demografiska variabler såsom ålder, socioekonomisk status och utbildningsnivå hittas inga märkbara skillnader. (Oweis 2009:526)

I Oweis (2009) studie framkom att 81 % av föderskorna ansåg smärtintensiteten vara hög och 46 % av föderskorna upplevde inte några tecken eller symtom förenade med smärtan under andra skedet av förlossningen. 54 % av föderskorna upplevde illamående, yrsel, kräkningar och huvudvärk under andra skedet av förlossningen. 65 % av föderskorna använde ingen smärtlindring under förlossningen medan 35 % av föderskorna använde någon form av smärtlindring. 12,4 % av kvinnorna uppgav att deras smärtintensitet var större än väntat och 55,4 % angav att de uppfattade graden av förlossningssmärta som mycket intensiv. (Oweis 2009:528)

De flesta föderskorna fann smärtan värre än förväntat. Tre av åtta föderskor beskrev förlossningen som mindre smärtsam än förväntat men sammandragningarna var starkare än förväntat. Föderskorna angav att de hellre har smärtor i ryggen än i baken och har snarare smärtor som kommer i vågor än konstant. Förstföderskorna beskrev smärtan som värre än vad de förväntat sig. (Lally et al 2008:4)

Lally et al. (2008) menar också att när det gäller förväntningar på graden av smärta visar studien att kvinnor lider av extrem eller outhärdlig smärta under förlossningen. De kvinnor som förväntar sig att förlossningen ska bli rätt smärtsam, på en fem gradig skala som mäter från mycket smärtsam till inte alls smärtsam, höll realistiska förväntningar på hur förlossningen skulle bli. (Lally et al 2008:4)

Minnet av smärtan

Föderskorna minns smärtintensiteten som värst 48 timmar efter förlossningen. Under det första stadiet av förlossning svarade föderskorna att de kände minst smärta. Ord som mödrarna använder vid beskrivning av smärtan är huggande, spänd, intensiv. Denna samstämmighet hos rapporterna tyder på att kvinnor minns den totala intensiteten av smärtan i samband med förlossningen ganska bra. Denna iakttagelse menar att kvantitativa minnen av förlossningssmärta är konsekvent, men att kvalitativa minnen inte. Den lägre nivån av smärta rapporterats under själva upplevelsen av förlossningssmärta, jämfört med rapporter om total smärta, var som väntat. Om förlossningen är mer händelse-

rik påverkas minnet av förlossningssmärta bättre eftersom en faktisk upplevelse då inträffar. Eftersom svåra förlossningar är mer händelserika, kommer föderskan bättre ihåg upplevelsen. (Terry & Gijbers 2000:149-150)

7.2 Hur har barnmorskan kunnat hjälpa under förlossningssmärtan?

Här nedan kommer respondenten presentera resultatet på forskningsfrågan nummer 2. Resultatet indelas i huvudkategorin barnmorskans roll.

7.2.1 Barnmorskans roll

Barnmorskans roll är att hjälpa föderskan. Detta beskrivs som underkategorierna att ge information och stöd, individualiserad vård och genom att hålla förlossnings diskussion (se tabell 2).

Information och stöd

Erkännandet av betydelsen av förlossningssmärta till kvinnan genom hennes vårdare är grundläggande för den vård som ges kvinnan under förlossningen. (Mander 2000:140)

Barnmorskans roll är att inta en flexibel hållning till smärtlindring genom att ge lämplig information. Detta är en viktig faktor, med tanke på den oförutsägbara karaktären av förlossningssmärta och det faktum att upplevelsen kan vara olika, inte bara mellan kvinnor utan också mellan och inom förlossningar. (Wright et al. 2000:1175)

Såväl de kvinnor som genomgår en förlängd förlossning och de som har en normal förlossning upplever stödet av sin partner och av barnmorskan som väldigt viktig. Det är också viktigt för kvinnan att känna ett socialt stöd under hela sin graviditet. Det är väldigt viktigt att barnmorskan stöder föderskan under förlossningen, speciellt då oväntade komplikationer som en förlängd förlossning uppstår. (Nystedt et al. 2005:585)

Dickinson et al. (2003) skriver att föderskor som fått kontinuerligt stöd av barnmorskan (CMS) och de som fått epiduralbedövning (EPI) var mycket nöjda med stödet de fick av barnmorskan under förlossningen. 85 % av föderskorna i de båda grupperna var nöjda med graden av stöd de fick och vid krystskedet när barnet föds, steg graden av nöjda föderskor till 90 %. Föderskorna ansåg att det mest uppskattade stödet av barnmorskan inte var av fysisk art, utan emotionellt och pedagogiskt stöd. Barnmorskans uppmuntran och den ständiga närvaron var de högst värderade stöd funktionerna. (Dickinson et al. 2003:465)

Individualiserad vård

Barnmorskans roll är att säkerställa att vården planeras för att möta behoven hos enskilda föderskor snarare än att anta ett heltäckande tillvägagångssätt som uppfyller några av de behov som vissa föderskor har. Individualiserad vård skulle kunna bidra till positivt förlossningsresultat. Barnmorskan bör arbeta med kvinnorna när det gäller att säkerställa att vården planeras för att möta deras behov av smärtlindring och att ha en positiv inverkan på föderskornas totala förlossningserfarenhet. Detta är ett tillvägagångssätt på vilket barnmorskan kan öka kvinnors kontroll vid smärtlindring. (Wright et al. 2000:1175)

Förlossnings diskussion

Det var snarare de föderskor som hade upplevt smärtan som allvarlig som önskade att barnmorskan skulle hålla en förlossnings diskussion jämfört med dem som inte upplevt så mycket smärta. Genom att hålla en diskussion med föderskan efter förlossningen hjälper barnmorskan bearbeta känslorna som uppstod under förlossningen och föderskan kan känna sig sedd och bekräftad. Diskussionen hjälper också föderskan förstå hela förlossningen utan att hon ska behöva känna skuld och skam över att hon gjort något fel (Olin & Faxelid 2003:156). De faktorer i form av stöd, rådgivning, förståelse och förklaring som ges till föderskorna av barnmorskan under tiden efter förlossningen ger fördelar för psykiskt välbefinnande. Därför är det viktigt att barnmorskan har en förloss-

ningsdiskussion med både föderskan och partnern efter förlossningen, eftersom man då kan identifiera riskgrupper som behöver mera stöd. (Olin & Faxelid 2003:153-154)

7.3 Sammanfattning av resultatet

Som sammanfattning av resultatet kan konstateras att alla underkategorier (se tabell 2) kan kopplas ihop med varandra. Föderskan vill ha kontroll över situationen hon befinner sig i och vad som kommer ske längre fram i förlossningen. Genom att hon har kontroll kan hon också delta i beslut som ska tas vad gäller vården och speciellt smärtlindring. För att föderskan ska kunna göra beslut och ha kontroll ska barnmorskan ge tillräckligt med information om olika smärtlindrings metoder och vad som ska ske längre fram under förlossningen. I de beslut som föderskan gör ska barnmorskan stöda henne. Stödet kan också vara att bara finnas där i rummet för föderskan, tala med henne och hålla handen. Genom att barnmorskan ger det stöd föderskan behöver och information, kan de negativa upplevelserna motverkas och vändas om till positiva upplevelser. De positiva och negativa upplevelserna kommer inte bara av instrumentell-, förlängd-, snabb- och vaginal förlossning, utan barnmorskan har en väldigt viktig roll till upplevelserna genom att låta föderskan bli sedd, accepterad och inte känna sig nonchalerad. För att barnmorskan ska lyckas med att uppnå föderskans alla behov ska hon ge föderskan individuell vård. Till sist ska barnmorskan finnas till för en förlossnings diskussion, så föderskan får chansen att bearbeta sina känslor och få frågor besvarade som hon undrar över.

8 RESULTATET I RELATION TILL DEN TEORETISKA REFERENSRAMEN

I detta kapitel kommer respondenten att jämföra resultatet av materialet i relation till den teoretiska referensramen.

Lidandet kan betyda något negativt som ångest, oro, smärta och rädsla men också något positivt som glädje, njutning och kärlek (Eriksson 1994:20). Föderskorna kan också skapa positiva och negativa upplevelser. En förlängd eller instrumentell förlossning kan leda till att upplevelsen blir negativ och föderskan lider av ångest och smärta, panikartade och fruktansvärda känslor, vilket kan leda till att föderskan vill undvika eller skjuta upp flera graviditeter. Detta negativa lidande har då färgat föderskans minne för resten av livet. Det positiva lidandet under en förlossning som ger positiva känslor är oftast en tidsmässigt kort förlossning, vaginal förlossning och en professionell barnmorska. (Nystedt et al. 2005:580-584)

Vårdaren ska vara lyhörd över hur patienten uttrycker sitt lidande, så vårdaren kan förstå lidandet bättre. Om inte vårdaren ser och bekräftar lidandet, ifrågasätts patientens trovärdighet (Eriksson 1994:23). Detta kan jämföras med att barnmorskorna inte ska använda smärtlindring som de tror är bra för föderskan på grund av att barnmorskan varit med om liknande förlossningar. (Mander 2000:137) Barnmorskan borde lyssna och iaktta hur föderskan beskriver smärtan så inte föderskans trovärdighet ifrågasätts och föderskan kan känna att hon får bekräftelse.

Försvinner patientens värdighet uppstår ett lidande med skam, skuld och förtvivlan. För att undvika detta ska vårdaren låta patienten uppleva värdighet och förhindra kränkning eftersom patientens egenvärde är av betydelse för hälsoprocesserna. För att undvika att patientens värdighet kränks, ska vårdaren ge individuell vård åt patienten (Eriksson 1994:88-90). I resultatanalysen kom det fram att barnmorskorna ska undvika att anta och vårda enligt ett heltäckande tillvägagångssätt som bara uppfyller vissa behov hos vissa föderskor. Förlossningsresultatet skulle kunna bidra till ett positivt resultat för både den födande kvinnan och för barnmorskorna om individualiserad vård ges. Genom att planera vården noggrant så föderskornas behov av smärtlindring nås och att upplevelsen blir positiv, säkerställer barnmorskan den individualiserade vården. Genom en

individualiserad vård kan också föderskans kontroll över smärtlindring nås. (Wright et al. 2000:1175)

Fördömelse och straff uppstår då vårdaren bedömer vad som är rätt och fel men patienten får ändå frihet att välja själv. Nonchalerar vårdaren patienten uppstår straffet. Genom maktutövning bildas lidandet då vårdaren utövar makt och patienten inte av fri vilja utgör handlingar (Eriksson 1994:91). Känner föderskan att hon klarar av förlossningen utan smärtlindring och vill ha en medicin-fri förlossning borde barnmorskan låta föderskan välja detta, istället föra att gå emot beslutet föderskan gjort. Genom att barnmorskan ger tillräcklig lämplig information om smärtan och smärtlindring kan föderskan själv välja om hon vill ha smärtlindring eller en medicin-fri förlossning. (Wright et al. 2000:1172-1173) Med andra ord utövar barnmorskan maktutövning om hon väljer att ge en viss smärtlindring utan att föderskan själv får möjlighet att avgöra hur hon vill göra.

Genom att stöda, ge hopp, samtala, låta patienten få känna sig respekterad, välkommen, förstådd, bekräftad och vårdad kan lidandet lindras (Eriksson 1994:95-96). Det är viktigt föderskorna att barnmorskorna stöder dem oberoende normal vaginal förlossning, förlängd förlossning eller instrumentell förlossning. Genom att hålla en förlossningsdiskussion med föderskan efter förlossningen hjälper barnmorskan bearbeta känslorna som uppstod under förlossningen och föderskan kan känna sig sedd och bekräftad. Diskussionen hjälper också föderskan förstå hela förlossningen utan att hon ska behöva känna skuld och skam över att hon gjort något fel. (Olin & Faxelid 2003:156) Barnmorskans stöd som kan vara att hålla handen, vara närvarande och tala med föderskan kan hjälpa henne genom lidandet hon känner under förlossningen. (Abushaikha & Oweis 2005:36)

Studiens resultat kan sammankopplas med den teoretiska referensramen. Alla de fem dimensionerna som är indelade i vårdlidandet passar bra ihop med resultatet.

9 DISKUSSION

Resultatet i denna studie visar att barnmorskorna ska stöda föderskorna oberoende av om det är fråga om en normal vaginal förlossning, förlängd förlossning eller instrumentell förlossning. Stödet är absolut viktigt så föderskan kan känna sig sedd, välkommen och få styrka att kämpa till förlossningssituationens slut. Stödet behöver inte handla om ett verbaliserat stöd, utan det kan räcka med att hålla handen och bara finnas till i förlossningsrummet.

Abascal (2009) skriver att med en bra kunskap kring födandet och förlossningssmärtan kan föderskan förstå och acceptera känslomässigt att det som gör ont är helt normalt och inte farligt. Smärtan kan bli meningsfull för föderskan om hon förstår vad som händer när smärtan kommer och hittar strategier för hur hon kan möta och hantera den. Detta stämmer bra överens med resultatet som visar att barnmorskan ska hjälpa föderskan förstå erkännandet av betydelsen av förlossningssmärtan eftersom det är grundläggande för den vård hon får.

Barnmorskor måste inta en flexibel hållning till smärtlindring genom att ge lämplig information. Detta är en viktig faktor, med tanke på den oförutsägbara karaktären av förlossningssmärtan och det faktum att upplevelsen kan vara olika, inte bara mellan kvinnor utan också mellan och inom förlossningar. (Wright et al. 2000:1175)

I bakgrunden kom det upp att många föderskor anser förlossningssmärtan vara den värsta tänkbara smärtan men ändå upplevs förlossningen som det bästa som hänt i livet. Detta kan ha att göra med att föderskan hela tiden fokuserar på förlossningssmärtan, men med det samma efter förlossningen byter smärtupplevelsen plats med barnet. Förlossningssmärtan resulterar då i något positivt och meningsfullt (Abascal 2009). I resultatet kom det fram att förlossningssmärtan antar positiv innebörd genom sin målmedvetenhet och är mer produktiv smärta än andra. Tolkningen av detta kan vara att eftersom ett barn ska födas blir smärtan ett mål som även fast det tar ont resulterar det till slut i något positivt.

Abascal (2009) skriver att det är den födande kvinnans upplevelse som ska stå i centrum under förlossningen. Barnmorskan kan ge vägledning i vad som kan hjälpa och lindra genom att iaktta kvinnans uttryck som ord, stön, tonfall, skrik och kroppsspråk. I resul-

tatet kan läsas att barnmorskor ska planera vården för att möta behoven hos enskilda föderskor snarare än att anta ett heltäckande tillvägagångssätt som uppfyller några av de behov som vissa föderskor har. Genom att barnmorskan iakttar föderskan under förlossningens gång kan barnmorskan planera vården som skulle kunna bidra till en positiv förlossningsupplevelse. Kroppspråket och ord ändras vart efter smärtan blir intensivare. Individualiserad vård skulle också kunna bidra till positivt förlossningsresultat. Detta är ett tillvägagångssätt på vilket barnmorskor kan öka kvinnors kontroll i smärtlindring och då kan föderskan få känna att hon står i centrum.

I bakgrunden kan också läsas att barnmorskan ska ge information om både medicinska och icke-medicinska smärtlindrings metoder och dess positiva och negativa sidor. Barnmorskans stöd hjälper också valet av smärtlindringsmetod och får föderskan tillräckligt stöd kanske föderskan väljer bort den medicinska smärtlindringen. Om föderskan klarar av att hantera smärtan utan den medicinska smärtlindringen förstärks hennes självkänsla och självrespekt. Även fast föderskan ska få vara självständig i sina val om hur hon vill ha det under förlossningen, kan det hända hon inte klarar av att göra de val som behövs, då är det bra om barnmorskan följt med smärtans påverkan på förlossningen och fattar de olika besluten i föderskans ställe (Paananen et al 2006). Resultat redovisningen visar också att föderskorna gärna har kontroll över förlossningen angående vilka beslut som ska tas vad gäller smärtlindring. I situationer när smärtlindringen kommer på tal är det bra om barnmorskan redan i ett tidigt skede av förlossningen gett föderskan information om olika smärtlindringsmetoder så föderskan själv kan avgöra vilken metod hon vill använda. Det är då viktigt att barnmorskan tar hänsyn och stöder föderskan i hennes val så hon kan få känna bekräftelse, känna sig förstådd och inte känna att hon blivit nonchalerad. Med tidigt skede kan menas redan före förlossningen då barnmorskan tillsammans med föderskan gjort en förlossningsplan över hurudan förlossning föderskan vill ha. Paananen et al. (2006) anser också att en förlossningsplan skulle vara bra att göra innan förlossningen.

Föderskornas och barnmorskornas smärtbedömning var den samma under lägre smärtnivåer men då man kom upp i högre smärtnivåer underskattade barnmorskorna märkbart den smärtnivå som föderskorna beskrev som allvarlig. Enligt denna undersökning förlitar sig barnmorskorna på både verbala och icke-verbala tecken då de bedömer smärtnivåerna (Baker et al 2001). I resultatet kan det läsas att barnmorskorna antar att den

smärtlindring föderskan får är tillfredställande för henne, medan föderskorna själva upplever den som otillräcklig. Detta kan bero på att barnmorskorna har varierande kunskapsbas som barnmorskan får från andra smärtsamma förlossningar hon deltagit i och ger bedövning i proportion till detta. Kvinnorna å andra sidan jämför sin smärta med andra smärtor hon har upplevt, som förbleknar till obetydlighet i jämförelse och förväntar sig smärtstillande i proportion till detta.

Kinesiska kvinnor har höga förväntningar när det gäller stöd från såväl partner och barnmorska under förlossningen. Det största stödet förväntade man sig av sin partner och sin familj. I kinesisk kultur ingår ett starkt stöd från familj i tidigt moderskap, vilket kan vara en förklaring till att förväntningarna på familjen är högre än på barnmorskorna. Vissa av de källor man hänvisar till i denna studie menar att kinesiska kvinnor har störst nytta av beröm i förlossningssituationen eftersom kineserna är kulturellt sett ovilliga att visa känslor inför andra (Ip & Chan 2003). Resultatet visar att både barnmorskan och partnern till föderskan är ett viktigt stöd för föderskan. Det är då viktigt att barnmorskan ger information åt partnern så han eller hon kan stöda på bästa möjliga sätt. Det är inte bara i Kina som stödet är en mycket viktig del. Oberoende nationalitet och kultur förväntar sig föderskorna stöd för att kunna ta sig igenom förlossningen och framför allt stöd att kunna hantera smärtan.

I den tredje studien som berör den tidigare forskningen i bakgrunden kom det fram att många kvinnor verkar förverkliga sina teorier kring smärthantering i praktiken (McCrea et al 2000). Ingen märkbar skillnad mellan förstföderskor och omföderskor noterades i resultatet angående huruvida barnmorskorna påverkade föderskans personliga kontroll vid smärtlindringen. Detta tyder på att föderskornas erfarenheter matchade deras förväntningar. Det kom fram att kvinnorna tyckte det var viktigt att få styra smärtlindringen under själva förlossningen. Det skulle kunna hävdas att den upplevelse som kvinnorna hade vid smärtlindring var reflektioner av deras attityder mer än faktiska beteenden.

Jag anser att det är viktigt att vårdpersonalen på mödravårdscentralen ska informera föderskan om smärtlindring och hjälpa henne att göra en förlossningsplan över hurudan förlossning hon vill ha. Detta stärker föderskan att få den kontroll hon vill ha i förlossningssituationen. Förlossnings diskussion som också kom upp i resultatet är en viktig

del av förlossningens efterbehandling. Genom att barnmorskan går igenom hela förlossningsförloppet med föderskan hjälper det föderskan att bearbeta de känslor som uppstått under förlossningen. Diskussionen är också ett stöd för föderskan så att hon inte ska behöva leva med eventuella negativa upplevelser som uppstått under förlossningen. Genom att bearbeta de negativa känslorna till förståelse och möjligen ändra upplevelsen till positiva känslor, hjälper det föderskan att se förlossningen med andra ögon och hon väljer förhoppningsvis att föda igen. Jag tycker att det är bra om den barnmorska som skött förlossningen också håller förlossningsdiskussionen. Tyvärr är detta inte alltid möjligt, men nästa barnmorska som tar över vården för föderskan ska då kunna sätta sig in i hela förlossningsförloppet så hon kan hjälpa att föderskan bearbeta sina känslor.

De flesta artiklar jag analyserade har kommit fram till samma resultat vilket jag tycker är intressant eftersom de är från olika länder och jag tänkte det skulle finnas olikheter inom förlossningsvård i de olika länderna. Oberoende land förväntar sig föderskorna stöd från barnmorskan och i vissa länder som t.ex. Kina värderar föderskorna stödet av partnern och familjen större än stödet av barnmorskorna.

Under arbetets gång växte tankar fram angående att förlossningssmärtan borde tas upp mera än vad den gör i utbildningen så studerande har möjlighet att ta till sig mera kunskap och öva sig under praktikperioderna. Då kan de studerande också förstå förlossningssmärtan på ett bättre sätt och efter utbildningen känna att de fått kunskap så de kan hjälpa föderskorna på bästa möjliga sätt. Det skulle kanske också vara bra om hälsovårdarna på mödravårdscentralen skulle få tillräcklig kunskap så föderskorna redan under graviditeten kan få information istället för att läsa till sig information från forum med låg trovärdighet och förvänta sig det värsta möjliga.

10 KRITISK GRANSKNING

Under arbetets gång har respondenten beaktat kriterierna för god vetenskaplig praxis (2013), följt Arcadas skrivregler (2009) och använt pålitliga databaser vid litteratursökningen.

De skrivna texterna motsvarar rubrikerna i arbetet. Bakgrunden ger läsaren en inblick av arbetet som helhet. Tabellerna har respondenten gjort så läsaren lättare ska kunna se vad som redovisas vid analyseringen av artiklarna (tabell 1) och kategoriseringen av resultatet (tabell 2). Jag fick svar på mina frågor.

Som teoretisk referensram användes Eriksson (1994) och jag koncentrerade mig på vårdlidandet. Först var jag tveksam att använda Eriksson men när jag väl bestämde mig konstaterade jag att vårdlidandet passade bra ihop med resultatet i arbetet.

Paananen et al. (2006) och Abascal (2009) är böcker som användes i bakgrunden. Dessa böcker valdes eftersom jag ansåg dem vara pålitliga då de också används vid barnmorskeutbildningen. Mander (2000) och Oweis (2009) är vetenskapliga artiklar som också används i bakgrunden. Jag hade tänkt använda mig av andra artiklar men tyvärr fanns inte tid att översätta artiklarna till svenska, och ansåg då att de två jag använde passade bra in i bakgrunden.

Jag tyckte det var svårt att hitta artiklar till arbetet, speciellt artiklar från Finland som jag gärna hade velat ha istället för att de härstammade från olika länder. Det var svårt att få träffar om just det jag ville forska om och det gjorde det inte lättare att jag bara lyckades få träffar på artiklar på engelska eftersom jag gärna velat analysera artiklarna på finska eller svenska. Eftersom det i början var svårt att hitta relevanta artiklar ledde det till att jag gav upp och sköt upp att börja med arbetet, vilket gjorde att tiden bara rann iväg och det blev bråttom att hinna göra arbetet klart. Skulle jag inte ha gett upp så många gånger skulle jag kanske ha haft mera tid att sätta ner på arbetet och kunnat forska djupare i ämnet. Jag begränsade artiklarna till fulltext och det kan vara en orsak till att jag hade svårt att hitta artiklar. Möjligen skulle det ha varit bra om jag bett om ytterligare hjälp vid artikelsökningen.

Jag tänkte från början forska i hur föderskorna upplever smärtan i Finland, men eftersom jag inte fick så många träffar valdes artiklar från olika länder. Då artiklarna är från olika länder känns det som om resultatet är tillförlitligt eftersom många kommit fram till samma resultat. Under arbetets gång ändrades mina forskningsfrågor några gånger men till slut blev frågorna desamma som de var från början och jag tycker frågorna besvarades.

I det stora hela är jag nöjd med arbetet men skulle jag lagt ner mera tid, speciellt på artikelsökningen, skulle jag kanske fått fram mera information och kunnat gå djupare in på ämnet.

11 AVSLUTNING

Detta var ett arbete för kvinnoprojektet, ett samarbetsprojekt mellan kvinnosjukhuset i Helsingfors och högskolan Arcada, och jag hoppas båda har någon nytta av denna studie.

Det har varit en lång och lärorik process och jag har själv reflekterat kring ämnet och hoppas jag får lära mig mera om ämnet i framtiden. Stödet och närvaron av barnmorskan är två väldigt viktiga delar av förlossningen som jag fått lära mig under min utbildning och under fältpraktikerna jag gjort. Medan jag skrivit detta arbete fick jag även bekräftelse på detta.

Under arbetets gång har jag lärt mig att det är viktigt att ha en god kunskap om ämnet och att jag som barnmorska är ett väldigt viktigt stöd för föderskan och inte bara den person som finns till för att hjälpa det nya undret till världen.

KÄLLOR

BÖCKER

Abascal, Gudrun. 2009, *Att möta förlossningssmärtan*, Falun: Bonnier Fakta, 330 s.

Eriksson, Katie. 1994, *Den lidande människan*, 1 uppl., Arlöv: Liber Utbildning, 115 s.

Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne. 2003, *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 1 uppl., Stockholm: Natur och Kultur, 207s.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring - introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Danmark: Studentlitteratur, 316 s.

Paananen; Pietiläinen; Raussi-Lehto; Väyrynen & Äimälä. 2006, *Kättilötyö*, Tampere: Edita Publishing Oy, 663s.

Elektroniskt material

Abushaikha, Lubna & Oweis, Arwa. 2005, Labour pain experience and intensity: A Jordanian perspective, *International Journal of Nursing Practice*, Vol. 11, s. 33-38. Tillgänglig: Cinahl (Ebsco). Hämtad 23.01.2013.

Arcada, 2013. *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Tillgänglig: http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/583 Hämtad 14.05.2013.

Baker, Angela; Ferguson, Sally A; Roach, Gregory D & Dawson, Drew. 2001, Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 35, s. 171-178. Tillgänglig: Cinahl (Ebsco). Hämtad 23.01.2013.

Dickinson, Jan E; Paech, Michael J; McDonald, Susan J & Evans, Sharon F. 2003, Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 43, s. 463-468. Tillgänglig: Cinahl (Ebsco). Hämtad 29.03.2012.

Ip, W.Y; Chien, W.T & Chan, C.L. 2003, Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 42, s. 151-158. Tillgänglig: Cinahl (Ebsco). Hämtad 26.04.2013.

Lally, Joanne E; Murtagh, Madeleine J; Macphail Sheila & Thomson Richard. 2008, More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour, *BMC Medicine*, 6:7. Tillgänglig: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/6/7/> Hämtad 29.03.2012.

Mander, R. 2000, The meanings of labour pain or the layers of an onion? A woman-oriented view, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol. 18, No. 2, s. 133-141. Tillgänglig: Cinahl (Ebsco). Hämtad 23.01.2013.

McCrea, H; Wright, M & Stringer, M. 2000, The development of a scale to assess control in pain management during labour, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol. 18, No. 2, s. 105-115. Tillgänglig: Cinahl (Ebsco). Hämtad 26.04.2013.

Nystedt, Astrid; Högberg, Ulf & Lundman, Berit. 2005, The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 14, s. 579-586. Tillgänglig: Cinahl (Ebsco). Hämtad 26.4.2013.

Olin, Rose-May & Faxelid, Elisabeth. 2003, Parents' needs to talk about their experiences of childbirth, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 17, s. 153-159. Tillgänglig: Cinahl (Ebsco). Hämtad 29.3.2012.

Oweis, Arwa. 2009, Jordanian mother's report of their childbirth experience: Findings from a questionnaire survey, *International Journal of Nursing Practice*, Vol. 15, s. 525-533. Tillgänglig: Cinahl (Ebsco). Hämtad 23.01.2013.

Terry, R & Gijbers, K. 2000, Memory for the quantitative and qualitative aspects of labour pain: a preliminary study, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol. 18, No. 2, s. 143-152. Tillgänglig: Cinahl (Ebsco). Hämtad 23.1.2013.

Vuori, Eija & Gissler, Mika. 2012, Föderskor och förlossningsingrepp per sjukhus 2010-2011, *Institutet för hälsa och välfärd*, s. 1-47, Tillgänglig: <http://www.julkari.fi/handle/10024/103098> Hämtad 22.04.2013.

Williams, Catrin E; Povey, Rachel C & White, David 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*, Vol. 26, No. 3, s. 168-179. Tillgänglig: Cinahl (Ebsco). Hämtad 29.3.2012.

Wright, Marion E; McCrea, Hally; Stringer, Maurice & Murphy-Black, Tricia. 2000, Personal control in pain relief during labour, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 32, s.33-38. Tillgänglig: Cinahl (Ebsco). Hämtad 29.3.2012.