



HÖGSKOLAN  
DALARNA

Examensarbete

Avancerad nivå

## **Kvinnans individuella upplevelse av förlossningsmärta**

---

### **En begreppsanalys**

Women´s individual experience of pain in labour–  
a concept analysis

Författare: Malin Ehrling

Högskolan Dalarna

Handledare: Linda Vixner

791 88 Falun

Ämne: Sexuell, Reproductiv och Perinatal hälsa

Sweden

Kurs: VV3016, Examensarbete i Sexuell, Reproductiv  
och Perinatal Hälsa (SRPH)

Tel 023-77 80 00

Kursansvarig: Mari-Cristin Malm [mcm@du.se](mailto:mcm@du.se)

Examinator: Kerstin Erlandsson [ker@du.se](mailto:ker@du.se)

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA.

Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet. Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja  Nej

Högskolan Dalarna – SE-791 88 Falun – Tel 023-77 80 0

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Förlossningssmärta är ett begrepp som används inom barnmorskeutbildningen och hälso- och sjukvård där kvinnor vårdas under graviditet och på förlossningsavdelningar. Begreppet är odefinierat i litteraturen och hur och vad som innefattas av begreppet är brett. Förlossningssmärta har stor plats inom mödrahälsovården men just som begrepp finns lite information. **Syfte:** Syftet var att beskriva begreppet förlossningssmärta genom en begreppsanalys. **Metod:** En begreppsanalys med kvalitativ design. Först utfördes en litteratursökning, den teoretiska fasen, och sedan blev fem barnmorskor identifierade genom ett bekvämlighetsurval och intervjuades i fältstudiefasen. Resultatet från fältstudiefasen sammanställdes med resultatet från den teoretiska fasen. **Resultat:** Analysen av begreppet förlossningssmärta mynnade ut i ett resultat med flera dimensioner där den unika upplevelsen är konklusionen. De tre huvuddimensionerna är sensorisk, affektiv och kognitiv upplevelse av förlossningssmärta. Där det sensoriska står för fysiologin, det affektiva för det vi bär med oss in i smärtupplevelsen och det kognitiva för hur vi tänker kring smärtupplevelsen. Referensramen för begreppet bestäms av dess förutsättningar och konsekvenser. Förlossningssmärtan är en unik upplevelse och endast den födande kvinnan vet hur den känns. Förlossningssmärta är en upplevelse som tolkas olika och uttrycket är individuellt. **Slutsats:** Förlossningssmärta kan ses som ett komplext begrepp som anpassas till varje gravid utifrån de definierade dimensionerna. **Klinisk tillämpbarhet:** Begreppet förlossningssmärta är viktigt att klargöra för barnmorskestudenter under utbildning. **Nyckelord:** begreppsanalys, förlossningssmärta, upplevelse av förlossningssmärta

## **ABSTRACT**

**Background:** Labor pain is a term used in education and healthcare, where women are cared for during pregnancy and in maternity wards. How the concept is defined is described in literature and how and what is covered by the concept is wide. Labor pain has great location within maternity care but as a concept it is relatively undefined. **Aim:** The aim was to describe the concept of labor pain through a concept analysis. **Methods:** A concept analysis with qualitative design. Five midwives were selected through a convenience sampling and were interviewed; earlier a literature review was conducted. The result from the field study phase was brought together with the result from the theoretical phase. **Results:** After the analysis of the concept of labor pain the main results is that it is truly one unique experience of labour pain. Defined three dimensions sensory, affective and cognitive. The sensory dimension stands for physiology, the affective dimension for earlier experiences and the cognitive dimension for how a person thinks about pain and the experience of it. Pain in labour is a unique experience. Only the woman in labour knows how it feels like. Pain during labour is an individual experience and just like all other experience it has its unique and individual interpretation for the person involved. **Conclusion:** Labor pain can be identified as a complex concept adapted to each pregnancy based on the defined dimensions. **Clinical applicability:** Clarification of the concept is important in education of midwifery students.

**Keywords:** concept analysis, labor pain, experience of labour pain

## Innehållsförteckning

INLEDNING .....	6
BAKGRUND.....	6
PROBLEMFÖRMULERING .....	7
SYFTE .....	7
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	7
METOD .....	8
Definition av attributen.....	8
TEORETISK FAS .....	9
FÄLTSTUDIEFAS .....	9
URVAL.....	9
SAMMANFATTANDE ANALYSFAS.....	10
Tematisk analys enligt Attride-Stirling, 2001.....	10
RESULTAT .....	11
Teoretisk fas .....	11
Den sensoriska dimensionen.....	11
Den affektiva dimensionen.....	13
Den kognitiva dimensionen.....	15
Sammanfattning teoretisk fas .....	17
Fältstudiefas .....	17
Den sensoriska dimensionen.....	19
Den affektiva dimensionen.....	21
Den kognitiva dimensionen.....	22
SAMMANFATTANDE ANALYSFAS FÖR TEORETISKA FASEN OCH FÄLTSTUDIEFASEN .....	26
Modellfall .....	26
Borderlinefall.....	27
Icke fall .....	27
SLUTGILTIG SAMMANFATTANDE ANALYSFAS .....	27
Sensoriska dimensionen.....	27
Affektiva dimensionen.....	28
Kognitiva dimensionen .....	28
DISKUSSION .....	29
Sammanfattning av huvudresultat .....	29
Resultatdiskussion.....	30

ETISKT STÄLLNINGSTAGANDE .....	32
Etisk diskussion.....	33
Metoddiskussion .....	33
Trovärdighet.....	34
Överförbarhet .....	34
Pålitlighet .....	34
Slutsats .....	35
KLINISK TILLÄMPBARHET .....	35
Förslag till vidare forskning.....	35
REFERENSLISTA.....	37
Bilaga 1 .....	40
<i>Informationsbrev</i> .....	40
Bilaga 2 .....	41
Frågeformulär.....	41
Bilaga 3 .....	42
Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor.....	42

## INLEDNING

Inom barnmorskeprogrammet på Högskolan Dalarna har vi fått läsa om förlossningssmärta, och hur barnmorskan kan lindra smärta med hjälp av olika smärtlindringsmetoder. Begreppet förlossningssmärta har en relevans både inom utbildningen och den kliniska verksamheten. Begreppet presenteras inom utbildningen som ett område knutet till kvinnlig reproduktion. Intresse för begreppet förlossningssmärta väcktes under utbildningen, begreppet förlossningssmärta beskrivs i styrdokument, litteraturen och i undervisningen. Det förefaller vara ett stort område, därför beslutades att begreppet förlossningssmärta skulle studeras genom en begreppsanalys. Avsikten med en begreppsanalys är enligt Walker och Coalson Avant (2005) att klargöra, förtydliga, definiera ofta vaga eller mångtydiga begrepp eller omdefiniera ett begrepp i en specifik kontext. En begreppsanalys är ett strukturerat arbetssätt för att identifiera och bestämma vad som är kännetecknande för begreppet för att på så sätt bättre kunna kommunicera och förstå begreppets innebörd.

## BAKGRUND

Det finns många vetenskapliga studier som på många olika sätt försökt beskriva kvinnors upplevelse av förlossningssmärta. En konklusion av dessa är att de flesta kvinnor någon gång under förlossningsarbetet upplever svår till outhärdlig smärta (Nissen och Mårtensson, 2009). Smärtan är en naturlig del av födandet och har ett syfte att tala om att det är dags, och att man ska se till att befinna sig på en trygg plats. Smärtan kvinnan upplever under förlossningen är den smärtan kvinnan säger sig uppleva, och förekommer då hon säger att den förkommer (Lowe, 2002).

Ordet förlossning beskrivs och definieras på olika sätt, exempelvis *"Befria (en kvinna) från hennes foster"* (Svenska Akademiens ordbok, 2017), *"Den process då fostret på grund av livmoderns sammandragningar föds fram genom förlossningskanalen och lämnar moderns kropp"* (NE, 2017) eller *Förlossning kallas en kvinnas födande av barn och utgör avslutningen på en graviditet varigenom ett eller flera barn hon föder fram från livmodern ur sin kropp."* (Sand et al, 2006)

Smärta är definierat av International Association for the Study of Pain (IASP) *"Smärta är en obehaglig sinnesupplevelse som starkt och specifikt känslomässigt engagerar oss, och som är utlöst av en verklig eller hotande vävnadsskada, eller som beskrivs i termer av en sådan skada."* – (IASP,2017)

Enligt Svenska Akademiens Ordbok är smärta beskrivet så här: *göra ont, vålla smärta*. (Svenska Akademiens ordbok, 2017). Och Nationalencyklopedin beskriver smärta på följande vis: *obehaglig känselupplevelse som oftast orsakas av inträffad vävnadsskada eller upplevs som associerad med vävnadsskada* (NE, 2017).

I Sverige har kvinnor rätt till smärtlindring under förlossning, i Socialutskottets betänkande i anledning av motioner om smärtlindring vid förlossning (1971) beskrivs att det är en kvinnas rätt att få smärtlindring under förlossningen och att hennes önskan ska respekteras så länge som den medicinska säkerheten för henne eller för barnet inte riskeras.

En tidigare dålig erfarenhet av förlossning och förlossningssmärta kan också påverka kvinnan i hennes val av att skaffa fler barn. Önskan att få fler barn kan finnas men rädslan för förlossningssmärtan kan vara så stor att kvinnan avstår, för att hon inte vågar utsätta sig för en eventuell liknande situation. Ångest och rädsla för förlossningssmärta resulterar i att kvinnan helt avstår från fler barn eller att hon väntar länge innan hon föder nästa barn (Lowe, 2002; Gottvall och Waldenström, 2002).

## **PROBLEMFORMULERING**

Definieras förlossningssmärta på olika sätt och innefattar de olika dimensioner? Begreppet förlossningssmärta är centralt för barnmorskan och är därför ett viktigt begrepp. Därför kommer denna uppsats analysera begreppet förlossningssmärta för att försöka klargöra begreppet i utbildningssyfte, och därmed undersöka begreppets innebörd för Högskolor och Universitet i Sverige för vidare undervisning.

## **SYFTE**

Syftet med denna studie var att analysera begreppet förlossningssmärta.

## **FRÅGESTÄLLNINGAR**

Hur definieras förlossningssmärta?

Särskiljer sig definitionerna åt mot annan sorts smärta?

Särskiljer sig definitionen förlossningssmärta sig åt i litteraturen och aktuell forskning?

Har begreppet ändrats sig över tid?

Hur definieras förlossningssmärtan i andra kulturer?

Vad är inte förlossningssmärta?

## METOD

Metoden, begreppsanalys är en hybridmodell konstruerad av Schwartz-Barcott och Kim (1986, 1993). Denna modell delade upp arbetet i en teoretisk fas, följt av en fältstudiefas och slutligen en sammanfattande analysfas. I den teoretiska fasen gjordes en genomgång av relevant litteratur. Den kom att innefatta uppslagsverk, synonymordbok, artiklar samt olika styrdokument. Den teoretiska fasen utmynnade sen i en tentativ definition av begreppet förlossningssmärta. Fältstudiefasen inleddes med utgångspunkt i den tentativa definitionen och ett antal intervjuer med barnmorskor genomfördes, dessa kom sedan att studeras och analyserades. I den sammanfattande analysen bearbetades insikterna från den teoretiska fasen tillsammans med fynden från fältstudiefasen för att slutligen definiera begreppet förlossningssmärta, se figur 1. De olika faserna beskrivs detaljerat nedan.

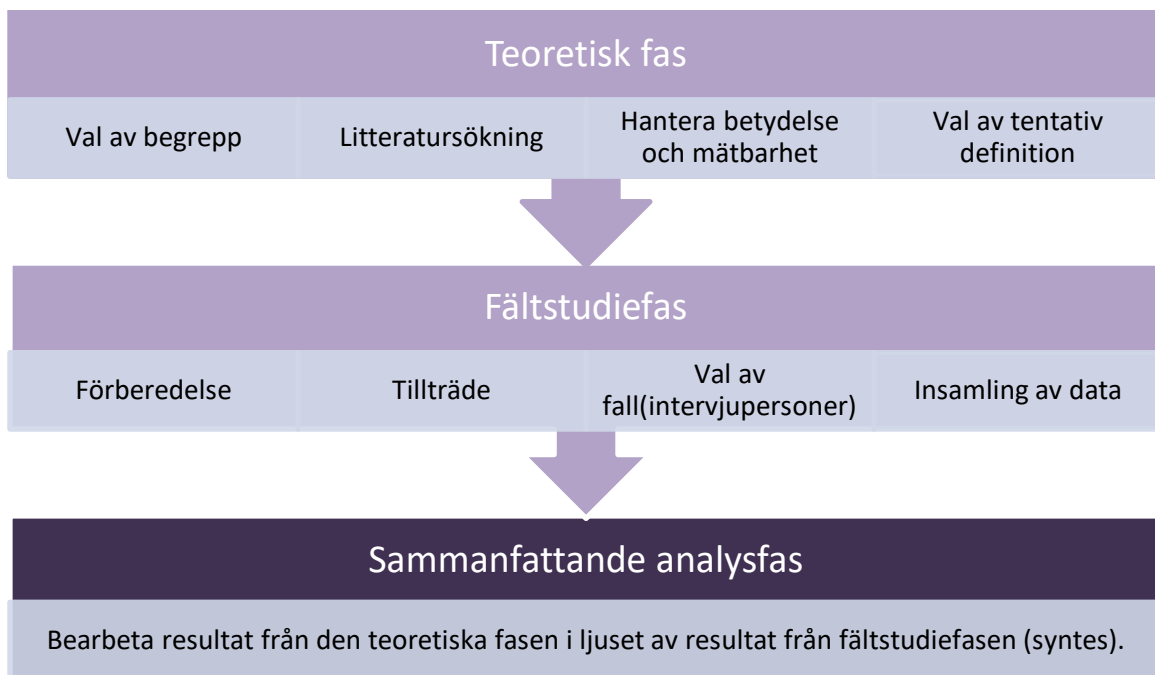


Fig 1. Hybridmodellen i egen översättning från Schwart-Barcott och Kim (1996) sid.92.

## Definition av attributen

Definition av attribut är karaktäristiskt för en begreppsanalys som genom analys av litteraturen hjälper till att ytterligare definiera begreppet. Baserat på litteratursökningen som gjordes i denna begreppsanalys, kom tre attribut att användas för att beskriva begreppet förlossningssmärta, vidare i texten kallad dimensioner.



## TEORETISK FAS

Den teoretiska fasen inleddes i samband med att begreppet förlossningssmärta valdes. En sökning av för ämnet relevant litteratur genomfördes. Ordets semantiska betydelse och ursprung söktes. Därefter söktes definitioner av begreppet förlossningssmärta såsom de framställs och för utforska det sammansatta begreppet förlossningssmärta söktes relevanta artiklar i följande databaser Cinahl, PubMed och Web of Science.

Exempel på en sökning; i Web of Science med sökorden; Labor pain inom obstetrics som gav 1. 116 träffar. De sorterades efter mest citerade och screenas igenom i titel och abstract.

Frågor som kom att ställas för artiklarna är.

1. Är artikeln relevant för syftet?
2. Vad skriver de?
3. Vilka artiklar har de använt sig av?

Även de relevanta artiklarna ur sökta artiklars referenser kom att läsas och inkluderades utifrån relevans och citering. Sökningarna kom att kombinera olika MESH-termer, som *labour, labor, childbirth, parturition och pain*. Sökningen som gav flest relevanta träffar redovisas. Exempel på en sökning i PubMed är (*labor OR childbirth OR parturition*) AND *pain*. Ett stort antal artiklar kom att genomläsas, men endast de som exklusivt belyser begreppet förlossningssmärta och dess betydelse kom till sist att inkluderas. Den teoretiska fasen avslutades sedan med att en tentativ definition av begreppet förlossningssmärta formulerades.

## FÄLTSTUDIEFAS

Fältstudien genomfördes enligt Schwartz-Barcott och Kim (1986, 1993), i syfte att analysera begreppet förlossningssmärta. Intervjuerna genomfördes med standardiserade frågor, som spelades in med en diktafonapplikation, transkriberades och till sist analyserades med hjälp av en innehållsanalys. Intervjufrågorna utformades utgående från den tentativa definitionen. Intervjusvaren analyseras sedan tematiskt enligt Attride-Stirling, 2001. Inför intervjuerna förberedde sig författaren med ny kunskap i intervjuteknik från Kvale och Brinkmann (2014).

## URVAL

Urvalet gick till genom ett bekvämlighetsurval, cheferna på förlossningen i Falun och mödravården i Rättvik tillfrågades om det fanns intresse hos anställda att delta i studien. Gehöret var sparsamt, och en förfrågan gjordes även på Facebook i ett gemensamt forum för anställda inom Landstinget Dalarna. Tiden gick och fortfarande inga kandidater hörde av sig.

Då kontaktades dessa arbetsplatser via telefon och författaren fick tag på tre stycken kandidater, som fick bli deltagare. Tre barnmorskor deltog till en början, men materialet kändes inte tillräckligt och två till barnmorskor intervjuades. Även dessa två tillfrågades via telefon med ett bekvämlighetsurval, alla verksamma inom Landstinget Dalarna.

Verksamhetsområdena valdes ut med tanken att få större spridning på reflektioner kring begreppet, eller undersöka om det fanns variationer. Dessa områden var mödrahälsovård och förlossning. Arbetslivserfarenhet, ålder och bakgrund hos de tillfrågade barnmorskorna kom att variera. Samtliga deltagare i fältstudien informerades om syftet med studien i ett informationsbrev, se bilaga 1. De deltagande ombads att före intervjun att fundera kring begreppet förlossningssmärta utifrån sitt verksamhetsområde. Intervjuerna kom att inledas med en öppen fråga. Alla deltagare informerades om de etiska ställningstagandena, se bilaga 1. Frågorna som ställdes ses i bilaga 2.

### **SAMMANFATTANDE ANALYSFAS**

Intervjuerna kom att analyseras enligt tematisk analys (Attride-Stirling, 2001). Genom att presentera resultat i ett tematiskt nätverk underlättar förståelsen och utforskandet av data som analyserats och tolkats systematiskt (Attride-Stirling, 2001). Tematisk analys kom att genomföras i sex olika steg (Attride-Stirling, 2001). se figur 2. De olika stegen beskrivs detaljerat nedan.

#### **Tematisk analys enligt Attride-Stirling, 2001.**

I det första steget lästes intervjuer och de kom att lyssnas till i sin helhet. Dessa transkriberades sedan och en genomgång av materialet och markering av det som anses relevant för studiens syfte ägde rum. Urklipp kom att skapas av markering, mindre textsegment och data blev på så sätt mer hanterbart. Textsegmenten kodades utifrån gemensamma temadelar vilka kom att numreras, där varje siffra blev ett preliminärt tema. I det andra steget gjordes en genomgång av alla textsegment för att säkerställa att de hamnat under rätt tema. Utrymme för eventuella ändringar och förbättringar fanns här och specificering av varje tema, tydliga teman med underliggande strukturer kunde identifieras. I det tredje steget arrangerades organisationsteman med grundteman och namngavs. Ett globalt tema belystes. I steg fyra gjordes ytterligare genomgång av ursprungstexten och en djupare analys. Sedan beskrevs och en förklaring till varje organisationstema med respektive grundtema gjordes. I steg fem illustrerades det tematiska nätverket, sammanfattning av data tillhörande varje grundtema och presenterades kortfattat. Citat återgavs för att skapa förståelse hos läsaren och för att stärka resultatet.

## RESULTAT

### Teoretisk fas

Genomgången av de inkluderade studierna i den teoretiska fasen visade att de flesta beskriver förlossningssmärta utifrån tre olika dimensioner; den *sensoriska*-, *den affektiva* och *den kognitiva dimensionen*.

### Den sensoriska dimensionen

Ingen har ännu kunnat ge något bra svar till varför det ska göra så ont att föda barn. Smärta brukar beskrivas som en varningssignal. När värkarna börjar kännas är det dags att söka sig till en trygg plats utan faror, där förlossningen kan ske så tryggt som möjligt. När värkarna gör outhärdligt ont kan det också vara en felsignal, det är något som är fel. Kanske tränger inte barnet ner i bäckenet som det ska? Många kan uppleva outhärdligt smärta under sin förlossning trots att det inte är något som är fel. Upplevelsen av förlossningssmärtan är individuell. (Lowe, 1996).

Nancy Lowe en av de mest förekomna författarna i denna begreppsanalys artikelsökning beskriver förlossningssmärtan så här;

*Till skillnad från all annan akut och kronisk smärta är förlossningssmärta inte associerad med patologi, utan med den mest grundläggande och fundamentala upplevelsen i livet – att föra fram nytt liv* (Lowe, 2002).

Förlossningssmärtan beskrivs komma från inre organ. En smärta som uppstår i glatt muskulatur vid spasm, traktion av mesenterium, distension av håliga organ och vid ischemi. Under öppningsfasen orsakar uteruskontraktioner ett ökat intrauterint tryck och det sker en uttänjning av livmoderns ligament och dilatation av cervix. Smärtan uppkommer även sent i öppningsskedet och beror på tänjning och tryck på vagina, bäckenbotten och perineum. Under utdrivningsskedet kan även bristningar och rupturer uppkomma i vagina och perineum och orsaka smärta. Vissa kvinnor upplever smärtan som diffus, molande och smärtlokaliseringen kan variera, den smärtan kallas refererad smärta. Den smärtan som under öppningsskedet lokaliseras till korsryggen och ljumskarna men även lår och underben på grund av fostrets huvud trycker på nerver i lilla bäckenet, men egentligen härstammar från cervix och uterus. Vissa kvinnor upplever denna spridda och diffusa smärta, medan andra upplever smärtan väldigt lokalt, som till exempel enbart i bäckenet. När något går sönder, skadas eller vävnad som utsätts för stark påfrestning aktiveras nociceptorerna (nakna nervändslut som reagerar på

stimuli som kan skada vävnaden). Dessa nociceptorer skickar signaler via nerver och omkopplingsceller i ryggmärgen upp till hjärnan. När signalen når hjärnan och smärtcentrum uppfattar vi smärtan (Lowe, 2002; Olofsson 2014; Kaplan, 2009).

Hos multiparas har både barnets och moderns vikt betydelse för smärtans upplevelse. Där stora barn och övervikt hos modern gav mer smärta. Även primiparas med högre BMI upplever mer smärta än de med normalt BMI, alla dessa orsaker tros bero på att de fysiologiska förutsättningarna är sämre. Man kan även se skillnad i moderns upplevelse av smärta mellan de som födde barn på natten och de som födde barn på dagen. Där de som fick barn på dagen upplevde smärtan svårare att hantera, och det tros bero på de högre nivåer nattetid av kroppens hormon serotonin som verkar smärtlindrande. De som upplevt någon sorts svår smärta tidigare till exempel svåra benbrott, upplevde minskad smärta i samband med förlossningen. Hur modern var positionerad var också av avgörande betydelse för hur ont det gjorde. Där en upprätt position var bättre än en liggande. Kvinnor med smärtsam menstruation kunde räknas till den grupp som upplevt högre faktor av smärta, det tros bero på att dessa kvinnor har en högre produktion av prostaglandiner under förlossningen än andra kvinnor som även leder till besvär med dysmenorré (Melzack, 1993; Waldenström, 2007).

Den sensoriska dimensionen av förlossningssmärtan har ett primitivt ursprung och liknar andra däggdjurs. Den varierar troligen mindre mellan olika individer än de affektiva och kognitiva delarna av smärtupplevelsen. Vissa forskare menar att förlossningssmärta är den svåraste smärtan, till och med svårare än cancersmärta. (Melzack, 1981). En av studierna som analyserats använde sig av mätinstrumentet McGill Pain Questionnaire (MPQ) enl. Melzack som men la till ett ord, glädje. Vilket användes av många kvinnor för att beskriva den affektiva smärtan när förlossningen var i uppstart och modermunnen öppen ca 2 till 4 cm. Däremot användes inte ordet alls när förlossningen hade kommit så långt så att modermunnen var öppen 8 till 10 cm. Waldenström beskriver förlossningssmärtan som lik idrottssmärtan på ett sätt. Där mjölksyran samlas i musklerna och skapar smärta, men glädjen över att ha lyckats med en stor prestation är stor. Samtidigt beskrivs det att förlossningar sällan ska beskrivas som en prestation, då det ligger skuld i att misslyckas. Dock är det svårt att neka till att en förlossning är en stor prestation (Waldenström, 2007; Kaplan, 2009).

Hur och varför det ska göra så ont att föda barn har ingen exakt kunnat beskriva, förlossningssmärtans fysiologi finns beskrivet och man vet vart den uppstår och hur den fungerar, men varför det gör så ont som vissa kvinnor upplever finns det inga bra svar på. Det

finns teorier om att smärtan ska vägleda kvinnan till en trygg plats och sen även genom värkarbetet hur hon ska göra för att föda sitt barn. Smärtan som kan upplevas outhärdlig kan i vissa fall vara en felsignal som berättar för kvinnan att allt inte står rätt till. Gemensam åsikt hos artikelförfattarna är att förlossningssmärtan inte är patologisk eller förenad med någon skada. Även fysiken hos den födande kvinnan spelar roll för hur förlossningssmärtan upplevs, både högt BMI hos mor och barnets storlek har av betydelse (Waldenström, 2007; Olofsson, 14; Kaplan, 2009; Melzack, 1993; Lowe, 1996; Lowe, 2002).

### **Den affektiva dimensionen**

Precis som smärta i stort, är förlossningssmärtan en övervägande multidimensionell erfarenhet. Värkarnas och födandets upplevelse av smärta speglas i många faktorer som inkluderar till exempel fysiskt, psykiskt, emotionell, utbildning, social kultur och spirituella element. Även om kvinnan har tidigare erfarenhet av svår smärta vid en förlossning, så behöver det inte vara det som kvinnan fruktar mest inför en ny förlossning, utan tanken på den dåliga upplevelsen kan leda till att kvinnan fasar för en ny upplevelse med samma karaktär, men inte förlossningssmärtan i sig. Man måste förstå att smärtupplevelsen är kvinnans och ingen annans. Hur hon hanterar smärtan är också kvinnans sak. Vad vården kan erbjuda är liten i jämförelse med hur kraftfull kvinnans egen tanke är i hur smärtan kommer att upplevas (Lowe, 1996).

Förlossningssmärtans affektiva dimension påverkas av individens förväntningar, oro, intellektuella förhållningssätt och tidigare erfarenheter. Under en förlossning är det påtagligt då man kan se hur förlossningssmärtan förstärks av rädsla och ångest, men också mildras av tillförsikt och trygghet (Nissen och Mårtensson 2009; Price, 1987). En negativ effekt på förlossningen kan ses i samband med att kvinnan upplever stress och har en påverkad andning. En ökad och outhärdlig smärta kan leda till ökad syrekonsumtion och hyperventilering. Även påverkan på blodtrycket och blodflödet i placentan kan påverkas negativt. Det kan i värsta fall leda till metabolisk acidimi, fetal acidosis och dysfunktionella värkar. Men författaren skriver också att dessa psykologiska effekter inte kan ensamt påverka förloppet negativt på en innan okomplicerad förlossning. (Lowe, 2002)(Gottvall och Waldenström, 2002) Smärtan kan upplevas som otroligt outhärdlig om kvinnan inte tagit till sig graviditeten. Om hon på något sätt inte önskat sig barnet fullt ut eller kanske inte haft samtycke från sina egna föräldrar och/eller blivande barnafadern, i de fall då kvinnan var mycket ung. Även de kvinnor som har oro för att barnet de väntar är sjukt eller har något som avviker från de normala kan påverka hur högt hon värderar smärtan i samband med barnets

födelse. Kvinnor som länge längtat efter barn men som sent i livet välsignats med en graviditet och barn kunde uppges att smärtan fanns där, men inte alls i den grad som de unga oönskat gravida upplevde den. Ofta hör de äldre kvinnorna till en säkrare socioekonomisk bakgrund vilket i sig ledde till minskad oro inför det kommande föräldraskapet oavsett om barnet var friskt eller inte (Netteblad et al, 1976).

Förlossningssmärta upplevs på olika sätt och påverkas bland annat av paritet där en kvinna som aldrig fött barn tidigare (primipara) ofta upplevde smärtan svårare än de som fött barn tidigare, (multiparas). En annan faktor kan vara ålder där de äldre kvinnorna ofta kände smärtan som lindrigare än de kvinnor som klassades som yngre. (Melzack, 1993). En kvinnas minne av barnafödandet kan förändras över tid, minnet av förlossningssmärta kan påverkas av upplevelsen kvinnan haft. En studie som undersökt kvinnans upplevelse av förlossningssmärta 1 månad, 1 år och 5 år efter förlossningen uppgav alla mindre smärta ju längre tiden gått. Dock hade alla med en jobbig upplevelse av förlossningen uppgett smärtsammare förlossning än de som uppgav att de haft en bra upplevelse (Waldenström och Schytt, 2008).

Glädjen över att få ett barn gör att kvinnan snabbt glömmer sin förlossningssmärta, vilket lyckligtvis gynnar naturen då kvinnan kan glädjas åt en ny graviditet och fler barn. De emotionella reaktionerna vid smärta är lokaliserade i hjärnans främre delar. Vilket gör att smärtan påverkas av känslor (Waldenström, 2007; Kaplan, 2009). Tidigare erfarenheter till exempel en förlossning som varit positiv eller negativ, tidigare erfarenhet av smärta kan påverka hur kvinnans individuella upplevelse av förlossningssmärta gör sitt uttryck. Stress och oro kan påverka kvinnan så mycket att hennes fysiologiska tillstånd blir förändrat i till exempel stigande blodtryck som kan leda till komplikationer i samband med förlossningen. Oro som mamman har över barnet och eventuella sjukdomar hon inbillar sig att barnet kanske har kan också påverka hennes smärtupplevelse. Om barnet är efterlängtad kan det lindra, eller om graviditeten tvärt emot inte alls är efterlängtad kan smärtan påverkas negativt (Gottwall och Waldenström, 2002; Price, 1987; Netteblad et al, 1976; Nissen och Mårtenssen, 2009; Lowe, 1996; Lowe, 2002).

### Den kognitiva dimensionen

De kognitiva reaktionerna vid smärta är lokaliserade till frontal cortex. I ryggmärgens bakhorn aktiveras en rad nervceller. Som resultat av detta utlöses bland annat ökat blodtryck och förändrad andning. Eftersom smärtan registreras i hjärnans främre delar i det limbiska systemet där tunna myeliniserade c-fibrerna passerar limbiska systemet till hjärnbarken, vilket gör att smärtan påverkas av känslor och tankar. Under en förlossning är det påtagligt då man kan se hur förlossningssmärtan förstärks av rädsla och ångest, men också mildras av tillförsikt och trygghet (Nissen och Mårtensson 2009).

Förlossningssmärtan ansågs minska när kvinnorna under värkarbetet fokuserade på tanken att föda barn istället för på smärtan i sig, eller på att undvika smärta. En studie som genomförts 1981, där man undersökte kvinnor under förlossningens första fas där man använde sig också av MPQ kunde de se att även social bakgrund och ekonomiskstatus hade betydelse för hur smärtsam kvinnan tyckte förlossningssmärtan var. Där de som hade högre socioekonomisk bakgrund upplevde smärtan lindrigare. Författarna tror detta beror på att utbildning, och större sociala nätverk minskar oro och ger de blivande föräldrarna en bättre grund att stå på. Med hjälp av mätinstrumentet MPQ försökte man fånga smärtans alla olika dimensioner, där en mängd olika adjektiv användes för att beskriva smärtan hos de födande kvinnorna. De var alla negativt laddade så som exempelvis; skärande, stickande, brännande, tröttande och skrämmande (Price, 1987; Melzack, 1993; Waldenström, 2007).

Även miljö och det kulturella påverkar kvinnans upplevelse om vad förlossningssmärta är och vad den får vara. Hur hanterar kvinnorna i den kulturen man kommer från och lever i förlossningssmärta? Vad det finns det för syn på kvinnor i stort och barnafödandet i stort speglas i hur kvinnan upplever just sin smärta och hur hon tänker att smärtan ska vara och hanteras. När kvinnan kopplar samman kropp, tanke och själ så har hon tillgång till smärtlindring, avslappning, säkerhet, välmående, hopp och förväntningar. Att genom tanken vara i förlossningen, låta det fysiska möta det psykiska och genom det uppnå spirituellt bekvämlighet. Alla kvinnor som befinner sig i värkarbete har smärta, men det är hur kvinnan väljer att tänka på sin smärta som är avgörande för hur den upplevs (Waldenström et al, 1996).

De flesta inkluderade artiklar var genomförda i Europa eller USA. Dessa kulturer skiljer sig inte så mycket åt i det stora hela, men USA har en trend att bota all smärta med hjälp att

läkemedel eller operation. Många kvinnor i USA föder sina barn med planerade kejsarsnitt eller med så mycket smärtlindring som det går att tillhandahålla (Waldenström, 2007)

*Barnafödandet blir en livserfarenhet att mästra, ett berg att bestiga, och genom den prestationen och mästerligheten har den potential att höja självkänslan* (Lowe, 2002).

Men att hjälpa kvinnan att hitta verktyg till att hantera sin smärta, kan hjälpa kvinnan i den svåra smärtan och ge henne en bra upplevelse av förlossningen och dess smärta. (Lowe, 1996). En gravid kvinna beskrev sin ångest inför smärtupplevelsen hon föreställde sig förlossningen skulle innebära,

*”Jag är så nervös inför smärtan, så jag försöker sätta mig själv i ett annat sinnestillstånd. För jag vet att förväntar jag mig smärta kommer jag uppleva smärta.”* (Gibson, 2014)

Detta anser Gibson, författare till en kvalitativ studie på gravida kvinnor vara en förklaring till att vissa kvinnor är helt upptagna med tanken på förlossningssmärtan, och hur man på bästa sätt förbereder sig inför att hantera den. En annan kvinna Gibson intervjuat hade upplevt mycket smärta tidigare vid flera olika tillfällen. Bland annat så hade hon brutit höften. Den kvinnan uttryckte sig så här.

*”Det kommer att göra ont, men jag kommer inte att dö och jag får en väldigt positiv belöning.”* (Gibson, 2014)

Studien gjordes i USA och författaren till denna studie menar att överlag så finns det en kulturell trend där att vara rädd för förlossningen och dess smärta, helst ska den helt medicineras bort. Hon tror att om fler kunde tänka sig en mindre medicinsk förlossning skulle färre ha tankar som gjorde att smärtupplevelsen förvärras. Att gå en föräldrautbildning där de blivande föräldrarna får lära sig om förlossningssmärta och hur man kan hantera den har visat sig ha evidens inom smärtlindring och hur smärtan upplevs. Idag är det tyvärr att många istället går med tankar som gör att man fruktar och blir rädd för förlossningssmärtan. Det är vårdens uppgift att uppmuntra och utbilda kvinnan, att låta henne ha ett öppet sinne inför smärtan och eventuell smärtlindring skulle eventuellt ge fler kvinnor en positiv förlossningsupplevelse och av dess smärta (Gibson, 2014).

Med hjälp av tanken kan kvinnan själv smärtlindra sin förlossningssmärta. Flera studier visar att rätt sorts information och förberedelse kan ge kvinnan ett lugn och verktyg att hantera sina tankar under förlossningen. Samtidigt påvisas det att rädsla, ångest och oförberedelse kan



förstärka smärtan. Även miljö och kultur tar stor plats i hur kvinnan ska enligt tradition eller kommer reagera under förlossningen (Price, 1987; Melzack, 1993; Waldenström, 2007; (Gibson, 2014; Waldenström et al, 1996; Lowe, 2002; Lowe, 1996).

### Sammanfattning teoretisk fas

Förlossningssmärtan tolkas utifrån dessa artiklar som en upplevelse som kan delas in i flera dimensioner. De tre dimensionerna som identifierades var sensoriska, kognitiva och affektiva dimensionen. Kvinnans upplevelse av förlossningssmärtan är växlande beroende på Sensitivering i nervsystemet och smärtröskel. Smärtupplevelsen varierar under förlossningens olika skeenden men kan även bero på sinnesintryck, stämningsläge eller trötthetsgrad. Sammanfattande är att alla kvinnor upplevde individuell smärta, utifrån både psykiska och fysiska faktorer. Den kan därför ses som en skapandekraft i jämförelse med annan sorts smärta som är nedbrytande i samband med skada eller sjukdom. En annan olikhet mot annan smärta är att den har ett givet slut, den är tidsbegränsad (Melzack, 1993).

### Fältstudiefas

De fem deltagande barnmorskorna hade alla olika lång erfarenhet. Den med längst erfarenhet hade arbetat i yrket i 25 år och den med minst hade 1,5 års erfarenhet som verksam barnmorska. De hade alla kunskap från barnmorskans olika arbetsplatser. De hade arbetat på förlossning, BB, antenatal, ungdomsmottagning och mödravård. Flera av de intervjuade hade också arbetat inom gyn när de var verksamma som sjuksköterskor, där de bedrivit abortverksamhet. De hade även allihop erfarenhet från egna förlossningar. Åldern på deltagarna varierade mellan 31 år till 55 år. En av deltagarna hade erfarenhet från förlossningsvård i Uganda. Flera hade gått sin utbildning i Falun, men ingen under samma år. En hade läst i Göteborg, en i Stockholm och en i Sundsvall.

Barnmorska	Antal år i yrket	Aktuell arbetsplats
Bm 1	25	Mödrahälsovården
Bm 2	3	Mödrahälsovården
Bm 3	23	Förlossning, Aurora mott
Bm 4	1	Förlossning, BB
Bm 5	15	Förlossning

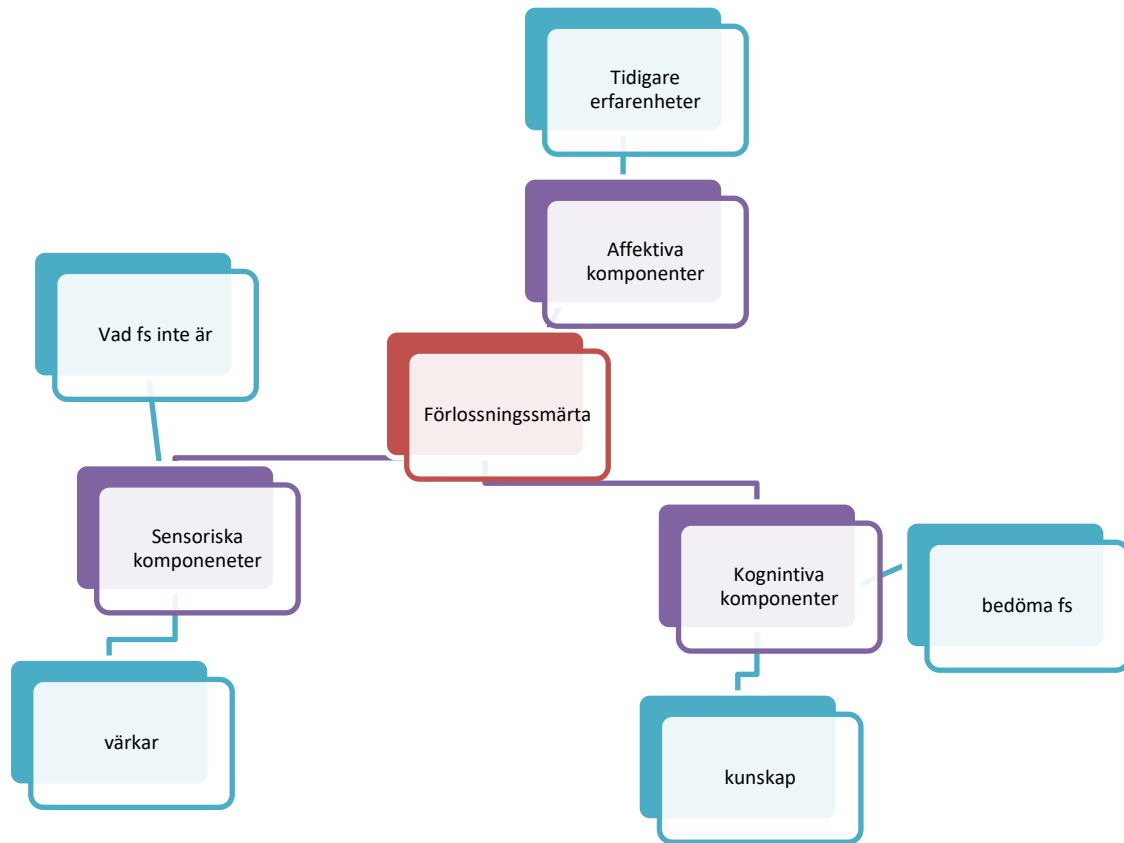


Fig 2. Tematiskt nätverk som framkommit under fältstudiefasen.

När alla intervjuer analyserats bestämdes det globala temat till förlossningsmärta, de organisatoriska temana var sensoriska, affektiva och kognitiva. Under de organisatoriska temana identifierades grundteman såsom till exempel kunskap och värkar (Figur 2).

## Den sensoriska dimensionen

Samtliga barnmorskor berörde den sensoriska dimensionen av förlossningssmärta, de beskrev den utifrån värkar, vad förlossningssmärta inte är och hur det är att bedöma en annan individs smärta.

### VÄRKAR

*”Det som är så specifikt för förlossningssmärta är att den kommer i intervaller.”* (Bm 1)

Så beskrev alla deltagande barnmorskor det intervjuerna. En barnmorska beskrev smärtan så här;

*”Den är inte likt någon annan smärta på det viset. Just för att den kommer i intervaller och har en intensiv smärta, men mellan dessa värkar så har många kvinnor inte ont alls. Smärtan är helt frånvarande till nästa värk kommer. Den kan även upplevas som en värkstorm när dessa intervaller kommer väldigt tätt och då inte alls upplevs som att det finns någon paus mellan värkarna”* (Bm 3)

Alla kvinnor som föder barn kommer att uppleva smärta. Även om upplevelsen är individuell så finns den där. Här beskrev deltagarna det fysiska, vad som faktiskt händer. Allt från latensfas när förlossningen startar upp, som kan variera väldigt mycket i tid hos olika kvinnor. Hur modermunnen öppnar sig och hur det varierar i tid och att det finns så otroligt många nervceller i cervix som skickar ut dessa smärtimpulser. Hur barnet roterar och tränger ned i bäckenet och till sist trycker på vagina, bäckenbotten och perineum till att eventuella bristningar uppstår. Detta är det fysiska som skapar smärta.

*”En födande kvinna beskrev för mig en gång -Det känns som järnband rund kroppen som trycker ner i mina låar och fram på symfysen.”*(Bm 2)

En barnmorska pratade om att det finns ett givet slut. När barnet föds och förlossningen är klar försvinner smärtan och glädjen över detta och att äntligen få möta sitt nyfödda barn är otroligt känslofyllt och smärtan glöms bort nästan direkt.

Sammanfattande för alla intervjuer var att även den sensoriska smärtan kunde upplevas så individuellt. Vissa kvinnor har ont i flera dygn innan barnet föds, en lång latensfas som både tröttar ut kroppsligt men även psykiskt och tankarna. Dessa kvinnor kan behöva komma till förlossningen redan dagen innan de anses vara i aktiv förlossning för att både få medicin mot smärtan, men också stöd för att orka hantera alla smärtimpulser.

*”En gravid kvinna som kommer in i ett tidigt skede med jobbig latensfas säger ofta till oss personal, jag orkar inte mer.” (Bm 5)*

Andra kvinnor kan komma in tillförlossningen och upplevas väldigt lite smärtpåverkade. Man kanske gör en helt fel bedömning av hur långt i förloppet hon är för att hon hanterar sin smärta så bra och nästan ingen kan gissa att hennes förlossning snart är slut.

En barnmorska nämnde specifikt en kvinna, som sagt om krystfasen när hon fött sitt första barn efter 15 minuter på förlossningsavdelningen.

*”Skulle jag ha så här ont i flera dygn skulle jag nog inte orkat” (Bm 5)*

#### **VAD FÖRLOSSNINGSSMÄRTA INTE ÄR**

Idag förknippas förlossningssmärtan med smärtlindringsmetoder. Flera av de intervjuade barnmorskorna fick påminnas om vad frågorna faktiskt syftade till. Att det är så självklart att en förlossningssmärta ska bedövas av någon sorts medicin är det många som av vana tar för givet. Även när förlossningen löper på normalt och kvinnan kan utan medicinska hjälpmedel föda barn.

Enligt en intervjuad barnmorska var hennes uppfattning att den moderna tekniken ska underlätta så mycket som möjligt så en kvinna inte ens behöver ”föda” sitt barn, många kvinnor i USA föder sina barn med planerade kejsarsnitt eller med så mycket smärtlindring som det går att tillhandahålla. Trenden är att bota all förlossningssmärta med hjälp av läkemedel eller operation.

En annan kvinna en barnmorska berättade om; Kvinnan som fött sitt fjärde barn, tyckte allt gick bra. Ingen speciellt jobbig förlossning. Det var när efterverkarna kom som hon behövde hjälp och stöd. Efterverkarna som inte ens är förlossningssmärta.

I intervjuerna kom det fram vad som inte är förlossningssmärta. Barnmorskorna kunde snabbt avgränsa sina föreställningar om vad som var och inte var förlossningssmärta när de fick frågan vad är inte förlossningssmärta? De samtliga tillfrågade menade att smärta som kommer efter moderkakan framfödelse var något annat. Suturesmärta inte är en smärta som räknas till, alltså det kvinnan upplever när det måste sys en bristning. Inte heller den smärtan som uppstår i samband med att kvinnan förlöses med kejsarsnitt. Det är en operationssmärta, men då kunde kvinnan så klart haft och upplevt förlossningssmärta i samband med värkarbete innan operationen startade. Eftervärkar och förvärkar är inte heller förlossningssmärta, men en barnmorska tyckte att förlossningssmärtan kunde vara det värkarbetet som startar redan långt

innan barnets föds, om kvinnan har en lång latensfas och värkarna leder till att kvinnan fysiskt närmar sig födelsen av barnet. Bäckensmärta många kvinnor upplever under graviditeten hör inte heller till förlossningssmärtan.

## Den affektiva dimensionen

### TIDIGARE ERFARENHET

Ett ämne som togs upp av alla deltagare var tidigare erfarenhet hos den födande kvinnan. Vad har hon tidigare varit med om? Här speglar sig både positiva och negativa upplevelser in till hur kvinnan kommer att uppleva sin förlossningssmärta. Detta gör att alla som föder barn kommer ha en egen upplevelse av smärtan. Bara hon vet och hur det känns för just henne. Däremot upplevde en deltagare att kvinnor som föder barn idag är mer ängsliga och har mer oro än de som födde barn för 30 år sedan.

Det psykiska bidrar till en stor del av smärtan som kvinnan upplever under en förlossning. Som en av barnmorskorna beskrev för mig under var att oro och rädsla påverkar mycket, linjen tunn mellan det psykiska sammanbrottet till det psykiska som kan vara stärkande. Här kan tidigare erfarenheter påverka hur en kvinna hanterar och upplever sin individuella förlossningssmärta. Det kan även vara frånvaro av tidigare erfarenheter som påverkar psyket. Klarar jag av detta? Hur kommer det vara? Även psyket kan påverka kvinnan till att hon har tilltro på sin förmåga att kunna föda och tillit till personal som gör att hon inte upplever smärtan alls så negativ.

*”Kvinnor som upplevt övergrepp, våld och tidigare förlossning med ett dött barn som utgång kan ha väldigt svårt att ens tänka sig en vaginal förlossning, eftersom smärtan den innebär är så starkt förknippad med de tidigare händelserna i livet.” (Bm 2)*

Ett vältränat psyke och där kvinnan har tillgång till goda resurser så kan det vara en god hjälp under förlossningen. Det spelar då inte så stor roll vilka tidigare erfarenheter kvinnan har i bagaget. Både bra och dåliga erfarenheter kan påverka oss. Det är hur kvinnan hanterar detta bagage och hur hon valt att gå vidare med det som speglas i hennes eventuella oro eller styrka att gå igenom förlossningssmärtan. En kvinna kan tro att förlossningen ska bli jobbig, detta oftast när förlossningen är långt fram i tiden. När förlossningen närmar sig börjar kvinnan omedvetet att förbereda sig inför det som komma skall och förlossningen kan ses som en befrielse.

*”Den nyförlösta kvinnan berättade på efterkontrollen; jag trodde jag skulle vara gravid resten av livet. Jag hade så många krämpor på slutet att jag inte längre uppskattade att vara gravid. Förlossningen kom som en gåva.” (Bm 5)*

Barnmorskan beskrev kvinnor som väntade barn på nytt där sitter tanken så fast i att tappa kontroll och få panik, även om smärtan i sig gick bra att hantera vid den första förlossningen.

*”Om tanken de bär på är så präglas av panik och ångest att de inte ens kan föreställa sig att bli gravida utan att få ett planerat kejsarsnitt bokad i förväg. De kan ha upplevt smärta tidigare i andra sammanhang som gör att de tror att förlossningssmärtan kommer bli en fruktansvärd sak att gå igenom. Andra kvinnor kan ha bra erfarenheter av tidigare förlossningar, men på grund av någon händelse så är rädslan stor att utsätta sig för det igen.” (Bm 1)*

## Den kognitiva dimensionen

### KUNSKAP

Barnmorskorna pratade om att det som särskiljer förlossningssmärta från all annan smärta är att det är den enda gången smärtan leder till något bra. Kvinnan vägleds till hur just hon ska föda fram sitt barn. Varje värk och varje smärtimpuls leder till ett steg närmare barnets födelse. En av barnmorskorna beskrev det så här

*”Målet är det störta man får.” (Bm 4)*

Här beskrev deltagarna att kunskap kan lindra smärta, men att det skulle vara rätt sorts kunskap. Kunskap som kvinnan kunde ta till sig för att förstå födandet var oftast en faktor som gjorde smärtan enklare att hantera och skapade inte lika mycket rädsla. När kunskapen kom serverad till kvinnan utan hennes vilja, kunde den skapa negativa föreställningar om hur och varför det gör ont. Som i sin tur speglar sig i att kvinnan upplever smärtan värre och jobbigare att hantera. En av barnmorskorna beskrev smärtan så här:

*”Smärtan är ett ont måste, en smärta som måste finnas där för att barnet ska kunna födas” (Bm 2)*

Detta tema belyses också av alla deltagare. De beskrev oro och rädsla som något som kunde uppstå när kunskapen var bristfällig. Om kvinnan som skulle föda inte visste något alls om hur och varför smärtan kommer så kunde den vara kopplad till oro, rädsla och till och med ångest. Även de tidigare erfarenheterna speglar sig i oro och rädsla och kunde både minskas

och förvärras med hjälp av rätt och/eller fel kunskap. Rädslan för att något skulle hända barnet, oro för bristningar. Därför tyckte deltagarna att kunskap i rätt tid och individuell information till alla gravida var viktigt för att bemöta denna oro och eventuella rädsla.

Utan att generalisera ville alla deltagarna påpeka att det faktiskt skiljer sig väldigt från kultur och ekonomisk tillhörighet, och även stad- och landsbygd. I alla fall hur barnmorskan individuellt upplevt sina födande kvinnor hantera smärtan under en förlossning. Hur ska man vara som kvinna? Låter kulturen man kommer ifrån att kvinnan tar plats eller ska man som kvinna var mer tystlåten? Kunskapen som man har tillgång till varierar beroende på vart man kommer ifrån. Har man nära till mor och systrar som fött barn? vad har de informerat om? När i livet föder man sina barn, som ung eller som äldre kvinna? Alla kvinnor är så klart individer men mycket präglas av den miljön man bor och lever i.

En barnmorska hade under sin utbildning observerat en förlossningsavdelning i Uganda, där man rakt emot USA:s normer låter kvinnan i stort sett föda i det ensamma, och barnmorskan närvarar enbart i det ögonblick då barnet föds fram. Vägen fram till det ögonblicket kämpar kvinnorna i det tysta och går oftast lång väg för att nå fram i tid till sjukhuset. Det förekom ingen som helst hjälp eller stöd och smärtlindring kunde inte erbjudas. Barnmorskan hade till och med sett kvinnor som blev misshandlade av de verksamma barnmorskorna för att de skrek för mycket.

Alla de deltagande barnmorskorna hade varierande erfarenhet, men alla hade arbetat på de flesta arbetsställen som man kan som barnmorska. De som framgick i intervjuerna vara att de inte upplevde att begreppet förlossningssmärta skiljer sig speciellt mycket från förr och nu. De menar då de sista 30 åren. Hon trodde detta kunde bero på att man lätt kan hitta information kring förlossningssmärta på internet idag. Kvinnor idag diskuterar mer öppet med varandra och på sociala medier på både gott och ont. Mycket av det som diskuteras tror just den här barnmorskan var det som kan upplevas negativt. Rädsla för bristningar, förlorad kontroll och rädsla för barnets liv. Det som de inte kan få förklarat av en vän, men som en erfaren barnmorska kan bemötas med adekvat information.

*”Vi möter kvinnor på mödravården som är helt färdiga, de kvinnor som passerar det beräknade förlossningsdatumet. Orken tar slut, mentalt har de ställt in sig på att föda barn för kanske två veckor sedan. Nu tror de inte längre att de varken har fysisk eller psykisk förmåga att föda sitt barn.” (Bm 5)*

En av de deltagande barnmorskorna arbetar inom Auroraverksamhet, där kvinnor med förlossningsrädsla får hjälp att bearbeta den. Kvinnorna hon möter kan vara både primiparas och multiparas. Kvinnor som aldrig tidigare har fött barn, kan ändå ha utvecklat en rädsla för förlossning och/eller dess smärta. Så sammantaget var upplevelsen av förlossningen kombinerat med en hanterbar smärta som gjorde att minnet efteråt skapat en upplevelse av outhärdlig smärta. En specifik kvinna hon hade träffat i ett av sina samtal hade haft en föreställning om hur smärtan skulle vara att hon var panikslagen inför förlossningen. De hade flera samtal under graviditeten och när förlossningen närmade sig hade de en plan för hur förlossningen skulle handläggas och kvinnan hade gått med på att förlösas vaginalt. Av en slump så arbetade denna barnmorska på förlossningen då kvinnan kom in med värkar. De var båda glada för detta då de visste hur kvinnans plan såg ut. Förlossningen gick bra och mitt i krystningen hade kvinnan sagt:

*”Tack för att du hjälpte mig med detta, jag klarar detta. Jag dör inte.”* (Bm 4)

Barnmorskan förklarade för mig att hon hade varit ärlig med kvinnan under samtalen, det kommer göra ont. Jag kan inte lova eller förklara för dig hur du kommer känna, men jag kan lova dig att vi ska hjälpa dig att hantera din förlossningssmärta och din upplevelse. Tillsammans hade de en plan för hur hela förloppet skulle fortskrida. Fick kvinnan minsta panik i smärtan, var hon planen ett kejsarsnitt. Efteråt var kvinnan så nöjd och hennes upplevelse positiv. Hon hade haft fruktansvärt ont, men hon klarade med hjälp av sin tanke att fokusera på att föda barn.

En barnmorska pratade mycket om hur hon utbildade de par som gick hos henne på graviditetskontrollerna. Att en del i föräldrautbildningen handlar om förlossningssmärta. Hon sa att hon inte alls egentligen pratade så mycket om smärtan i sig, utan mer upplevelsen av förlossningen. Hon gav information om förlossningens fysiologi och gav paret verktyg att hjälpas åt att hantera den stundande situationen. Hon påtalade om hur viktigt hon tyckte det var att inte prata om smärtan i negativ ton. Att den finns där mer som en vägledare. Hon sa att paret skulle komma till förlossningsavdelningen med öppet sinne om hur förlossningen skulle gå till. Smärtlindring finns i många olika former, men ingen vet vad just den här specifika kvinnan behöver och vill ha, inte ens hon själv förrän hon verkligen är i aktiv förlossning. Bara det att paret fick utbildning och information om hur det fungerar tror hon gav en bra grund att stå på.



*”Kvinnor har upplevt förlossningssmärta i alla tider, men ingen har upplevt någon annans smärta än just sin egen.” (Bm 4)*

*”Att känna sig trygg och ha stöd, i sin partner och/eller personalen är viktigt, och något de blivande föräldrarna får med sig i föräldrautbildningen. Det är viktigt att man som barnmorska försöker se hur paret är tillsammans. Alla individer är olika, men oftast ser man att det finns en fin relation de två emellan och att de kan klara den här smärtupplevelsen tillsammans. Men det finns fall där kvinnan är ensamstående och kanske inte har någon, då är jag som barnmorska orolig, men de brukar ofta lösa sig på bra sätt ändå. Familjer kan ju se ut på fler sätt än hur vi föreställer oss normen också. Idag är det många samkönade kvinnor som får barn. Även här är det såklart viktigt att man inkluderar båda, men att kvinnan som ska föda barnet är trygg i situationen.” (Bm 3)*

#### **BEDÖMA FÖRLOSSNINGSSMÄRTA**

Hur smärtan upplevs och uttrycker sig kan vara svårt för oss som personal att uppfatta. En kvinna kan ha väldigt ont av att barnet roterar ned i bäckenet, hur cervix dilaterar och hur modermunnen öppnar sig och till sist hur barnet pressas ut men hjälp av livmoderkontraktioner ut genom vaginan. Det gör ont, men vissa kvinnor fixar smärtan utan vårt stöd eller hjälp, medan andra kvinnor håller på att kvävas av smärtan och därför inte kan uttrycka sig.

*”En kvinna beskrev för mig efter sin förlossning, varför fick inte jag hjälp? Såg de inte att jag höll på att dö? Det kändes som min rygg skulle gå av, min svanskota sprängas och att barnet satt fast.” (Bm 1)*

*”Den kvinnan hade vi på förlossningen inte ens märkt som smärtpåverkad. Hon var fokuserad och hade sin partner som ett gott stöd. De andades lugnt igenom värkarna tillsammans och förloppet flöt på i vanlig ordning. Inget var onormalt och läser man journalen ser man inget avvikande. Ändå betygsatte hon sin förlossning med lägsta betyget och informerade oss om att det var det värsta hon någonsin upplevt. Henne erbjöd vi såklart uppföljning med samtal hos både läkare och barnmorska.” (Bm 1)*

En sådan här berättelse hade flera av de intervjuade barnmorskorna. Att värdera hur ont en annan person har under sin förlossning är svårt och inte alls något man förvärvat med erfarenhet. Att vara ödmjuk och hela tiden försöka lyssna in och hjälpa kvinnan är det vi kan erbjuda. Vi läser under utbildningen hur smärtan uppstår och vi vet hur en förlossning rent

fysiskt går till, men att sätta sig in i hur någon annan upplever det och dess unika smärta är något man aldrig kan.

### **SAMMANFATTANDE ANALYSFAS FÖR TEORETISKA FASEN OCH FÄLTSTUDIEFASEN**

Genomgången av de inkluderade studierna i den teoretiska fasen och fältstudiefasen visade att förlossningssmärta beskrivs utifrån tre olika dimensioner; den sensoriska-, den affektiva och den kognitiva dimensionen. Efter att allt material bearbetats delades resultatet även in i olika underkategorier som sorterades in under de tre huvudkategorierna. Dessa var kunskap, vad förlossningssmärta inte är, värkar, tidigare erfarenheter och bedöma smärta. Förlossningssmärtan är komplex, har flera dimensioner och är inte förenad med patologi.

### *SYNTES*

Förlossningssmärta är uttryck för livmoderns hårda arbete och har som resultat något positivt – ett barn. Inte heller är det ihållande och avbryts med smärtfria pauser som oftast är längre än värken. Pausen som ger den födande kvinnan möjlighet till vila och återhämtning.

Förlossningssmärta är ett utmärkt exempel på akut smärta. Det förenat med uppenbara sensoriska händelser, som uteruskontraktioner, cervix dilatation som kan mätas i frekvens, intensitet, spatial omfattning och varaktighet. Det börjar med kontraktioner och slutar vid barnets födelse. Alltså har förlossningssmärtan en given början och slut, och återspeglar alla variabler som akut smärta har. Som all smärta kan förlossningssmärta upplevas förvånansvärt olika bland individer i intensitet och dess lokala och tidsmässiga fördelning.

### **Modellfall**

En kvinna kommer in på förlossningen med värkar och vattenavgång. Hennes första barn. Hon bedöms vara i aktiv förlossning, och hon får stanna kvar på förlossningsavdelningen. I tidigt skede så klarar hon av att hantera förlossningssmärtan utan medicinsk hjälp. Hon har varma kuddar i ryggen och har bra stöd av sin partner. Efter ett par timmar är värkarna både tätare och mer intensiva. Hennes partner får inte så bra kontakt med sin kvinna längre och upplever henne som fylld av panik. Hon andas nu lustgas och förklarar för personalen att hela ryggen värker och det strålar ner o bäcken och lår. Hon är spänd och gråter hysteriskt. Hon erbjuds ryggbedövning och personalen är nu närvarande på rummet hela tiden som ett gott stöd. När ryggbedövningen gett god effekt, märks det direkt skillnad på kvinnan och hon är tillbaka och kan nu kommunicera med alla på rummet. Smärtan har ändrat karaktär och känns nu mer som tryck och knivhugg mot ändtarm och vagina. Vi förklarar att barnet nu kommit långt ner i förlossningskanalen och att det snart är dags att krysta. Nu skriker kvinnan, men

inte för att hon har problem att hantera smärtan, mer för att fokusera på att hantera den. Efter en halvtimme har det en nyfödd gosse.

### **Borderlinefall**

En kvinna som väntar sitt första barn har varit i aktiv förlossning sedan 10 timmar tillbaka, kvinnan har sedan en timme tillbaka krystat. Hennes barnmorska och läkare har bedömt läget som normalt, alla variabler visar ett friskt barn och modern är ännu vid gott mod. Kvinnan har varit på extra tillväxtkontroller under graviditet då barnet bedöms vara lite större än normalt, men har bedömts att kunna förlösas vaginalt. En ryggbedövning är lagd, och kvinnan har andats lustgas i perioder men klarar just nu smärtan bra utan. En bristning i vaginalfåran uppstår under en värk då kvinnan krystar och huvudet tränger ner en bit. Det blöder rikligt och läkaren tillkallas, det bedöms som att ett större blodkärl brutit och vi får lov att sätta ett stygn för att inte det ska blöda för mycket. Här får kvinnan dra extra med lustgas för att klara av sutureringsmärta. Värkarna kommer tätt och tio minuter senare föds en stor flicka.

### **Ickefall**

En fyrföderska kommer in på förlossningen och föder barn väldigt snabbt. Hennes förlossningssmärta gick att hantera med hjälp av andning och lustgas. Efter förlossningen ringer hon och larmar personalen flera gången. Hon har otroligt smärtsamma eftervärkar och vill andas lustgas igen. Hon får Paracetamol, men förklarar för oss att hennes eftervärkar är jobbigare än förlossningen. När barnet suger på bröstet får hon otroligt kraftiga sammandragningar i livmodern som gör att hon tidigare behövt ta starka värktabletter de första dagarna efter förlossningen. Hon får lustgas en liten stund, men sedan har hon bra hjälp av smärtstillande tabletter.

## **SLUTGILTIG SAMMANFATTANDE ANALYSFAS**

Sammanfattande analys av begreppet förlossningssmärta mynnar ut i en uppfattning av att förlossningssmärta är en unik upplevelse som har sina rötter i tre olika dimensioner, sensorisk, affektiv och en kognitiv dimension.

### **Sensoriska dimensionen**

#### *VÄRKAR*

Det som var tydligast att få beskrivet av både de intervjuade och i artiklarna var den sensoriska delen. Vad är värkar? Det som framkom var det som händer under en värk. Att livmodern drar sig samman, dilatation av cervix och modermun, tryck mot perineum, vagina och bäckenbotten och hur denna värk rent fysiologiskt uppstår med hjälp av prostaglandiner och oxytocin. Smärtan är inte konstant och har ett givet slut och stegrar sig likt en pyramid i

smärtintensitet. De kommer i intervaller och blir oftast starkare och fler ju närmare födelsen av barnet förlossningen kommer. Även de bristningar som kommer kan uppstå innan barnet föds kan få stå för denna smärta som värkarna bidrar med ansåg vissa deltagare i fältstudiefasen.

#### *VAD ÄR INTE FÖRLOSSNINGSSMÄRTA*

Gemensamt för både den teoretiska fasen och fältstudiefasen var svårighet att begränsa vad som inte är förlossningssmärta, eftersom den är så individuell. Beskrivningarna i teoretiska fasen om vad som inte är förlossningssmärta var mycket sparsam och blev därför utelämnad då inte tillräckligt med material kunde finnas, och i fältstudiefasen fick man betona frågorna så att deltagaren inte missförstod frågan. Många deltagare kopplade samman förlossningssmärta med smärtlindring. Kanske är det så idag att smärtan som uppstår i samband med en förlossning är så starkt förknippat med att ta bort den, inte vägledas av den? De som beskrevs i fältstudiefasen var den smärtan som uppstod efter förlossningen eller den smärtan som uppstår i samband med operation och suturering.

#### **Affektiva dimensionen**

##### *TIDIGARE ERFARENHETER*

Vad har kvinnan för upplevelser innan hon föder barn? Eller vad har hon för upplevelse av att föda barn? Både positiva och negativa erfarenheter spelar stor roll för hur kvinnan kommer att hantera sin förlossning och dess smärta. Hur starkt är hennes psyke? Det var inte självklart att kvinnor som upplevt övergrepp eller en jobbig förlossning automatiskt blev förlossningsrädda och skulle uppleva smärtan jobbigare än någon annan kvinna. Kanske är det till och med så att de bearbetat de så väl att det är starkare än andra. Vanligast var det dock att de kvinnor som efter sin förlossning bedömt den på en VAS-skala med lägsta betyg oftast hade en mörkare historia än andra. Vissa kvinnor kanske hade kämpat länge som utan att lyckats blir gravida, infertilitet. Andra kvinnor var mycket unga och graviditeteten var inte välkommen, medan andra hade erfarenhet av ett barn som dött.

#### **Kognitiva dimensionen**

##### *KUNSKAP*

Gemensamt var för båda faserna i denna studie är att utbildningen har stor betydelse för hur kvinnan upplever sin smärta. Även den socioekonomiska statusen spelade in för hur det var för kvinnan. De barnmorskor som blev intervjuades hade en teori om att det kan vara kvinnans erfarenhet av att ta till sig kunskap som var skillnaden. En ung utbildad kvinna kanske inte kunde ta till sig föräldrautbildningens information på samma sätt som en

högutbildad som är vana att studera och ta till sig ny och nyttig information. Saknaden av kunskap kan skapa oro, men även för mycket information. Barnmorskorna som arbetade inom mödravården berättade att när de håller sina föräldrautbildningar så var det viktigt att hålla balans mellan för lite, för mycket och alldeles lagom med information till de blivande föräldrarna. Att få för mycket information om vissa delar kunde skapa både oro och ångest, medan vissa föräldrar efterfrågar mer information. Här kan både fantasier och målbilder hjälpa eller skrämna kvinnan och skapa en upplevelse av mer smärta än vad som egentligen borde finnas.

### *BEDÖMA FÖRLOSSNINGSSMÄRTA*

Även som under tidigare teman så är smärtan individanpassad och kan bara bedömas av kvinnan själv. Just hennes smärta är hennes och hur den upplevs kan inte mätas precis. Även om man försöker på både VAS skalor och enligt MPQ med att sätta ord på smärtan kvinnan upplever under en förlossning så är allt en sammanfattad uppfattning av en annan kvinnas upplevelse. Det som beskrivs unikt av just förlossningssmärta är att den kan upplevas som positiv, det gör ingen annan smärta. Ingen smärta leder till något bra, som faktiskt en förlossning gör. Kvinnor som fått beskriva sin uppstart och latensfas beskrev ofta den med ord som var glädjefyllda, äntligen skulle de få möta sitt barn. Andra beskrev det som en befrielse från den på slutet jobbiga graviditeten. Andra beskrev smärtan genom att beskriva kvinnans efterfrågan av smärtlindring. Ju längre i förlossningen kvinnan var desto mer smärtlindring efterfrågade hon, eller stöttning. Vissa kvinnor ville inte ha mer smärtlindring i form av medicinska alternativ, utan de ville ha mer närvaro på sal.

## **DISKUSSION**

### **Sammanfattning av huvudresultat**

Syftet med studien var att definiera begreppet förlossningssmärta. I beskrivningen av förlossningssmärta har det i denna studie framkommit flera olika definierade dimensioner, dessa är sensorisk, kognitiv och affektiv. Under dessa kunde sedan de mindre teman sorteras in, som är: värkar, tidigare erfarenhet, kunskap, vad är inte förlossningssmärta och bedöma smärta. Efter att allt material bearbetats delades resultatet även in i olika underkategorier som sorterades in under de tre huvudkategorierna. Dessa var kunskap, vad förlossningssmärta inte är, värkar, tidigare erfarenheter och bedöma smärta. Förlossningssmärtan är en unik upplevelse. Den födande kvinnan vet hur den känns för just henne. Sanningen om förlossningssmärta och dess begrepp är att den är en unik upplevelse, och precis som alla andra upplevelser tolkar vi den olika och vi uttrycker oss på vårt egna individuella sätt.

## Resultatdiskussion

När sammanställning av alla resultat analyserats så framkom det i studien att förlossningssmärta är en individuell upplevelse, som påverkas av många olika faktorer och egenskaper. Varje födande kvinna har rätt till sin egen sanning och upplevelse, för vårdpersonal kan det därför vara mycket svårt att bedöma förlossningssmärtan eftersom varje kvinna är unik och uttrycker sin smärta unikt för just henne. Syftet var att analysera begreppet förlossningssmärta, och begreppet är mycket brett och individanpassat, består av många olika dimensioner och är mycket svårbedömd. Barnmorskans ansvar är att se till att den kvinna hen vårdar blir sedd och lyssnad på. En bra och trygg kommunikation som etableras så snabbt som möjligt i vårdmötet bygger en bra grund så att den födande kvinnan känner tillförlit att öppna upp sig och berätta för barnmorskan hur hon känner under hela förloppet. Det ger goda förutsättningar för kvinnan och vården att ge henne en sån bra upplevelse som möjligt. Även att involvera partnern i denna kommunikation är av stor vikt eftersom kvinnan kan drunkna i sin smärta och få svårt att förmedla sin rädsla och oro. Känner partnern sin kvinna väl kan hen då kliva in och berätta hur han tror kvinnan kan bli hjälpt (Lowe, 1996; Melzack, 1993; Waldenström, 2007; Melzack, 1981; Kaplan, 2009).

Det första gemensamma temat för de båda faserna var att förlossningssmärtan har en sensorisk dimension, barnmorskorna och artikelförfattarna var ganska enade om att den fysiska smärtan, alltså hur och var smärtan uppstår. Det som inkluderas i den sensoriska dimensionen är bland annat värkar, mors fysiska tillstånd, tidigare erfarenheter och hur vårdpersonalen ska bedöma förlossningssmärtan. Förlossningssmärtan inte är patologisk. Även om förlossningssmärta är en av det mest intensiva smärtor en kvinna kan uppleva är den inte förenad med något farligt, eller något som skadar henne. Ingen har kunnat beskriva varför det ska göra så ont att föda barn, men den beskrivs som en skapandekraft. Flera artikelförfattare jämför förlossningssmärtan med all annan sorts smärta som är nedbrytande i samband med skada eller sjukdom och då beskriver de förlossningssmärtan som vägledande. En annan olikhet mot annan smärta är att den har ett givet slut, den är tidsbegränsad (Lowe, 2002; Melzack, 1993).

Den kognitiva dimensionen innefattade, i den här studien, kvinnornas kunskap, rädsla och oro. Det som framkom i intervjuerna med barnmorskorna var att förlossningssmärtan beskrivs och upplevs på samma vis idag som för 30 år sedan, det som skilde sig åt var att kvinnor möjligtvis var mer ängsliga idag och hade mer oro. Det trodde barnmorskorna berodde på att

det idag finns så mycket information att tillgå på internet. Information som istället för att lugna de blivande mödrarna istället skrämmer upp och informationen de läser är ofta inte från tillförlitliga källor. Kvinnans sociala status och hennes yrke spelar roll för hur hon upplever smärtan under förlossningen, det trodde barnmorskorna berodde på att en kvinna som skaffat sig livserfarenhet och var vana att ta till sig ny kunskap lättare kunde förbereda sig för förlossningen än de unga oplanerat gravida kvinnorna som var ovana vid att studera. Även en ekonomisk oro under graviditeteten kunde leda till ökad oro hos den blivande modern. Den sista dimensionen är affektiva dimensionen, som inkluderade känslor. Hur känner kvinnan inför den stundade förlossningen? Om kvinnan länge längtat efter en graviditet och barnet, så finns en föreställning om att födelsen och förlossningen är ett måste och något kvinnan både längtar och ser fram emot. De kvinnorna som drabbats av ofrivillig barnlöshet upplevs acceptera förlossningssmärtan och uttrycker sig inte som att den är så fasansfull. De kvinnor som tidigt i livet blivit gravida och inte har någon speciell barnlängtan, kanske inte ens vill ha barnet de bär på, har observerats och de kvinnorna upplevs ha mycket svår smärta under förlossningen som är svår att finna god smärtlindring till. Detta är ett fenomen som inte ändrar på sig över tid (Netteblad et. al).

Enligt den här studiens resultat kan till och med förlossningen och dess smärta ses som befriande. Kvinnan som på slutet är trött på krämpor och att inte få ha sin egen kropp för sig själv ser kanske barnafödandet som en positiv händelse. Alltså inte bara att äntligen få möta sitt nya barn, utan även att få bli sig själv igen. Flera kvinnor har beskrivit sina förlossningar som glädjefyllda och med mycket förväntan. När de första tecknen på förlossning kommit så har de fyllts av glädje trots de smärtsamma värkarna. Hur förlossningssmärtan definieras i andra kulturer, var information som var mycket svår att få fram i denna studies teoretiska fas, men som även speglar av hur kvinnans känslor yttrar sig. De flesta inkluderade artiklar var genomförda i Europa eller USA. Dessa kulturer skiljer sig inte så mycket åt i det stora hela, men USA har en trend att bota all smärta med hjälp av läkemedel eller operation. Enligt en intervjuad barnmorska var hennes uppfattning att den moderna tekniken ska underlätta så mycket som möjligt så en kvinna inte ens behöver föda sitt barn, många kvinnor i USA föder sina barn med planerade kejsarsnitt eller med så mycket smärtlindring som det går att tillhandahålla (Waldenström, 2007). Även miljö och det kulturella påverkar kvinnans upplevelse enligt artikelförfattarna. Vad förlossningssmärta är och vad den får vara, hur hanterar kvinnorna i den kulturen man kommer från och lever i förlossningssmärta? Vad det finns det för syn på kvinnor i stort och barnafödandet i stort speglas i hur kvinnan upplever

just sin smärta och hur hon tänker att smärtan ska vara och hanteras. När kvinnan kopplar samman kropp, tanke och själ så har hon tillgång till smärtlindring, avslappning, säkerhet, välmående, hopp och förväntningar. Att genom tanken vara i förlossningen, låta det fysiska möta det psykiska och genom det uppnå spirituellt bekvämlighet. Alla kvinnor som befinner sig värkarbete har smärta, men det är hur kvinnan väljer att tänka på sin smärta som är avgörande för hur den upplevs (Waldenström et al, 1996). En barnmorska som deltog i den här studien, hade under sin utbildning observerat en förlossningsavdelning i Uganda, där man rakt emot USA:s normer låter kvinnan i stort sett föda i det ensamma, och barnmorskan närvarar enbart i det ögonblick då barnet föds fram. Vägen fram till det ögonblicket kämpar kvinnorna i det tysta och går oftast lång väg för att nå fram i tid till sjukhuset. Det förekom ingen som helst hjälp eller stöd och smärtlindring kunde inte erbjudas. Barnmorskan hade till och med sett kvinnor som blev misshandlade av de verksamma barnmorskorna för att de skrek för mycket. Det som var absolut svårast att hitta i både litteratur, forskning och hos barnmorskorna var att få fram vad som är inte förlossningssmärta. Förmodligen är det en sån fin linje mellan vad som räknas in och inte. När startar förlossningen? Inte ens det var barnmorskorna ense om, så när förlossningssmärtan startar var så klart också svårt att avgränsa. Det kanske inte ens tänkt på denna fråga förut, men när jag ställde frågan fick jag samtidigt påminna om vad faktiskt frågan var. Många svävade iväg och började prata om smärtlindringsmetoder. Till slut kom de fram till att operationssmärta som ett kejsarsnitt innebär inte är förlossningssmärta, inte heller foglossning, sutureringsmärta eller smärtan som uppstår efter förlossningen som eftervärkar och smärta från eventuella bristningar.

#### **ETISKT STÄLLNINGSTAGANDE**

Etiskt övervägande kom att tas med utgångspunkt från vetenskapsrådets (2001) fyra krav inom forskningsetiken såsom informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet, kraven har åtta stycken underliggande regler och beskrivs kortfattat. Informationskravet; här informerades deltagarna om frivillighet, villkor och att de gick att avbryta deltagandet. Deltagarna i denna studie fick alltså att information om studien och dess syfte, se bilaga 1. Samtyckeskravet; samtycke inhämtades av uppgiftslämnare och undersökningsdeltagare och eventuellt vårdnadshavare. Självständigt bestämma på och under vilka villkor deltagandet kom att ske, och att deltagaren när som helst kunde välja att avbryta. Ingen påverkan fick ske på varken deltagande eller avbrytande. Inga beroendeförhållanden fick föreligga. Deltagandet var frivilligt och kunde när som helst avbrytas. Data som insamlades behandlades konfidentiellt och kom endast att användas till ändamålet.



Konfidentialitetskravet; Tystnadsplikt inom området. Alla känsliga uppgifter hanterades med respekt. Uppgifter om personer hanterades och antecknades på ett sådant sätt att det blir avidentifierat. Nyttjandekravet; Uppgifter insamlade för ändamålet får ej lämnas ut för annat ändamål, enbart användas till ändamålet. Nyttjandekravet; insamlade personuppgifter får ej användas för beslut eller andra åtgärder. Som till exempel vård och/eller tvångsintagning (Vetenskapsrådet, u.å.). För att undvika vetenskaplig oredlighet i enlighet med Polit och Beck (2008) var författarens mål vara att inte förvränga eller utelämna data. Plagiat kom inte att förkomma. I enlighet med Helsingforsdeklarationen (Vetenskapsrådet, 2003) identifierades vetenskapliga brister och författaren kom att vara väl insatt i forskningsområdet.

### **Etisk diskussion**

De deltagande barnmorskorna var informerade om frivilligt deltagande och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan förklaring. Etisk prövning var inte aktuell för denna studie då inga punkter i blanketten för etisk granskning ansågs uppfyllda (bilaga 4). Studien är utförd vid ett par mellanstora orter, vilket kan vara en risk eftersom sekretessen kan vara svårare att hålla då ”alla känner alla”, författaren har tidigare varit i kontakt med en av deltagarna som patient och student, även detta kan vara en mindre risk då författaren redan tror sig ha en uppfattning om hur den intervjuade personen kommer att svara på frågorna. Även så kan den som blir intervjuad spara på vissa detaljer för att inte avslöja sig inför den bekanta intervjuaren. Alla deltagare erhöll information skriftligt och muntligt samt chefer informerades och gav sitt samtycke till studien. Deltagaren fick välja intervjuplats för intervjun för att känna sig bekväma och lättare kunna prata fritt (Vetenskapsrådet, 2002).

### **Metoddiskussion**

Metoden är en begreppsanalys, där författaren genom två olika faser samlar information om ämnet. Den första fasen var en teoretisk fas, med artikelsökningar och bearbetning av redan genomförda studier inom det aktuella ämnet förlossningssmärta. När adekvat information ansågs tillräcklig så bearbetades informationen och analyserades. Vissa delar var svårare än andra att hitta, som till exempel var det ytterst lite information att hämta in om vad som inte är förlossningssmärta. I den andra fasen, fältstudiefasen så skapades intervjufrågor utifrån frågeställningarna och syftet. Allt detta med god handledning från handledaren. Sedan valdes fem barnmorskor ut genom ett bekvämlighetsurval. Detta för att underlätta för författaren som inte ville resa allt för långt för att genomföra intervjuerna. De deltagande barnmorskorna hade alla olika erfarenhet både i antal arbetade år och verksamhetsområden, de var även av olika ålder vilket gav möjlighet till en variation på beskrivningen av begreppet. Alla hade studerat

på olika utbildningar till barnmorska. En av barnmorskorna hade även varit på utlandstjänst. Alla arbetade nu på mellanstora orter i Sverige och hur begreppet används och tolkas i landet i övrigt ser eventuellt annorlunda ut. Antalet intervjuer skulle även kunna ses som en begränsning, men då resultatet som framkom trots deltagarnas olika erfarenheter var så likartat så bedömds antalet intervjuer som fullgott, fler intervjuer hade troligtvis inte visat annorlunda resultat. Slutligen så sammanställdes materialet från alla faser och mynnade ut i ett gemensamt resultat, ett resultat som trots allt ändå var relativt begripligt och inte speciellt överraskande (Polit och Beck, 2008).

### **Trovärdighet**

För att få en genomgripande förståelse och så många aspekter som möjlig av begreppet har litteratur i form av vetenskapliga artiklar och facklitteratur använts. Uppslagsverk användes, samt att barnmorskor har intervjuats. Den valda metoden av Walker och Avant (2011) modell är vetenskapligt beprövad och utförandet är noggrant beskrivet (Polit och Beck, 2008).

### **Överförbarhet**

Intervjuerna har skett i två mellanstora orter i Sverige. Arbetet har kompletterats med litteratur från både Sverige och flera olika länder världen över, men framförallt har så speglas resultatet från ett europeiskt/amerikanskt perspektiv då få studier från andra delar av världen inkluderats. Förlossningssmärta ses som ett centralt begrepp inom sexuell och reproduktiv hälsa och därför intervjuades barnmorskor, tänkbart hade det gett en ännu bredare förståelse för begreppet om andra yrkeskategorier intervjuats, som mödrahälsovårdspsykolog, undersköterskor eller obstetrikere. Den födande kvinnan hade också kunnat inkluderas i intervjuerna, men hade då kanske gett ett annat resultat (Polit och Beck, 2008).

### **Pålitlighet**

När datainsamlingen genomfördes bokades först en bibliotekarie för att komma igång. Där inhämtades många och bra tips för den vidare sökningen som gjordes både ensam och med hjälp av handledaren. Primära sökord identifierades och ett par tre stycken huvudartiklar. Artiklar som även användes för att inhämta artiklar bakvägen för att finna bra och trovärdiga artiklar som belyst ämnet (Polit och Beck, 2008).

Vid intervjuerna användes en diktafonapplikation som provtestats innan intervjuerna och gav hög tillförlitlighet. Det inspelade materialet var av god kvalitet. Författaren har sedan tidigare mycket begränsade kunskap i intervjuteknik, även om kunskap har sökts i litteratur från Kvale och Brinkmann (2014). Författaren har även haft god handledning där handledaren har erfarenhet av att intervjua.

## **Slutsats**

I beskrivningen av förlossningssmärta har det i denna studie framkommit flera olika definierade dimensioner, dessa är sensorisk, kognitiv och affektiv. Smärtan är mycket individuell och speglas av alla dessa komponenter. Förlossningssmärtan är en unik upplevelse som bara den födande kvinnan kan veta hur just den känns för just henne. Sanningen om förlossningssmärta och dess begrepp är att den är en upplevelse, precis som alla upplevelser tolkar vi det olika och vi uttrycker oss individuellt.

## **KLINISK TILLÄMPBARHET**

Att definiera begrepp är en viktig del i att bygga ett vetenskapligt ämne. Genom att utföra en begreppsanalys på förlossningssmärta stärks ämnet sexuell och reproduktiv hälsa, det underlättar även för kommande forskning och undervisning i ämnet. En tydligare bild av begreppets innebörd underlättar kommunikationen för barnmorskor i deras samtal med mödrar såväl som kollegor. Genom att använda definierade attribut för ett visst begrepp underlättar det arbetet för barnmorskor då de vet exakt hur begreppet beskrivs. Då alla barnmorskor kan använda samma beskrivande termer blir kommunikationen lättare och mödrarna kan förstå vad barnmorskan menar. Träffar mödrarna olika barnmorskor under graviditeten kan de ändå förstå betydelsen av förlossningssmärta då barnmorskorna använder samma språk, samt att alla mödrar får samma information. Studiens resultat är tänkt att användas kliniskt i arbetet med att förlossningssmärta inom mödravård och förlossning och eventuellt specialistmottagningar som till exempel Aurora, men framförallt tillämpbart inom barnmorskeutbildningen i Sverige där de blivande barnmorskorna utbildas inom detta specifika område, förlossningssmärta. Det samlade begreppet som framkom anses användbart, inte bara av barnmorskan inom mödrahälsovården och förlossning utan även av annan personal inom hälso- och sjukvård som arbetar med att behandla, bemöta och utbilda om begreppet förlossningssmärta. Det kan tänkas bli användbart i information som ges i föräldrautbildning, förlossningsförberedelse och som ett samlat begrepp att samtala om med kollegor. Det är även tillämpbart under kliniska arbetspass där överrapporterande barnmorska kan ge kollegan en bild av den födande kvinnans smärta, istället för att låta kollegan bilda sig en egen uppfattning om en smärta som är föränderlig under förlossningsförloppet.

## **Förslag till vidare forskning**

Det kan vara intressant att se vad som skulle bli belyst om studien inkluderat mödrarna i intervjuerna. Denna studie är genomförd på två mindre orter i Sverige där de intervjuade barnmorskorna tyvärr inte hade så bred kunskap om hur barnmorskornas arbete ser ut i andra delar av världen. Därför skulle det vara intressant att se hur resultatet skulle bli om studien

gjordes på verksamma barnmorskor i fler länder och till och med utvecklingsländer. Kanske skulle resultatet bli de samma eller skulle flera dimensioner träda fram? En liknande studie skulle kunna utföras med existensfilosofi som teoretiskt ramverk. Existensfilosofin beskriver den levda kroppen och relaterar till upplevelser av den.

## REFERENSLISTA

Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research.

*Qualitative Research (QRJ)*, 1(3), 385-405.

\*Gibson, E. (2014) womens expectations and experiences with labour pain in medical andmidwifery models of birth in the United States. *Women and Birth*. 9 maj 2014. 185-189.

\*Gottwall. K & Waldenström. U. (2002) Does a traumatic birth experience have an impact onfuture reproduction? *BJOG, an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 254-260.

Hodgson, A.K. & Scanlan, J.M. (2013) A Concept analysis of mentoring in nursing leadership. *Open Journal of Nursing*. 389-394.

IASP (International Study for the Study of Pain), 1. 2. *IASP*. (den 20 mars 2017). Hämtad från PAIN. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>

\*Kaplan, A., Hogg, B, Hildingsson, I. och Lundgren, I. Red. (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Melzack, R. (1993) Labor pain as a model of acute pain. *Pain* 117-120.

\*Melzack, R. (1975) The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain* 277-299.

Nationalencyklopedin, förlossning.

<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/förlossning> (hämtad 2017-03-27).

Nationalencyklopedin, Smärta (hämtad 2017-03-27).

Från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/smärta>

Olofsson, N (2014) Förlossningsanalgese. I H. Hagberg, K. Marsal & M. Westergren (red).. *Obstetrik* s. (253-264). Lund: Studentlitteratur.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

\*Price, D-D., Harkins S-W., Baker, C. Sensory-affective relationships among different types of clinical and experimental pain. *Pain* 1987;28:297-307.

- Sand O., V. Sjaastad- Øystein; E. Haug, Bjålie, J-G.; Bolinder-Palmér. red. K. Grönwall; K.Olsson (2006) *Människokroppen: Fysiologi och anatomi*. Andra upplagan. Liber förlag.
- Segesten, K. (2012). Att göra en begreppsanalys. I Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2006) *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2017, 20 mars, från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wpcontent/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-LegitimeradBARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>
- Socialutskottet (1971). Socialutskottets betänkande i anledning av motioner om smärtlindning vid förlossning. Betänkande 1971:SoU40. Riksdagen. Från <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/?sort=rel&utskott=fiu,ufou,sou&riksmote=1971>
- Schwartz-Barcott, D., & Kim, S. (1986). *A Hybrid Model for Concept Development*. In P Chinn (Ed.), *Nursing Research Methodology: Issues and Implementation* (pp.91-101). Rockville, MD: Aspen Publishers.
- Schwartz-Barcott, D. & Kim, S. (1993). *An Expansion and Elaboration of the Hybrid Model of concept Development*. In B.L. Rodgers, & C.A. Knave (Eds.), *Concept Development in Nursing. Foundation, Techniques and Applications*. Philadelphia: W.B. Sanunders Company.
- Vetenskapsrådet. (u.å.). *Forskningsetiska principer inom humanistisksamhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Vetenskapsrådet. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från [https://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk\\_humanforskning\\_13.pdf](https://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf)
- \*Waldenström, U. Women´s memory of childbirth two months and one year after the birth. *Birth* 2003;30:248-254.

Walker, L.O & Avant, K.C. (2005). *Concept analysis*. In L. Walker & K. Coalson- Avant. Strategies for theory constructions in nursing. (4 ed). Upper Saddler River NJ: Pearson/Prentice.

Walker, L.O. & Avant, K.C. (2011). Strategies for theory construction in nursing. (5. ed.) Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.

\*Artiklar med i resultatet.

## BILAGOR

### Bilaga 1

#### *Informationsbrev*

Du tillfrågas härmed om deltagande i en studie om förlossningssmärta och dess betydelse. Förfrågan går ut till barnmorskor på förlossningen i Falun och MVC i Rättvik, och jag önskar att du deltar. Om du vill medverka genom en intervju ber jag dig att ta kontakt med mig så vi kan boka in en tid för intervju. Intervjun beräknas ta ca 30 minuter.

Deltagande i undersökningen är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan närmare motivering. Alla svar kommer att behandlas konfidentiellt.

Intervjuplats kommer vi överens om vid kontakt, vi tar oss dit du önskar.

För att delta eller vid frågor kontakta oss eller min handledare Linda Vixner.

Malin Ehrling

Barnmorskestudent

Högskolan Dalarna

0739797287

[h08majoe@du.se](mailto:h08majoe@du.se)

Handledare, Linda Vixner

PhD. Senior Lecturer Medical Science

Dalarna University

[023778436](tel:023778436) [www.du.se](http://www.du.se)

[lvi@du.se](mailto:lvi@du.se)



## Bilaga 2

### Frågeformulär

*När tog du barnmorskeexamen?*

*Hur länge har du arbetat inom den verksamhet du är nu?*

*Hur länge har du arbetat som barnmorska?*

*Hur länge har du arbetat inom den verksamhet du är nu?*

*Har du arbetat inom andra verksamheter som barnmorska? Hur länge då?*

*Vad innebär begreppet förlossningssmärta för dig som barnmorska?*

*Vad särskiljer den från andra sorters smärta?*

*Hur använder du begreppet förlossningssmärta inom den kliniska verksamhet som du befinner dig inom i dag?*

*Har detta ändrats sedan du började arbeta som barnmorska? Vad kan det bero på?*

*Hur skiljer sig ditt sätt att använda begreppet förlossningssmärta från dina kollegors? På vilkas sätt använder ni begreppet lika?*

*Hur tror du att begreppet förlossningssmärta används globalt?*

*Vilka kulturella skillnader tror du att det finns runt begreppet förlossningssmärta?*

*Vad skulle du säga att förlossningssmärta inte är?*

### Bilaga 3

#### Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor

Fastställd av Forskningsetiska nämnden 2008-08-11

Projekttitel: Förlossningssmärta, en begreppsanalys

Student: Malin Ehrling

Handledare: Linda Vixner

		Ja	Tveksamt	Nej
1.	Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas, d.v.s. innehåller studien t.ex. barn, personer med nedsatt kognitiv förmåga, personer med psykiska funktionshinder samt personer i beroendeställning i förhållande till den som utför studien (ex. på personer i beroendeställning är patienter och studerande)?			X
2.	Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?			X
3.	Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?			X
4.	Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt (t.ex. väcka traumatiska minnen till liv)?			X
5.	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			X
6.	Avser du att behandla känsliga personuppgifter som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)? Med känsliga personuppgifter avses, enligt Personuppgiftslagen, uppgifter som berör hälsa eller sexualliv, etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse samt medlemskap i fackförening.			X
7.	Avser du att behandla personuppgifter som avser lagöverträdelse som innefattar brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden, och som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)?			X