



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Magisterexamen

Smärtskattning och smärtlindring vid förlossning samt förlossningsupplevelse bland normalviktiga och överviktiga kvinnor.

Pain assessments and pain relief during labor and birth experience in women with normal weight and overweight (U.S)

Författare: Andersson Linda, Ols-Åström Frida
Handledare: Persson, Margareta
Granskare: Eriksson, Mats
Examinator: Flacking, Renée
Ämne: vårdvetenskap inriktning sexuell,
reproduktiv och perinatal hälsa
Poäng: 15 hp
Betygsdatum: Ht2012

Högskolan Dalarna
791 88 Falun
Sweden
Tel 023-77 80 00

Sammanfattning

Bakgrund: Övervikt och fetma är ett växande problem och kan medföra ökad risk för komplikationer under graviditeten. Varje kvinna har en personlig beskrivning av hur smärta under förlossningen upplevdes. Det är betydelsefullt att hjälpa kvinnor hantera smärta under förlossningen och barnmorskan har ett stort ansvar att informera, stödja och uppmuntra kvinnor om de smärtlindringsmetoder som finns att tillgå och på så sätt skapa en bra förlossningsupplevelse.

Syfte: Att undersöka användning av och nöjdhet med förlossningssmärtlindring bland kvinnor med normal- och övervikt samt skattad helhetsupplevelse av förlossningen.

Metod: Retrospektiv jämförande studie, där data hämtats från enkätundersökning och Medicinska Födelseregistret. I vår studie deltog 324 kvinnor med normal graviditet och förlossning. Parametriska och icke-parametriska analyser genomfördes för jämförelser mellan grupperna.

Resultat: De flesta kvinnorna upplevde att de var nöjda med smärtlindringen de fått under förlossningen oavsett viktgrupp. Kvinnorna som var nöjda med smärtlindringen var även i större utsträckning nöjda med sin helhetsupplevelse av förlossningen. Användning av två eller fler smärtlindringsmetoder ökade risken för missnöje med erhållen smärtlindring.

Slutsats: Att hjälpa födande kvinnor hitta en fungerande smärtlindringsmetod är en betydelsefull uppgift för barnmorskan då missnöje med smärtlindringen även har samband med missnöje med helhetsupplevelsen av förlossningen.

Nyckelord: upplevelse, förlossning, smärtlindring, stöd och BMI.

Abstract

Background: Overweight and obesity is a growing problem and can increase the risk of complications during pregnancy. Every woman has a personal description of the pain experience during childbirth. It is important to help women manage pain during labor and the midwife has an important responsibility to inform, support and encourage women about the pain relief methods available, thus creating a good childbirth experience.

Purpose: To examine the use of and satisfaction with obstetrical analgesia among women with normal and overweight and the overall experience of childbirth.

Method: Retrospective comparative study using data collected by a questionnaire together with data from the Medical Birth registry. In our study 324 women participated with normal pregnancy and childbirth. Parametric and non-parametric analyses were conducted for comparisons between groups.

Results: Most of the women felt that they were satisfied with the pain relief they received during labor regardless of weight group. The women who were satisfied with the pain relief were even more satisfied with their overall experience of childbirth.

Conclusion: The use of two or more pain relief methods increased the risk of dissatisfaction with pain relief. To help women find a functional method of pain relief is an important task for the midwife when dissatisfaction with pain relief also associated with dissatisfaction with the overall experience of childbirth.

Keywords: Analgesia, obstetric pain relief, experience, delivery, support and body weight.

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Övervikt och fetma	1
<i>Definition av övervikt och fetma samt dess orsaker</i>	1
<i>Övervikt och fetma som riskfaktor för ohälsa</i>	2
<i>Övervikt och fetma i förhållande till graviditet och förlossning</i>	2
Definition av normal förlossning	3
Smärta	4
<i>Metoder för mätning av smärta</i>	4
<i>Förlossningssmärta</i>	5
<i>Förlossningsupplevelser</i>	6
Barnmorskans stöd	7
Problemformulering	7
Syfte	8
Frågeställningar	9
Metod	9
Design	9
Urval	9
Datainsamlingsmetod	11
Genomförande av analys och statistiska beräkningar	11
<i>Bearbetning av variabler</i>	11
<i>Statistiska beräkningar</i>	12
Etiska aspekter	12
Resultat	13
Tabell 1. Bakgrundsfaktorer för deltagarna vid tidpunkt för förlossning och fördelning mellan normalviktiga och överviktiga deltagare	13
Användning av smärtlindring under förlossningen bland kvinnor med normalvikt och övervikt	14
Tabell 2. Presentation av använda smärtlindringsmetoder	14
Tabell 3. Typer av smärtlindringsmetod redovisat för normalviktiga och överviktiga kvinnor	14
Kvinnornas skattning av nöjdhet med använd smärtlindring	14
Helhetsupplevelse av förlossningen	15

Tabell 4. Helhetsupplevelsen av förlossning 2005.	15
Diskussion	16
Resultatdiskussion.....	16
<i>Användning av smärtlindring under förlossning bland kvinnor med normalvikt och övervikt</i>	<i>16</i>
<i>Nöjdhet med smärtlindring under förlossning.....</i>	<i>17</i>
<i>Nöjdhet med helhetsupplevelsen under förlossningen.....</i>	<i>18</i>
Metoddiskussion	20
Konklusion	22
Förslag till vidare forskning	22
Referenser.....	23
Bilaga 1. Hälsoenkät	28

Bakgrund

Övervikt och fetma

Övervikt och fetma är ett växande problem i stora delar av världen. Enligt Världshälsoorganisationens (WHO) statistik från 2008 är 1,5 miljarder vuxna av världens befolkning överviktiga, vilket betyder att siffran har fördubblats sedan 1980-talet. Av dessa vuxna lider 300 miljoner kvinnor av fetma (WHO, 2011). Även i Sverige är övervikt och fetma ett växande problem och enligt en SBU-rapport från 2004 har andelen överviktiga och feta individer nästan fördubblats under de senaste 20 åren (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2004). Enligt Rössner (2002) har andelen svenska kvinnor med body mass index (BMI) över 30 kg/m^2 , vilket indikerar fetma, stigit från 8,5 procent till 12 procent mellan 1981 och 1998.

Definition av övervikt och fetma samt dess orsaker

Övervikt och fetma definieras enligt WHO (2011) som när onormalt eller orimlig mycket fettvävnad ansamlas i kroppen och leder till försämrad hälsa hos befolkningen. Adolphe Quetelet utvecklade under 1900-talet mätverktyget BMI som ett mått för att ange näringsstatus hos vuxna. Mätverktyget har sedan utvecklats vidare till att bli en riskindikator för sjukdomar, då ett högt BMI indikerar ökad risk för särskilda sjukdomar (WHO, 2012). Idag är BMI det mest använda hjälpmedlet för att mäta kroppsvikt relaterat till hälsoutfall, och BMI beräknas genom att kroppsvikten divideras med kroppslängden i kvadrat (kg/m^2). Gränsvärden för olika viktkategorier som WHO använder är undervikt: $\text{BMI} < 18,5 \text{ kg/m}^2$, normalvikt: $\text{BMI} 18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$, övervikt: $\text{BMI} 25,0\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$ och fetma: $\text{BMI} \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ (WHO, 2011). Även vid kliniska och epidemiologiska undersökningar är BMI den mätmetod som bäst avspeglar mängd kroppsfett (SBU, 2007). Mätverktyget har sina brister då det enbart tar hänsyn till längd och vikt. Kända felkällor vid BMI-mätning berör individer med stor muskelmassa som kan visa felaktigt höga BMI värden, samt att midjemått över 88 cm hos kvinnor också kan indikera risk för fetma trots att BMI-måttet kan ligga under gränsvärdet (Lindroos & Rössner, 2007; WHO, 2012).

Orsaker till övervikt och fetma anses både vara genetiska och bero på överkott i energibalans. Idag finns kunskap om arvsanlagens påverkan på aptitregleringen och kunskapen om vilka specifika arvsanlag som bidrar till att fetma ökar. En välkänd orsak till övervikt och fetma är att energiintaget är större än energiförbrukningen. Bland vuxna med fetma anses 35 procent

bero på genetiska faktorer och resterande 65 procent vara beroende av miljö- och livsstilsfaktorer (Rössner, 2002; Lindroos & Rössner, 2007).

Övervikt och fetma som riskfaktor för ohälsa

Studier har visat att personer med övervikt har ökad risk att drabbas av sjukdomar som hypertoni, hyperlipidemi, diabetes typ-II, hjärt- och kärlsjukdom, ledbesvär, sjukdomar i gallvägarna, cancersjukdom (främst i colon, endometrium och bröst), luftvägsproblem, sömnapné och infertilitet (Rössner, 2002; Linné, 2004; WHO, 2011).

En amerikansk studie undersökte, vid två tillfällen med två års mellanrum, de faktorer som påverkar kvinnor i reproduktiv ålder (18-45 år) att övergå från normalviktig till överviktig (enligt BMI skalan) respektive från överviktig till fetma (Hillemeier, Weisman, Chuang, Downs, McCall-Hosenfeld & Camacho, 2011). Resultatet visar att bland kvinnor som går från att vara normalviktig till överviktig är ingen eller endast liten mängd fysisk aktivitet den största riskfaktorn. Bland de kvinnor som vid studiestarten är överviktiga och senare vid uppföljningen övergår till fetma är låg utbildningsnivå den största riskfaktorn. Resultatet visar även att det är vanligare med övervikt och fetma bland yngre kvinnor i reproduktiv ålder (18-24 år) än bland äldre kvinnor i reproduktiv ålder. Författarna i studien betonar att övergången till en mindre gynnsam viktkategori bland reproduktiva kvinnor blir allt vanligare vilket kan leda till skadliga effekter i det reproduktiva sammanhanget (Hillemeier et al., 2011).

Övervikt och fetma i förhållande till graviditet och förlossning

Bland kvinnor med övervikt och fetma i fertil ålder (16-44 år) förekommer infertilitet och amenorré i större utsträckning än bland normalviktiga kvinnor. Siffror visar att kvinnor med BMI > 30 kg/m² har 2,7 gånger högre risk för fertilitetsproblem än normalviktiga kvinnor (Linné, 2004). En orsak till fertilitetsproblem bland överviktiga och feta kvinnor är polycystiskt ovariesyndrom (PCOS). Ca 50 procent av kvinnor med PCOS har fetma. PCOS kännetecknas bland annat av menstruationsrubbingar och kan på lång sikt ge frånvaro av ägglossning. Orsaken till PCOS är okänd, men är vanligare förekommande bland kvinnor med övervikt och fetma (Sarwer, Allison, Gibbson, Tuttmann Markowitz & Nelsson, 2006). Risken för att utveckla komplikationer under graviditeten, som t.ex. graviditetsdiabetes och preeklampsi, är vanligare hos kvinnor med övervikt och fetma. Bland kvinnor med fetma är risken att drabbas av missfall innan de fött sitt första levande barn 25-37 procent högre än bland normalviktiga kvinnor (Linné, 2004; Sarwer et al, 2006). Johnson, Rottier, Luellwitz &

Kirby (2009) har studerat huruvida maternell pregravid fetma är förknippat med förtidig födsel. Resultatet visar inget direkt samband mellan kvinnor med övervikt och fetma och förtidig födsel med enbart BMI som riskfaktor. Däremot visar resultatet ökad incidens av diabetes och hypertoni bland dessa kvinnor som i sin tur är en riskfaktor förknippad med förtidig födsel. I en studie av Baeten, Bukusi & Lamb (2001) var syftet att undersöka sambandet mellan vikt innan graviditet och risken för graviditetskomplikationer och skadlig utgång hos förstföderskor. Resultatet visar att andelen kvinnor som utvecklar graviditetsdiabetes, preeklampsi eller eklampsi stiger stadigt med ökande BMI. Kvinnor med övervikt och fetma har ökad risk för prematur förlossning (före 37 graviditetsveckan) samt även mycket prematur förlossning (före 32 graviditetsveckan) jämfört med kvinnor som har normalt BMI.

En annan jämförelse av (Baeten, Bukusi & Lamb, 2001) visar att underviktiga kvinnor föder oftare fullgångna spädbarn med låg födelsevikt (<2500g) än normalviktiga kvinnor. Kvinnor med normalvikt, övervikt och fetma föder i högre grad fullgångna spädbarn som är stora för tiden (>4000g). Resultatet visar att risken för spädbarnsdöd inom ett år är betydligt högre hos kvinnor med fetma jämfört med normalviktiga och underviktiga kvinnor. En studie från Skottland (Smith, Shah, Pell, Crossley & Dobbie, 2007) visar däremot att risken för spontan prematur förlossning minskar med ökat BMI och ses vara starkare bland omföderskor, däremot är risken för planerad prematur förlossning ökad med ökande BMI och med starkare samband bland förstföderskor. Det starkaste sambandet mellan fetma och prematur förlossning är att dessa förstföderskor hade högre risk för preeklampsi (Smith, Shah, Pell, Crossley & Dobbie, 2007).

Definition av normal förlossning

Vad som anses normalt i vissa kulturer kanske inte överensstämmer med andra kulturer (Socialstyrelsen [SFOG], 2001). WHO:s definition av normalförlossning omfattar följande aspekter; värkarbetet startar spontant och mellan graviditetsvecka 37+0 till 41+6 (veckor + dagar). Det ska inte föreligga några medicinska riskfaktorer vid förlossningens start som bedöms kunna påverka förloppet eller förlossningens utfall. Vidare ska graviditeten vara enkelbörd. Förlossningsförloppet ska vara utan komplikationer från värkarbetets start och tills moderkakan framföds. Barnet ska födas spontant i huvudbjudning och efter födelsen ska mor och barn vara vid god hälsa (WHO, 1996). Kritik har dock riktats mot denna definition då den

grundar sig mera på förlopp och inte på de medicinska och tekniska åtgärder som vidtas under förlossningen (SFOG, 2001).

Smärta

Den internationella organisationen för klinik och forskning, International Association for the Study of Pain (IASP) har definierat smärta på följande sätt:

"Smärta är en obehaglig sensorisk och/eller emotionell upplevelse förenad med vävnadsskada, eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada. Smärta är alltid subjektiv och kan uppträda i frånvaro av vävnadsskada." (SOS 1994:4 ; SBU, 2006 s. 48).

Smärta är en multidimensionell och subjektiv upplevelse. Människors uttryck för smärta beror på individens tidigare erfarenheter och situation. Det finns även en kulturell skillnad i hur smärta uttrycks och tolkas (Nissen & Mårtensson, 2009; SBU, 2006). Smärta är ett symptom på en individuell upplevelse och inte en sjukdom. Smärta kan hos individen skapa känslor som obehag, oro och rädsla (Isgren, Lyckander & Strömberg, 2003; SBU, 2006); resultat som bekräftas av Steen (2008) som skriver att eftersom smärta endast kan uppfattas indirekt bör det göras genom att mäta smärtans intensitet och kvalitet för att få en ökad förståelse. Genom att använda orden intensitet och kvalitet kan kvinnorna i studien beskriva sin egen smärta. Vid långvarig smärta påverkas både kropp och själ, vilket kan i vissa fall leda till både stress och depression (Isgren et al. 2003; SBU, 2006).

Metoder för mätning av smärta

I många studier tillåts individen göra en subjektiv skattning på smärta för att utvärdera behandlingen. Kategoriskalor, skattningsskalor som VAS-skalor (visuell analog skala) eller numeriska skalor är lätta att använda och mest förekommande. VAS- skalan består av en linje, där ena änden företräder ingen smärta och den andra outhärdlig smärta. Linjen kan även vara markerad med siffror från 0-10, där 10 beskriver outhärdlig smärta. Skalan ger en beskrivning av smärtupplevelsen, eller en dimension av smärtlindringen. Skalorna kan vara försedda med siffror eller beskrivande ord (Almås, Valand, Aksel Bilicz & Berntzen, 2006 & SBU, 2006). VAS-skalor värderas som tillförlitliga i många studier och är lätta att förstå. Nackdelen är att individen kan tvingas in i en beskrivning av sin upplevelse som inte stämmer med individens upplevda smärta och skattningen blir missvisande (SUB, 2006). För att få en bra

behandlingseffekt bör VAS-skalar användas ofta och journalföras. Verbal skala använder inte siffror och utan beskrivande ord för smärta (Almås et al. 2006).

VAS-skalans brister är validiteten då den betraktas som endimensionell. När individen markerat på strecket hur smärtan upplevs är det svårt att säga vilka faktorer av smärtupplevelsen som uppmärksammas. Det finns många faktorer som påverkar hur individen medvetet skattar sin smärta, exempelvis hur de mår just nu, påverkan på aktivitet och omedvetna aspekter som nedstämdhet och dåligt självförtroende. I behandlingsperspektiv av smärta beaktas oftast smärtlindring med smärtstillande medel och då kan denna skattning vara otillräcklig eftersom smärtupplevelsen som tidigare nämns är komplex. Reliabiliteten med VAS-skattning inom små intervaller visar på goda korrelationer, dock är det svårt att veta hur instrumentet visar på reliabiliteten efter en längre tid (SBU, 2006 s.122-123). Sindhu, Bhechtman & Tuckey (2011) bekräftar att VAS-skalan är tillförlitlig, giltig och lyhörd för mätning av individuell smärta.

I en annan studie har författarna använt sig av en numerisk skala som vägledning och funnit detta användbart som redskap vid smärtstillande behandling (Noble, Clark, Meldrum, Have, Seymour, Winslow & Paz, 2005). Den metod som används mest inom svensk förlossningsvård i dag är VAS-skalan. Barnmorskan dokumenterar kvinnans användning av smärtstillande och orsaker till vald metod, samt smärtans intensitet och lokalisation (Nissen, 2009).

Förlossningssmärta

Varje kvinna har en personlig upplevelse av smärta under förlossningen. Förlossningssmärta är en komplex upplevelse och känslor som smärta, ångest, oro men även glädje ger sig tillkänna olika beroende på vilken kvinnan är som person och vilka förutsättningar som finns för just henne (Nissen & Mårtensson, 2009).

Kvinnornas olika erfarenheter av förlossningssmärta kan bero på långvarigt värkarbete, induktion av förlossningsarbetet eller om förlossningen avslutas instrumentellt. Dessa tillstånd beskrivs vara mer smärtsamma än ”normalt värkarbete”. Vårdpersonalen har en betydelsefull uppgift att informera, stödja och uppmuntra den gravida kvinnan redan vid besök på mödrahälsovården. Att informera om farmakologisk smärtlindring och de mera grundläggande icke-farmakologiska användningsmetoderna som bl.a. massage, dusch eller

bad, andning, verbal coaching och hypnos kan hjälpa kvinnan att minska behovet av farmakologisk smärtlindring vid förlossningen och därmed bidra till en bättre upplevelse (WHO, 1996).

Waldenström & Schytt (2008) undersöker minnet av smärta efter förlossningen och visar att majoriteten av kvinnorna glömmer förlossningssmärtan, men att det är en process som pågår många år efter förlossningen. Studien visade skillnader mellan individer, samt att en betydande del av kvinnorna minns smärtan som mera intensiv efter fem år, jämfört med två månader efter förlossningen. Att få en positiv helhetsupplevelse av förlossningen hör samman med att individen har en minskad smärtupplevelse över tid, vilket inte visade sig bland de som har en negativ erfarenhet av förlossningen. Lowe (2002) beskriver att barnafödandet har sin grund i den fysiologiska, psykosociala och andliga händelsen som utspelar sig i samband med en förlossning. Smärta under förlossningen är ett komplext fenomen med både sensorisk och emotionell inverkan, och utgör en mindre del av kvinnors helhetsbild av förlossningsupplevelsen.

Förlossningsupplevelser

Att mäta kvinnors upplevelser av en förlossning kan vara svårt, och svaren varierar beroende på om kvinnan är i förlossningsarbetet, direkt efter barnets födelse eller en tid efter. För studera och mäta kvinnors upplevelser av en förlossning är "minnet" av betydelse. En annan svårighet är att upplevelsen är väldigt individuell och skiljer sig ofta individer emellan, därför passar det bäst att kvinnan själv med egna ord får beskriva sin förlossning i en intervju några månader efter (Waldenström, 2007). I studien av Larsson, Saltvedt, Edman, Wiklund & Andolf (2010) skriver författarna att "minnet" av smärtan under förlossningen tillsammans med hög användning av smärtstillande efter partum, lång sjukhusvistelse, oro under sen graviditet, samt dålig självkänsla är relaterat till mera negativa förlossningsupplevelser. Författarna betonar vikten att hjälpa kvinnorna hantera smärtan under partum och postpartum för att skapa en så bra förlossningsupplevelse som möjligt (Larsson, Saltvedt, Edman, Wiklund & Andolf, 2010).

Hodnetts (2002) studie visar fyra faktorer som upplevs mer viktiga när kvinnorna utvärderar sina förlossningsupplevelser; förväntningarna, stödet från vårdgivarna, kvalitén på relationen mellan patienten och vårdgivaren, samt att de känner sig delaktiga i beslutsfattandet. Dessa fyra faktorer är viktigare än etnisk härkomst, förberedelse inför förlossningen, smärta,

användning av läkemedel och den fortsatta vården. Sammanfattningsvis är det mest betydelsefulla för kvinnornas förlossningsupplevelse attityden och beteendet hos vårdgivarna. I en studie av Levander, Walkinshaw & Walton (1999) fick förstföderskor svara på en enkät som delades ut två dagar efter barnens födelse. Denna studie visar att genom att lyssna på kvinnornas synpunkter ges barnmorskor en möjlighet att uppfylla kvinnornas önskemål och därav främja deras upplevelse. Det går inte att bortse från att kvinnornas synpunkter är viktiga för att barnmorskorna ska kunna ge kvinnorna en god vård (Levander, Walkinshaw & Walton, 1999).

I en studie av Hildingsson & Thomas (2012), var syftet att identifiera om det bland gravida kvinnor med högt BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ finns skillnader i moderns egenskaper, graviditeten och förlossningens utfall, samt fastställa om gravida kvinnor med högt BMI jämfört med lägre BMI $< 30 \text{ kg/m}^2$ har en annan upplevelse av prenatal, intrapartal och postnatal vård. Resultatet visar att kvinnor med högt BMI är 35 år eller äldre, och har universitetsutbildning i mindre omfattning än kvinnor med BMI $< 30 \text{ kg/m}^2$. Kvinnorna med högt BMI har även mera negativ attityd kring graviditeten och upplever mer förlossningsrädsla än kvinnor med lägre BMI. Det fanns inga skillnader mellan kvinnor med högt eller lägre BMI i frågan om känslor inför födelsen eller de första veckorna med det nyfödda barnet. Studien visar även att kvinnorna med högt BMI har mera komplikationer under graviditeten och vid förlossningen, samt mindre kontinuitet med sina vårdgivare (Hildingsson & Thomas, 2012).

Barnmorskans stöd

Det finns flera saker som påverkar kvinnors förlossningsupplevelser, en av de viktigaste är stödet. Barnmorskans stöd kan hjälpa till att stärka kvinnan och påverka smärtupplevelsen så kvinnan känner att det blir hanterbart. En annan viktig uppgift för barnmorskan är att få kvinnan att uppleva trygghet så hon vågar följa med i födelseförloppet (Lundgren, 2009). I en svensk studie av Lundgren (2005) är syftet att beskriva kvinnors upplevelse av barnafödande två år efter förlossningen. Resultatet visar att stödet och hjälpen från barnmorskan är en väsentlig del i kvinnors förmåga att hantera förlossningen. Barnmorskans primära roll är att se kvinnan och hennes behov och att vara behjälplig och stödja henne under förlossningens olika faser. Enligt studien är barnmorskans stöd under förlossningen avgörande för kvinnans förlossningsupplevelse även två år senare (Lundgren, 2005).

För de flesta mödrarna (85 %) var förlossningen en positiv upplevelse och det finns ett betydande samband mellan det emotionella stödet från barnmorskor och mödrarnas positiva erfarenheter av förlossningen (Tarkka & Paunonen, 1996). I en svensk studie av Hildingsson & Thomas (2007) där gravida kvinnor beskrev vad som var viktigt för dem under graviditet och förlossning. Deras svar grupperas in i fyra kategorier: önskvärda egenskaper hos barnmorska, mödravård under graviditeten, vård under förlossningen, och vård efter förlossningen. Kvinnorna uppger att barnmorskans egenskaper är viktiga för dem och att de vill att barnmorskan ska vara stödjande, vänlig, uppmärksam, respektfull och inte dömande. Kvinnorna anser även att barnmorskan framför allt bör vara behörig att ta sig an psykologiska och känslomässiga behov som den enskilda kvinnan har. Hon ska vara en god lyssnare och inte behandla nyblivna föräldrar som medicinska fall, utan som egna individer och informera föräldrarna i beslut som rör moderns och barnets vård. Mödrarna förväntar sig att barnmorskorna ska vara professionella (Hildingsson & Thomas, 2007).

Problemformulering

Övervikt och fetma är ett växande problem som leder till ökade komplikationer under graviditet och förlossning. Minnet av förlossningssmärtan tillsammans med hög användning av smärtstillande efter förlossningen, lång sjukhusvistelse, oro under sen graviditet samt dålig självkänsla är relaterat till mera negativa förlossningsupplevelser. Tidigare forskning har visat att oavsett viktgrupp hos gravida kvinnor ses inga skillnader i fråga om känslor inför födelsen, däremot har kvinnor med övervikt och fetma mera negativ attityd kring graviditeten och upplever mer rädsla i samband med förlossningen. Litteraturgenomgången visar att det endast finns enstaka publikationer om och hur användning av förlossningssmärtlindring skiljer sig mellan normalviktiga och överviktiga kvinnor, samt om det finns skillnader mellan dessa grupper när det gäller förlossningsupplevelse och nöjdhet med förlossningssmärtlindring. Barnmorskan har en betydelsefull funktion att kunna hjälpa födande kvinnor oavsett vikt att hantera smärtan i samband med förlossning och bidra till en bra upplevelse.

Syfte

Syftet med detta fördjupningsarbete är att undersöka användning av och nöjdhet med förlossningssmärtlindring bland kvinnor med normal- och övervikt samt skattad helhetsupplevelse av förlossningen.

Frågeställningar

Hur användes förlossningssmärtlindring bland födande kvinnor med normalvikt respektive övervikt?

Hur skattar normalviktiga och överviktiga kvinnor sin nöjdhet med smärtlindring?

Hur ser eventuella samband mellan nöjdheten med erhållen smärtlindring och helhetsupplevelsen av förlossningen för normalviktiga och överviktiga kvinnor ut?

Metod

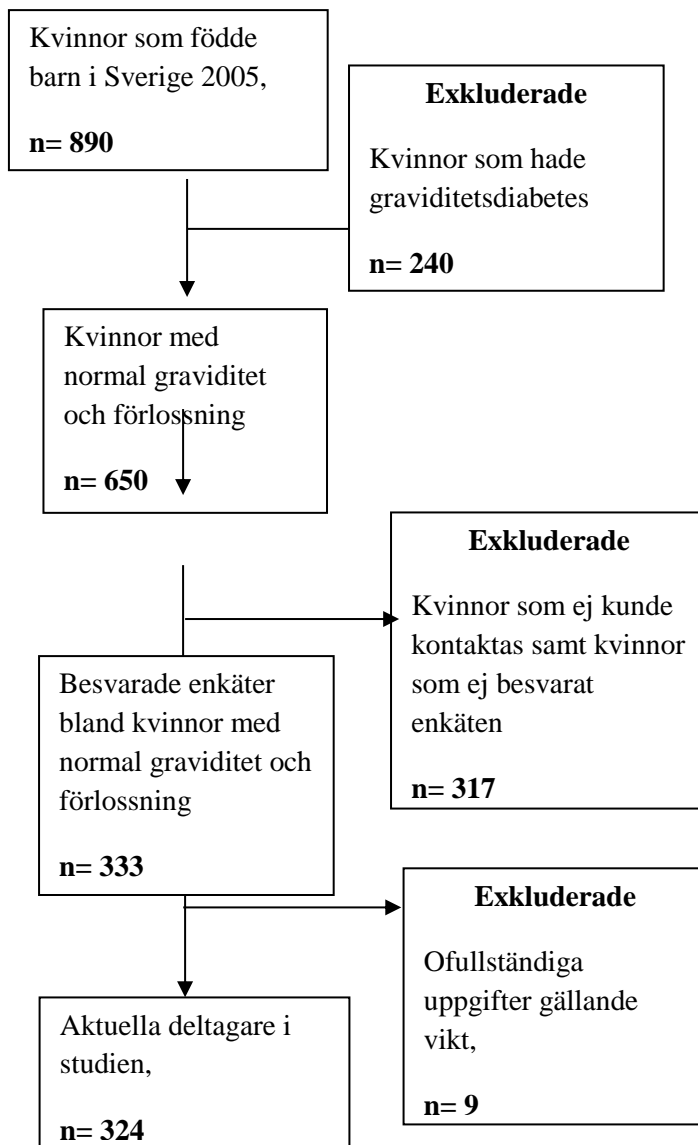
Design

För denna studie används en retrospektiv jämförande tvärsnittsstudie (Bryman, 2011) där data hämtas från en enkätundersökning samt kompletterats med data från det nationella Medicinska Födelseregistret (MFR). Studien utgör en mindre del av ett forskningsprojekt som berör hälsa, välbefinnande och livsstil tre till fyra år efter förlossning. Resultat från det övergripande forskningsprojektet har ännu inte publicerats.

Urval

I den ursprungliga studien begärdes data från MFR där storleken på urvalet bestämdes av en powerberäkning med hänsyn taget till vissa utfall bland kvinnor med graviditetsdiabetes och en kontrollgrupp kvinnor med normal graviditet och förlossning. Materialet kom att bestå av 890 kvinnor varav 240 med graviditetsdiabetes. Dessa kvinnor erbjöds våren 2009 att delta i en uppföljningsstudie tre till fyra år efter förlossning. Vårt fördjupningsarbete fokuserar på kvinnor med normal graviditet och förlossning. Av de totalt 650 kvinnor med normal graviditet och förlossning som hämtats från MFR hade sex möjliga deltagare flyttat utomlands varav det återstod 644 möjliga deltagare att tillfråga om deltagande. Av dessa möjliga deltagare exkluderades sju kvinnor på grund av okänd adress och en kvinna på grund av andra omständigheter. Totalt 303 kvinnor valde att inte delta i uppföljningsstudien, vilket resulterade i 333 deltagande kvinnor (51,8%). Därmed blev det totala bortfallet 317 kvinnor (48,2 %). I vår studie exkluderades även de kvinnor som inte uppgett någon vikt före graviditeten (n=9) vilket ledde till att det inte fanns möjlighet att räkna ut BMI värdet. Resultatet utgörs av 324 kvinnor med normal graviditet och förlossning som besvarat enkäten (se figur 1). I studien justerades BMI grupper då få av deltagarna tillhörde grupperna underviktiga och feta. I ena gruppen ingår underviktiga och normalviktiga kvinnor med BMI

≤ 24,9 kg medan den andra gruppen innefattar kvinnor med BMI ≥ 25,0 kg/m². Kvinnorna har själv uppgett den pregravida vikten i enkäten vilken är den som använts vid beräkningarna.



Figur 1. Flödesschema för urval.

Datainsamlingsmetod

För denna studie användes redan insamlat datamaterial från MFR och enkät från en tidigare uppföljningsstudie om hälsa, välbefinnande och livsstil. Förfrågan om deltagande i uppföljningsstudien gjordes i form av informationsbrev, enkät och svarskuvert som skickades hem till kvinnorna 3 till 4 år efter förlossningen. Möjliga studiedeltagare fick en påminnelse med samma innehåll som den första studieinbjudan efter ca en månad. Enkäten är indelad i tre delar. Den första delen handlar om upplevd hälsa och vardag den senaste månaden. Andra

delen i enkäten innehåller frågor relaterade till graviditet och förlossning 2005. Den sista delen i enkäten behandlar frågor om kvinnan, barnet, hälsa och livsstil efter förlossningen 2005, samt även bakgrundsdata som ålder, civilstånd och utbildning. Innan enkäten skickades ut gjordes en mindre pilotstudie som resulterade i ett fåtal ändringar.

Data som användes i denna studie utgjordes av de data från enkäten som berör förlossningen och förlossningsupplevelsen 2005 (se bilaga 1), bakgrundsdata samt uppgifter om erhållen smärtlindring från MFR.

Genomförande av analys och statistiska beräkningar

Insamlat material från enkäter samt MFR erhöles i en datafil och var inmatat i IBM SPSS Statistics 20.0.

Bearbetning av variabler

På frågor i enkäten som ingick i deltagarnas bakgrundskaraktistika samt var aktuella för studiens frågeställningar där kvinnorna haft fler än två svarsalternativ (utbildningsnivå, familjesituation, antal använda smärtlindringsmetoder och paritet) transformerades och dikotomiserades variablerna till två grupper. Bearbetning av de olika smärtlindringsmetoderna gjordes för att det var många metoder till antal. Gruppen "lokalt verkande preparat" omfattade epiduralbedövning, infiltration, spinalbedövning, pudendusblockad och paracervikalblockad. Gruppen "centralt verkande preparat" omfattade lustgas och Petidin. Den tredje och sista gruppen "icke farmakologisk metod" omfattade TNS, akupunktur, bad och sterila kvaddlar. För variablerna "nöjdhet med smärtlindringen" och "helhetsupplevelse av förlossningen" har deltagarna skattat sin nöjdhet/upplevelse med hjälp av VAS-skala där lägsta värdet innebar 0,0 (mycket missnöjd) och högsta värdet 10,0 (mycket nöjd). Variabeln "helhetsupplevelse av förlossningen" har även dikotomiserats för vidare jämförelser, "varierande grad av missnöje" där alla skattningar mellan 0,0-7,9 placerades och "nöjd" som omfattade skattningar mellan 8,0 - 10,0 på VAS-skalan. Denna indelning gjordes då svaren var kraftigt snedfördelade och baserades på medianvärdet. Genomgående för enkätundersökningen utom variabeln "nöjdhet med smärtlindring" var att endast enstaka bortfall fanns rapporterade varför dessa inte har redovisats i tabellerna. Bortfall för variabeln "nöjdhet med smärtlindring" var stor men slumpmässig.

Statistiska beräkningar

För analys av variabler där det var aktuellt att jämföra fördelningen mellan grupper användes Chi-två test. Vid jämförelser mellan grupper med normalfördelade variabler användes Student's t-test. Vid jämförelser av grupper där icke normalfördelade variabler användes genomfördes analysen med hjälp av ett icke parametriskt test (Mann Whitney). För att visa på säkerställda statistiska skillnader mellan jämförda grupper användes signifikansnivå mindre än 0,05 (Polit & Beck, 2008).

Etiska aspekter

Vår studie använder material från en större datainsamling. Ursprungsstudien har genomgått forskningsetisk granskning för regional forskningsetisk kommitté vid Umeå Universitet.

Hermeren et al hänvisar till Etikprövningslagen (2003;460) som anger vilka forskningsprojekt som ska prövas av forskningsetisk kommitté eller nämnd där uppgiften är att godkänna studiens design och genomförande innan den påbörjas. Om forskning innebär en risk att skada forskningspersonen fysiskt eller psykiskt, eller avser studier på biologiskt material som kan härledas till enskilda personer ska forskningsprojektet granskas av etisk nämnd. Forskningsprojektet bör också granskas när det handlar om behandling av känsliga personuppgifter (Hermeren et al, 2011).

I den här studien har deltagarna medverkat frivilligt genom att besvara frågor i enkäten. Deltagarna har även fått information om möjlighet att avbryta sitt deltagande. För att skydda deltagarnas identitet har personuppgifter ersatts med identifieringskod. Kodnyckeln är skild från datamaterialet. Datafilerna som användes för bearbetning var avidentifierade. Vår studie har bearbetats och analyserats så att inga subgrupper kom att bli så små att enstaka personer kunde identifieras på grund av detta. Materialet i vår studie har behandlats konfidentiellt.

Resultat

Resultatet presenteras i löpande text med tillhörande tabeller utifrån syfte och frågeställningar.

Bakgrundsdata för de deltagande kvinnorna presenteras i tabell 1. Kvinnornas ålder varierade mellan 17 till 43 år. Övervägande andelen kvinnor i båda BMI grupperna var gifta/sambo och omfödorskor. Bland kvinnorna fanns en skillnad i utbildningsnivån, där 58,8 procent bland kvinnor med normalvikt hade universitets-/högskoleutbildning, medan i gruppen med överviktiga kvinnor hade 39,7 procent universitets-/högskoleutbildning.

Tabell 1. Bakgrundsfaktorer för deltagarna vid tidpunkt för förlossning och fördelning mellan normalviktiga och överviktiga deltagare.

	Totalt (N=324)	Normalvikt (N=261)	Övervikt (N=63)	p-värde
Medelålder				
År (medelvärde ± SD)	30,4 (±4,3)	30,4 (±4,3)	30,4 (±4,6)	0,925 ¹
Familjesituation				
Gift/sambo	315 (97,5%)	253 (97,3%)	62 (98,4%)	0,770 ²
Särbo	6 (1,9%)	5 (1,9%)	1 (1,6%)	
Ensamstående	2 (0,6%)	2 (0,8%)	0 (0,0%)	
Paritet				
Förstföderskor	102 (31,5%)	84 (32,2%)	18 (28,6%)	0,702 ²
Omföderskor	222 (68,5%)	177 (67,8%)	45 (71,4%)	
Antal barn				
Antal (medelvärde ± SD)	1,9 (±0,8)	1,87 (±0,77)	2,0 (±0,86)	0,242 ¹
Utbildningsnivå				
Högskola/universitet	178 (55,1%)	153 (58,8%)	25 (39,7%)	0,010 ²
Gymnasium/folkehögskola/ Grundskola	145 (44,8%)	107 (41,1%)	38 (60,3%)	
Född i Sverige				
Ja	296 (91,6%)	237 (91,2%)	59 (93,7%)	0,521 ²
Nej	27 (8,4%)	23 (8,8%)	4 (6,3%)	

¹ Students' t-test, ² Chi-två test

Användning av smärtlindring under förlossningen bland kvinnor med normalvikt och övervikt

Enligt MFR data hade tolv av de 324 deltagarna inte använt någon smärtlindring överhuvudtaget. I gruppen normalviktiga hade nio (3,4% av alla deltagare) kvinnor inte använt någon smärtlindring och bland de överviktiga tre kvinnor (4,8%). Bland förstföderskor hade en kvinna inte använt någon smärtlindring alls och hon tillhörde gruppen normalviktiga. Bland omföderskor var det åtta kvinnor med normalvikt och tre kvinnor med överviktiga som inte använde någon smärtlindring (p=0,276). Tabell 2 visar förekomsten av använd smärtlindringmetod bland de 312 kvinnor som använde smärtlindring. Då fler än en smärtlindringsmetod per individ kunde ha använts överstiger den totala summan 100 procent. Lustgas var det mest använda smärtlindringsalternativet bland deltagarna.

Tabell 2. Presentation av använda smärtlindringsmetoder.

	Totalt	(%)
Epiduralblockad	67	(20,7)
Lustgas	259	(79,9)
TNS	21	(6,5)
Akupunktur	30	(9,3)
Bad	50	(15,4)
Sterila kvaddlar	8	(2,5)
Paracervikalblockad	5	(1,5)
Pudendusblockad	13	(4,0)
Petidin	7	(2,2)
Spinal bedövning	7	(2,2)
Infiltration	68	(21,0)

De smärtlindringsmetoder som ingick i gruppen ”icke farmakologiska metoder” var de minst använda, se tabell 3. En smärtlindringsmetod visade signifikant skillnad i användande mellan BMI grupperna och det var ”bad” ($p = 0,048$), där 23,5 procent av överviktiga kvinnor använt bad som smärtlindringsmetod jämfört med 13,5 procent bland normalviktiga. För övrigt sågs inga skillnader mellan viktgrupperna och använda smärtlindringsmetoder.

Tabell 3. Typer av smärtlindringsmetod redovisat för normalviktiga och överviktiga kvinnor (totala summan överstiger >100% eftersom flera kvinnor använder mer än en smärtlindringsmetod).

	Normalvikt (n=252)	(%)	Övervikt (n=60)	(%)
Lokalt verkande preparat (Epidural/spinal/infiltration/PDB/PCB)	126	(48,3)	34	(54,0)
Centralt verkande preparat (Lustgas/petidin)	214	(82,0)	52	(82,6)
Icke farmakologisk metod (TNS/akupunktur/bad/sterila kvaddlar)	90	(34,5)	19	(30,1)

Kvinnornas skattning av nöjdhet med använd smärtlindring

Som tidigare nämnts visade MFR data för de deltagande kvinnorna att tolv kvinnor inte använt någon smärtlindring alls i samband med förlossningen. När kvinnorna själva rapporterade sin smärtlindringsanvändning angav 108 kvinnor att de inte använde någon smärtlindring vid förlossningen. Totalt 212 kvinnor hade skattat sin nöjdhet med den smärtlindring de erhöll varav 172 kvinnor i gruppen normalviktiga och 40 kvinnor i gruppen överviktiga. Normalviktiga kvinnor skattade sin nöjdhet med smärtlindringen till medianvärde

9,2 (Q₂-Q₃: 7,4-9,8, min-max: 0,0-10,0), medan överviktiga kvinnor skattar sin nöjdhet med smärtlindringen till medianvärde 9,1 (Q₂-Q₃: 6,7-9,8, min-max: 1,0-10,0). Ingen signifikant skillnad sågs i nöjdhet med erhållen smärtlindring mellan de två BMI grupperna (p = 0,900). När jämförelser av antalet använda smärtlindringsmetoder och nöjdhet med erhållen smärtlindring gjordes var kvinnor oavsett viktgrupp som använt en smärtlindringsmetod mer nöjda med erhållen smärtlindring än de kvinnor som använt två eller flera smärtlindringsmetoder (p=0,039).

Helhetsupplevelse av förlossningen

Helhetsupplevelsen av förlossningen fördelat på BMI grupperna visade att för kvinnor med normalvikt var medianvärdet 9,0 (Q₂-Q₃: 7,2 - 9,9, min-max: 0,0-10,0) och för kvinnor med övervikt 9,4 (Q₂-Q₃: 8,1 - 9,9, min-max: 0,4-10,0). Ingen signifikant skillnad sågs mellan helhetsupplevelsen och de två BMI grupperna (p=0,792). Tabell 4 visar helhetsupplevelsen av förlossningen i relation till smärtlindringsanvändning, nöjdhet med smärtlindring och BMI. Kvinnor oavsett viktgrupp som var nöjda med förlossningssmärtlindringen var i större omfattning även nöjda med helhetsupplevelsen av förlossningen (p=<0,001).

Tabell 4. Helhetsupplevelsen av förlossning 2005.

	Nöjd med helhetsupplevelse av förlossningen		Varierad grad av missnöje med helhetsupplevelse av förlossningen		P-värde
	(n=217)	(67,0%)	(n=102)	(31,5%)	
Använt smärtlindring					
Nej	7	(58,3%)	5	(41,7%)	0,463 ²
Ja	210	(68,4%)	97	(31,6%)	
Nöjd med smärtlindring					
Mindre nöjd	21	(32,3%)	44	(67,7%)	<0,001 ²
Nöjd	119	(82,1%)	26	(17,9%)	
Body mass index (BMI)					
Normalviktig	169	(66,0%)	87	(34,0%)	0,121 ²
Övervikt	48	(76,2%)	15	(23,8%)	

² Chi-två test

Diskussion

Syftet med detta fördjupningsarbete var att undersöka användning av och nöjdhet med förlossningssmärtlindring bland kvinnor med normal- och övervikt samt skattad helhetsupplevelse av förlossningen.

Resultatet visade att fler kvinnor med övervikt hade lägre utbildning jämfört med normalviktiga kvinnor. Den i särklass vanligaste smärtlindringsmetoden var lustgas, följt av infiltration, epidural och bad. Resultatet visade vidare att enbart ett fåtal kvinnor inte använde någon smärtlindringsmetod vid förlossningen. Bland kvinnor med normal- och övervikt sågs ingen signifikant skillnad i användandet av smärtlindring. De flesta kvinnorna i de studerade BMI grupperna upplevde att de var nöjda med den smärtlindring som de fått under förlossningen, men inga skillnader i nöjdhet eller användande av smärtlindringsmetoder sågs mellan de två BMI grupperna. Emellertid visades att de kvinnor som använt en smärtlindringsmetod var mer nöjda med smärtlindringen än kvinnor som använt två eller fler smärtlindringsmetoder. Resultatet visade även att de kvinnor som var missnöjda med erhållen smärtlindring i signifikant högre utsträckning även var missnöjda med sin helhetsupplevelse av förlossningen.

Resultatdiskussion

Användning av smärtlindring under förlossning bland kvinnor med normalvikt och övervikt

Resultatet i vår studie visar ingen skillnad mellan normal- och överviktiga kvinnors användande av smärtlindring under förlossningen vilket stämmer överens med resultat i en studie av Hildingsson & Thomas (2012). Vidare visar Hildingsson & Thomas (2012) att den vanligaste smärtlindringsmetoden för BMI grupperna $> 30\text{kg/m}^2$ och $< 30\text{kg/m}^2$ är lustgas och epiduralblockad. Detta överensstämmer med vårt resultat och det kan diskuteras om kvinnorna är informerade och insatta i det utbud av smärtlindringsmetoder som finns att tillgå. Kvinnans inställning till smärtlindring bör diskuteras innan förlossningen, då beslutet om smärtlindringsmetod kan vara ett beslut som påverkas av vänner, media och litteratur. Kanske är de icke farmakologiska metoderna som TENS och bad inte vedertagna bland mödrar och vårdpersonal i samma utsträckning som farmakologiska metoder. Dessutom kan det spekuleras om lustgasen kanske används för att den finns tillgänglig i närheten av kvinnorna och att de inte ser lustgasen som läkemedel.

Det finns ett antal icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder att tillgå under förlossning. Brown, Douglas & Floods (2001) resultat visar att kvinnor som använde bad som smärtlindringsmetod finner denna metod effektiv. Dessa kvinnors avsikt är att föda utan farmakologisk smärtlindring. I studien av Hildingsson & Thomas (2012) visar resultatet att kvinnor med BMI ≥ 30 använder bad som smärtlindringsmetod i större utsträckning, än kvinnor med BMI ≤ 30 . Även vårt resultat visade att överviktiga kvinnor använder bad som smärtlindringmetod oftare än normalviktiga. Utifrån resultatet kan man spekulera om det är relationen till barnmorskan som får den överviktiga kvinnan att känna sig trygg och därmed kan hon slappna av eller är det så att överviktiga kvinnor känner sig lättare och rörligare i badet. Enligt vårt resultat var bad den metod av icke farmakologiska preparat som användes mest.

Nöjdhet med smärtlindring under förlossning

Både normalviktiga och överviktiga kvinnor var till stor del nöjda med den smärtlindring de fått under förlossningen. I likhet med vad Hildingsson & Thomas (2012) lyfter fram i sin studie finns inga skillnader mellan kvinnor med högt BMI ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) och lägre BMI ($< 30 \text{ kg/m}^2$) när det kom till nöjdhet med vården under förlossningen, vilket även inkluderade smärtlindringen och smärtupplevelsen. Vårt resultat visade att kvinnor oavsett viktgrupp som endast använt sig av en smärtlindringsmetod var mer nöjda med smärtlindringen än kvinnor som använt sig av fler metoder. Vår teori är att kvinnor som använder sig av en smärtlindringsmetod har bättre kontroll över situationen, än om man använder sig av flera metoder. En studie gjord av McCrea & Wright (1999) beskriver att kvinnors nöjdhet med smärtlindringen under förlossningen är komplext och involverar känslor av personlig kontroll över själva smärtupplevelsen. I studien fanns en signifikant relation mellan variablerna ”personlig kontroll” och ”nöjdhet med smärtlindring” under förlossning. Att barnmorskan hjälper kvinnor att stärka deras självförtroende och får dem att lita på sin egen förmåga att kontrollera smärtupplevelsen är viktiga faktorer för att skapa nöjdhet under förlossningen. Kvinnornas egna resurser bör identifieras och stärkas, istället för att lägga betoning på farmakologisk smärtlindring (McCrea & Wright, 1999). Dessa resultat liknar vårt beträffande att kvinnor oavsett viktgrupp som är nöjda med smärtlindringen, även i större utsträckning är nöjda med helhetsupplevelsen av förlossningen. Man kan vidare spekulera om kvinnor som litar på sin egen förmåga och känner att de har personlig kontroll över smärtan använder mindre smärtlindring över lag.

I en svensk studie av Waldenström (2003) är syftet att identifiera kvinnors upplevelse av smärtans intensitet. Resultatet visar att när man frågar kvinnorna två månader efter förlossningen, är det fler kvinnor som skattar förlossningssmärtan som ”värsta tänkbara” än när man frågar efter ett år. Författaren i studien tolkar utifrån kvinnornas svar att smärtan är lättare att glömma än helhetsupplevelsen av förlossningen. Hundra kvinnor med normal förlossning uppgav att stöd från barnmorska och sjuksköterska var en viktig faktor för att lindra smärta under förlossningen (Abushaikha & Owies, 2005).

Nöjdhet med helhetsupplevelsen under förlossningen

Vid jämförelser mellan förlossningens helhetsupplevelse och BMI grupperna sågs i vår studie inte någon signifikant skillnad. Nystedt, Högberg & Lundman (2005) visar att en tredjedel av kvinnor med långdragen förlossning har en mer negativ förlossningsupplevelse, jämfört med kvinnor som haft en normal förlossning (n=171) där endast ett fåtal har en negativ upplevelse. Majoriteten av alla kvinnor i studien, även de som hade en negativ förlossningsupplevelse, uppfattade stöd från partner och barnmorska under förlossningen som oerhört viktigt (Nystedt et al, 2005). Som tidigare är beskrivet i bakgrunden har kvinnor olika sätt att handskas med smärta beroende på vad kvinnan har med sig i sitt ”bagage” och att smärtan bara utgör en mindre del av kvinnors förlossningsupplevelse. En av orsakerna till en mera negativ förlossningsupplevelse kan vara om kvinnorna utöver ”normalt värkarbete” genomgår någon form av intervention. I en studie av Oweis (2009) fick mödrar svara på ett frågeformulär om tillfredsställelse med förlossningsupplevelsen. Kvinnorna hade en mera smärtsam förlossning än de hade förväntat sig och var rädda för själv förlossningsupplevelsen. Kvinnorna genomgick flera processer under förlossningen exempelvis induktion och klipp i mellangården, samt uppfattade förlossningsupplevelsen som intensiv. De kvinnor som uppgav att de inte var nöjda med sin förlossningsupplevelse var de kvinnor som upplevde att de inte hade kontroll under förlossningen.

Waldenströms (2003) studie visade att kvinnor som skattat helhetsupplevelsen efter förlossningen var ”nöjd” eller ”väldigt nöjd” med helhetsupplevelsen två månader efter förlossningen. När skattningen upprepades ett år senare är till stort del samma antal kvinnor fortfarande ”nöjd” men bland de som var ”väldigt nöjd” två månader efter förlossningen, sjönk antalet vid uppföljningen ett år senare. Detta tolkade författaren som att första skattningen av helhetsupplevelsen kan färgas av välbefinnande och lättnad över ett friskt barn medan den andra skattningen kan uttrycka en mer balanserad syn när kvinnan haft möjlighet att tänka igenom upplevelsen.

I en stor svensk studie med 2541 deltagande kvinnor gjord av Waldenström, Hildingsson, Rubertsson och Rådestad (2004) visade resultatet att sammanlagt sju procent av kvinnorna skattade en negativ helhetsupplevelse av förlossningen ett år efter barnets födelse. En negativ upplevelse var vanligare bland unga, arbetslösa kvinnor som var ensamstående och rökare. Vid jämförelse i utbildning, etnicitet och religiös bakgrund fanns inget samband med en negativ förlossningsupplevelser. Ett medicinskt förfarande som epiduralbedövning var associerat med en sämre upplevelse. Bristen av stöd från barnmorskan, brist på kontroll, administrering av obstetrisk smärtlindring samt att inte bli involverad i beslutsfattandet kring förlossningen och förlossningssmärta ökar risken för en negativ förlossningsupplevelse. I likhet med studien ovan och med vad vi har tagit upp i bakgrunden är stöd från barnmorskan och relationen dem emellan viktig för att kvinnan ska känna sig trygg, hantera smärta samt uppleva att hon har kontroll över situationen. Stödet kan bidra till att kvinnan känner att hon inte är ensam utan är delaktig i beslutsfattandet kring förlossningen och valet av smärtlindringsmetod. Vidare visade vår studie att kvinnor oavsett viktgrupp som var nöjd med smärtlindringen i större omfattning även var nöjd med helhetsupplevelse av förlossningen. Barnmorskan bör därför fokusera på att ge stöd som skapar trygghet under förlossningen.

I en annan studie av Rijnader, Baston, Schönbeck, Van der Pal, Prins, Green & Buitendijk, (2008) var syftet att undersöka hur kvinnor ser tillbaka på sina förlossningar, tre år efter barnets födelse. Av 1293 kvinnor i studien såg 83 procent tillbaka på förlossningen som en positiv upplevelse och att de var ”väldigt nöjda” eller ”ganska nöjda”. En del av kvinnorna (16,5%) svarade att de var ”ganska” eller ”väldigt missnöjda” med förlossningsupplevelsen. Negativ förlossningsupplevelse är relaterat till att kvinnan inte haft möjlighet att välja smärtlindringsmetod, samt missnöje över att inte hantera smärtan (Rijnader, et al 2008). Waldenströms (1999) resultat visade att hälften av totalt 1111 kvinnor hade en mycket positiv förlossningsupplevelse och endast 3,2 procent hade en mycket negativ upplevelse. Förlossningssmärta och användning av obstetrisk smärtlindring var förknippat med en mer negativ förlossningsupplevelse.

I en studie av Nyman, Prebensen & Flensner (2008) visar resultatet att barnmorskan tenderade att ge en mer somatisk vård till de överviktiga gravida kvinnorna. I mötet med kvinnorna har barnmorskan svårt att ta upp övervikten och dess risker, med ovilja att oroa kvinnan under graviditeten. Barnmorskan måste främja hälsa men det bör göras på ett ärligt och respektfullt

sätt för att undvika fördömande attityder och orsaka onödigt lidande hos den överviktiga kvinnan. Vården måste individualiseras för överviktiga gravida kvinnor, genom att ge dem möjlighet att berätta sin egen historia.

Metoddiskussion

I denna studie användes en retrospektiv jämförande tvärsnittstudie där data hämtats från en enkät samt data från MFR. Det ursprungliga urvalet som låg till grund för fördjupningsarbetet var 890 slumpmässigt utvalda kvinnor ur det nationella födelseregistret MFR som fött barn under 2005. Utifrån detta urval har flera exkluderingar skett, dels medvetet av författarna men även ett större antal kvinnor som valt att inte delta. Anledningen till bortfallet är oklart men medverkar till en försvagning av generaliserbarheten, till sist återstod 324 kvinnor för denna studie. Bortfallet i ursprungsmaterialet har analyserats och visade att signifikant fler yngre kvinnor samt kvinnor med många barn var de grupper som valde att inte delta i uppföljningsstudien. Deltagarna delades in i två BMI-grupper där under- och normalviktiga bildade en grupp och överviktiga och feta bildade den andra gruppen. Kvinnor med undervikt eller fetma var få till antalet och därför gjordes denna delning. Styrkor utifrån denna studiedesign var att urvalet omfattade hela landet samt att data belyser en specifik tidsperiod.

För detta fördjupningsarbete har resultat från 324 kvinnor med normal graviditet och förlossning använts. Dessa kvinnor hade fött barn samma år och besvarade samma hälsoenkät. Till följd av detta stärks den externa validiteten. Enkäten har tillsammans med MFR data legat till grund för studiens resultat. För att stärka reliabiliteten för enkäten gjordes först en pilotstudie som hade för avsikt att pröva utformningen av enkäten.

Objektiviteten i det insamlade materialet stärks genom att deltagarna svarar på frågor utan påverkan av forskarens eventuella sinnesstämning, attityd, kroppsspråk eller tonfall. Den interna validiteten stärks i och med fasta svarsalternativ vilket gjorde att möjligheten för eventuella feltolkningar minskade. En omfattande intern kontroll och validering av databasens inmatade värden har genomförts av forskarlaget för att säkerställa god kvalitet. Beträffande enkäten kunde kvinnorna själva bestämma när de ville svara på frågorna i enkäten vilket kan leda till att de tar sig tid att läsa och förstå frågorna. En annan styrka beträffande enkäten var kvinnans möjlighet till anonymitet vilket kan innebära att det är lättare att stå för det man tycker. En bristfällig inverkan på kvinnornas svar och som även kan påverka resultatet kan vara att deltagarna svarade på frågor gällande händelser upp till fyra år tillbaka. Enligt Rijnders m.fl. (2008) uppgav majoriteten av alla kvinnor (n = 1309) i studien tre år efter

förlossningen att de minns förlossningen tydligt (59 %) eller väldigt tydligt (34 %). Endast 7 procent uppgav att de mindes förlossningen mindre tydligt. Detta tyder på att minnen av förlossningsrelaterade händelser finns kvar flera år efteråt, vilket kan styrka att de kvinnor som deltog i studien väl kan relatera till minnen av sina upplevelser trots att tre till fyra år passerat sedan förlossningen. En annan begränsning med enkäten var att den var skriven på svenska vilket kan exkludera icke svenskatalande deltagare och det kan också förklara en del av bortfallet samt eventuella misstolkningar i frågorna och även därmed svaren. Enkäten var också ganska omfattande vilket kan leda till att kvinnor väljer att avstå från att ta del av studien.

Statistisk data var inmatat i SPSS när vi började arbeta med studien. En svaghet i vår studie som kan påverka resultatet var att deltagarnas svar i enkäten angående användning av smärtlindring skilde sig radikalt jämfört med MFR data. Enligt enkäten hade totalt 108 kvinnor uppgett att de inte använde någon smärtlindring under förlossningen jämfört med MFR data där antalet var 12 kvinnor. Författarna använde sig av MFR data gällande användning av smärtlindring eftersom den ansågs mer trovärdig än kvinnornas svar i enkäten, då data som rapporterats till MFR fylls i av den personal som deltar vid förlossningen. Vid studerandet av nöjdhet med smärtlindring under förlossningen var det endast 212 kvinnor som skattat nöjdhet med smärtlindring eftersom frågan endast fanns att besvara i enkäten. Det var totalt 96 kvinnor som enligt MFR data använt smärtlindring men som enligt enkäten inte använt smärtlindring och som därför inte heller skattat nöjdhet med smärtlindring. Bortfallet för just den variabeln blev därför ganska stor, men kan antas att ändå bero på slumpen (Polit & Beck, 2008). Bortfallet var annars väldigt litet (max 5) och har inte redovisats i resultatet. En tänkbar orsak till att det skiljer sig i smärtrapportering beroende på självrapporterade data eller registerdata kan vara att kvinnor som använt lustgas inte såg det som en smärtlindringsmetod.

För att göra variabler som inte var normalfördelade mer hanterbara dikotomiserades dessa i två grupper, vilket författarna anser vara en styrka. Variablerna ”Helhetsupplevelse av förlossningen” och ”Nöjdhet med smärtlindring” hade i enkäten skattats på VAS – skalan (0,0 – 10,0). Dessa grupperades så kvinnor som skattat mellan 0,0 – 7,9 placerades i en grupp och resten som skattat mellan 8,0 – 10,0 i den andra gruppen. Svagheten med indelningen var att de kvinnor som skattat högt i grupp 1 och lågt i grupp 2 skattat likartade värden vilket kan dra ner trovärdigheten i analysen. Indelningen baserades på medianvärdet och majoriteten av kvinnorna hade antingen angivit mycket positiva svar eller mycket negativa svar, vilket

innebar att ett mindre antal svar återfanns i ”mellanläget” på VAS-skalan. En förändrad cut-off gräns hade kunnat innebära ett annat resultat av analysen. Författarna har också varit noga med att använda lämpliga statistiska metoder för att uppnå statistisk trovärdighet. Författarna har i resultatet valt att inte visa korrigering för masssignifikans, däremot har tester av masssignifikans genomförts som visade att signifikanta resultat fortfarande var signifikanta efter testerna.

Konklusion

Denna studie bekräftar vad tidigare studier visar nämligen att kvinnor som inte använt smärtlindring under förlossningen skattar helhetsupplevelsen högre än de som använt sig av smärtlindring. Inga väsentliga skillnader i användning av och nöjdhet med smärtlindring under förlossningen sågs mellan normal- och överviktiga kvinnor. Två eller fler smärtlindringsmetoder ökade risken för missnöje med erhållen smärtlindring. Att hjälpa födande kvinnor att hitta en fungerande smärtlindringsmetod är en betydelsefull uppgift för barnmorskan då missnöje med smärtlindring även visat samband med missnöje av helhetsupplevelsen under förlossningen.

Förslag till vidare forskning

Studier har visat att det finns ett kunskapsglapp om kvinnors BMI och användningen av smärtlindring vid förlossning och skillnader mellan olika smärtlindringsmetoder och förlossningsupplevelsen. Vårt förslag till vidare forskning berör områden som bemötandet av gravida överviktiga kvinnor eftersom denna grupp kan vara mera sårbar samt om kvinnor som litar på sin förmåga och känner att de har kontroll över smärtan använder mindre smärtlindring under förlossning.

Referenser

Abushaikha, L. & Oweis, A. (2005) Labour pain experience and intensity: A Jordanian perspective. *International Journal of Nursing practice*, 11. 33-38.

Almås, H., Valand, E., Aksel Bilicz, J. & Berntzen, H. (2006). Smärta. I A. Hallbjorg (Red.), *Klinisk omvårdnad* (3.uppl., s. 65-114). Stockholm: Liber AB.

Baeten, J. M., Bukusi, E. A. & Lamb, M. (2001). Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. *American Journal of Public Health*, 91(3), 436-440.

Brown, S, T., Douglas, C & Plaster Flood, L-A. (2001). Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods used during labor. *Journal of Perinatal Education*, 10(3) 1-8.

Bryman, A. (2011). Samhällsvetenskapliga metoder. (2. Uppl., s. 63-69). Malmö: Liber AB.

Hermerén, P., Almgren, K., Bengtsson, P., Cannon, B., Eriksson, S., Höglund, P.,... Werner. P. (2011). *God forskningsetik*. Vetenskapsrådet. Stockholm.

Hildingsson, I., Thomas, J. E. (2007). Women's perspectives on maternity services in Sweden: Processes, problems, and solutions. *The American College of Nurse-Midwives*, 52(2), 126-133.

Hildingsson, I., Thomas, J. (2012). Perinatal outcomes and satisfaction with care in women with high body mass index. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(4), 336-344.

Hillemeier, M., Weisman, S. C., Chuang, C., Downs, C. McCall, H. J. & Camacho, F. (2011). Transition to overweight or obesity among women of reproductive age. *Journal of Women's Health*, 20(5), 703-710.

Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal Obstetric Gynecology*, 186(5), 160-172.

Isgren, C., Lyckander, S. & Strömberg, B. (2003). *Omvårdnad*. Örebro: Liber.

Johnson, T. S., Rottier, K. J., Luellwitz, A. & Kirby, K. S. (2009). Maternal prepregnancy body mass index and delivery of a preterm infant in Missouri 1998 – 2000. *Public Health Nursing*, 26(1), 3-13.

Larsson, C., Saltvedt, S., Edman, G., Wiklund & Andolf, E. (2010). Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2. 83-89.

Levander, T. Walkinshaw, A. S. & Walton. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15(1), 40-46.

Lindroos, A-K., & Rössner, S. (2007). *Fetma från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.

Linné, Y. (2004). Effects of obesity on women's reproduction and complications during pregnancy. *Obesity reviews*, 5. 137-143.

Lowe, N, K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal Obstetric Gynecology*, 186(5), 16-24.

Lundgren, I & Dahlberg. (1998). Women's experience of pain during childbirth. *Midwifery* 14. 105-110.

Lundgren, I (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 21. 346-354.

Lundgren, I. (2009). Stöd under förlossningen. I A. Kapland, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (3.uppl., s. 75-79). Lund: Studentlitteratur AB.

- McCrea, H & Wright, M. (1999). Satisfaction in childbirth and perception of control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4). 877-884.
- Nissen, E. (2009). Lokalanestetika. . I A. Kapland, b. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (3.uppl., s. 397-405). Lund: Studentlitteratur AB.
- Nissen, E. & Mårtensson, L. (2009). Obstetrisk smärtlindring. I A. Kapland, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (3.uppl., s. 379-391). Lund: Studentlitteratur AB.
- Noble, B., Clark, D., Meldrum, M., Have, H., Seymour, J., Winslow, N. & Paz, S. (2004). The measurement of pain, 1945-2000. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(1), 14-21.
- Nyman, V., Prebensen, Å. & Flensner, G. (2008). Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 26, 424-429.
- Nystedt, A., Högberg, U., & Lundman, B. (2005). The negative birth experience of prolonged labour: A case referent study. *Journal of Clinical Nursing*, 14. 579-586.
- Oweis, A. (2009). Jordanian mother's report of their childbirth experience: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice*, 15. 525-533.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assassing Evidence for Nursing Practice. 8th Edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/lippincott Williams & Wilkins.
- Rijnader, M., Baston, H., Schönbeck, Y., Van der Pal, K., Prins, M., Green, J & Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35(2). 107-116.
- Rössner, S. (2002). Obesity: the disease of the twenty-first century. *International Journal of Obesity*, 26(4), 2-4.

Sarwer, D. B., Allison, K. C., Gibbson, L. M., Tuttmann Markowitz, J. & Nelson, D. B. (2006). Pregnancy and obesity: A review and agenda for future research. *Journal of Womens Health*, 15(6), 720-733.

Sindhu, B., Shechtman, O. & Tuckey, L. (2011). Validity, reliability, and responsiveness of a digital version of the visual analog scale. *Journal of Hand Therapy*, 24(4), 356-364.

Smith, G. C. S., Shah, I., Pell, J. P., Crossley, J. A. & Dobbie, R. (2007). Maternal obesity in early pregnancy and risk of spontaneous and elective preterm deliveries: A retrospective cohort study. *American Journal of Public Health*, 97(1), 157-162.

Socialstyrelsen [SFOG]. (2001). Handläggning av normal förlossning: State of the art. Hämtat 2012-05-15 från: <http://sfog.se/PDF/2001/-123-1.PDF>

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], (2002) *Fetma – problem och åtgärder*. Hämtad 2012-05-14 från : http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/fetma_2002/sammanfattning.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2004). *Förebyggande åtgärder mot fetma*. Hämtad från 2012-05-15 :<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Forebyggande-atgarder-mot-fetma/>

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta*. Hämtad 2012-05-15 från:http://www.sub.se/upload/Publikationer/Content0/1/smarta_fulltext.pdf

Steen, M. (2008). Understanding perineal pain: Women's descriptions. *British Journal of Midwifery*, 16(6), 383-393.

Tarkka, M-T., Paunonen, M. (1996). Social support and its impact on mothers' experiences of childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 70-75.

Waldenström, U. (1999). Experience of labour and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research* 47(5), 471-482.

Waldenström, U. (2003). Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth*, 20(4). 248-254.

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1). 17-27.

Waldenström, U. (2007). *Föda barn: Från naturligt till högteknologiskt*. Kristianstad: Karolinska Institutet.

Waldenström, U. & Schytt, E. (2008). A longitudinal study of women's memory of labour pain-from 2 months to 5 years after the birth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 577-583.

World Health Organization [WHO]. (1996) *Care in normal childbirth: a practical guide. Safe Motherhood*. Hämtat 2012-05-15 från:
http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

World Health Organization [WHO]. (2011) *Obesity and overweight*. Hämtad 2012-05-08 från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

World Health Organization [WHO]. (2012) *Nutrition/Body mass index*. Hämtad 2012-05-14 från: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

Bilaga 1.

Frågor från hälsoenkäten som legat till grund för studiens resultat.

1. Hur uppskattar du din **helhetsupplevelse** av din förlossning 2005? (Uppskatta enbart förlossningsupplevelsen – ta inte med din upplevelse av BB-vistelsen. Sätt ett kryss på linjen).

|-----|

Mycket dåligt

Mycket bra

2. Hur nöjd är du med den **smärtlindring** du fick under din förlossning 2005? (sätt ett kryss på linjen).

Använde ingen smärtlindring

|-----|

Mycket missnöjd

Mycket nöjd

