



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Barnmorskors erfarenhet av att stödja kvinnor i deras val gällande smärtlindring under förlossning

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Marie Elbing Torstensson och Tove Elmér

Handledare: Maria Ekelin

Magisteruppsats

Januari 2017

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Barnmorskors erfarenhet av att stödja kvinnor i deras val gällande smärtlindring under förlossning

## En kvalitativ intervjustudie

Författare: Marie Elbing Torstensson och Tove Elmér

Handledare: Maria Ekelin

Magisteruppsats

Januari 2017

## Abstrakt

**Bakgrund:** I Sverige finns det skillnader gällande vilken smärtlindring kvinnor får under sin förlossning.

**Syfte:** Att belysa barnmorskors erfarenhet av att stödja kvinnor i deras val gällande smärtlindring under förlossning

**Metod:** En kvalitativ studie. Öppna intervjuer med 15 barnmorskor vid två förlossningskliniker i södra Sverige. Analysen genomförd enligt Burnards innehållsanalys.

**Resultat:** Analysen genererade kategorierna: Bedömning av kvinnans behov, kvinnans inställning till smärtlindring och kvinnocentrerat arbetssätt.

**Konklusion:** Närvaro av barnmorskan utgjorde en stor del ur smärtlindringssynpunkt och barnmorskorna strävade efter att tillmötesgå kvinnans önskemål. Närvaron blev ibland åsidosatt, ofta på grund av tidsbrist. För att optimera kvinnosjukvården behöver personaltätheten öka. Kommunikation var viktigt för att kunna tillmötesgå och hjälpa kvinnan i hennes val, det tycks föreligga ett behov av bättre kommunikationsmöjligheter när språkförbistringar uppstår.

## Nyckelord

Förlossningssmärta, smärtlindring, barnmorskors erfarenheter

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

# Innehållsförteckning

Problembeskrivning.....	4
Bakgrund.....	4
Följder av förlossningssmärta.....	5
Olika smärtlindringsalternativ.....	6
Kvinnors upplevelser av förlossning i relation till smärta.....	7
Förberedelser inför förlossning.....	7
Barnmorskans stöd och kvinnans informerade val.....	8
Syfte.....	9
Metod.....	9
Instrument.....	9
Urval.....	10
Datainsamling.....	10
Analys av data.....	11
Forskningsetiska avvägningar.....	12
Resultat.....	12
Bedömning av kvinnans behov.....	13
Förlossningens olika skeden och kvinnans paritet.....	13
Att hjälpa kvinnan att slappna av.....	14
Att ha tidsbrist.....	16
Att hjälpa kvinnan att fokusera.....	17
Kvinnans inställning till smärtlindring.....	19
Kvinnans önskan.....	19
Kvinnans egen bild av smärtlindring.....	20
Kvinnocentrerat arbetsätt.....	21
Att ge individanpassad smärtlindring.....	21
Att informera och kommunicera.....	22
Diskussion.....	23
Metoddiskussion.....	23
Resultatdiskussion.....	25
Konklusion och implikationer.....	29
Referenser.....	31

## Problembeskrivning

Förlossningssmärta är för många kvinnor den mest intensiva smärtan de någonsin kommer att uppleva (Melzack, 1984). Det är sällan en livshotande smärta men den kan ge upphov till allvarliga fysiologiska stressreaktioner som kan påverka fostret och kvinnan ogynnsamt (May & Elton, 1998; Lowe, 2002). Smärtlindringens effektivitet påverkar den födande kvinnans upplevelse av förlossningen och kan ha inflytande på hennes känslomässiga och psykiska tillstånd (Christiansen, Klostergaard, Terp, Poulsen, Agger & Rasmussen, 2002; Hodnett, 2002; Melzack, 1984). Det är barnmorskans uppgift att rådge kvinnan gällande smärtlindring före och under förlossningen, så att kvinnan kan göra ett informerat val om vilken smärtlindring hon önskar under sin förlossning (Socialstyrelsen, 2006).

I Sverige finns det skillnader gällande vilken smärtlindring kvinnor får under sin förlossning (Socialstyrelsen, 2014). Ryggbedövning (EDA) är vanligare hos förstföderskor än omföderskor. Förutom paritet skiljer sig EDA-frekvensen mellan kvinnor från olika landsting, födelseländer och utbildningsnivå (a.a.). Icke-farmakologisk smärtlindring används ofta i kombination med de farmakologiska metoderna. Förekomsten av akupunktur, bad och kvaddlar har minskat under de senaste åren. De regionala skillnaderna är stora, detta kan bero på rapporteringsbenägenheten men också resurser, vårdtraditioner, attityder och efterfrågan på icke-farmakologisk smärtlindring (a.a.).

Det är av vikt att belysa hur barnmorskor resonerar, för att kunna stödja kvinnor till informerade val, gällande smärtlindring under förlossning.

## Bakgrund

Sedan 1984 finns det ett riksdagsbeslut i Sverige om att kvinnor har rätt till smärtlindring under förlossning, om de så önskar (Riksdagsskrivelse 1983/84:183). ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet” (Patientlag, SFS 2014:821).

I slutet av 1980-talet påvisades skillnader i vilken typ av smärtlindring som gavs till kvinnor under förlossning beroende på vilken barnmorska som ansvarade för förlossningen (Waldenström, 1989). Information samlades in från födelseregistret, om vilken smärtlindring som givits under 2000 förlossningar, på en förlossningsavdelning i Sverige. De barnmorskor som varit ansvariga under förlossningarna kontaktades och besvarade ett frågeformulär gällande deras inställning till smärtlindring under förlossning. Studien visade att övervägande andelen (59%) barnmorskor var kritiska till hur mycket farmakologisk smärtlindring som användes under förlossning (a.a.). Det skilde sig mellan barnmorskor som arbetade dagskift respektive nattsift, fler som arbetade nattsift än som arbetade dagskift, uttryckte att det användes farmakologisk smärtlindring för ofta under förlossningar. De barnmorskor som uttryckte att det användes farmakologisk smärtlindring för ofta syftade på ryggbedövning och menade att ryggbedövningen bidrog till mer utdragna förlossningsförlopp (a.a.).

Robertson och Johansson (2010) visar att utlandsfödda kvinnor har lägre odds att få kompletterande icke-farmakologisk smärtlindring under sin förlossning än svenskfödda kvinnor. Även utbildningsnivå påverkar vilken smärtlindring kvinnan får under förlossning, kvinnor med grundskola som högsta utbildning använde i något lägre grad icke-farmakologiska smärtlindringsalternativ jämfört med kvinnor med högre utbildningsnivå (Socialstyrelsen, 2014).

### *Följder av förlossningssmärta*

Det finns både humanitära och fysiologiska skäl att lindra förlossningssmärta. Svår smärta ger stresspåslag som påverkar så väl cirkulation och respiration som endokrina och metabola system, detta gäller även förlossningssmärta (May & Elton, 1998; Lowe 2002). Svår förlossningssmärta påverkar mammans fysiologi och kan även ha negativa effekter på barnet, bland annat på grund av att placentablodflödet minskar och syrgaskonsumtionen ökar. Kvinnor bör inte i onödan tillåtas genomgå förlossningar där svår smärta leder till ångest, rädsla och stress, då stark smärta ger högt stresspåslag med förhöjda nivåer av stresshormonerna adrenalin och noradrenalin (May & Elton, 1998). Det har visat sig att effektiv smärtlindring sänker nivåerna av adrenalin och noradrenalin med förbättrad placentacirkulation och koordination av värkarbetet. Smärta och stress leder också till hyperventilation som också kan ha negativ effekt på förlossningsförloppet och barnet. En bra smärtlindring ökar kvaliteten i den unika upplevelse som en förlossning är, den stärker

bindningen mellan mamma och barn och bidrar till en snabbare återhämtning efter förlossningen med färre komplikationer (a.a.). Smärtlindringen ska samspela med kvinnans autonomi och integritet. Det är endast den födande kvinnan som kan avgöra smärtornas intensitet och dess subjektiva innebörd. Smärtbehandlingen bör vara effektiv, innebära ett minimum av biverkningar och samtidigt vara säker för mamma och barn. Den bör heller inte förlänga förlossningsförloppet onödigt (a.a.).

### *Olika smärtlindringsalternativ*

I höginkomstländer finns det många olika alternativ gällande smärtlindring vid förlossning. I en Cochrane-rapport (Jones m.fl, 2012) finner man att ryggbedövning (EDA och kombinerad spinal- epiduralbedövning) och lustgas är de mest effektiva smärtlindringsmetoderna vid förlossningssmärta. Även varma bad, avslappning, akupunktur, massage, pudendusblockad och icke-opioida läkemedel kan vara effektiva vid förlossningssmärta. Däremot finns det bristfälligt underlag för att hypnos, kvaddlar, TENS och opioid-injektioner är effektivt vid förlossningssmärta (a.a.). I en kohort-studie gjord i Sverige (Lindholm & Hildingsson, 2015) konstaterar man att de smärtlindringsmetoder som kvinnor föredrar inför förlossningen är också de metoder som används mest; lustgas, varma bad, andningstekniker, EDA och massage. Forskning visar att kvinnor som fick EDA under förlossningen, hade en mindre positiv förlossningsupplevelse än kvinnor som inte fick EDA (Lindholm och Hildingsson, 2015).

Det skiljer sig mellan vad gravida kvinnor, barnmorskor och obstetiker föredrar för smärtlindringsmetoder under förlossning (Madden, Turnbull, Cyna, Adelson & Wilkinson, 2013). De konstaterar i sin enkät-studie att barnmorskor föredrar icke-farmakologisk smärtlindring till kvinnor i förlossning medan obstetiker föredrar farmakologiska smärtlindringsmetoder. Kvinnornas preferenser var ett mellanting mellan de två andra grupperna men något närmare barnmorskornas. Både kvinnorna, barnmorskorna och obstetrikerna ansåg dock att stödet från någon närstående var det viktigaste inför förlossningen (a.a.). Gibson (2014) jämför i sin intervjustudie två grupper kvinnor i USA, den ena gruppen planerar föda med barnmorska och den andra gruppen med obstetiker som ansvarig vid förlossningen. De som planerar förlossning med barnmorska ställer in sig mentalt på att föda utan farmakologiska smärtlindringsmetoder genom att träna bland annat andning, avslappning och fokusering medan de kvinnorna som planerar att föda med obstetiker som ansvarig vid förlossningen är helt inställda på att ta hjälp av farmakologisk

smärtlindring. Det visar sig att en del av kvinnorna som handlades av barnmorska trots allt fick farmakologisk smärtlindring av olika anledningar, vissa mot sin vilja. I gruppen som handlades av obstetriker fick samtliga kvinnor EDA under sin förlossning, trots detta var det fler i den senare gruppen som pratade om smärtupplevelsen i samtal post partum än bland kvinnorna i barnmorskegruppen (a.a.).

### *Kvinnors upplevelser av förlossning i relation till smärta*

Hodnett (2002) menar att förhållandet mellan förlossningsupplevelse, förlossningssmärta och smärtlindring är komplext. Hodnett (2002) konstaterar i sin granskning att kvinnor som är mycket oroliga för förlossningssmärta under graviditeten uppger en sämre upplevelse av sin förlossning post partum. De kvinnorna som var mest nöjda med sin förlossningsupplevelse var de som inte hade använt sig av smärtlindring över huvud taget (a.a.). Hodnett (2002) pekar på fyra olika faktorer som är viktiga när kvinnor utvärderar upplevelsen av sitt barnafödande. Dessa faktorer är personliga förväntningar, hur mycket stöd de får av vårdgivarna, kvaliteten på relationen mellan dem själva och vårdgivaren och delaktighet i beslutsfattande (a.a.). Även Waldenström, Hildingsson, Rubertsson och Rådestad (2004) har undersökt vad som påverkar kvinnors förlossningsupplevelse och identifierar olika faktorer som påverkar. Oväntade medicinska komplikationer, sociala faktorer, känslomässiga faktorer som till exempel smärta och brist på kontroll samt faktorer som påverkas av vårdpersonalen, till exempel brist på stöd under förlossningen och administrering av smärtlindring var sådant som hade inverkan på förlossningsupplevelsen.

### *Förberedelser inför förlossning*

Kamarzaman, Clark, Haque & Ghani (2011) menar att information och undervisning om smärtlindring spelar en betydande roll inför förlossningen och underlättar för förlossningsbarnmorskans planering och stöd gällande smärtlindring utifrån den födande kvinnans behov och önskan. Mödravårdsbarnmorskans uppgift är att förbereda den gravida kvinnan inför kommande förlossning med information och evidensbaserad kunskap om olika smärtlindringsmetoder (a.a.). Även Meeks (2016) menar att utbildning om vad som väntar under en förlossning ökar känslan av belåtenhet, det ger kvinnor som i efterhand är nöjda med sin förlossningsupplevelse. En holländsk intervju-studie (Klomp, Mannien, de Jonge, Hutton och Lagro-Janssen, 2014) visar att kvinnor har olika strategier för hur de tror att de ska kunna hantera sin förlossningssmärta. Kvinnor var antingen övertygade om att de skulle klara av sin

förlossning utan farmakologiska interventioner eller valde att inte söka information inför sin förlossning eller planerade redan i förväg att de skulle använda sig av farmakologisk smärtlindring under förlossningen. Kvinnorna förberedde sig genom att söka information kring hur de skulle kunna hantera sin förlossningssmärta, de räknade med stöd av sin partner och de litade även på att deras barnmorska skulle rådge dem gällande smärtlindring (a.a.). Kamarzamans m.fl. (2011) kvantitativa studie syftade till att undersöka och fastställa vetenskapen om smärtlindring vid förlossning och effekten av given smärtlindring. Det visade sig att fler (90%) var pålästa inom farmakologiska smärtlindringsmetoder prenatalt medan färre var pålästa inom icke-farmakologiska metoder. Detta ledde till större efterfrågan av farmakologiska metoder och mindre användande av icke-farmakologiska metoder. Det framkom även att ekonomiska faktorer och tillgänglighet var sådant som spelade in i vilka metoder som betonades prenatalt. En svensk studie av Fabian, Rådestad och Waldenström (2005) visar att majoriteten (74%) av kvinnorna som deltar i föräldrautbildning tycker att utbildningen hjälper dem inför förlossningen. Samma studie visar också att kvinnorna som deltar i föräldrautbildning använder smärtlindring under förlossningen i större utsträckning än de som inte deltar i föräldrautbildning. Detta gäller både farmakologisk och icke-farmakologisk smärtlindring (Fabian, Rådestad och Waldenström, 2005). Bergström, Kieler och Waldenström (2009) visade i sin randomiserade fall- kontrollstudie att användningen av epiduralbedövning under förlossningen inte skilde sig åt mellan kvinnor som fått föräldrautbildning enligt standardutbudet eller de som fick föräldrautbildning med fokus på naturligt födande inkluderande andningstekniker och avslappning. Kvinnorna i båda grupperna var lika nöjda med sin förlossningsupplevelse post partum (Bergström, Kieler och Waldenström, 2009).

### *Barnmorskans stöd och kvinnans informerade val*

Lindholm och Hildingsson (2015) konstaterar att vårdgivaren behöver diskutera med gravida kvinnor om vilka smärtlindringsmetoder de föredrar inför förlossningen. Även för- och nackdelar kring tillgängliga smärtlindringsmetoder behöver lyftas eftersom vissa metoder (ryggbedövning) visade sig vara förenligt med en mindre positiv förlossningsupplevelse. Halldorsdottir och Karlsdottirs (2011) omvårdnadsteori går att applicera på hur barnmorskan arbetar under en förlossning gällande smärtlindring. Barnmorskans professionella vårdande, klokhet, professionella kompetens, mellanmänskliga kompetens och personliga utveckling är de huvudsakliga hörnstenarna i teorin. Vikten av viljan att skapa ett gott liv för andra är



grunden för allt vårdande. Lyhördhet för den enskilda kvinnans behov och ödmjukt bevara hennes värdighet. Evidensbaserad kunskap ska användas i samband med interaktionen mellan kunskap och erfarenhet. Barnmorskan har som uppgift att skapa en trygg och säker miljö för mor och barn och främja deras hälsa genom att vara medveten om sin profession och ta noggranna kliniska beslut. Själständighet är av vikt. För att barnmorskan ska kunna tillgodose kvinnans behov och ge bästa möjliga vård ska hon ge individuellt anpassad information. Den kompetenta barnmorskan fortsätter kontinuerligt att utveckla sin kompetens och kunskap i sitt yrke (Halldorsdottir och Karlsdottir, 2011).

Lowe (2004) drar slutsatsen att det är viktigt att barnmorskan har kunskaper och förståelse för processer och smärtstadier under förlossning för att kunna stödja den födande kvinnan. Barnmorskan utmanas i ett kliniskt dilemma, att ta beslut om olika smärtlindringsmetoder i vården av kvinnor med förlossningssmärta. Lowe (2004) menar att barnmorskor bör hjälpa kvinnor att fatta beslut angående smärtlindring som är i samråd med kvinnors mål och förväntningar vid förlossning. Barnmorskan ska förse kvinnan med fullständig och saklig information på ett opartiskt sätt i sin profession och vara trogen sin barnmorskefilosofi såsom icke-interventioner i en normal process, där kvinnan har rätt till självbestämmande i förhållande till de val hon informeras om (a.a.).

## **Syfte**

Syftet var att belysa barnmorskors erfarenhet av att stödja kvinnor i deras val gällande smärtlindring under förlossning.

## **Metod**

### **Instrument**

Då denna studie skulle belysa barnmorskors erfarenheter valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats, vilket innebar att intervjuer och analyser genomfördes med en öppen utgångspunkt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Kvalitativ metod används för att analysera och beskriva egenskaper hos olika fenomen (Jakobsson, 2011). Materialet som analyseras består av text, som kan utgöras av till exempel intervjuer (a.a.). En induktiv ansats

innebär en förutsättningslös analys av texter som kan vara baserade på människors berättelser om sina upplevelser (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

## **Urval**

Att vara legitimerad barnmorska och ha anställning på en förlossningsavdelning i södra Sverige var inklusionskriterier för att delta i studien. De barnmorskor som inkluderades kunde ha olika lång erfarenhet av förlossningsvården. Barnmorskorna skulle vara i aktiv tjänst.

## **Datainsamling**

Rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) erhöles 2016-06-03 med diarienummer VEN 43-16. VEN hade inga etiska invändningar mot att studien genomfördes. Därefter söktes tillstånd på två förlossningsavdelningar, vilket gavs, av verksamhetschefen för respektive avdelning. Information om studien lämnades till avdelningarnas respektive enhetschefer via mail, vilka vidarebefordrade informationen till barnmorskorna på respektive avdelning. En av förlossningsavdelningarna besöktes då responsen via mail uteblev, och då bokades intervjutillfällen in med barnmorskor som ville delta i studien, enligt deras önskemål. Från den andra förlossningsavdelningen bokades intervjuerna genom enhetschefen via mail. Samtyckesblankett från deltagarna inhämtades vid intervjutillfällena. Därefter inleddes studien med en pilotintervju för att validera frågorna (Paulsson, 2008). Intervjuerna skedde individuellt på barnmorskornas arbetsplats i anslutning till ett arbetspass, enligt deras önskemål. Intervjuerna inleddes med en öppen fråga; Vilken är din erfarenhet av att stödja kvinnor gällande val kring smärtlindring under förlossning? Vid behov ställdes förtydligande frågor som till exempel; Hur menar du då? Kan du utveckla det du just berättade? Hur tänker du då? Varför tror du att det är så? Är det någonting mer du vill tillägga? Totalt 15 barnmorskor intervjuades varav tio på en förlossningsavdelning och fem på en annan. Av 15 intervjuer gjordes 14 intervjuer gemensamt av författarparet och en intervju av den ena författaren, samtliga intervjuer transkriberades av båda författarna. Intervjuerna var av olika längd, från 6 till 18 minuter med en median på 10 minuter. Barnmorskornas arbetslivserfarenhet var mellan 6 månader och 38 år.

## Analys av data

För analys av de transkriberade intervjuerna användes tematisk innehållsanalys enligt Burnard (1991). Beslut togs om att inkludera pilotintervjun i databearbetningen då innehållet bedömdes svara mot studiens syfte och ingen justering av intervjustödet gjordes efter pilotintervjun. Intervjuerna transkriberades i sin helhet. Efter varje transkribering skrevs anteckningar kring intervjun med syfte att fungera som hjälp vid analysen. Därefter lästes transkriberingen igenom enskilt av författarna för att kunna fördjupa sig i datan. Intervjuerna kodades var för sig av författarna och de delar av intervjuerna som inte svarade till syftet kunde klassas som utfyllnad och exkluderades. Koderna jämfördes och visade sig stämma väl överens med varandra. Resten av analysen genomfördes gemensamt av författarna. Samtliga koder klipptes ut, grupperades och slogs ihop till färre koder och åtta olika underkategorier utkristalliserades. Liknande underkategorier sammanfördes och tre kategorier utformades, se tabell 1. Efter gemensamma diskussioner gjordes mindre anpassningar. Målsättningen var att genomföra samtliga 14 steg men då tiden var knapp togs steg elva bort. Syftet är att öka validiteten för analysen samt minska forskarens bias (Burnard, 1991). Steg 11 ersattes av steg 12 där författarna under skrivprocessen kontrollerade att resultatet stämde överens med ursprungsutskriftena.

Tabell 1. Exempel på bearbetning av transkriberad text till underkategorier och kategorier.

Transkriberad text	Koder	Underkategorier	Kategorier
<i>"Allt beror ju på alltså när man har bedömt henne när hon har kommit in, vilken del av förlossningen hon är i... Lika väl om hon är omföderska eller förstföderska."</i>	Beror på bedömning och del av förlossning	Förlossningens olika skeden och kvinnans paritet	Barnmorskans bedömning av kvinnans behov
<i>"Men är man en badperson så, eee, så brukar jag rekommendera det just för avslappningen"</i>	Bad för avslappning	Att hjälpa kvinnan att slappna av	

## Forskningsetiska avvägningar

Hänsyn har tagits till de etiska aspekterna om forskning som omfattar människor. För att visa respekt och skydda deltagarnas integritet har Helsingforsdeklarationen (2013) följts. Hänsyn har också tagits till grundläggande etiska principer som autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisprincipen (Medicinska forskningsrådet, 2003). Detta innebär att studiens deltagare fick saklig och komplett information inför deltagande i studien. Varje deltagare respekterades och hade rätt till självbestämmande och självständighet, såsom beslut om medverka samt att de kunde besluta om de ville avbryta medverkandet i studien (a.a.). Insamlad material hanterades konfidentiellt, på lösenordsskyddad dator, och kommer efter avslutat projekt att förstöras (Olsson & Sörensen, 2011). Strävan efter att göra gott genom att effektivt och tillförlitligt bidra till väsentlig kunskap (Medicinska forskningsrådet, 2003).

## Resultat

Efter att materialet analyserats framkom åtta underkategorier och tre kategorier. Dessa presenteras i tabell 2.

*Tabell 2. Underkategorier och kategorier om barnmorskors erfarenhet kring att stödja kvinnor gällande deras val av smärtlindring under förlossning.*

<b>Underkategorier</b>	<b>Kategorier</b>
Förlossningens olika skeden och kvinnans paritet	Bedömning av kvinnans behov
Att hjälpa kvinnan att slappna av	
Att ha tidsbrist	
Att hjälpa kvinnan att fokusera	
Kvinnans önskan	Kvinnans inställning till smärtlindring
Kvinnans egen bild av smärtlindring	
Att ge individanpassad smärtlindring	Kvinnocentrerat arbetssätt
Att informera och kommunicera	

## Bedömning av kvinnans behov

Ordet bedömning var något som alla barnmorskorna nämnde inledningsvis under intervjuerna. Barnmorskorna bedömde olika saker under förlossningens gång, vilka inverkade på val av smärtlindring, bland annat hur avslappnad kvinnan var och hur hon kunde fokusera under värdarbetet. Även barnmorskans arbetssituation påverkade ibland valet av smärtlindring.

### *Förlossningens olika skeden och kvinnans paritet*

Olika parametrar inverkade på barnmorskorna vid rådgivning av smärtlindring under förlossning, bland annat förlossningsskede och kvinnans egen önskan. Barnmorskorna menade att de diskuterade med kvinnorna vilka smärtlindringsmetoder som kändes lämpliga i de olika skedena efterhand som förlossningen gick framåt. Den smärtlindring som barnmorskorna föreslog skilde sig åt beroende på om kvinnan var i latensfas eller aktiv fas. Barnmorskorna talade om att det kändes som en utmaning att hjälpa kvinnor som var i latensfas, att detta kunde vara bland det svåraste. Men om barnmorskan lyckades hjälpa kvinnan i latensfas hade hon hjälpt henne på god väg till att få en bättre förlossning. Barnmorskorna menade att det fanns mer att välja på i latensfasen än om de befann sig i aktiv fas. Då rekommenderade de ofta flera olika former av icke-medicinska smärtlindringsmetoder som till exempel bad, akupunktur, TENS, massage utförd av partnern men även lustgas och morfin medan de till kvinnor i aktiv fas var mer inriktade på lustgas och/eller EDA. Barnmorskorna talade också om att det var svårare att tillmötesgå i latensfas, att det fanns mer oro i latensfasen då kvinnan inte upplevde kontroll. Det var lättare att tillmötesgå kvinnorna och diskutera smärtlindring i aktiv fas.

*“Allt beror ju på alltså när man har bedömt henne när hon har kommit in, vilken del av förlossningen hon är i.” (Intervju 1)*

Även om kvinnan var förstföderska eller omföderska kunde påverka vad barnmorskorna föreslog som smärtlindring till kvinnorna. Barnmorskorna talade om att de oftare använde flera olika smärtlindringsmetoder till förstföderskor. De menade också att en förstföderska ofta inte ville ha ryggbedövning (EDA) i sin första önskan men om smärtan blev outhärdlig var de öppna för förslag från barnmorskorna. Till omföderskorna hann man i vissa fall bara med lustgas som smärtlindringsmetod. Omföderskorna födde många gånger fort om de kände

att de blev tillgodosedda i sina önskemål om smärtlindring. Barnmorskorna menade att omfödernskorna hade olika erfarenheter och det fanns en rädsla och risk hos omfödernskorna att de kunde återuppleva en tidigare jobbig förlossning.

*“Och det är ju skillnad på om det är en förstfödernska eller omfödernska. En omfödernska har ju oftast väldigt eee, bestämt för sig redan hur saker och ting ska vara.”* (Intervju 6)

Barnmorskorna talade också om rätt smärtlindring vid rätt tidpunkt. Bedömningen av vilken smärtlindring som var adekvat gjordes genom att ta hänsyn till kvinnans önskan i kombination med vilket skede i förlossningen hon befann sig i. Barnmorskan bedömde hur kvinnan hanterade sina värkar och lyssnade in kvinnan i hur hon upplevde smärtan.

*“Så det viktiga för oss är ju egentligen att de får rätt smärtlindring så att förlossningen blir så bra som möjligt.”* (Intervju 4),

#### *Att hjälpa kvinnan att slappna av*

Barnmorskorna menade att de använde smärtlindring om nyttan var större än nackdelarna. Om kvinnorna behövde smärtlindring försökte barnmorskorna förmedla att var det inte var ett nederlag. De menade att de inte tyckte att det skulle kännas som en förlust för kvinnorna om de behövde en ryggbedövning, det viktigaste var att kvinnorna mådde bra. Det var heller inte så att det skulle kännas som en vinst för barnmorskorna om kvinnorna klarade sig utan smärtlindring.

*“Alltså jag menar det är ingen vinst för mig att hon har lite smärtlindring utan det är viktigare att hon har det så bra som möjligt.”* (Intervju 4)

Bad/dusch var en metod som barnmorskorna rekommenderade tidigt i förlossningsförloppet, även till kvinnor i sina hem, innan de kom till förlossningsavdelningen. Barnmorskorna var positiva till bad/dusch som smärtlindringsmetod, de upplevde att kvinnorna kunde slappna av och andas i badet och att det bidrog till att förlossningen gick framåt. De kvinnor som var väldigt smärtpåverkade redan tidigt i förloppet kanske inte klarade att lägga sig i badet, barnmorskorna menade även att om man inte annars uppskattade att bada så gjorde man inte det när man var i förlossning heller. På den ena förlossningskliniken fanns möjlighet att andas

lustgas när man låg i badet, något som barnmorskorna uppfattade hade god effekt på kvinnornas smärta.

*“Och sen brukar jag också liksom säga att ja men ett bad och sen har du säkert öppnat dig för då har du slappnat av och värmen gör att du kan liksom slappna av mer och kroppen kan jobba.” (Intervju 7)*

Värme ingick ju dels i badet/duschen men även lokal värme i form av värmedyna nämndes som en smärtlindringsmetod, vanligen i början av förlossningsförloppet.

*“Alltså, där i öppningsskedet, i början så tycker jag att många kvinnor kan hantera, eller kan slappna av när de har värme runt omkring sig. Och då brukar jag gå och säga det att min erfarenhet av värme är bra, att kvinnorna kan slappna av då, så jag berättar för kvinnan om mina erfarenheter.” (Intervju 10)*

Den smärtlindringsmetod som barnmorskorna pratade mest om var ryggbedövningen (EDA). Många nämnde den som en mycket bra smärtlindringsmetod, framförallt till de kvinnorna som var spända och oroliga, där förloppet blev långt och utdraget på grund av det. Där hjälpte ryggbedövningen verkligen till att få kvinnan avslappnad, hon kunde hämta kraft och orkade därefter vara aktiv och jobbade för att förlossningen skulle gå framåt. De flesta barnmorskorna kunde tillmötesgå kvinnan i önskemålet om att få en EDA, någon enstaka gång hann man inte med att lägga den och ibland fanns inte narkosläkare tillgänglig. När kvinnan fick förklarat för sig varför det inte blev en EDA var de ofta förstående för det menade barnmorskorna. Barnmorskorna nämnde att förlossningsförloppet ibland ansågs bli utdraget efter en ryggbedövning, kanske mest hos förstföderskor, men nekade inte en kvinna som önskade EDA på grund av det. Snarare resonerade de som så att förloppet kanske blivit lika utdraget om kvinnan inte blivit hörd i sin önskan om en EDA. En del kvinnor, upplevde barnmorskorna, var rädda för EDA, att det skulle vara farligt eller skulle göra ont när de fick den. Barnmorskorna informerade då kvinnan om för- och nackdelar och menade att fördelarna alltid sammanlagt övervägde nackdelarna enligt deras erfarenhet. Många barnmorskor menade att EDA var en smärtlindring som man använde i aktiv fas av förlossningen och kunde tycka att det blev ett negativt fokus från kvinnorna om önskan om ryggbedövning var det första kvinnorna påtalade när de kom till förlossningsavdelningen. De nämnde däremot att hos förlossningsrädda kvinnor eller kvinnor med mycket jobbig och långdragen latensfas

kunde man lägga en ryggbedövning tidigt för att ha den på plats och sedan aktivera den när förlossningen övergick till aktiv fas.

*“Och epiduraler kan många gånger vara jättebra när man inte kan nå kvinna och där de inte kan slappna av tillräckligt och där förlossningsarbetet inte går framåt för att de är så spända.”* (Intervju 5)

Morfin som smärtlindningsmetod verkade vara vanligare på den ena förlossningsavdelningen än den andra. Ofta gavs det i latensfas, barnmorskorna upplevde att morfin var positivt till spända kvinnor, det hjälpte dem att slappna av. Även till de kvinnor som var mycket smärtpåverkade och väldigt trötta upplevde barnmorskorna att morfin var bra, kvinnan kunde kanske till och med få ro och sova en liten stund.

*“Men har man bra fosterljud så brukar jag ju ge dem morfin, så de får vila sig lite, handlar ju oftast om det.”* (Intervju 9)

Akupunktur var vanligare förr menade många barnmorskor. En anledning till det kunde vara att barnmorskor idag sällan utbildades i akupunktur och orsaken till det tycktes vara bristande evidens för akupunktur som smärtlindring under förlossning. Åsikterna om akupunktur var trots allt övervägande positiva från barnmorskorna, många rekommenderade det i avslappningssyfte och då framförallt i början av förlossningen. Inte heller många kvinnor efterfrågade akupunktur numera men om kvinnan önskade det så tillmötesgick barnmorskorna deras önskemål och om de inte själv kunde utföra akupunktur bad de en kollega som kunde om hjälp.

*“Akupunktur och så, ja, det har vi ju kommit ifrån lite, det går ju trender, allting går ju i trender, eee med smärtlindring och så känns det som och just nu är akupunktur inte så populärt och det beror ju också på vårans del, att inte vi propagerar för det och talar för det kanske lite mer.”* (Intervju 13)

### *Att ha tidsbrist*

Informanterna menade att en närvarande barnmorska var positivt ur smärtlindringssynpunkt. En närvarande barnmorska gjorde att kvinnan inte kände sig utlämnad. Ofta behövde



förstföderskan mer stöd och närvaro än omföderskan, vilken då fick stå tillbaka för förstföderskan vid hög arbetsbelastning och tidsbrist hos barnmorskan.

*“Nej, sen så tänker jag att den viktigaste smärtlindringsmetoden vi har är närvaro på rummet och att andas med dem, att inte de känner sig ensamma. För ofta kan man komma in till en kvinna som är jätteupprestressad och jättesmärtpåverkad, eee, som man sen sätter sig ner och pratar lite med och andas med dem så de lugnar ner sig så klarar de det jättefint, då är smärtan helt plötsligt hanterbar, så tänker jag.”* (Intervju 15)

Ibland upplevde barnmorskor att EDA lades eller fylldes på på grund av tidsbrist, vilket de själva såg som negativt. Barnmorskorna hade hellre velat vara närvarande men med hög arbetsbelastning och flera födande kvinnor på sitt ansvar så räckte inte alltid tiden till och då blev en EDA en enklare utväg.

*“Det är lättare för mig att ge henne en ryggbedövning om jag har två andra patienter att ta hand om. Alltså, tyvärr är det så. Jag gör henne nöjd och så kan hon klara sig lite själv, och det är ju inte för att man är lat utan det är för att klara av arbetet. Sorgligt men sant.”* (Intervju 9)

### *Att hjälpa kvinnan att fokusera*

Lustgas var en smärtlindringsmetod som många barnmorskor ansåg passa till de flesta födande kvinnorna, om än inte alla. Det var en metod som många barnmorskor tog till antingen tidigt i förlossningen men många nämnde den som steget efter bad. För förstföderskorna kunde det bli ett redskap eller en livlina, något att fokusera på och som då avledde smärtan samtidigt som lustgasen var smärtlindrande i sig. Det var viktigt att som barnmorska instruera kvinnan i tekniken att andas lustgas så att de fick god nytta av den. För omföderskor kunde det bli så att lustgasen var den enda smärtlindringsmetod de hann med.

Smärtlindring med TENS var väldigt vanligt att använda i början av förlossningen på den ena förlossningsavdelningen medan den helt fallit bort som metod på den andra. TENS var även en metod som tog fokus från smärtan då den gav kvinnan något att själv styra över.

Barnmorskorna rekommenderade även TENS i hemmet tidigt i förlossningen, antingen kunde man köpa en egen TENS-apparat eller låna från sjukvården.

Gravidyoga var något som blivit vanligare på senare tid, vilket barnmorskor vid den ena förlossningsavdelningen pratade varmt om. Att delta i gravidyoga gjorde att kvinnorna lärde sig fokusera på sin andning inför förlossningen vilket barnmorskorna uppfattade som mycket bra och positivt. De menade att yoga gav kvinnor som vågade lita på sig själva och var trygga i sin kropp. Kvinnorna som gått på gravidyoga var mer fokuserade, koncentrerade sig och gick in i smärtan på ett annat sätt under förlossningen.

*“Nä, men de är trygga, har du en kvinna som är trygg i sin kropp och som vågar lita på sig själv, som mår bra, så föder de ju utan epidural. Och kanske till och med utan lustgas, och det är inte så att det ska premieras men det är så häftigt att se de här. Det går ju faktiskt att föda barn utan epidural.”* (Intervju 3)

Vid den förlossningsavdelningen där barnmorskorna inte pratade om gravidyoga var istället Annas profylax en populär metod för närvarande. De flesta par hade gått utbildningen under graviditeten på mödravården. Metoden innefattade bland annat andningsteknik och belöningsmassage. Den gjorde också partnern delaktig i förlossningen vilket barnmorskorna upplevde som mycket positivt.

*“Dock har vi Annas profylax lite mer nu i stället där vi har vissa vad heter det, ja men knäpress och alla de här när man trycker på vissa punkter och involverar mannen lite mer och många har ju gått den kursen innan som ett par då så de är lite inställda på det så det är väl positivt.”* (Intervju 13)

Stödet från kvinnans partner upplevde barnmorskorna också som viktigt i smärtlindringssyfte. Barnmorskorna försökte göra partnern delaktig i förlossningen, partnern ger ett stöd som inte barnmorskan kan ge. Någon uttryckte det som att det var viktigt att partnern stöttade sin kvinna, inte tyckte synd om henne.

*“...att han ska få en roll och framförallt ser kvinnan att pappan är trygg så tror jag att det inger indirekt smärtlindring för henne också. En trygg pappa som skojar och liksom är positiv det smittar av sig på kvinnan.”* (Intervju 10)

Barnmorskorna pratade även om massage som smärtlindrande, oftast var det partnern som var

den som masserade kvinnan. Även massage mot rygg och mage med vatten i samband med dusch eller bad nämndes.

## **Kvinnans inställning till smärtlindring**

### *Kvinnans önskan*

Barnmorskorna beskrev att många kvinnor hade en önskan om hur de ville att deras förlossning skulle vara vilket även innefattade smärtlindring. Dels kunde det stå beskrivet i journalen från mödravårdstiden och en del kvinnor hade med sig ett förlossningsbrev. Barnmorskorna lade inte alltid så stor vikt vid förlossningsbrevet men bekräftade alltid att de hade läst det. Många barnmorskor var öppna för kvinnornas önskan men menade samtidigt att det kunde vara bra att tala om för kvinnan att det inte var säkert att förlossningen skulle falla ut som man från början tänkt sig och att det då var bra om kvinnan var öppen och mottaglig för andra förslag från barnmorskan. Barnmorskorna ställde även frågan till kvinnorna när de kom till förlossningsavdelningen om det var något speciellt de önskade eller hade tänkt på.

*“Vi kan väl säga så att är det en kvinna, det kan ju vara vanligt att en kvinna kommer in och säger jag vill ha det naturligt, jag vill helst inte ha någon smärtlindring. Eeee, men ofta så brukar jag redan då från början berätta att ibland så kan den här smärtan vara så mycket mer än vad man tror egentligen så att man redan från början är förberedd på att det kanske kan finnas smärtlindring som man kan behöva utan att man kanske behöver känna det som ett nederlag eller så.” (Intervju 8)*

Barnmorskorna berättade att det var vanligt att det i förlossningsbrevet eller i sammanfattningen från mödravården stod att man vill ta det som det kommer när det var dags för förlossning. Det kunde tolkas på lite olika sätt. En del barnmorskor uppfattade det som att kvinnan inte riktigt satt sig in i vad som skulle komma, inte hade läst på om smärtlindring och liknande och att de därför var ovetande inför stundande förlossning. Andra barnmorskor såg det som att kvinnan i och med detta, att ta det som det kommer, var helt öppna för förslag från barnmorskan och att det underlättade för barnmorskan och kvinnan att inte behöva styras av något man planerat.

*“Hade de sagt från början jag tar det som det kommer så kan de ju inte misslyckas vad de än väljer. Men när de då har gjort en bedömning att jag önskar att klara mig så naturligt som möjligt och inte ha, då känner de när de får den här att jag gjorde inte det, då ska de känna sig besvikna, jag tycker det är så synd.”* (Intervju 15)

Barnmorskorna upplevde att de kunde tillgodose kvinnornas önskemål angående smärtlindring i en dialog med kvinnan.

*“Sen är det ju alltid en diskussion hela tiden, ee, hennes önskemål, och vad hon har för förväntningar på förloppet och smärtlindringen och så.”* (Intervju 10)

De var måna om förlossningsrädda kvinnor och det var viktigt att de lyssnade in och försökte tillmötesgå generellt oroliga och rädda kvinnor. I vissa fall hävdade barnmorskorna att det var svårt och att de inte helt kunde tillgodose kvinnornas önskemål.

### *Kvinnans egen bild av smärtlindring*

Barnmorskorna menade att många kvinnor kom till förlossningsavdelningen med en bild av vilken smärtlindring de ville ha. En del kvinnor var helt inställda på att föda utan smärtlindring medan andra pratade om ryggbedövning på en gång. Detta kunde vara svårt, framför allt för förstföderskor menade barnmorskorna, då de inte hade någon erfarenhet av förlossningssmärta. Många kvinnor förlitade sig dock på barnmorskorna på förlossningsavdelningen och deras kunskap och erfarenhet om smärtlindring, en del kvinnor förväntade sig att barnmorskorna skulle komma med förslag på smärtlindring utan att kvinnan själv hade uttryckt något om det.

Barnmorskorna upplevde att många kvinnor hade läst på om smärtlindring inför sin förlossning, många hade gått föräldrautbildning på barnmorskemottagningen under graviditeten. Barnmorskorna menade att det kunde finnas både för- och nackdelar med att kvinnorna var pålästa. Kom kunskapen från bra källor, till exempel mödravårdsbarnmorskan, var det bara positivt men det kunde bli problematiskt och skapa en onödig rädsla om kunskapen var inhämtad från oseriösa källor, till exempel diskussionsforum på internet. Utöver kunskap om smärtlindring menade barnmorskorna att det hade varit bra om kvinnorna

varit mer pålästa kring vad som händer i kroppen under en förlossningen, de menade att den kunskapen hade kunnat bidra till att minska oro och rädsla och därmed också minska smärtan.

*“För jag upplever att väldigt många kvinnor faktiskt har ingen aning om vad som händer i deras kropp. Och vet man det så är det lättare att acceptera smärtorna också.”* (Intervju 5)

Barnmorskorna menade att smärtlindring var individuellt anpassad beroende på om kvinnan var trygg i sin roll eller var mer nervös. Fokus lades på var kvinnan var mentalt.

Barnmorskorna ansåg att det var av vikt att göra kvinnan lugn och trygg. Många kvinnor blev lugna av att enbart få komma in till förlossningen där det fanns ett psykologiskt stöd och en trygghet.

*“Jag lägger mycket fokus på och se var de är, rent mentalt och vet att de förstår vad det är som händer hos dem.”* (Intervju 5)

Väldigt få kvinnor efterfrågade sterila kvaddlar enligt barnmorskorna, ofta på grund av att de läst eller hört negativa saker om metoden, till exempel att det gjorde ont att få och att det innefattade nålstick. En del barnmorskor hade själva goda erfarenheter av att lägga sterila kvaddlar och erbjöd det ibland till kvinnorna, framför allt till de kvinnor som hade smärta över ett specifikt område, till exempel i ryggen. Tyvärr, menade de, hade sterila kvaddlar en ganska kortvarig effekt. Vissa barnmorskor hade dock själva liten erfarenhet av att lägga sterila kvaddlar och menade därför att det inte var något de erbjöd, det föll bort som alternativ.

*“Kvaddlar är en sådan sak som jag tycker det går lite i vågor. Det finns perioder man har använt det mycket och andra perioder man inte använder det alls.”* (Intervju 11)

## **Kvinnocentrerat arbetssätt**

### *Att ge individanpassad smärtlindring*

Resultatet visade att barnmorskornas erfarenhet var viktig och smärtlindring var en stor del i deras arbete. Barnmorskorna gav dagligen råd kring smärtlindring. Utifrån sina erfarenheter vägledde barnmorskorna kvinnorna, försökte skapa en god relation med paret och göra det

bästa för varje par som var unikt i sig. Barnmorskorna menade att det var viktigt att bekräfta att de förstod kvinnornas önskan. För att som barnmorska inte ställa ledande frågor kring smärtlindring menade en del att det var bättre att formulera frågan på ett annat sätt, att säga vad kan jag göra för att hjälpa dig eller på vilket sätt kan jag hjälpa dig nu? Barnmorskornas upplevelse var att de flesta kvinnor var öppna för förslag. En del kvinnor förlitade sig på barnmorskornas råd och tog få egna initiativ. Barnmorskorna uttryckte att det var kvinnans rättighet att få smärtlindring och att de skulle få det när de bad om det. Barnmorskorna menade också att smärtlindring är något som är väldigt individuellt hos födande kvinnor, det är väldigt olika från en kvinna till en annan vad som passar och behövs. De menade också att det var extra viktigt att tillmötesgå förlossningsrädda kvinnor så att de fick en bra upplevelse.

*“Det är ju så idag, man ska ha en bra upplevelse. Det är inte bara ett friskt barn och en frisk kvinna. “ (Intervju 13)*

### *Att informera och kommunicera*

Barnmorskorna lyfte vikten av arbetet att informera kvinnorna kring smärtlindring. De var lyhörda och ville lyssna in kvinnans önskemål. Kommunikationen var viktig och barnmorskorna uppmanade kvinnorna till diskussion kring smärtlindring och tydlighet i vad de önskade. I diskussionen berättade barnmorskan om vilken smärtlindring som fanns och vad som passade bra i det läget kvinnan var i vid tillfället. Information och kommunikation var viktig för att få rätt smärtlindring och för att kvinnan skulle få en bra förlossning.

*“Det handlar liksom om att jag kan inte läsa av mamman utan hon måste tala om att vi tar en bit i taget, och att när hon känner att det här funkar inte, det håller inte så är det viktigt att hon tydligt säger det till mig. Att nu gör det så ont, jag klarar inte av det här och då får vi se var vi är då någonstans och vilka alternativ jag kan föreslå då.” (Intervju 11)*

Enligt barnmorskorna blev det svårt med information och kommunikation i de fall där den födande kvinnan inte pratade svenska. Då önskade barnmorskorna att det lagts fokus på information om smärtlindring under den tiden kvinnorna gått på mödravården. Där kunde man informera med hjälp av tolk i lugn och ro.

*“Det allra svåraste är kvinnorna som inte pratar svenska. Eee, ibland kanske man lägger en epidural på en kvinna som inte pratar svenska för att man vet inte vad man ska göra annars. Ibland kanske man inte lägger en epidural på en kvinna som inte pratar svenska för att eeee, man inte, för att det är svårt att förstå vad hon vill ha.” (Intervju 2)*

Barnmorskorna ville få kvinnan att acceptera smärtan och se den som något som hjälper förlossningen framåt. Barnmorskan lade fokus på att motivera kvinnan att det var bra att ha ont och ha kraftfulla värkar. Det var viktigt att bekräfta kvinnan i att smärta var normalt och att det skulle ses som en positiv smärta.

*“Vad bra att det gör jätteont säger jag då liksom hela tiden.” (Intervju 11)*

Lugnande samtal, att förklara för kvinnan vad som kommer att hända i deras kroppar under förlossningen och även lyssna in vad kvinnan hade för tankar och förväntningar på förlossningen, upplevde barnmorskorna var en viktig del gällande smärtlindringen.

*“Alltså många gånger blir de ju lugna när de kommer in och man, de ligger i ctg, man sitter och pratar med dem och får ner dem lite grann och får de lite lugnare.” (Intervju 12)*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Då syftet med föreliggande studie var att undersöka barnmorskors erfarenheter passar kvalitativ intervju som metod väl, då den undersöker hur ett fenomen är beskaffat och på så vis förstå världen från undersökningspersonernas synvinkel (Olsson & Sörensen, 2011; Kvale & Brinkmann, 2014). Från början var avsikten att intervjuerna skulle vara längre men det visade sig redan under pilotintervjun att ämnet hade en tendens att tömmas ut på kortare tid. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) kan man göra en kort intervju som är rik på mening om man vet vad man ska fråga om, varför man frågar och hur man ska fråga. I den här studien användes öppna intervjuer vilket innebär att det ställs en övergripande fråga kring ett eller flera ämnen men där frågeföljden avgörs, i viss utsträckning, av intervjusituationen och informantens svar. Frågorna i en öppen intervju är formulerade så att de stimulerar

informanten att så öppet som möjligt berätta om en händelse, en upplevelse, ett fenomen eller liknande (Jakobsson, 2011). Det bedömdes att informanterna berättade allt de ansåg relevant i förhållande till frågeställningen och att studiens frågeställning därmed besvarades. Kvale och Brinkmann (2014) menar att det finns inga fasta kriterier för vad som utgör en bra intervju när det gäller den vetenskapliga och etiska kvaliteten. Bedömningen av intervjukvaliteten beror på intervjuens specifika form, ämne och syfte (a.a.).

Vid kvalitativa studier används nästan alltid ett litet, icke-randomiserat urval då ett randomiserat urval inte är den bästa metoden för att få informanter som är kunniga inom det valda området, tydliga, reflekterande och villiga att prata länge med forskarna (Polit & Beck, 2010). I föreliggande studie användes ett bekvämlighetsurval, vilket ofta är effektivt enligt Polit och Beck (2010) men som inte alltid ger de mest informationsrika källorna. I studien gjordes urvalet på två olika förlossningsavdelningar i två olika regioner vilket ökar överförbarheten jämfört med om barnmorskor från endast en klinik skulle deltagit. Spridningen i erfarenhet inom yrket var stor, från sex månader till 38 år. I denna studie intervjuades totalt 15 barnmorskor, enligt Kvale och Brinkmann (2014) är detta ett vanligt antal i intervjustudier. Det ansågs att materialet då hade uppnått avtagande avkastning, det vill säga bortom en viss punkt ger flera intervjupersoner allt mindre ny kunskap (Kvale & Brinkmann, 2014).

Intervjuerna genomfördes på intervjupersonernas arbetsplatser under eller i anslutning till deras arbetspass enligt deras önskemål. För att intervjupersonen ska lämna så bra upplysningar som möjligt måste ett samarbetsvilligt klimat skapas, hon ska få känna sig viktig och prata till punkt (Olsson & Sörensen, 2011). Intervjuerna gjordes i ett ostört rum med ett enstaka undantag, på intervjupersonens egen önskan. Intervjuforskning framstår som en enkel och okomplicerad uppgift, men enligt Kvale och Brinkmann (2014) är det svårt att göra det bra. Författarna till föreliggande studie hade ingen erfarenhet av att intervjua sedan tidigare och efterhand som intervjuerna genomfördes förbättrades intervjutekniken en del. Det anses trots det att även materialet från de första intervjuerna är betydelsefullt. Alla intervjuer utom en gjordes tillsammans vilket var ett sätt att säkerställa att intervjuerna gjordes på ett likvärdigt sätt.

Innehållsanalysen genomfördes enligt Burnards (1991) 14 steg. Samtliga intervjuer transkriberades ordagrant gemensamt av författarparet, därefter kodades intervjuerna enskilt



av författarna. Koderna jämfördes sedan och visade sig stämma väl överens vilket anses öka studiens giltighet (Burnard, 1991; Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). En del av den transkriberade texten granskades under ett arbetsseminarium och det gavs förslag på kategorisering, detta anses öka trovärdigheten enligt Burnard (1991). Det transkriberade materialet har även lästs av handledaren. Enligt Burnard (1991) ska respondenterna kontaktas för att validera citat kopplade till respektive underkategori och kategori. På grund av tidsbrist uteslöts dock detta steg vilket anses kan ha påverka trovärdigheten negativt. Detta kompenseras genom att kontinuerligt återgå till det ordagrant transkriberade materialet, precis som Burnard (1991) förespråkar i det tolfte steget.

Som barnmorskestudenter har författarna till föreliggande studie genomfört verksamhetsförlagd utbildning vid två olika förlossningskliniker i södra Sverige. Under denna tid har det noterats att det skiljer sig en del mellan klinikerna gällande framförallt icke-farmakologisk smärtlindring till kvinnor i förlossningsarbete. Författarna är medvetna om denna förförståelse och har under analysprocessen aktivt arbetat för att bortse från den (Olsson & Sörensen, 2011).

## **Resultatdiskussion**

Resultatet i föreliggande studie visar att närvaro av barnmorskan var positivt ur smärtlindringssynpunkt. Barnmorskorna hade som ambition att vara hos kvinnan så mycket de kunde. Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala (2013) konstaterar att kvinnor som får kontinuerligt stöd genom förlossningen använder mindre smärtlindring, har en bättre förlossningsupplevelse och en aning kortare förlossningar. Genom tiderna har födande kvinnor i världen haft stöd av andra kvinnor som varit närvarande under förlossningen men kontinuerligt stöd under förlossningen har blivit mer ett undantag än en norm då fler kvinnor idag föder barn på sjukhus i stället för i hemmet (Hodnett m.fl, 2013). Modern obstetrisk omvårdnad bidrar ofta till att födande kvinnor faller in i barnmorskornas slentrianmässiga rutiner. Omvårdnad under förlossning involverar känslomässig support, ökat välbefinnande, information och stöd. Detta kan förbättra den fysiska förlossningsprocessen och likaså kvinnans känsla av kontroll och duglighet som i sin tur kan minska behovet av obstetriska interventioner (Hodnett m.fl, 2013; Haldorsdottir & Karlsdottir, 2011). En del av barnmorskorna i föreliggande studie berättade att de ibland rekommenderade och gav kvinnorna EDA pga tidsbrist och hög arbetsbelastning. Waldenström och Irestedt (2006) visar

att kvinnor som skattade sin förlossningssmärta högt, både två månader och ett år efter sin förlossning, också hög andel EDA-användning under sin förlossning. En intervju-studie av Lundgren & Dahlberg (2002) bekräftade att barnmorskor idag tar hand om fler och fler födande kvinnor på samma gång och barnmorskorna tyckte ofta att tiden inte räckte till för den enskilda individen. Författarna till föreliggande studie kan konstatera att när närvaron går förlorad och ersätts med EDA leder det till sämre förlossningsupplevelse och mer smärta.

Resultat visade att många kvinnor hade en bild av hur de ville att förlossningen skulle vara och vilka smärtlindringsmetoder som de önskade. Barnmorskorna ställde frågor till kvinnan om vilka tankar de hade kring smärtlindring då kvinnan kom in till förlossningsavdelningen. En intervju-studie med barnmorskor av Lundgren och Dahlberg (2002) bekräftar att barnmorskan genom att vara öppen och inlyssnande försöker förstå kvinnans unika situation och tillstånd, för att kunna hjälpa kvinnan på bästa sätt. Barnmorskorna i studien menar att det är en fördel att ställa öppna frågor till kvinnorna för att få dem att berätta om sådant som kanske missats om man ställt specifika frågor om till exempel smärtlindring (a.a.). Enligt barnmorskorna i föreliggande studie hade många kvinnor skrivit ett förlossningsbrev som de tog med till förlossningen, dock lade vissa barnmorskor mer vikt vid brevet än andra. Det var viktigt att bekräfta för kvinnan att brevet var läst och att barnmorskan ville göra sitt yttersta för att tillgodose kvinnans önskemål gällande smärtlindring för att få en bra förlossningsupplevelse. Lundgren och Dahlberg (2002) konstaterar att barnmorskornas uppgift är att stödja kvinnan i hennes beslut och uppmuntra henne att uttrycka sina önskemål för att kunna använda kvinnans kunskap gällande smärtlindring vid förlossning. Lindholm & Hildingsson (2015) konstaterar att de smärtlindringsmetoder som kvinnor önskar inför förlossningen är också de metoder som används mest. I dagens samhälle finns det en strävan efter delaktighet och att få påverka den enskildes tillvaro. Vid användning av farmakologiska metoder för smärtlindring bör avvägning göras i förhållande till kvinnans behov av smärtlindring (SFOG, 2001). Under förlossningen bör kvinnans önskan om smärtlindring ha stor tyngd (a.a.). Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) menar i sin teori att det är barnmorskans professionella vårdande, som innefattar vikten av viljan att skapa ett gott liv för andra, som är grunden för allt vårdande. Det är viktigt att barnmorskan inte tar över kontrollen utan istället hjälper kvinnan att vara i harmoni med sin egen kropp. Många kvinnor önskade en mer human och personlig vård under graviditeten med lyhördhet för den enskildas behov, detta gav en bättre förberedelse inför den stundande förlossningen och föräldrskapet (a.a.).

Lowe (2004) menar att det är av vikt att barnmorskor har kunskap och förståelse för smärta och smärtlindring för att kunna stödja kvinnor till informerade val gällande smärtlindring under förlossning. Barnmorskorna i föreliggande studie uttryckte att de dagligen använde sin kunskap om smärtlindring för att informera kvinnor i förlossningsarbete. Barnmorskorna ansåg även att kvinnornas möjlighet att göra informerade val ökade om kvinnorna hade kunskaper gällande smärtlindring men även om vad som händer i kroppen under en förlossning. Då blir valet av smärtlindring kvinnans och inte barnmorskans.

Barnmorskorna i föreliggande studie menade att bedömning av var i förlossningsarbetet kvinnan var inverkade på vilken smärtlindring de rekommenderade. Kvinnor i latensfas var ofta svårare att hjälpa än kvinnor i aktiv förlossning eftersom det fanns mer oro i latensfasen då kvinnan inte upplevde kontroll. Carlsson, Hallberg och Odberg-Pettersson (2009) visar i sin studie att kvinnor som sökte förlossningen redan i latensfas ville lämna över ansvaret på någon annan, de tyckte det var svårt att hantera ovissheten av var i förlossningen de var och att det var jobbigt att lida av smärta till ingen nytta, detta bekräftas av Cheyne m.fl (2007) och Marowitz (2014). Marowitz (2014) menar att det inte går att generalisera omvårdnaden av kvinnor i latensfas, det finns en del kvinnor som gärna vill vara hemma i tidigt förlossningsskede och det ska uppmuntras och stödjas av barnmorskor. Kvinnans individuella situation och villkor får övervägas och ett beslut bör tas gemensamt mellan barnmorskan och kvinnan (a.a.). Barnmorskorna i föreliggande studie rekommenderade ofta icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder till kvinnorna i latensfas, flera av dessa metoder kunde kvinnorna ta till också i hemmet. Även Cheyne m.fl. (2007) nämner icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder som bra strategier för att hantera smärta i hemmet under latensfas. Carlsson m.fl. (2009) beskriver flera faktorer till varför kvinnor söker förlossningen redan under latensfasen, smärta var en av faktorerna, och det som var jobbigast var att det var en smärta som kvinnorna inte upplevde ledde förlossningen framåt. De menar också att stödet från barnmorskan, men även partnern, var viktigt för att kvinnan skulle känna sig trygg när hon upplevde oro under latensfasen (a.a.).

Resultatet i föreliggande studie visar att det fanns en koppling mellan smärtlindring och att hjälpa kvinnan att slappna av. Barnmorskorna pratade om både icke-farmakologiska metoder för avslappning som värme, dusch/bad, akupunktur men även farmakologiska metoder som morfin och EDA. Tidigare forskning visar att icke-farmakologiska metoder är det som barnmorskor rekommenderar för avslappning under förlossning (Hall, McKenna & Griffiths,

2012; Mårtensson & Wallin, 2006) men inget samband mellan EDA och avslappning har beskrivits.

I föreliggande studie menade barnmorskorna att det varierade utifrån vilka källor kvinnorna hade fått information om smärtlindringsmetoder. Information från internetsidor eller av vänner och bekantas förlossningsupplevelser ansågs som oseriösa källor detta kunde ha negativ inverkan på inställningen till smärtlindring under förlossningen. Föräldrautbildning på barnmorskemottagning ansågs som positiva förberedelser inför förlossningen. Klomp, Mannien, de Jonge, Hutton och Lagro-Janssen (2014) konstaterar i sin intervjustudie att kvinnorna förberedde sig genom att söka information kring hur de skulle kunna hantera sin förlossningssmärta från flera olika håll till exempel sin barnmorska, familjemedlemmar/vänner och på internet. Under förlossningen litade kvinnorna på barnmorskornas expertis och professionella kunskap kring att råda dem om smärtlindring, om det blev nödvändigt (a.a.).

Barnmorskorna i föreliggande studie menade att smärta och smärtlindring är något som är individuellt hos födande kvinnor, det är olika från en kvinna till en annan vad som passar och behövs. De lyfte även vikten av smärtlindring för en positiv förlossningsupplevelse. Flera studier visar att bland annat smärta och smärtlindring har inverkan på hur kvinnor skattar sin förlossningsupplevelse (Waldenström, Hildingsson, Rubertsson och Rådestad, 2004; Waldenström & Irestedt, 2006; Waldenström & Schytt, 2008). Waldenström, Hildingsson, Rubertsson och Rådestad (2004) undersökte vad som påverkade kvinnors förlossningsupplevelse och kom fram till att det bland annat var oförutsedda händelser under förlossningen, bristande stöd från partner, brist på kontroll men också smärtupplevelse och smärtlindring. Waldenström och Schytt (2008) konstaterar att kvinnor som rankar sin förlossningsupplevelse som positiv efter två månader, skattar smärtan under förlossning som låg medan de kvinnor som hade en negativ förlossningsupplevelse skattade sin smärta under förlossningen som hög. Lundgren och Dahlberg (2002) beskriver att barnmorskorna la fokus på att omvårdnaden skulle vara individanpassad. De önskade att kvinnan skulle ta ansvar för att uttrycka sig och framföra sina önskingar så att barnmorskorna kunde möta kvinnorna i deras smärta under förlossningsförloppet (a.a.). Van der Gucht och Lewis (2015) har i en multikulturell översiktsstudie undersökt kvinnors erfarenhet av att hantera förlossningssmärta och kommit fram till två faktorer som framför allt påverkar, vikten av individuellt, kontinuerligt stöd och acceptans av smärtan. Framförallt stödet av barnmorskan under förlossningen var av stor vikt för kvinnornas förmåga att hantera förlossningssmärtan (a.a.).

Barnmorskorna i föreliggande studie gav information och råd om smärtlindring dagligen och tyckte ibland att det var svårt att kommunicera och informera kvinnor som inte talade och förstod svenska. Lundgren och Dahlberg (2002) menar att om det var svårt att kommunicera verbalt med den födande kvinnan kunde barnmorskan se i vilket tillstånd hon befann sig genom hennes kroppsspråk för att därigenom kunna ge kvinnan relevant och individanpassad smärtlindring (a.a.). Barnmorskorna i föreliggande studie menade att det trots kroppsspråk kunde vara svårt att förstå vilken smärtlindring kvinnan önskade. Enligt SFOG (2011) bör information om olika smärtlindringsmetoder diskuteras under mödravården.

Barnmorskorna menade att det går trender i smärtlindring. TENS användes till kvinnor i latensfas på den ena kliniken, på den andra kliniken fanns inte ens TENS-apparater till utlåning. Akupunktur var enligt många av barnmorskorna inte lika populärt längre, det kan bero på att arbetsgivaren inte erbjöd utbildning i akupunktur. Sterila kvaddlar som smärtlindringsmetod visade sig vara beroende på om barnmorskan hade vana att lägga dem eller inte, samt barnmorskans erfarenhet av metoden. Att kvinnor erbjuds olika smärtlindring kan alltså tänkas bero på vilken barnmorska som är ansvarig för förlossningen och vad hon har för vanor, erfarenheter och "favoriter".

## **Konklusion och implikationer**

Resultatet visade att barnmorskorna gjorde individuella bedömningar beroende på var i förlossningsskedet kvinnorna befann sig, att närvaro av barnmorskan utgjorde en stor del ur smärtlindringssynpunkt och att barnmorskan strävade efter att tillmötesgå kvinnans önskemål. Närvaron blev ibland åsidosatt, ofta på grund av tidsbrist. En del barnmorskor menade att ibland lades en EDA, eller fylldes på, när möjligheten till närvaro fattades. Detta beror på att barnmorskor idag tar hand om fler födande kvinnor samtidigt än vad man gjort tidigare. För att optimera kvinnosjukvården behöver personaltätheten öka. Samtidigt var det också många beslut gällande val av smärtlindring som var barnmorskans, detta kan tänkas bero på att en del kvinnor inte i förväg funderat över vilken smärtlindring de önskar utan ville "ta det som det kommer". Kommunikation var också viktigt för att kunna tillmötesgå och hjälpa kvinnan i hennes val, det tycks dock föreligga ett behov av bättre kommunikationsmöjligheter när språkförbistringar uppstår. Ökat samarbete med mödravården gällande föräldrautbildning, kanske med tillgång till tolk eller med barnmorskor som pratar kvinnornas språk.

I denna studie framkom inget om skillnader gällande vilken smärtlindring kvinnor får under sin förlossning beroende på kvinnornas socio-demografiska status. Som förslag till vidare forskning hade det varit intressant att komplettera aktuell studie med en studie i kvantitativ design, för att i framtiden kunna medvetandegöra barnmorskor, förbättra förlossningsvården gällande smärtlindring och främja en kvinnocentrerad vård.

## Referenser

- Bergström, M., Kieler, H. & Waldenström, U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 116(9), 1167-1176.
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today* 11(6), 461-466.
- Carlsson, I-M., Hallberg, L R-M. & Odberg-Pettersson, K. (2009). Swedish women's experiences of seeking care and being admitted during the latent phase of labour: A grounded theory study. *Midwifery* 25(2), 172-180.
- Cheyne, H., Terry, R., Niven, C., Dowding, D., Hundley, V. & McNamee, P. (2007). 'Should I come in now?': a study of women's early labour experiences. *British Journal of Midwifery* 15(10), 604-609.
- Christiansen, P., Klostergaard, KM., Terp, MR., Poulsen, C., Agger, AO. & Rasmussen, KL. (2002). Long-memory of labour pain. *Ugeskrift Laeger* 164(42), 4927-4929.
- Fabian, H M., Rådestad, I J. & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 84(5), 436-443.
- Gibson, E. (2014). Women's expectations and experiences with labour pain in medical and midwifery models of birth in the United States. *Women and birth* 27(3), 185-189.
- Hall, H G., McKenna, L G. & Griffiths, D L. (2012). Midwives' support for complementary and alternative medicine: A literature review. *Women & Birth* 25(1), 4-12.
- Halldordottir, S. & Karlsdottir, S I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(4), 806-817.
- Helsingforsdeklarationen (2013). *The world medical association declaration of Helsinki*. Hämtad 24 februari, 2016, från: <https://www.slf.se/Lon--arbetsliv/Etikochansvar/Etik/WMA-dokument/Helsingforsdeklarationen/>
- Hodnett, E D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186(5), 160-172.

- Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G J. & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of systematic reviews* (7).
- Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer & begrepp - en ordbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T, Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., ... Neilson, JP. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 14(3).
- Kamarzaman, Z., Clark, F., Haque, S. & Ghani, A. (2011). Patient satisfaction with provision of information on labour analgesia. *British Journal of Midwifery* 19(2), 100-106.
- Klomp, T., Mannien, J., de Jonge, A., Hutton, E K. & Lagro-Janssen, A LM. (2014). What do midwives need to know about approaches of women towards labour pain? A qualitative interview study into expectations of management of labour pain for pregnant women receiving midwife-led care in the Netherlands. *Midwifery* 30(4), 432-438.
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindholm, A. & Hildingsson, I. (2015). Women's preferences and received pain relief in childbirth – A prospective longitudinal study in a northern region of Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare* 6(2), 74-81.
- Lowe, N K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology* 186, 16-24.
- Lowe, N K. (2004). Context and process of informed consent for pharmacologic strategies in labor pain care. *Journal of Midwifery and Women's Health* 49(3), 250-259.
- Lundgren, I. & Dahlberg, K. (2002). Midwife's experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery* 18(2), 155-164.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Madden, K L., Turnbull, D., Cyna, A M., Adelson, P. & Wilkinson, C. (2013). Pain relief for childbirth: The preferences of pregnant women, midwives and obstetricians. *Women and Birth* 26(1), 33-40.
- Marowitz, A (2014). Caring for women in early labour: Can We delay admission and meet woman's needs? *Journal of midwifery & women's health* 59(6), 645-650.



- May, A E. & Elton, C D. (1998). The effects of pain and its management on mother and fetus. *Baillière's Clinical Obstetrics And Gynaecology* 12(3), 423-441.
- Meeks, R C. (2016). Expectation setting during the prenatal period: A key to satisfaction. *International Journal of Childbirth Education* 31(4), 33-36.
- Medicinska forskningsrådet. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Hämtad 24 februari, 2016, från:  
[https://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk\\_humanforskning\\_13.pdf](https://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf)
- Melzack, R. (1984). The myth of painless childbirth. *Pain* 19(4), 321-337.
- Mårtensson, L. & Wallin, G. (2006). Use of acupuncture and sterile water injection for labor pain: A survey in Sweden. *Birth: Issues in Perinatal Care* 33(4), 289-296.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.
- Paulsson, G. (2008). Fenomenografi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård* (s. 73-84). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D F. & Beck, C T. (2010). *Essentials of nursing research, appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Riksdagsskrivelse 1983/84:183.
- Robertson, E. & Johansson, S-E. (2010). Use of complementary, non-pharmacological pain reduction methods during childbirth among foreign-born and Swedish-born women. *Midwifery* 26(4), 442-449.
- SFOG (2001). *Handläggning av normal förlossning -State of the art*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 15 december, 2016, från:  
[https://www.sfog.se/media/66770/state\\_of\\_the\\_art\\_pn.pdf](https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf)
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 12 december, 2016, från riksdagen,  
[http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)
- Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 22 februari, 2016, från: <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBEKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>

- Socialstyrelsen (2014). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 22 februari, 2016, från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19627/2014-12-19.pdf>
- Van der Gucht, N. & Lewis, K. (2015). Women´s experiences of coping with pain during childbirth: A critical review of qualitative research. *Midwifery* 31(3), 349-358.
- Waldenström, U. (1989). Variations between midwives regarding administration of obstetrical analgesia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 3(2), 83-89.
- 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. & Irestedt, L. (2006). Obstetric pain relief and its association with remembrance of labor pain at two months and one year after birth. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology* 27(3), 147-156.
- Waldenström, U. & Schytt, E. (2008). A longitudinal study of women´s memory of labour pain - from 2 months to 5 years after the birth. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 116(4), 577-83.