

Relaxbirth-förlossningsstödet inverkan på modernssmärtupplevelse under förlossningen

Linda Fredriksson

Viivi Salminen

Examensarbete

Vård

2013

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	BM10
Identifikationsnummer:	
Författare:	Linda Fredriksson, Viivi Salminen
Arbetets namn:	Relaxbirth-förlossningsstödet inverkan på moderns smärtupplevelse under förlossningen
Handledare (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Uppdragsgivare:	Kvinnosjukhuset i Helsingfors
<p>Sammandrag:</p> <p>Examensarbetet är en empirisk studie som är en del av "Kvinnoprojektet" som är ett samarbete mellan yrkeshögskolan Arcada och det gynekologiska- och barnmedicinska enheten inom Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS). Arbetet är en del av en större undersökning om Relaxbirth-förlossningsstödet som är en ny innovation av den finska barnmorskan Eija Pessinen. Relaxbirth-stödet har inte ännu undersökts mycket och behöver forskas vidare i. Som bakgrund till studien har vi använt tidigare forskningar som behandlar olika förlossningspositioner och kvinnors förlossningsupplevelser. Arbetsmetoden är en kvantitativ enkätundersökning och i arbetet har vi använt beställarens färdiga material. Materialet har samlats in på Barnmorskeinstitutet med frågeformulär som besvarats av kvinnor som frivilligt deltagit i studien. Syftet med examensarbetet är att ta reda på Relaxbirth-stödets inverkan på kvinnornas smärtupplevelse under förlossningen. Vi har begränsat studien så att den gäller endast regelbundna förlossningar. Smärtupplevelsen är subjektiv och mycket svår att mäta, i studien har smärtupplevelsen mätts med en skala från 0-10. I studien jämför vi smärtupplevelsen hos föderskor som använt sig av Relaxbirth stödet mot föderskor som förlöst utan stödet. Även smärtupplevelsen hos förstföderskor och omföderskor i båda grupperna jämförs sinsemellan. Som teoretisk referensram har vi använt Katie Erikssons teori om lidande. Enligt vår tolkning är förlossningssmärta en del av livslidandet, och enligt Katie Erikson bör lidandet försöka lindras. Relaxbirth-stödet lindrar inte direkt förlossningssmärtan men möjliggör en mer avslappnad position, och därmed underlättar stödet den upplevda smärtan, i synnerhet för omföderskor.</p>	
Nyckelord:	Relaxbirth, förlossningssmärta, förlossningsupplevelse, smärtlindring, lidande
Sidantal:	54
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	BM10
Identification number:	
Author:	Linda Fredriksson, Viivi Salminen
Title:	Relaxbirth-support devices influence on mothers pain experience on labor
Supervisor (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Commissioned by:	Women's Hospital in Helsinki
<p>Abstract:</p> <p>The thesis is an empirical study that is a part of a project called "Kvinnoprojekt" which is collaboration between Arcada University Of Applied Sciences and the unit of gynecology and pediatrics in Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS). The work is a part of a larger study on Relaxbirth - support device, which is a new innovation by a Finnish midwife, Eija Pessinen. Relaxbirth-support has not yet been studied much and needs further research. As background to the study, we have used earlier studies that treat different labor positions and women's birthing experiences. Method of the study is a quantitative survey, and in the study we have used the materials given by the client. The material has been collected on Kättilöopisto with questionnaires answered by women who voluntarily participated in the study. The purpose of this study is to find out if Relaxbirth-support relieves women's experience of pain during childbirth. We have limited the study so that it applies only to regular deliveries. Experience of pain is subjective and very difficult to measure; in this study pain is measured using a scale of 0-10. In this study, we compare the pain experience of mothers who used Relaxbirth-support to mothers who did not use the support device. We compared the pain experience of primiparous and multiparous women in both groups as well. As a theoretical framework we have used Katie Erikson's theory of suffering. According to our interpretation, labor pain is a part of life suffering, and according to Katie Erikson it should be relieved. Relaxbirth support relieves not directly labor pain, but encourages into a more relaxed position, and with that relieves the pain for women who have given birth before.</p>	
Keywords:	Relaxbirth, labor pain, birthing experience, pain relief, suffering
Number of pages:	54
Language:	swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	BM10
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Linda Fredriksson, Viivi Salminen
Työn nimi:	Relaxbirth-synnytystuen vaikutus äidin kipukokemukseen synnytyksessä
Työn ohjaaja (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Toimeksiantaja:	NaistensairaalaHelsinki
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämä opinnäytetyö on empiirinen tutkimus joka on osa ammattikorkeakoulu Arcadan ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS)Naisten- ja lastentautien tulosyksikön yhteistä ”Kvinnoprojekt” -projektia. Työ on osa suurempaa tutkimusta joka käsittelee suomalaisen kättilön, Eija Pessisen kehittämää Relaxbirth-tukea. Relaxbirth-synnytystuki on suhteellisen uusi innovaatio, eikä sitä ole vielä tutkittu paljon joten sen tutkiminen on erityisen tarpeellista. Tutkimuksen taustana on käytetty aikaisempia tutkimuksia jotka käsittelevät erilaisia synnytysasentoja sekä naisten synnytyskokemuksia. Työn metodi on kvantitatiivinen lomakekysely, ja työssä on käytetty tilaajan valmista materiaalia. Materiaali on kerätty Kättilöopiston sairaalassa synnyttäneiltä tutkimukseen vapaaehtoisesti osallistuneilta naisilta, jotka ovat täyttäneet kyselylomakkeen. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Relaxbirth-synnytystuen vaikutusta synnyttävien naisten kipukokemukseen. Tutkimus on rajattu käsittelemään säännöllisiä synnytyksiä.Kipukokemus on subjektiivinen ja erittäin vaikea mitata. Työssä on käytetty kivun mittarina asteikkoa 1-10. Tutkimuksessa vertaillaan ilman Relaxbirth-tukea synnyttäneiden naisten ja tuen avulla synnyttäneiden naisten kipukokemuksia keskenään. Lisäksi tutkimuksessa vertaillaan molempien ryhmien ensi- ja uudelleensynnyttäjien kipukokemusten eroja. Työn teoreettisena viitekehystenä on käytetty KatieEriksonin teoriaa kärsimyksestä. Tulkintamme mukaan synnytyskipu on osa elämisestä johtuvaa kärsimystä ja KatieEriksonin mukaan kärsimystä tulisi yrittää lievittää. Relaxbirth-tuki ei suoraan lievitä synnytyskipua, mutta mahdollistaa rennomman asennon ja näin ollen erityisesti uudelleensynnyttäjien kohdalla helpottaa kipukokemusta.</p>	
Avainsanat:	Relaxbirth, synnytyskipu, synnytyskokemus, kivunlievitys, kärsimys
Sivumäärä:	54
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

Bilder och figurer	6
Tabeller	6
1 Inledning	8
2 Bakgrund	9
2.1 Relaxbirth-förlossningsstödet	10
2.2 Att mäta smärta	11
2.3 Smärta och smärtlindring	12
2.3.1 <i>Icke-medicinsk smärtlindring</i>	13
2.3.2 <i>Medicinsk smärtlindring</i>	14
2.4 Tidigare forskning	15
2.4.1 <i>Förlossningsupplevelser</i>	15
2.4.2 <i>Förlossningsställningar</i>	18
2.4.3 <i>Sammanfattning av tidigare forskningar</i>	20
3 Syfte och frågeställningar	20
4 Metod	21
4.1 Datainsamlingsmetod	21
4.2 Sampel	22
4.3 Data-analys	23
4.4 Design	24
5 Teoretisk referensram	25
6 Forskningsetiska reflektioner	25
7 Resultat	26
7.1 Sammanfattning av resultaten	35
8 Diskussion	36
8.1 Arbetsuppdelning	39
9 Kritisk granskning	40
Källor / References	43
Bilagor	45

BILDER, FIGURER OCH BILAGOR

Bild 1. Relaxbirth-förlossningsstöd.....	11
Bild 2. Relaxbirth-förlossningsstöd.....	11
Figur 1. Diagram av typvärde.....	32
Figur 2. Diagram av median.....	33
Figur 3. Diagram av medelvärde.....	34
Bilaga 1. Föderskans infobrev.....	45
Bilaga 2. Föderskans frågeformulär.....	46

TABELLER

Tabell 1. Tabell över resultaten för kvinnorna som använt Relaxbirth-stöd.....	27
Tabell 2. Tabell överresultaten för kvinnorna i jämförelsegruppen	28
Tabell 3. Tabell överresultaten för förstföderskor som använt Relaxbirth-stöd.....	29
Tabell 4. Tabell överresultaten för omföderskor som använt Relaxbirth-stöd.....	30
Tabell 5. Tabell överresultaten för förstföderskor i jämförelsegruppen.....	31
Tabell 6. Tabell överresultaten för omföderskor i jämförelsegruppen	32
Tabell 7. Tabell över sökta artiklar.....	45

FÖRORD

Först vill vi tacka vår handledare Pernilla Stenbäck för all stöd och hjälp som vi fått under långa processen.

Tack även till Veli-Matti Ulander som är projektledare för det större projektet och forskningsskötarna Kristiina Salmen och Eija Kortelainen som hjälpt oss att samla materialet till vår studie.

Ett stort tack till Camilla Villberg och Frida Höglund som har hjälpt oss med att korrekturläsa språket i vårt arbete.

Vi vill också tacka våra familjer för det stöd de gett oss under processens gång. Största tacket vill vi ge till varandra för ett bra samarbete och stöd, det har varit en stor glädje att göra arbetet tillsammans. Vi hoppas att vårt samarbete fortsätter även senare i livet.

Linda Fredriksson och Viivi Salminen

1 INLEDNING

Förlossningsupplevelsen grundar sig på flera olika faktorer. Den är alltid subjektiv och den påverkas av till exempel miljö, kultur, kvinnans självförtroende, religion och smärtlindringsformen som används under förlossningen. Även moderns förväntningar, ålder, hennes attityd till hela förlossningen, relationen till sin egen mamma och paritet, det vill säga mängden av tidigare förlossningar, påverkar förlossningsupplevelsen. Tidigare forskning visar att förlossningen och att bli förälder är den tyngsta upplevelsen i livet på grund av smärtan, tröttheten, den emotionella pressen och förändringen i livssituationen. (Liukkonen, 1998:22)

Examensarbetet hör till Kvinnoprojektet som görs i samarbete mellan yrkeshögskolan Arcada och Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. Studien är alltså en del av detta projekt och undersöker Relaxbirth-förlossningsstödet, som är en ny innovation av barnmorskan Eija Pessinen.

Vi fick som alternativ att göra en studie om Relaxbirth-förlossningsstödet och valde ämnet eftersom vi som blivande barnmorskor är intresserade av nya alternativa hjälpmedel som kan användas under en förlossning. Vi beslöt att koncentrera oss på kvinnans smärtupplevelse under förlossningen. Relaxbirth-stödet är en relativt ny uppfinning och dess inverkan på förlossningen behövs ännu undersökas vidare. Själva Relaxbirth-stödet har inte ännu undersökts, men vi har använt oss av tidigare forskningar om upplevelser om förlossningssmärta och olika förlossningspositioner. Vi har hittat 10 relevanta artiklar som vi använt som bakgrund till vår studie. Artiklarna presenteras i ett skilt kapitel. En av artiklarna handlar om smärtmätningssinstrumentet VAS (*Visual analog scale*) och hittas under rubriken "*Att mäta smärta*". Vi använder oss också av annan litteratur.

Vi begränsade studieområdet till den förlösande kvinnan och hennes smärtupplevelse eftersom smärtan ofta är den största och viktigaste saken som oroar föderskan. Dessutom begränsade vi studien så att den gäller endast normala vaginala förlossningar utan komplikationer. I forskningen har vi koncentrerat oss på smärtupplevelsen och vi vill klargöra att smärtupplevelsen skiljer sig från själva förlossningsupplevelsen.

I bakgrundskapitlet behandlar vi smärta, förlossningssmärta, olika smärtlindringsformer och hur man mäter smärta. Vi tar även upp vad som tidigare har forskats inom förlossningsupplevelse och förlossningspositioner. Resultatet visas som tabeller och diagram samt i textform. Senare i arbetet kopplar vi ihop vårt resultat med bakgrunden. Resultatet av vår forskning speglar vi till vår teoretiska referensram som är Katie Eriksons teori om lidande.

2 BAKGRUND

Viiwi Salminen

I detta kapitel kommer vi att berätta bakgrundsfakta om förlossningen och Relaxbirth-stödet. Vi tar upp hur man mäter smärta, vad smärta över huvudtaget är och hur förlossningssmärtan skiljer sig från andra typens smärtor. Vi går in på olika smärtlindringsmetoder som kan användas under förlossningen och i slutet av kapitlet berättar vi om andra forskningar som gjorts gällande smärtupplevelsen under förlossningen, olika smärtlindringsmetoder och olika förlossningssätt.

Förlossning är en händelse som slutför graviditeten. Man kan föda sitt barn vaginalt eller genom kejsarsnitt, och i detta arbete har vikoncentrerat oss på vaginala förlossningar utan komplikationer. Att förlösa ett barn är smärtsamt och oftast väldigt känslomässigt och mammornas upplevelser om förlossningen är individuella och personliga. Ordet förlossning betyder att de befruktade produkterna, fostret, moderkakan och fosterhinnorna kommer ur kvinnans livmoder. (Raussi-Lehto 2012:209)

Förlossningen brukar delas in i fyra olika skeden. Förlossningens första skede kallas för öppningsskede då livmodermunnen öppnas. Öppningsskedet börjar med regelbundna sammandragningar och pågår tills livmodermunnen är 10 cm öppen. Sammandragningarna måste följas med, deras längd, hur ofta de kommer, hur starka de är och om de är regelbundna eller inte. (Raussi-Lehto 2012:210-211) Följande skede börjar då livmodermunnen är fullt öppen. Modern har då ett starkt behov att krysta och det är viktigt att konstatera att fostrets huvud trycker på mellangården och är tillräckligt lågt samt att man kan se den delen av fostret som föds först. När allt är färdigt, kan modern aktivt börja krysta. Krystningsskedet slutar då barnet föds. (Raussi-Lehto

2012:253)Då moderkakan och fosterhinnorna kommer ut ur slidan efter att barnet har fötts, talar vi om efterbördsskedet. Moderkakan brukar komma ut inom 5-10 minuter efter att barnet har fötts. Oftast krystar mamman ut moderkakan och fosterhinnorna under sammandragningar. Livmodern töms genom att trycka på magen efter att efterbörden har kommit ut.(Raussi-Lehto2012:263-264)Modern och barnet övervakas noggrant cirka två timmar efter förlossningen, oftast i förlossningssalen. Barnmorskan följer upp moderns återhämtning och hur barnet mår. Innan familjen flyttas till bäddavdelningen och förlossningens sista skede slutar, kontrollerar man barnets temperatur, puls och andning och att allt är i ordning med familjen. (Raussi-Lehto 2012:267)

2.1 Relaxbirth-förlossningsstödet

Linda Fredriksson

Relaxbirth- förlossningsstödet är en ny finsk innovation som är planerad av den finska barnmorskan Eija Pessinen, för att underlätta förlossningen för både barnmorskan och modern. Förlossningsstödet har flera positiva effekter för modern. Den ger möjlighet till föderskan att själv välja den bekvämaste ställningen under förlossningens alla faser. Under öppningsskedet är det viktigt att kunna slappna av och röra på sig för att förlossningen skall gå framåt och för att lindra smärtan. Stödet ger möjlighet till en bekväm upprätt ställning och stöder modern så att hon kan slappna av och röra på sig på ett bekvämt sätt. Moderns uppräta ställning hjälper även fostret att sjunka ner i förlossningskanalen. Under krystningsskedet hjälper stödet att hitta den rätta krystningsvinkeln och ger krafter att krysta. Stödet är planerat så att moderns ställning hjälper bäckenets muskulatur att slappna av så att fostret har mera utrymme att födas. På detta sätt blir krystningsskedet kortare. Stödet ger en möjlighet för föderskan att bibehålla kontrollen över sin kropp och förlossningssituationen. Med stödet kan man välja flera olika krystningspositioner. Den sittande ställningen har mest positiva effekter då jordens dragningskraft hjälper fostret att födas. Då man använder sig av stödet kan man även använda sig av alla smärtlindringsmetoder och det går att följa upp förlossningen på normalt sätt. Stödet planerades i förstahand för att förbättra barnmorskornas ergonomiska arbetsställning och den planerades i samarbete med

barnmorskor, fysioterapeuter och läkare. Barnmorskan kan själv justera ställningen och sängen till en sådan höjd som passar henne bäst. Då barnmorskan har en bra arbetsställning och bästa möjliga insyn i förlossningsområdet, kan hon på bästa möjliga sätt hjälpa modern under förlossningen. Förlossningsstödetets mål för modern är att modern lättare kan slappna av under öppnings- och krystningskedet. Då kan modern ha bättre kontroll över sin förlossning och krysta effektivare. Detta leder till kortare krystningskedet.. Målet är att öka antalet normala vaginala förlossningar.(Relaxbirth, 2013.)



Bild 1. Relaxbirth-stödet (www.relaxbirth.com)

Bild 2. Relaxbirth-stödet (www.relaxbirth.com)

2.2 Att mäta smärta

Linda Fredriksson

Smärtan är en subjektiv upplevelse som är svår att förmedla till en annan person. Bara om man själv upplevt precis likadan smärta kan man förstå hur det känns för en patient som har smärta. Det går inte direkt att mäta smärta, man kan bara be människan att själv avgöra hur mycket smärta hon känner. Man kan be patienten avgöra sin smärtupplevelse som en siffra eller genom ord och på detta sätt mäta smärta. Ett av de vanligaste hjälpmedel för att mäta smärta är VAS, det vill säga *Visual analoguescale*. Den går ut på att patienten skall försöka avgöra sin smärta på en 10cm lång lodrätt linje med en skala från 0-10, där noll är ”ingen smärta” och tio är ”värsta möjliga smärtan”. Med denna skala kan man avgöra hur stark smärtan är och om den blir starkare eller svagare. (Vainio. 2003:24-25)

I en studie från Sverige har man forskat om man kan jämföra VAS med PainMatcher, alltså PM-mätare för att mäta förlossningssmärta och hur smärtlindringen påverkar smärtupplevelsen. PM går ut på att en maskin ger elektroniska impulser i tummen. Impulserna blir kraftigare hela tiden och då impulsens kraft motsvarar den smärta man känner släpper man taget på maskinen. Därefter visar maskinen ett nummer som är mellan 0-99. Under förlossningen kan man sedan be modern mäta sin smärtnivå med denna maskin. I studien tog man endast med mammor som använde akupunktur eller sterilt vatten som smärtlindringsmetod. Smärtnivån mättes med båda mätinstrumenten med jämna mellanrum både före och efter att modern fått smärtlindring. Undersökningen kom fram till att VAS är mer sensitiv till förändringar i smärtupplevelsen under förlossningen än PM. Den låga korrelationen mellan VAS- och PM-svaren visar att de inte är fullständigt motsvarande. Pm-mätaren användes sällan ända till de kraftigaste impulserna, medan mödrarna ofta valde ”den mest tänkbara smärtan” med VAS. I studien framkom det att VAS-skalan är enklare och snabbare sätt att mäta smärtan än PM som ofta kräver någon form av handledning. Resultatet var att VAS inte kan ersättas med PM och att det fortfarande krävs ett tillförlitligare mätinstrument för att mäta förlossningssmärta. (Bergh, 2009)

2.3 Smärta och smärtlindring

Viivi Salminen

Definition på smärta enligt *International Association for the study of pain* är: ”Smärta är en individuell sensorisk och emotionell upplevelse som kan korreleras till verklig eller potentiell vävnadsskada eller uttryckas i termer av skada.” (Olofsson 2003:16) Förlossningssmärta betyder inte att något är fel i kroppen, trots att smärtan normalt har en viktig funktion som skyddsmekanism för människan. Smärtan har en betydelse, till exempel då man bryter benet så börjar man automatiskt undvika att belasta det. Då kvinnan börjar känna sammandragningar är det en signal för henne att förlossningen har börjat och att hon skall avbryta allt annat som hon möjligtvis sysslar med för tillfället. Då är det dags att koncentrera sig på förlossningen och glömma allt annat. (Olofsson 2003:17)

De flesta föderskorna upplever förlossningssmärter som svåra. Det är svårt att förbereda sig för smärtan och därför blir kvinnorna ofta förvånade över sammandragningarnas intensitet. Över hälften av alla föderskor upplever outhärdliga eller väldigt svåra smärter under förlossningen. Omföderskor upplever smärtan som lika svår, dock ofta tycker de att upplevelsen är lite lättare på grund av att förlossningen oftare tar kortare tid om kvinnan har förlöst tidigare. (Olofsson: 2003:12-13)

Faktorer som påverkar smärtupplevelsen är till exempel kvinnans ålder, vikt, fysisk kondition, fostrets storlek och hur fostret roterar under förlossningen. Även förlossningspositionen kan påverka smärtupplevelsen. Därför är det viktigt att låta kvinnans själv välja i vilken position det känns bäst. (Olofsson, 2003: s.15) Föderskans kunskap om förlossningen, hennes förväntningar, hennes motivation och sinnesstämning påverkar också förlossningsupplevelsen. (Raussi-Lehto 2012:244)

Förlossningssmärtan skiljer sig från andra typer av smärter på det viset att den ofta upplevs som en positiv smärta och är därmed lättare att acceptera. Man klarar av förlossningssmärtan också bättre än andra typens smärter. Modern förstår förlossningssmärtans betydelse som någonting man måste gå igenom för att bli förälder. För en del mödrar är förlossningssmärtan omöjlig att kontrollera oberoende av de smärtlindringsmetoder som används. (Raussi-Lehto 2012:244) Det finns även fysiologiska orsaker till att lindra förlossningssmärta. Smärta påverkar andningen, blodcirkulationen och det hormonella- samt metabola systemet. Svåra förlossningssmärter kan påverka fostret negativt, till exempel genom att minska moderkakans blodflöde eller öka syrgaskonsumtionen. På grund av detta är det viktigt att smärtlindra kvinnor som har väldigt svåra smärter under sin förlossning. (Olofsson 2003:21)

2.3.1 Icke-medicinsk smärtlindring

Under förlossningen är barnmorskans roll väldigt viktig. Det har konstaterats att en positiv vårdrelation lindrar förlossningssmärtan och att mödrarna upplever sig vara mycket beroende av barnmorskan under sin förlossning. Om möjligt, borde modern röra på sig tillräckligt mycket under öppningsskedet och man måste låta modern vara i en sådan ställning som känns mest bekväm för henne. Oftast känns det bäst att stå eller

sitta så att man kan stöda sig mot någonting. Stödpersonen kan även massera till exempel nacken, axlarna och ryggen för att förbättra blodcirkulation och få musklerna att slappna av. Varmt vatten hjälper också mot muskelspänningarna. Vissa kvinnor kan även få hjälp av akupunktur som har en avslappnande effekt under förlossningen, men den kräver specialutbildning och kan enligt Eija Raussi-Lehto vara svårt att få på vissa sjukhus. Som icke-medicinsk smärtlindringsmetod används även så kallade aqua-kvaddlar. Aqua-kvaddlarna sprutas in i ryggen eller buken intrakutant eller subkutant, det vill säga in i huden eller under huden. Denna metod kan användas under vilket skede som helst under förlossningen och kvinnor upplever det oftast väldigt smärtsamt i cirka 20-30 sekunder. Effekten varar i 1-1½ timme. Metoden förorsakar inga biverkningar och den har inte heller konstaterats inverka negativt på fostrets välbefinnande. (Raussi-Lehto 2012:246-248)

2.3.2 Medicinsk smärtlindring

Petidin är ett opiat som används huvudsakligen under öppningsskedet då livmodermunnen är cirka 0-3 cm öppen. Petidin har många kända biverkningar, till exempel andningsförlamning hos fostret och förändringar i fostrets puls. Den orsakar ofta även illamående och trötthet hos den förlösande kvinnan och dess effekt på smärtan är relativt svag. Även Fentanyl, som är också en opiat, kan användas mot förlossningssmärta. Den brukar ges intravenöst. Litalginär en vanlig smärtmedicin, som under förlossningens intramuskulärt, dock är dess effekt relativt svag. (Raussi-Lehto 2012:249)

Lustgas är en välanvänd smärtlindringsmetod i västvärlden. Lustgas är oftast en koncentration av 50 procent lustgas i 50 procent syrgas. Effekten av lustgas är inte väldigt stark, studier visar att 30-40 procent av mödrar som provat på lustgas inte upplever någon smärtlindring alls. Lustgas är en trygg smärtlindringsmetod och det har inte påvisats några negativa effekter på modern eller på barnet. (Olofsson 2003:48)

Epiduralbedövning brukar man använda då livmodermunnen är minst 3 cm öppen och sammandragningarna är regelbundna. Bedövningsmedlet sätts genom epiduralkatetern in i epiduralutrymmet. Det tar cirka 25-30 minuter att nå den maximala effekten och den varar i högst 2 timmar. Som läkemedel kan man använda till exempel bupivakain,

fentanyl, robivacain eller sufentanyl. Möjliga biverkningar är illamående, kräkningar och yrsel. Epiduralbedövning kan även förlänga förlossningen och ökar risken för kejsarsnitt. Allvarliga komplikationer är ovanliga. Spinalbedövning liknar rätt mycket epiduralbedövningen. Den största skillnaden är att spinalbedövningen sätts in i ryggmärgen genom hårda hjärnhinnan och spindelvävshinnan. Man använder mindre doser av läkemedlet och effekten kommer snabbare. (Raussi-Lehto 2012:250-252)

Paracervikalbedövning kan användas då livmodermunnen är minst 4 cm öppen. Den börjar verka redan inom ett par minuter och effekten varar 1½ - 2 timmar. Som verksamt ämne kan man använda till exempel bupivakain som späds ut med natriumklorid. Bedövningen sätts in i livmoderhalsen via slidan. Pudendalbedövning, det vill säga blygdnervsbedövning, hjälper mot smärtan under krystningsskedet och kan sättas först när livmodermunnen är fullt öppen. Som läkemedel används lidokain eller bupivakain och det mjukar upp mellangården. Effekten varar i 1-2 timmar. (Raussi-Lehto 2012:252-253)

2.4 Tidigare forskning

Vi har sökt artiklar om kvinnornas upplevelser om förlossningssmärta och olika ställningar. Artiklarna hittades på databasen Cinahl och AcademicSearchElite. Två av artiklarna har hittats i källförtäckningen i ett examensarbete som vi läst. En tydligare tabell om artikelsökningen finns som bilaga i slutet av arbetet. Inkluderingskriterier för artiklarna var att studierna gällde kvinnornas upplevelser under en förlossning utan komplikationer, att de var skrivna på finska, svenska eller engelska, de var tillgängliga på nätet eller bibliotek i full text form och att artiklarna var kostnadsfritt tillgängliga. Vi har delat upp artiklarna i två grupper och presenterar dem i två kapitel.

2.4.1 Förlossningsupplevelser

I en studie från Österrike jämförs fem olika förlossningssätt. De fem grupperna är planerat kejsarsnitt av medicinska orsaker, normal vaginal förlossning, assisterad vaginal förlossning, kejsarsnitt i nödfall och planerat kejsarsnitt på grund av moderns psykologiska orsaker. I studien deltog totalt 1050 kvinnor. En del av studien är smärtupplevelsen som mäts med skalan 0 till 10. I studien konstaterades att den mest

smärtsamma är assisterad vaginal förlossning, medianen av smärtnivån var 9. Normal vaginal förlossning var också väldigt smärtsam med medianen 8 på smärtnivån. Kejsarsnitt i nödfall upplevde kvinnorna som lättare och medianen där var 5. Det minst smärtsamma sättet att föda barn konstaterades vara planerat kejsarsnitt, oberoende om orsaken var medicinsk eller psykologisk. Då var medianen av smärtnivån endast 1. Undersökningen visade även smärtnivån tre dagar efter förlossningen och resultatet var rätt jämnt. Efter en normal vaginal förlossning var medianen 4 och efter en assisterad vaginal förlossning och ett planerat kejsarsnitt på grund av medicinska orsaker var medianen 6, vilket var det högsta. (M. Schindl et al: 2003)

En annan forskning som gjorts i Australien undersökte kvinnornas tillfredställelse med smärtlindringen under en vaginal förlossning utan komplikationer. Användbarheten av smärtlindringsmetoden mättes med skalan 1 till 5, där 1 betyder ”inte alls användbar” och 5 ”väldigt användbar”. Även kvinnornas tillfredställelse mättes med samma skala, då 1 betydde ”inte alls tillfredsställande” och 5 ”väldigt tillfredsställande”. Studien visade att den mest användbara smärtlindringsmetoden var epiduralbedövning. 89 % av kvinnorna tyckte att den var ”väldigt användbar”. Cirka 25 % av kvinnorna ansåg lustgas, Petidin och ”naturliga” smärtlindringsmetoder vara väldigt användbara. Totalt var kvinnorna nöjda med smärtlindringen; 72 % av alla tyckte att smärtlindringen var väldigt eller ganska tillfredsställande. Endast 4 % av kvinnorna var väldigt eller ganska otillfredsställda med smärtlindringen. (Henry & Nand: 2004)

En iransk forskning redogör för hur kvinnorna upplevde förlossningssmärtan. I studien intervjuades 14 kvinnor, varav 9 var förstföderskor och resten omföderskor. I studien konstaterades det att förlossningssmärtan enligt informanterna är den svåraste smärtan man kan uppleva samt att den är helt annorlunda än andra typer av smärta. En informant sade dock att förlossningssmärtan liknar menstruationsvärk men är 10 gånger starkare. I studien kommer det även fram hur kvinnorna reagerade på smärtan. En berättade att hon hade gråtit på grund av smärtan, och en annan informant sade att hon inte kunde göra någonting utan hon var tvungen att tåla smärtan med hjälp av tanken att den kommer att vara över snart. En sade att hon skulle rekommendera kejsarsnitt åt alla föderskor, medan en annan informant tyckte vaginal förlossning är ett bättre alternativ på grund av att smärtorna efter förlossningen är lindrigare då än efter ett kejsarsnitt. (Ali Beigi et al. 2010)

En studie som gjorts i Belgien och Holland tar uppsmärtilindring under förlossningen. Syftet med studien var att jämföra användning av medicinsk smärtilindring under förlossningmellan två länder som är väldigt lika bland annat geografiskt, politiskt och språkligt, men har så olika metoder att klara av förlossningssmärta. I Belgien används mycket medicinsk smärtilindring, medan man i Holland anser att förlossningen är en psykologisk process dit förlossningssmärta hör till. Bara kvinnor som förlöst utan komplikationer på sjukhus togs med i studien. De belgiska kvinnornas förlossning tog i medeltal 10 timmar medan holländska kvinnornas förlossning tog 8,5 timme. Av de belgiska kvinnorna använde 47,8% sig av medicinsk smärtilindring då endast 14,5% använde sig av medicinsk smärtilindring i Holland. Den medicinska smärtilindringen kan ha haft en inverkan på att förlossningen i medeltal var längre i Belgien. Kvinnorna i båda länderna förväntade sig samma nivå av smärta och båda ländernas kvinnor hade samma attityd mot förlossningssmärta. Skillnaden till användning av medicinsk smärtilindring var att de belgiska kvinnorna hade negativa förväntningar inför förlossningen då igen de holländska kvinnorna accepterade smärta som en del av förlossningen och kunde använda detta som en copingstrategi. (Bracke, 2010)

Vi hittade även en litteraturoversikt studie som gjorts för att kartlägga hur patienternas förväntningar och upplevelser av förlossningssmärta och smärtilindring skiljer sig från varandra. I studien kategoriserades svaren för både förväntning och upplevelse under förlossningen i fyra olika delar. De fyra delarna var smärta, smärtilindring, kontroll över situationen och delaktighet i besluten under förlossningens gång. Förväntningarna för smärta var antingen negativa eller positiva. De som hade en positiv förväntan var de som var bättre utbildade. De mödrarna lär ha haft lättare att hantera smärta och förväntade sig smärta vara annorlunda än smärta av sjukdom eller skada. Mödrar med negativa förväntningar var rädda för smärtans styrka, förlossningens längd och att förlossningen kommer att bli svår. Smärtupplevelsen var för det mesta värre än förväntat. Bara en studie visade att den upplevda smärta var lindrigare än förväntat. Även då tyckte mödrarna att smärta var annorlunda än vad de hade förväntat sig. Studierna visade att ifall man hade negativa förväntningar var den upplevda smärta värre än för dem som hade positiva förväntningar. Största delen av mödrarna hoppades på att behöva använda så lite som möjligt av medicinska smärtilindringsformer, men var ändå villiga att använda mediciner vid behov. Det kom även fram att vid större kunskap

om smärtlindring ökade hoppet på förlossning utan smärtlindring, men användningen av medicinska smärtlindringsformer var ändå lika hos mödrarna med eller utan kunskap. Kunskapen om smärtlindringsformerna hjälper även mödrar att vara delaktiga i besluten om sin egen förlossning. (Lally,2008)

2.4.2 Förlossningsställningar

En studie som gjordes i Brasilien handlar om rupturer och olika faktorer som möjligtvis påverkar skador i mellangården under förlossningen. I studien undersöktes hurdan påverkan kvinnans ålder, utbildning, etniska bakgrund, graviditetsveckor, paritet, oxitocinanvändning, kvinnans ställning och fostrets vikt har på uppkomsten av vaginala skador. I undersökningen kommer det fram att det gjordes färre episiotomier till omfödorskor än förstfödorskor och att kvinnans ställning hade inverkan på förekomsten av skador i mellangården. Det uppkommer mera episiotomier då föderskan är i dorsal position, det vill säga i en position där huvudet, axlarna, ryggen och bäckenet är på samma nivå och benen är böjda. Detta leder till flera allvarliga perineala skador, det vill säga skador i mellangården och gör att episiotomier är vanligare hos förstfödorskor eftersom förstfödorskor oftare förlöser i dorsal position. Om kvinnan förlöser i halvsittande ställning finns det en förhöjd risk för episiotomi och andra gradens skador i mellangården. (da Silva et al. 2012)

En forskning som gjordes i Sydafrika undersökteskillnaden mellan upprätt position och ryggläge under förlossningen. I undersökningen deltog 517 kvinnor med en låg risk förlossning. 257 kvinnor förlöste i upprätt läge och 260 i ryggläge. Det kom fram att det fanns skillnader i smärtupplevelsen mellan dessa två grupper; 27 kvinnor som förlöste i upprätt läge upplevde förlossningssmärtan som "lindrig", då motsvarande tal i den andra gruppen var 7. Av kvinnorna som förlöste i upprätt position tyckte 138 att smärtan var "måttlig", i den andra gruppen var motsvarande tal 126. Av kvinnorna som var i ryggläge under förlossningen, upplevde 118 kvinnor smärtan som "allvarlig" motsvarande tal i den andra gruppen var 90. Endast två av kvinnorna som förlöste i upprätt ställning tyckte att förlossningssmärtan var "extrem", 9 av föderskorna i den andra gruppen upplevde smärtan som "extrem". Förutom att upprätt ställning enligt studien påverkar positivt på förlossningssmärtan, kan man även konstatera att det i denna grupp kom fram flera första och andra gradens rupturer och perineala skador, medan

episiotomier gjordes betydligt oftare för kvinnor som förlöste i ryggläge. Inga stora skillnader hittades mellan grupperna då man undersökte fostrets välmående. (De Jong et al. 1997)

I en studie från Holland forskade man kring moderns ställning under krystningsskedet ur barnmorskans synvinkel. I studien ingick sex fokus grupper med 4-6 barnmorskor i varje grupp. Barnmorskorna fick skriva upp i vilka ställningar mammorna fött sina barn under deras 10 senaste förlossningar. Varje barnmorska hade haft modern i liggande ställning i 2-10 av sina 10 föregående förlossningar. I studien forskades skillnaden av valet av förlossningsställning under krystningsskedet då barnmorskan använt sig av informerat samtycke och informerat val. Studien gjordes från barnmorskans synvinkel. Barnmorskorna ansåg att det är lättare för barnmorskan att modern krystar i liggande ställning. Ofta lät de mödrar krysta i upprätt ställning men bad modern lägga sig ner innan barnet föddes för att ha bättre insyn. Så länge det var säkert för barnet var ändå alla barnmorskor beredda att arbeta i en för sig mindre bekväm ställning om modern ville föda i någon annan än liggande ställning. Barnmorskan skall under graviditeten ge information om olika krystningsställningar, då har mamman lättare att välja hur hon vill krysta. Enligt barnmorskorna är alla mammor inte lika kapabla att välja sin förlossningsställning. De som aktivt sökt information om förlossningsställningar klarade av att kontrollera sin förlossning och valde andra förlossningsställningar än en liggande ställning. Barnmorskorna ansåg även att det var mer viktigt för mammorna att välja sin ställning under öppningsskedet än under krystningsskedet. Det visade sig att om mamman får välja själv ansåg hon sig ha kontroll över förlossningen och detta ökade tillfredställelsen av förlossningen. (de Jong et al, 2008)

En litteraturoversikt från England gick ut på att jämföra upprätt förlossningsställning med liggande ställning under krystningsskedet. Det är naturligt för kvinnan att föda i upprätt ställning men läkarna har influerat kvinnorna att föda i liggande ställning. I studien kom det fram att i liggande ställning ingriper man lättare i förlossningens naturliga förlopp. Även episiotomier görs mer då modern föder i liggande ställning. Om modern föder i upprätt ställning blir det mindre rupturer, även krystningsskedet blir en aning kortare då man använder sig av birthcushion. Däremot mister mödrar mindre blod i liggande ställning än i upprätt ställning. (Gupta, 2012)

2.4.3 Sammanfattning av tidigare forskningar

Forskningarna visar att vaginal förlossning är smärtsamt och attförlossningssmärtan är annorlunda än annan smärta och dessutom väldigt svår att beskriva. Mödrarna brukar vara väldigt nöjda med den medicinska smärtlindringen, speciellt med epiduralbedövningen. Både positiva och negativa förväntningar påverkar smärtupplevelsen. Att ha tillräckligt med kunskap om smärtlindringsformer och att ha en positiv bild av förlossningen med hjälp av kunskap, hjälper modern att kunna hantera smärtan och själv vara delaktig i beslutsfattandet under förlossningen. Det resulterar i bättre upplevelse av förlossningen trots smärtan. Det görs flera episiotomier för kvinnor som förlöser i ryggläge det vill säga dorsal position, än för kvinnor som förlöser i upprätt läge och upprätt läge har en positiv inverkan på kvinnornas smärtupplevelse under förlossningen. Om kvinnan förlöser i upprättställning ingrips det mindre i förlossningens naturliga gång. Då mamman själv får välja sin förlossningsställning hjälper det henne att ha kontroll över sin förlossning och då blir det en bättre förlossningsupplevelse.

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Studien är en del av ett större projekt där man forskar kring Relaxbirth-ställningen ur både moderns och barnmorskans synvinkel. Syftet med vår studie är att kartlägga hurdana smärtupplevelser kvinnorna har under sin förlossning då det använt förlossnings-stödet Relaxbirth jämfört med förlossning utan förlossningsstöd. För att nå syftet har vi ställt följande frågor:

1. Hur stark smärta upplever kvinnorna under förlossningen med hjälp av Relaxbirth-stöd jämfört med förlossning utan stöd?
2. Hjälper Relaxbirth-stödet att lindra upplevelsen av smärta under förlossningen?

4 METOD

I detta kapitel tar vi upp vilken metod vi har använt i studien, hur vi har valt svaren som använt och hur vi har analyserat vårt material. I slutet av kapitlet finns även en ritad design för att klargöra forskningsprocessen.

Studiemetoden vi använt är empirisk kvantitativ enkätundersökning. Metoden valdes på basen av beställarens färdiga material som vi fått analysera. Från formuläret har vi valt att analysera endast tabeller som handlar om smärtupplevelsen under förlossningen. Studien blir empirisk eftersom datan vi använder oss av är från empirin, det vill säga ”verkligheten”. Forskningsdesignen är kvantitativ eftersom vi har valt att analysera endast de fjorton frågor som tar upp smärtupplevelsen under förlossningen som svaras med skalan 0-10 och då är resultatet mätbart och kan därmed analyseras statistiskt i form av siffror. Den kvantitativa metoden används då man vill enkelt systematisera och standardisera information för att kunna analysera många enheter för att beskriva omfattningen. (Jacobsen, 2007: 9, 15, 180) Trots att vår metod är kvantitativ speglas resultatet kvalitativt till teoretiska referensramen.

4.1 Datainsamlingsmetod

På Barnmorskeinstitutet har alla frivilliga föderskor fått vara med i undersökningen om Relaxbirth förlossningsstödet och därmed fyllt i ett frågeformulär. Mödrarna har fått information om undersökningen med ett följebrev som tagit upp syftet med undersökningen, vad som undersöks och vem som kommer att använda informationen. Från formuläret analyserades fråga nummer 14, som frågar om stödet användes eller inte användes under öppningsskedet, nummer 22 som tar reda på om ställningen användes under krystningsskedet och de första sju delarna i fråga nummer 46 som ber kvinnan beskriva sin smärta under förlossningens olika skeden på en skala från 0 till 10. Även fråga nummer 7 som tar reda på om det gäller en förstföderska eller omföderska, har beaktats i analysen. Formuläret finns som bilaga i slutet av arbetet. (formulär)

Enkätundersökning används då man lätt vill nå flera människor och vill beskriva en omfattning. I den kvantitativa metoden kan inte varje enhet behandlas skilt utan man måste på förhand definiera kategorier med hjälp av färdiga svarsalternativ. Då går de att

standardisera i form av tal och det kan lätt statistiskt analyseras. I det färdiga materialet vi har analyserat är svaren redan i talform eller är svarsalternativen ”ja” och ”nej” som lätt går att forma till tal. I en enkätstudie skickas en enkät till informantensom innehåller frågor som vi vill ha svar på. Genom att analysera dessa svar kan vi dra slutsatser om något fenomen.(Jacobsen, 2007:180-181,)

4.2 Sampel

Som informanter har vi använt alla frivilliga föderskor som velat delta i studien på Barnmorskeinstitutet under en viss tid. Kraven som ställts är att graviditeten skall ha fortskridit mer än 34 veckor och fostret skall vara i kronbjudning. Modern får inte ha grundsjukdomar eller tidigare graviditetskomplikationer. Av alla ifyllda enkäter, har vi valt enligt en viss vald tidperiod de som ska analyseras för att få materialet lite mindre. Vi har valt sådana informanter som både har använt Relaxbirth-stödet och sådana som inte har använt stödet för att kunna jämföra dem. Materialet har samlats in mellan april 2011 och maj 2012. Valet av sampel gjordes i samarbete med forskningsteamet. Vi har valt 139 mödrar av 190 som har använt stödet under denna tidsperiod. Vi har valt bort de mödrar som slutligen fött sitt barn via kejsarsnitt, de som har bytt forskningsgrupp under förlossningen eller avbrutit sitt deltagande i studien. Jämförelsegruppens mammor valdes slumpmässigt från samma tidsperiod. Av de 139 mammor som använde Relaxbirth-stödet använde endast 46 stycken stödet under öppningsskede. Alla 139 mammor använde det under krystningsskedet. Dessutom har vi delat in mammorna i både jämförelsegruppen och forskningsgruppen i förstföderskor och omföderskor för att avgöra om detta har någon inverkan på smärtupplevelsen. Av de 46 mammor som använde Relaxbirth-stödet under öppningsskedet var 21 förstföderskor och 25 omföderskor. Under krystningsskedet var förstföderskornas andel 59 och omföderskornas andel 73. I förflyttningsskedet var förstföderskornas andel 54 och omföderskornas andel 63. Jämförelsegruppen bestod av 68 förstföderskor och 68 omföderskor.

4.3 Data-analys

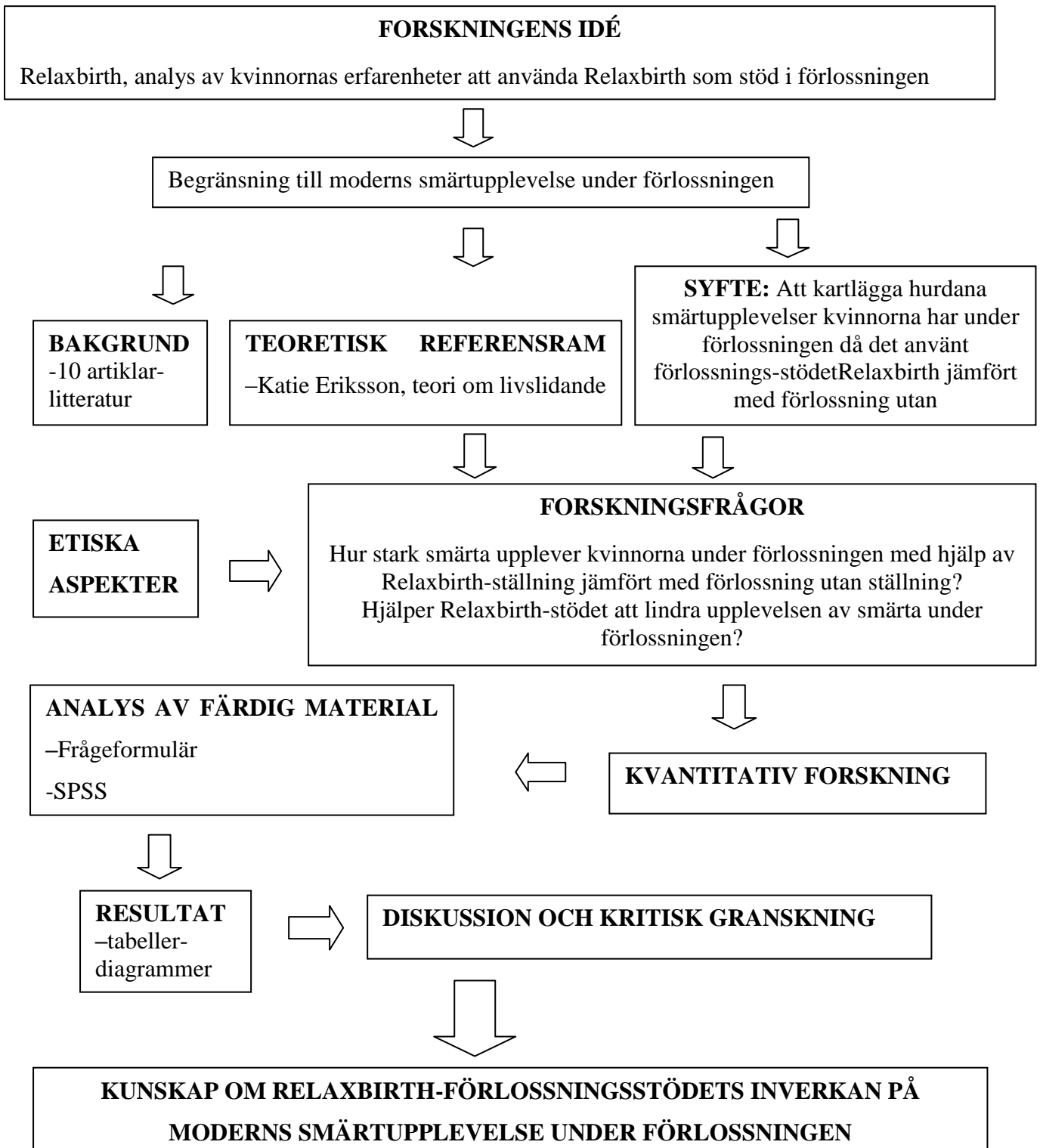
I enkäten finns det fjorton frågor om smärtupplevelsen som bör svaras med skalan 0-10, där 0 betyder ingen smärta och 10 outhärdligt smärta. Vi har analyserat endast de första sju frågorna, det vill säga tills det aktiva krystningsskedet har slutat och fostret har kommit ut. Vi har räknat medeltal, medelvärde och typvärde av kvinnornas smärtupplevelser både med och utan Relaxbirth-stöd. Vi bestämde oss för att räkna ut dessa värden på grund av att ingen av dessa ensam ger ett trovärdigt resultat utan det lönar sig att analysera alla tre värden. Vi har jämfört talen sinsemellan och analyserat hurdana skillnader det finns i kvinnornas smärtupplevelser med hjälp av tabeller.

Vi har använt oss av SPSS-programmet för att räkna ut medianen, medelvärdet och typvärdet för talen som angivits i enkäten. Sedan analyseras dessa svar. SPSS, det vill säga *Statistical Package for the Social Sciences* är ett program med vilket man lätt kan analysera numerisk data och utnyttja resultatet man får. Med hjälp av SPSS kan man öppna till exempel Excel-dokument och analysera och räkna tal. Med hjälp av detta program, ger statistisk granskning den riktiga informationen som kan fattas på andra tabellräkningsprogram. (www.spss.fi)

Vi lägger in i dataprogrammet svaren för de frågor som vi valt att använda från enkäten. Med hjälp av dataprogrammet kan vi räkna ut hur många personer som är av en åsikt. Dessa svar analyseras sedan för att dra en slutsats. (Jacobsen, 2007: 235)

4.4 Design

Forskningsdesignen klargör forskningsprocessen, förklarar tydligare hur vi har arbetat under processen och hur vi har kommit fram till vårt resultat.



5 TEORETISK REFERENSRAM

Detta kapitel handlar om teorin som vi har valt som referensram för vår studie. Vi berättar först om själva teorin och i slutet av kapitlet kopplar vi ihop den med förlossningen och kvinnans smärtupplevelse.

I studien har vi utgått från Katie Erikssons teori om lidande. Vi beslöt oss för att koncentrera oss enbart på hennes syn på livslidande. Födelse är en viktig del i livet och graviditeten och förlossningen orsakar oftast mamman smärta och lidande åtminstone vid något skede. Enligt Eriksson är lidande någonting som är relaterat till allt vad livet kan innebära. I boken *Den lidande människan* tar Eriksson fram att onödigt lidande bör försöka elimineras eller åtminstone lindras. Hon berättar även att vårdarens inställning till patienten i vårdsituationen är viktigt för lindrandet av lidandet. Den upplevda smärtan kan även lindras med vänliga gester, miner, ord och till och med beröring och därmed lindra lidandet. (Eriksson, 1994: s.93,95-96)

Enligt Lena Wiklund som tolkat Katie Erikssons teori, har aktivitet och prestation en central roll i livet. Människans hållning till sig själv, sin verklighet och hela livet är en betydande del i livslidandet. Livslidande kan vara påtagligt i människans liv, fastän hon inte är sjuk och det hänger samman med människans hela existens. Perspektivet är då på begränsningar som följer av lidandet. (Wiklund, 2003: s.108)

Förlossningen är en stor och viktig del av kvinnans liv både fysiskt och psykiskt. Smärtan som uppstår under förlossningen är ofta outhärdlig och relativt svårt att lindra. Det psykiska trycket, som kvinnan möjligtvis har, kan göra smärtan värre och begränsa kvinnan på något sätt både under förlossningen och efter den. Dessa saker gör förlossningssmärtan till en form av livslidande. Oftast förvandlas lidandet till glädje ganska snabbt.

6 FORSKNINGSETISKA REFLEKTIONER

I detta kapitel kommer vi att behandla etiken i studien. Vi berättar hurdana etiska krav det finns för en studie, hur vi har tagit etiken i beaktande gällande informanter och hur vi har behandlat annat material som använts i studien.

Vi har tagit i beaktande tre etiska kraven som skall uppfyllas då man gör en studie. De tre etiska kraven är informerat samtycke, skydd av privatlivet och krav på att bli korrekt återgiven. Kravet om informerat samtycke innebär att den som blir undersökt är frivilligt med i undersökningen och måste själv vara förmögen att bestämma över sitt deltagande. För att den som blir undersökt frivilligt skall kunna bestämma om hon vill delta i undersökningen måste informanten informeras om undersökningens syfte, för- och nackdelar undersökningen kan medföra dem, och hur informationen som fås kommer att användas samt vem som kommer att se den. Det räcker inte med att informanterna är tillräckligt informerade utan de måste även förstå den informationen de fått. Informanterna har rätt till sitt privatliv. Detta innebär att ifall informationen är känslig, privat eller om det går att identifiera enskilda personer ur undersökningsmaterialet bör man vara extra noggrann att skydda informantens privatliv. Sista kravet är att bli korrekt återgiven, vilket betyder att data informanten ger skall presenteras fullständigt och i rätt sammanhang.(Jacobsen, 2007:21-27)

Etiken måste tas i beaktande då man analyserar kvinnornas svar. Vi har fått forskningslov av Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, överläkare och forskningsansvariga Veli-Matti Ulander har etiskt lov för studien för hela forskningsgruppen. Eftersom studien vi gör är en del av denna forskning har även vi detta forskningslov. Vi har också skrivit under tystnadspliktsblanketten för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. Vi har även forskningslov av Arcadas etiska råd och studien är gjord enligt Arcadas etiska kod. Artiklar och litteratur som använts i studien har vi behandlat forskningsetiskt och refererat etiskt korrekt. Källhänvisningarna och citaten är korrekt gjorda. Vi behandlar materialet etiskt på Barnmorskeinstitutet och har haft tillgång till bara den delen av formuläret som vi använt i studien, dvs. tabellen om förlossningssmärta. Inga personuppgifter eller igenkännbar information har behandlats av oss eller tagits upp i arbetet.

7 RESULTAT

I detta kapitel presenteras resultatet för studien som fåtts av formulärets fråga nummer 46, och dess delar 1-7. Skalan för resultatet är 0-10, där noll betyder ingen smärta och tio är outhärdlig smärta. Vi presenterar talen både skriftligt och i sex olika tabeller för att

göra resultaten tydligare. Resultatet är indelat i två forskningsgrupper, det vill säga kvinnor som har använt Relaxbirth-stöd under sin förlossning och en jämförelsegrupp dit hör de kvinnor som inte har använt förlossningsstödet. Båda grupperna är även indelade enligt paritet, det vill säga om kvinnan är förstföderska, eller om hon är en omföderska och har fött barn förut. I detta kapitel finns det även tre olika diagram som gör det enklare att jämföra olika grupper sinsemellan. I slutet av kapitlet finns det en sammanfattning som klargör resultatet.

Som tabellen nedan visar är medianen för kvinnorna som använt Relaxbirth-stödet under öppningsskedet mellan 0-2cm 3, medelvärde 3,30 och svaret som uppkom mest, det vill säga typvärdet är 2. Under öppningsskedet mellan 3-4cm är medianen 5, medelvärdet 5,46 och typvärdet 4. Då livmodermunnen är öppen 5-6cm är medianen 7, medelvärdet 6,80 och läget 8. Medianen är 7 då livmodermunnen är öppen 7-8cm och medelvärdet är 6,15 och typvärdet 8. Tabellen visar även medianen för öppningsskedet mellan 9-10cm som är 8, medelvärdet som är 7,04 samt typvärdet som är 10. Under förflyttningsskedet är medianen för smärtupplevelsen 8, medelvärdet 7,12 och typvärdet 8. Krystningsskedets median är 9, medelvärde är 8,12 och typvärde 10. Från dessa resultat kan vi konstatera att smärtan blir desto värre ju längre förlossningen framskrider. Endast efter 5-6cm skedet sjunker medelvärdet för smärtupplevelsen lite, då igen medianen och läget hålls på samma nivå. Största delen av kvinnorna upplever outhärdlig smärta under öppningsskedets slut och krystningsskedet.

Tabell 1. Tabell över resultaten för kvinnorna som använt Relaxbirth-förlossningsstödet

	Öppnin gs- skede 0-2cm	Öppnin gs- skede 3-4cm	Öppnin gs- skede 5-6cm	Öppnin gs- skede 7-8cm	Öppnin gs- skede 9-10cm	Förflytt ningssked e	Krystnings- skede
Medel- värde	3,30	5,46	6,80	6,15	7,04	7,12	8,12
Median	3	5	7	7	8	8	9
Typvärde	2	4	8	8	10	8	10

Jämförelsegruppen består av kvinnor som inte använt Relaxbirth-stödet. Ur tabellen nedan kan läsas att jämförelsegruppens median under öppningsskedet mellan 0-2 cm är 3, medelvärde är 3,61 och typvärde är 2. Under öppningsskedet mellan 3-4 cm är medianen 5, medelvärdet är 5,41 och typvärdet är 4. Då livmodermunnen är 5-6 cm öppen är medianen 7, medelvärdet 6,13 och typvärdet 8. I följande skede, det vill säga då livmodermunnen är 7-8 cm öppen, är medianen 8, medelvärdet 6,17 och typvärdet 9. I sista fasen av öppningsskedet 9-10 cm är medianen 8, medelvärdet 6,48 och typvärdet 10. I förflyttningsskedet är medianen 8, medelvärdet 7,15 och typvärdet 10. Medianen av smärtan under krystningsskedet är 9, medelvärdet 7,86 och det svar som uppkom mest är 10. Man kan konstatera att även för jämförelsegruppen ökar smärtupplevelsen då förlossningen framskrider. Smärtan stiger i jämn takt under hela förlossningens gång. I båda grupperna kan man märka att den upplevda smärtan fördubblas från öppningsskedets fas 3-4 cm till 5-6 cm. Den här kan man konstatera då man granskar de mest svarade tal, det vill säga typvärdet.

Tabell 2. Tabell överresultaten för kvinnorna i jämförelsegruppen

	Öppnings- skede 0- 2cm	Öppnin- gs- skede 3-4cm	Öppnin- gs- skede 5-6cm	Öppnin- gs- skede 7-8cm	Öppnin- gs- skede 9-10cm	Förflytt- ningssked e	Krystnings- skede
Medel- värde	3,61	5,41	6,13	6,17	6,48	7,15	7,86
Median	3	5	7	8	8	8	9
Typvär- de	2	4	8	9	10	10	10

Nästa analys gäller förstföderskor som använt Relaxbirth-stödet. Deras median för upplevda smärtan under öppningsskedets första fas det vill säga från 0-2cm är 4, medelvärde 4,00 och typvärde 6. Under öppningsskedet 3-4cm är medianen 6, medelvärdet 6,10 och typvärdet 9. Då livmodermunnen är 5-6cm öppen är medianen 8, medelvärdet 7,75 och typvärdet 8. När förlossningen framskrider till öppningsskedet 7-8 cm är medianen 6, medelvärde 5,25 och typvärdet 8. Under öppningsskedets sista fas, 9-10cm är medianen 8, medelvärde 6,67 och typvärdet 10. Under förflyttningsskedet är medianen 8, medelvärdet 6,78 och typvärdet 9. Medianen under krystningsskedet är 9, medelvärde är 7,83 och typvärdet 10. Vid analys av medelvärdet kan vi konstatera att smärtupplevelsen är värst under öppningsskedets 5-6cm och krystningsskedet. Även medianen för smärtupplevelsen i det öppningsskede, då livmodermunnen är 5-6 cm öppen, är högre än i följande fas.

Tabell 3. Tabell överresultaten för förstföderskor som använt Relaxbirth-stöd

	Öppningsskede 0-2cm	Öppningsskede 3-4cm	Öppningsskede 5-6cm	Öppningsskede 7-8cm	Öppningsskede 9-10cm	Förflyttningsskede	Krystningsskede
Medelvärde	4,00	6,10	7,75	5,25	6,67	6,78	7,83
Median	4	6	8	6	8	8	9
Typvärde	6	9	8	8	10	9	10

Som tabellen nedan visar är medianen för omföderna i Relaxbirth gruppen i öppningsskedets 0-2cm 3, medelvärdet 2,91 och typvärdet 2. När förlossningen går vidare till öppningsskedet 3-4cm är medianen 5, medelvärdet 5,04 och typvärdet 4. Då förlossningen framskrider till att livmodermunnen är 5-6cm öppen är medianen 6, medelvärdet 6,09 och typvärdet 6. Under öppningsskedet 7-8cm är medianen 7, medelvärdet 6,61 och typvärdet 8. När förlossningen kommit till öppningsskedets sista fas, det vill säga 9-10cm öppen, är medianen 8, medelvärdet 7,33 och typvärdet 8. Under förflyttningsskedet är medianen 8, medelvärdet 7,48 och typvärdet 8. I krystningsskedet är medianen över den upplevda smärtan bland förstföderna 9, medelvärdet 8,38 och typvärdet 10. Av dessa värden kan man åter konstatera att smärtupplevelsen blir värre under förlossningens gång.

Tabell 4. Tabell överresultaten för omföderna som använt Relaxbirth-stöd

	Öppningsskede 0-2cm	Öppningsskede 3-4cm	Öppningsskede 5-6cm	Öppningsskede 7-8cm	Öppningsskede 9-10cm	Förflyttningsskede	Krystningsskede
Medelvärde	2,91	5,04	6,09	6,61	7,33	7,48	8,38
Median	3	5	6	7	8	8	9
Typvärde	2	4	6	8	8	8	10

Följande tabell visar smärtupplevelsen hos förstföderskor som inte har använt Relaxbirth-stöd. I öppningsskedet då livmodermunnen är 0-2 cm öppen, är medianen 4, medelvärdet 3,88 och typvärdet 2. I följande skede då livmodermunnen är 3-4 cm öppen, är medianen 6, medelvärdet 6,2 och det mest svarade värdet 7. Under öppningsskedet mellan 5-6 cm är medianen 7, medelvärdet 5,52 och typvärdet 8. Förstföderskornas median i öppningsskede mellan 7-8 cm är 5 och medelvärdet 5,15. I detta fall fick vi två värden för typvärdet, 0 och 9, det vill säga lika många (11 stycken) kvinnor hade svarat 0 som 9. I sista skede av öppningsskede, då livmodermunnen är 9-10 cm öppen, är medianen 6, medelvärdet 5,65 och det mest svarade värdet 7. Medianen i förflyttningsskedet är 8, medelvärdet 6,58 och typvärdet 9. I förlossningens sista fas, krystningsskede, är medianen 8, medelvärdet 7,79 och typvärdet 10. Av de här värdena kan man konstatera att smärtupplevelsen är ganska jämn i mitten av förlossningen och att smärtan ökar kraftigt i slutet av förlossningen, då förflyttningsskedet börjar. I öppningsskedet mellan 3-4 cm är smärtan värre än mellan 5-6 cm, visar en analys av medelvärdet. Anors blir smärtan värre under förlossningens gång.

Tabell 5. Tabell överresultaten för förstföderskor i jämförelsegruppen

	Öppningsskede 0-2cm	Öppningsskede 3-4cm	Öppningsskede 5-6cm	Öppningsskede 7-8cm	Öppningsskede 9-10cm	Förflyttningsskede	Krystningsskede
Medelvärde	3,88	6,02	5,52	5,15	5,65	6,58	7,79
Median	4	6	7	5	6	8	8
Typvärde	2	7	8	0/9	10	9	10

I tabellen nedan kan man se resultaten för omfödorskor i jämförelsegruppen. I början av förlossningen, då livmodermunnen är 0-2 cm öppen, är medianen för smärtupplevelsen 3, medelvärde 3,14 och typvärdet 2. Under öppningsskedet mellan 3-4 cm är medianen 3, medelvärde 5,05 och typvärdet 4. I följande skede då livmodermunnen är 5-6 cm öppen, är medianen 7, medelvärde 7,16 och det mest svarade värdet 6. Under öppningsskedet då livmodermunnen är 7-8 cm öppen är medianen 8, medelvärde 7,24 och typvärdet 10. Under öppningsskedets sista fas, då livmodermunnen är 9-10 cm öppen, är medianen för smärtupplevelsen 9, medelvärde 7,55 och typvärdet 10. Även under förflyttningsskedet är medianen 9 och typvärdet 10, men medelvärde för smärtan är då 7,93. I det mest smärtsamma skedet, det vill säga krystningsskedet är medianen 9, medelvärde 8,06 och typvärdet 10. Från denna tabell kan man konstatera att i jämförelsegruppen är smärtupplevelsen lite värre hos omfödorskor än förstfödorskor. Skillnaden är inte stor men den finns. Man kan även konstatera att smärtupplevelsen här också blir värre när förlossningen går vidare och den starkaste smärtan upplevs i slutet av förlossningen.

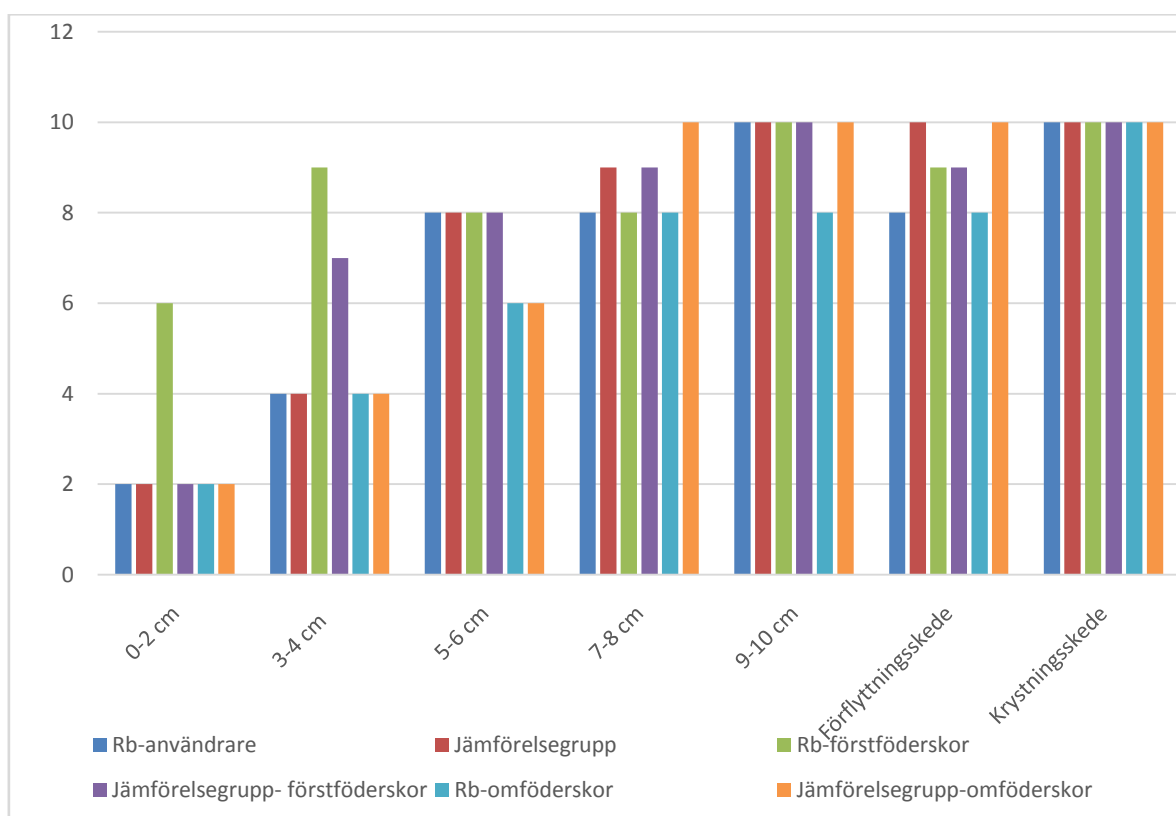
Tabell 6. Tabell överresultaten för omfödorskor i jämförelsegruppen

	Öppningsskede 0-2cm	Öppningsskede 3-4cm	Öppningsskede 5-6cm	Öppningsskede 7-8cm	Öppningsskede 9-10cm	Förflyttningsskede	Krystningsskede
Medelvärde	3,14	5,05	7,16	7,24	7,55	7,93	8,06
Median	3	5	7	8	9	9	9
Typvärde	2	4	6	10	10	10	10

Vi har gjort även tre olika diagram över typvärde, median och medelvärde. Med hjälp av dem kan man klagöra resultatet tydligare och det är lättare att tolka på grund av att alla grupper finns i samma bild. Då blir det enklare att jämföra grupper sinsemellan.

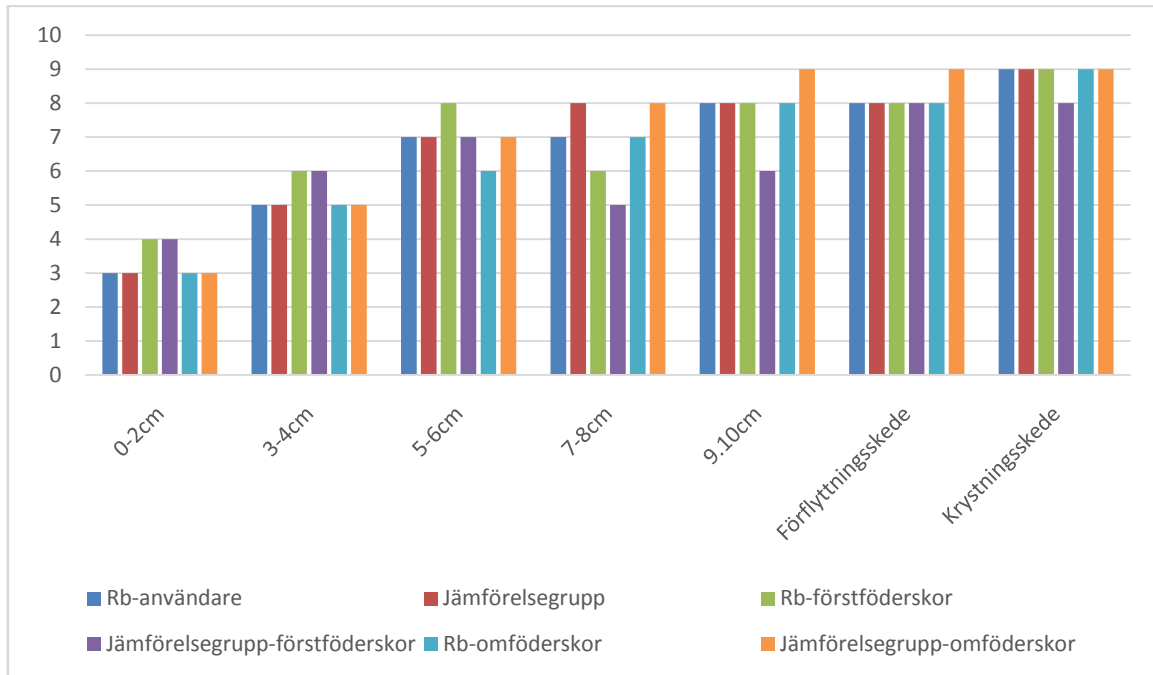
Utgående från diagrammen nedan kan man konstatera att omfödorskor som använt sig av Relaxbirth-stödet, känner mindre smärta från 7cm till förflyttningsskedet än omfödorskor i jämförelsegruppen. Förstfödorskor känner betydligt mera smärta då de använt Relaxbirth-stödet än jämförelsegruppen i början av förlossningen, varpå smärtupplevelsen är lika i slutet av förlossningen hos förstfödorskorna.

Figur 1. Diagram av typvärde



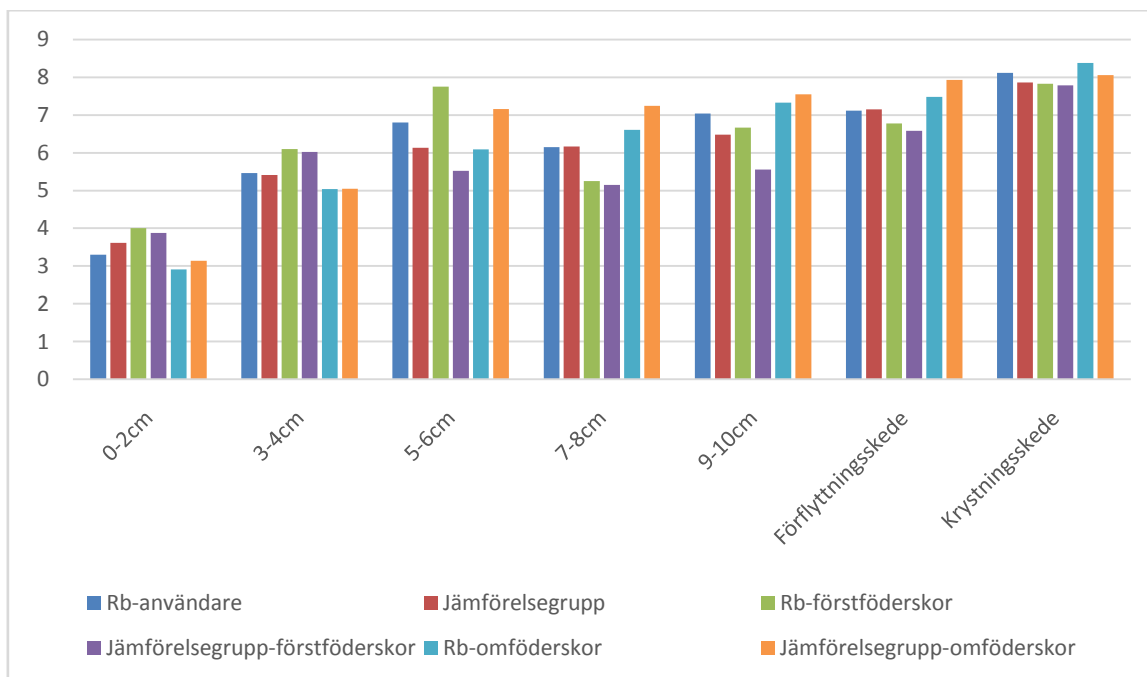
Nedan finns det en diagramm av smärtupplevelsens median. Man kan konstatera att från 7 cm till 10 cm finns det skillnader mellan jämförelsegruppens omfödorskor och förstfödorskor. Enligt medianen känner jämförelsegruppens förstfödorskor mindre smärta än omfödorskor. Andra värden är så gott som lika.

Figur 2. Diagram av median



Från diagrammen nedan kan man konstatera att förstföderna i båda grupperna upplever mindre smärta än omföderna från öppningsskedets 7cm till krystningsskedet enligt medelvärdet. Skillnaderna är dock väldigt små. Annars är talen ganska jämna och det är svårt att hitta betydelsefulla olikheter mellan grupperna.

Figur 3. Diagram av medelvärde



7.1 Sammanfattning av resultaten

Då man jämför resultaten mellan Relaxbirth forskningsgruppen och jämförelsegruppen kan man se att det inte finns väldigt stora skillnader i kvinnornas smärtupplevelse då smärtan mäts med skalan 0-10. Skillnader finns i resultatet då man analyserar typvärdet och medianen då livmodermunnen är 7-8 cm öppen och då kvinnan är i förflyttningsskedet. Då är talen lite mindre för de som använt Relaxbirth-stödet. I medelvärdena finns det endast små skillnader som inte är betydligt stora. Hos förstföderna, som använt Relaxbirth-stödet, är smärtupplevelsen i början av förlossningen värre då man tittar på medianen, medelvärdet och typvärdet. Enligt medelvärdet är smärtupplevelsen i förlossningens slutskede värre för omföderna. Även i jämförelsegruppen är smärtupplevelsen värre hos förstföderna i början av förlossningen medan omföderna enligt medelvärdet och medianen upplever större

smärta mot lutet av förlossningen. Typvärdet är jämnt för både förstföderna och omföderna i slutet av förlossningen, då igen i början av förlossningen finns det bara små skillnader mellan först- och omföderna gällande smärtupplevelsen.

Enligt diagrammen ovan kan vi konstatera att de omföderna som använt Relaxbirth-stödet känner lindrigare smärta än omföderna i jämförelsegruppen. Samtidigt upplever förstföderna som använder Relaxbirth-stödet smärtan värre än i jämförelsegruppen. Detta gäller bara i öppnings och förflyttningsskedet, i krystningsskedet upplever båda grupperna smärtan lika hård. Skillnaderna mellan forskningsgruppen och jämförelsegruppen är mycket små. När man analyserar medelvärden, är talen väldigt jämna och det är svårt att hitta olikheter, då igen enligt typvärde kan man se betydligt stora skillnader mellan förstföderna som använt Relaxbirth-stöd och alla andra grupper.

8 DISKUSSION

I detta kapitel analyserar vi resultatet. Vi har diskuterat mycket sinsemellan under hela forskningsprocessen och i den här delen av studien berättar vi våra egna tankar om resultatet och analyserar vilka orsaker eventuellt har lett till att vi fått just detta resultat. I slutet av kapitlet kommer det också fram hur vi har delat upp studien och hur vi delat upp ansvaret mellan oss.

Enligt vår studie, upplever omföderna mindre smärta då de använt Relaxbirth-stödet. Detta kan bero på att omföderna redan har en eller flera förlossningsupplevelser och erfarenheten är inte i signy. På grund av detta kan de ha lite annorlunda inställning till förlossningen. Själva förlossningen känns inte lika oroväckande ifall tidigare förlossningar har varit komplikationsfria och kvinnan har upplevt dem som positiva. Då går det eventuellt inte åt energi till att grubbla över på förlossningens naturliga gång utan man kan koncentrera sig på just denna stund. Förstföderna igen upplever mera smärta då de använt Relaxbirth-stöd. Orsaker till detta kan vara att stödet eventuellt ser för invecklat ut och orsakar psykisk belastning till den redan spännande och nya situationen.

Som i kapitel 3 redan nämnts har syfte i studien varit att ta reda på hur Relaxbirth-stödet inverkar på smärtupplevelsen under förlossningen. Enligt svaren från frågeformulären har vi som svar till första forskningsfrågan *Hur stark smärta upplever kvinnorna under förlossningen med hjälp av Relaxbirth-ställning jämfört med förlossning utan ställning?*, fått att smärtans styrka beror på om kvinnan har fött barn förut eller inte då de använt förlossningsstödet. Omföderna verkar ha haft nytta av stödet enligt vår forskning, fastän förstföderna upplever starkare smärta med stödet. Skillnader mellan forskningsgrupperna är väldigt små förutom hos förstföderna som använt Relaxbirth-stödet. Från tabellerna ser man tydligt hur stark smärta kvinnorna upplever i de olika skederna av förlossningen. Vi har kommit fram till att svaret till andra frågan *Hjälper Relaxbirth-stödet att lindra upplevelsen av smärta under förlossningen?* är att stödet inte direkt hjälper att lindra smärtupplevelsen hos alla men att omföderna kan få hjälp mot smärtan av stödet. I tidigare kapitel har vi redan nämnt orsaker till att Relaxbirth-stödet lindrar smärta hos omföderna. Att stödet inte hjälper alla kan bero på att stödet i förstahand är gjort för att uppmuntra föderskan att röra på sig under öppningsskedet och att möjliggöra en ergonomisk position för barnmorskan. Stödet möjliggör fri rörelse i öppningsskedet och ger föderskan möjlighet att välja den bekvämaste ställningen. Stödet påverkar dock inte själva smärtan enligt svaren förutom hos omföderna. Dock ger rörelsen under öppningsskedet en bekvämare känsla för föderskan och kan därmed lindra smärtupplevelsen. I materialet kommer det inte fram om kvinnorna i jämförelsegruppen har rört på sig med hjälp av något annat hjälpmedel, till exempel en fysioboll. På grund av detta kan smärtupplevelsen för jämförelsegruppen och forskningsgruppen vara lika.

Då man analyserar typvärdet hos förstföderna som använt Relaxbirth-stödet blir smärtupplevelsen lindrigare då man är 5-6cm öppen. Orsaken bakom det kan vara många. Det kan exempelvis bero på att man kommer till förlossningssalen efter att livmodermunnen är 4 cm öppen och får då möjlighet till smärtlindring, till exempel epiduralbedövning. Det kan hända att vissa kvinnor till och med kommer till sjukhus först då. Då kan redan tanken att man får hjälp ha lindrande effekt till smärtupplevelsen, när man vet att nu får man hjälp av professionella barnmorskor och läkare. Det kan även hända att sammandragningarna blir färre och lindrigare då man kommer till sjukhuset.

Orsaker till att Relaxbirth-förlossningsstödet inte enligt vår forskning lindrar förlossningssmärta så tydligt är många. En av dem är att förlossningsstödet uppgift är att ge en bekvämare ställning och modern kanske inte upplever att den bekväma ställningen i sig hjälper till smärtupplevelsen då smärtan hela tiden blir värre under förlossningen. Med den bekväma ställningen känner modern sig avslappnad och då hon är avslappnad upplevs smärtan kanske inte lindrigare, men det blir mer tolererbar. Det är även svårt att jämföra förlossningar med Relaxbirth-förlossningsstödet med förlossningar utan stödet, eftersom alla upplever smärtan olika och samma person kan inte föda både med Relaxbirth-förlossningsstödet och utan det för att ge ett mer pålitligt svar.

Från tabellerna kan man konstatera att smärtupplevelsen är i vissa fall lite värre hos jämförelsegruppens omfödelskor. Efter analyser och diskussioner om orsakerna bakom våra resultat har vi kommit till den slutsatsen att det beror på att kvinnorna redan har åtminstone en förlossningsupplevelse från tidigare. Det gör att omfödelskor antagligen har förväntningar som baserar sig på den tidigare förlossningen. De här förväntningarna kan vara positiva eller negativa. Om förväntningarna är negativa, upplevs smärtan värre enligt Lallys forskning som i kapitel 2.4.1 redan har kommit fram. Om kvinnan har upplevt den föregående förlossningen som lätt, påverkar det positivt på förväntningarna och därmed även på förlossningsupplevelsen. Enligt vårt resultat upplever alltså jämförelsegruppens förstfödelskor värre smärta än jämförelsegruppens omfödelskor i början av förlossningen. Detta kan bero på att en förstfödelska inte alltid vet när förlossningen har startat. En omfödelska vet redan vad hon skall vänta sig. En omfödelska kan även jämföra smärtan i början av denna förlossning till smärtan i slutskedet av förlossningen under föregående förlossning och därför kan omfödelskorna uppleva att smärtan i början är lindrigare. En förstfödelska har däremot ingenting att jämföra med och upplever därför smärtan värre i början av förlossningen. Detta är inte väldigt relevant till vår studie som behandlar Relaxbirth-stödet, men är en intressant observation som vi gjorde.

Med tanke på förlossningssmärta som en form av livslidande har vi diskuterat mycket om begränsningar som förlossningssmärta orsakar. Som det i kapitel 2.3 kommer fram, är förlossningssmärta väldigt intensiv och svår att uthärda, och därmed begränsar den

kvinnan under förlossningen. Enligt Eriksson bör onödigt lidande åtminstone försöka lindras, men man kan fundera om förlossningssmärta är onödigt eller är den en viktig del av förlossningen. Som det i kapitlet 2.3 kommer fram, är förlossningssmärta en funktion att få kvinnan att koncentrera sig fullt på förlossningen. Förlossningssmärta är en annorlunda typ av lidande med tanke på att den oftast leder till ett positivt resultat då barnet äntligen föds. Förlossningssmärta kan dock försökalindras med mediciner och olika icke-medicinska sätt som presenterats i kapitel 2.3. Kvinnan kan då samla sina krafter för att orka föda barnet under krystningsskedet. Relaxbirth-förlossningsstödet försöker lindra lidandet genom att ge möjlighet till fri rörelse under förlossningens öppningsskede och uppmuntra kvinnan att välja en bekväm ställning. Stödet tar inte bort lidandet, men tack vare att det möjliggör det positiva resultatet som förlossningen leder till, kan man dra slutsatsen att Relaxbirth-stödet lindrar kvinnans lidande under förlossningen. Enligt Katie Eriksson, har vårdarens inställning till patienten en viktig del i livslidandet. Relaxbirth-stödet hjälper barnmorskan att arbeta mera ergonomiskt. Med att tillämpa Katie Erikssons teori, kan man säga att barnmorskans välmående påverkar den förlösande kvinnans förlossningsupplevelse och därmed kan stödet lindra lidande som förlossningen orsakar.

8.1 Arbetsuppdelning

Vårt samarbete under forskningens gång har fungerat väldigt bra. Det har varit lätt att dela uppgifterna sinsemellan och båda har gjort lika mycket arbete för studien. Bakgrunden var den enda kapitel som vi tydligt skrev skilt. Kapitlet 2.1 och 2.2 är skrivna av Linda Fredriksson och kapitel 2.3 är skrivet av Viivi Salminen. Artikelsökningen gjordes tillsammans och de valda artiklarna delades jämnt varpå båda skrev en analys om fem artiklar. Linda Fredriksson har analyserat följande artiklar: *Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia*; *Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: a crossnational comparison of Belgium and the Netherlands*; *Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives*; *Comparison of the Pain Matcher and the Visual Analogue Scale for assessment of labour pain following administered pain relief treatment*; *More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and*

experience of pain relief in labour. Följande artikelreferat har skrivits av Viivi Salminen: *Women's experience of pain during childbirth.; Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre.; Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour.; Intrapartum pain management at the Royal Hospital for Women.; Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience.* Metod delen, den teoretiska referensramen och den forskningsetiska reflektionen har skrivits tillsammans. Tabellerna och diagrammen har gjorts tillsammans och skrivits i textform. Vi har diskuterat mycket om resultatet och på basen av våra diskussioner har vi båda skrivit delar till diskussionsdelen och till den kritiska granskningen. Tillsammans har vi bundit ihop våra texter till en sammanhängande text.

9 KRITISKGRANSKNING

Arbetets tillförlitlighet kan diskuteras eftersom det finns flera brister i materialet vi fått och i hur studien gjorts. I detta kapitel kommer vi att analysera hur forskningen skulle ha kunnat utföras annorlunda för att få mera tillförlitliga och användbara resultat.

Formulärets frågor som vi valde att analysera kunde väljas annorlunda eftersom det finns många olika faktorer som påverkar smärtan. Till exempel stödpersonens närvaro (fråga nummer 8), hur kvinnan hade förberett sig för förlossningen (fråga nummer 9), och frågorna 16-21 om hur kvinnan kunde slappna av under förlossningen, skulle ha varit relevanta frågor att ta i beaktande då man analyserar smärtupplevelsen. I materialet vi fått kom det inte fram om det använts någon annan smärtlindring och detta inverkar mycket på svaren. Smärtlindringen har en stor roll i kvinnans förlossningsupplevelse och det skulle vara väldigt viktigt att veta hurdana smärtlindringsmetoder det har använts då man analyserar Relaxbirth-stödets inverkan på smärtupplevelsen. Om kvinnan till exempel har fått epiduralbedövning, så känner hon helt klart mindre smärta under förlossningen, oberoende om hon har använt Relaxbirth-stöd eller inte. Även de små samplen gör att resultatet inte är lika tillförlitligt som om vi skulle ha haft ett större sampel. Många svar blev exkluderade på grund av att kvinnorna inte slutligen hade fött sitt barn med hjälp av Relaxbirth-stödet fastän de hörde till forskningsgruppen. Det gjorde att forskningsgrupperna blev väldigt små. Vi blev även tvungna att själva

manuellt ta bort vissa svar som antagligen var felskrivna, det fanns en del svar som 99 och 100, som vi naturligtvis inte kunde använda för att de ändrade märkvärdigt på medianerna och medelvärdena. Vårt kapitel om resultat blev väldigt tungt att läsa på grund av att vi valde att analysera siffror. Vi tyckte att tabeller och diagram inte räcker till utan vi ville ha dem även i textform.

I vissa tabeller ger medianen eller medelvärdet bättre bild av resultatet och i vissa fall gör typvärdet det. Typvärdet ger oftast det mest realistiska svaret på smärtupplevelsen eftersom typvärdet berättar vad som de flesta kvinnorna har svarat. Enskilda svar kan ändra mycket på medelvärdet och det är inte tillförlitligt då svaren är mycket utbredda eller då de flesta svaren är från båda ytterligheterna.

Den teoretiska referensramen var inte den bästa för att spegla vårt resultat till, teoretiska referensramen är kvalitativ då forskningen är kvantitativ och redan detta gjorde en viss motstridighet i arbetet och det var svårt att få kopplat ihop dem. Katie Erikssons teori om livslidande behandlar kanske även mera en annorlunda typ av lidande än förlossningssmärta eftersom förlossningen oftast är en positiv händelse i kvinnans liv oberoende av den outhärdliga smärtan den orsakar. Därmed kan man ha olika åsikter om förlossningen orsakar lidande över huvudtaget eller inte. Vårt arbete handlar om förlossningar utan komplikationer så vi har inte tagit ställning till lidande som följer då förlossningen inte går som den skall.

Under arbetets gång har vi konstaterat att studien inte kanske var relevant eftersom Relaxbirth-stödet inte var gjort i förstahand för att lindra smärta. Indirekt kan man säga att stödet inverkar på smärtupplevelsen då dess uppgift är att få modern avslappnad och därmed kan smärtan upplevas lindrigare. En annan synvinkel skulle möjligtvis ha varit mera relevant. Om vi skulle göra examensarbetet på nytt skulle vi välja kanske något annat område kring Relaxbirth-stödet, till exempel en kvalitativ forskning om hela förlossningsupplevelsen då man använder förlossningsstödet. En annan bra alternativa synvinkel skulle ha varit en forskning om barnmorskans upplevelser av förlossningen då man använt stödet. Av själva Relaxbirth-stöd har det inte gjorts tidigare forskningar så vi fick ganska långt börja från noll. Vi visste inte riktigt vad som var viktigast att ta reda på kring ämnet, och därför blev resultatet också relativt onödigt. Resultatet i forskningen

kan även påverkas av att samplet som vi fick att analysera i vår studie var mödrar som förlöst sina barn i början av undersökningen. Det kan hända att barnmorskorna inte hade mycket erfarenhet av det nya stödet och kunde kanske inte handleda modern tillräckligt på grund av sina egna erfarenheter med stödet. Ett mer pålitligt resultat kan fås då samplet är större och har använts under en längre period. Då har även barnmorskorna blivit vana vid stödet och känner till flera möjligheter att utnyttja stödet.

Att mäta den upplevda smärtan har redan med olika undersökningar upptäckts vara väldigt utmanande. Människor brukar tolka numrorna på olika sätt och speciellt förlossningssmärta är svårt att beskriva med siffror och därmed kan de lätt ge en fel bild av förlossningssmärtan. Dessutom är smärtupplevelsen alltid unik och individuell, och svår att jämföra. Det betyder att det nödvändigtvis inte har betydelse om kvinnan har använt Relaxbirth-stöd eller inte. Samplet som vi använt är rätt små, så det är svårt att dra en slutsats som realistiskt berättar sanningen. Om man skulle vilja ha ett tillförlitligt resultat om Relaxbirth-stödets inverkan på smärtans styrka, borde man undersöka olikheter mellan två eller flera förlossningar hos samma kvinna. Även intervju som datainsamlingsmetod skulle kunna ha varit bättre för att få tydligare beskrivningar om smärtupplevelsen.

Det att ingendera av oss har ett starkt svenskt språk gör att vi inte alltid har kunnat få fram det vi har velat skriva på ett vettigt sätt. Meningsbyggnaden är enkel och kan ha fel som kan leda till misstolkningar och oklarheter. Eftersom processen varit lång har vi skrivit arbetet i små delar och det har varit svårt att i slutet binda dem till ett helt arbete med en sammanhängande röd tråd.

Oberoende av brister i arbetet, är vi själv nöjda med vår insats i detta arbete. Vi har gjort vårt bästa och slutligen har vi kunnat skriva som helhet ett bra examensarbete som vi hoppas man har nytta av. Som sagt har vårt samarbete fungerat väldigt bra och det har varit roligt att jobba tillsammans genom hela processen.

KÄLLOR / REFERENCES

Ali Beigi, Nastaran Mohammed; Broumandfar, Khadijeh; Bahadoran, Parvin & Ali Abedi, Heidar. 2010, Women's experience of pain during childbirth. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery*

Bracke Piet, Christiaens Wendy, Verhaeghe Mieke. 2010, Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: a cross-national comparison of Belgium and the Netherlands. 2010, *BMC Health Services Research* 2010 Vol. 10, s268-279, 12s.

Bergh, Ingrid H.E. – Stener-Victorin, Elisabet – Wallin, Gunnar – Mårtensson, Lena 2009: Comparison of the Pain Matcher and the Visual Analogue Scale for assessment of labour pain following administered pain relief treatment. *Midwifery*. In press.

da Silva, Flora MB; de Oliveira, Sonia MJV; Bick, Debra; Osava, Ruth H; Tuesta, Esteban F; Riesco, Maria LG. 2012, Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *Journal of Clinical Nursing*

de Jong, P.R.; Johanson, R.B.; Baxen, P.; Adrians, V.D.; van der Westhuisen, S.; Jones, W. 1997, Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*

de Jonge Ank, Doreth A.M. Teunissen, Mariet Th. van Diem, Peer L.H. Scheepers & Antoine L.M. Lagro-Janssen, 2008. Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives

Eriksson, Katie. 1994, *Den lidande människan*. Arlöv: Liber Utbildning

Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M, 2012, Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Library* 2012, Issue 5.

- Henry, Amanda & Nand, Swaran L. 2004, Intrapartum pain management at the Royal Hospital for Women, Randwick, Australia: *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 44.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Studentlitteratur, 316 s.
- Köykkä, Lea; Saanila, Marianne; Tirkkonen Kirsti & Viljanen, Kari. 2004 *Suomi Ruotsi Suomi sanakirja*. Jyväskylä: Gummerus Kustannus Oy, 1296 s.
- Lally, Joanne E. Murtagh, Madeleine J. Macphail, Sheila Thomson, Richard, 2008, More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*.
- Olofsson, Nina. 2003, *Förlossningssmärta -och dess behandling*. Lund: Studentlitteratur, 142 s.
- Raussi-Lehto, Eija. 2012, *Kätilötyö: Syntymän hoidon tarve*. Helsinki: Edita 674s.
- Raussi-Lehto, Eija. 2012, *Kätilötyö: Syntymän hoidon toteutus*. Helsinki: Edita 674s.
- Relaxbirth*, 2013, tillgänglig: www.relaxbirth.com. Hämtat 25.2.2013
- Schindl, Monika; Birner, Peter; Reingrabner, Michaela; Joura, Elmar A.; Husslein, Peter & Langer, Martin. 2003, Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience, Vienna: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 82.
- SPSS Finland Oy, 2013, tillgänglig: <http://www.spss.fi/ohjelmistot-a-ratkaisut/11-pasw-statistics> Hämtat: 29.4.2013
- Vainio, Anneli. 2003, *Kipu*. Jyväskylä, Kustannus oy Duodecim. 108s.
- Wiklund, Lena. 2003, *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur, 294s.

BILAGOR

Tabell 7. Tabell över sökta artiklar

Databas	Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Valda artiklar
Cinahl	4.1.2013	childbirth OR labour OR delivery AND pain OR ache AND experience AND mother OR women	peerreviewed, abstract available, 2002-2012	186	-
Cinahl	4.1.2013	childbirth OR labour OR delivery AND pain OR ache AND experience AND mother OR women	peerreviewed, abstract available, 2002-2012, full text	29	-
Cinahl	10.1.2013	“Labour pain”	2002-2012, abstract available	53	2
Academics earchelite (ebSCO)	4.1.2013	childbirth OR labour OR delivery AND pain OR ache AND experience	peerreviewed, full text, 2003-2013	275	4
Academics earchelite (ebSCO)	21.1.2013	“labour pain”	peerreviewed, full text, 2003-2013	32	1
Cinahl	23.10.2013	delivery OR labour AND position	peerreviewed, full text, abstract available, 2011-2013	617	1

Relaxbirth® – Ett nytt förlossningsstöd för skötsel av förlossningar

Det i Finland utvecklade Relaxbirth®-förlossningsstödet kan förbättra kontrollen av förlossningen, underlätta avslappningen under öppnings- och krystningsskedet, förbättra den födande kvinnans förmåga att krysta, förkorta utdrivningsskedet, minska behovet av instrumentella förlossningar och öka antalet normala vaginala förlossningar.

Relaxbirth®-förlossningsstödet har utvecklats för att hjälpa den födande kvinnans naturliga behov av att röra på sig under öppningsskedet. I undersökningen kan delta de kvinnor vars foster är i kronbudning och graviditeten räckt mer än 34 veckor. En svår grundsjukdom eller en graviditetskomplikation som kan påverka förlossningen är ett hinder för deltagande.



Vi utreder på Barnmorskeinstitutets förlossningsavdelning fördelar av denna metod jämfört med konventionella förlossningssätt. **Då du deltar i undersökningen lottas du antingen till Relaxbirth®-förlossningsstödsgruppen eller till jämförelsegruppen vars förlossning sker på konventionellt sätt. Eftersom undersökningen görs slumpmässigt kan du ännu inte veta om din förlossning sker på konventionellt sätt eller om du har möjlighet att pröva det nya Relaxbirth®-förlossningsstödet.**

Vid undersökningen klargörs också den födande kvinnans vilja att använda Relaxbirth®-förlossningsstöd och hennes erfarenhet av stödet. De deltagande kvinnornas erfarenheter av det nya förlossningsstödet, förlossningsuppgifter samt uppgifter om den nyfödda jämförs med erfarenheterna hos jämförelsegruppen och de kvinnor som avstått från användningen av stödet. Uppgifterna, som samlas upp från både dig och från den yrkespersonal som skött din förlossning samt från Obstretrix-förlossningsberättelsen, antecknas på undersökningsblanketter. Uppgifterna inhämtas från undersökningsblanketter som ifyllts av såväl dig som av den yrkespersonal som skött din förlossning samt från Obstretrix-förlossningsberättelsen.

Deltagandet i denna undersökning är helt frivilligt. Du kan avlägsna dej från undersökningen när som helst utan att det på något sätt inverkar på skötseln av din förlossning. Att delta i undersökningen förorsakar ingen ytterligare smärta eller annan skada. De läkare och barnmorskor som ansvarar för undersökningen besvarar alla frågor gällande deltagandet innan du ger ditt samtycke.

Tilläggsuppgifter:

Ansvarig för undersökningen: tf. avdelningsöverläkare Veli-Matti Ulander 050 4271 536

Avdelningsskötare: Tarja Mietola-Koivisto (09) 4716 5362

Forskningsskötare: Minna Kaiponen 050 4270 516, minna.kaiponen@hus.fi

Bilaga 2. Föderskans frågeformulär

Relaxbirth® – Nytt förlossningsstöd för skötsel av förlossning

1. (9)

Barnmorskeinstitutets sjukhus

FÖDERSKANS FORMULÄR

Till mamman: Vi ber dig fylla i formuläret innan du åker hem

FÖDERSKANS FORMULÄR



FORSKNINGSNUMMER:

DEN FÖDANDE KVINNAN TILLHÖR:

- användare av förlossningsstödet
- jämförelsegruppen (inte förlossningsstöd)
- använder förlossningsstöd - deltar ej i forskningen

Det här frågeformuläret är absolut konfidentiellt. Informationen behandlas fullständigt förtroligt och enskilda föderskor går inte att identifiera från undersökningens resultat.

En del av frågorna är modifierade från Mietola-Koivistos frågeformulär från år 2009: "Förfrågan till barnmorskor gällande skötsel av förstföderskors förlossningar." (urspr. "Kysely kättilöille ensisynnyttäjän synnytyksen hoidosta.")

Försök svara möjligast uttömmande på varje fråga. Orätta eller felaktiga svar finns inte. Om du vill så kan du fortsätta ditt svar på baksidan av formuläret.

Lämna tomrum och dra streck över de frågor som inte berör din egen förlossning.

1. Svararens namn: _____
 2. Mitt födelsedatum: _____
 3. Babyns födelsedatum och klockslag _____
- Bakgrundsinformation: Fyll i eller omringa det bäst passande alternativet
4. Ålder _____ år
 5. Min längd _____ cm
 6. Min vikt vid tiden för förlossning _____ kg (senaste vikt mätt på mödrarådgivningen)
 7. Vilken förlossning i ordning var det?
 1. första
 2. andra
 3. tredje
 4. något annat, vilken? _____
 8. Vem deltog i förlossningen (exklusive personalen) – alla som var närvarande
 1. make
 2. sambo
 3. annan stödperson, vem _____
 4. ingen
 9. Deltagande i förlossningsförberedelse
 1. vid rådgivningen eller på sjukhuset
 2. privat arrangerad
 3. förlossningsförberedelse i Internet
 4. jag deltog inte i förlossningsförberedelse, varför _____

10. Civilstånd

1. ogift
2. samboende
3. gift
4. registrerat parförhållande
5. fränskild
6. änka

11. Vilken är din högsta genomförda examen?

1. folk-, mellanstadie-, grund-, yrkesskola
2. gymnasiet, student
3. institut, yrkeshögskola
4. högskola, universitet
5. något annat, vad _____

12. Yrkesställning

1. chefsposition
2. företagare
3. högre tjänsteman
4. lägre tjänsteman
5. arbetare
6. studerande
7. pensionerad
8. hemmamamma/vårdledig
9. arbetslös
10. något annat, vad _____

FÖRLOSSNINGENS ÖPPNINGSSKEDE

13. Vilka ställningar använde du under förlossningens öppningsskede? (omringa alla de ställningar du använde)

(© Miettola-Koivisto 2009)

1. ryggställning/på rygg
2. sidoläge
3. stående på knä
4. sittandes på förlossnings-/gymboll
5. förlossningspall
6. stående
7. hukande ställning
8. stående på knä
9. i gungstol
10. badkar
11. dusch
12. luta mot olika stöd
13. hänga med kroppen
14. promenera och röra på sig i upprätt ställning
15. gynekologisk ställning i kortbädd (fötterna i benstöd)
16. halv-sittande ställning (föderskans ben böjda, fotbotten på bädden)
17. halv-sittande ställning (föderskans ben böjda, fotbotten mot barnmorskans höfter)
18. annat, vad _____

14. Öppningsskedet:

1. jag använde mig av Relaxbirth-förlossningsstöd
2. Jag använde mig inte av Relaxbirth-förlossningsstöd

Lämna tomrum och dra streck över de frågor som inte berör din egen förlossning.

15. I öppningsskedet hade jag nytta av Relaxbirth-förlossningsstöd genom att

1. sträcka på mig
2. hänga i krystningshandtagen
3. luta mig mot stödet
4. gunga/röra på mig
5. massera min kropp mot förlossningsstödet mjuka fyllningar
6. för avslappning
7. sitta på förlossningsstödet säte
8. på annat sätt, hur? _____

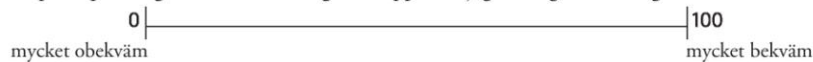
Anvisning: rita ett LODRÄTT streck på skalan 0 – 100 på basen av din egen erfarenhet.



16. Jag upplevde att Relaxbirth-förlossningsstöd var till nytta i öppningsskedet



17. Om skalpblodprov togs under förlossningen så upplevde jag min egen ställning som



18. Jag kunde slappna av under öppningsskedet



19. Under öppningsskedet använde jag följande metoder för avslappning:

20. Jag kunde slappna av under förflyttningsskedet (livmodermunnen fullt öppen, men inte lov att krysta)



21. Under förflyttningsskedet använde jag följande metoder för avslappning:

FÖRLOSSNINGENS KRYSTNINGSSKEDE

22. Krystningsskedet:

1. jag använde förlossningsstöd
2. jag använde inte förlossningsstöd

23. Om jag använde Relaxbirth-förlossningsstöd så var min ställning då barnet föddes:

1. sittande på stödet
2. i sidoläge med spjörn mot stödet
3. nytta av förlossningsstödet i annan ställning, vilken _____

Lämna tomrum och dra streck över de frågor som inte berör din egen förlossning.

24. Om jag inte använde Relaxbirth-förlossningsstöd, så var min ställning då barnet föddes:

Anvisning: rita ett LODRÄTT streck på skalan 0 – 100 på basen av din egen erfarenhet.



25. Förflyttningen till krystningsskedet var



26. Min krystningsställning var



27. Krystning i vald ställning var



28. Att hitta krystningsriktningen var



29. Min krystningsställning gav mig krafter att krysta



30. Handtagen gav mig krafter att krysta



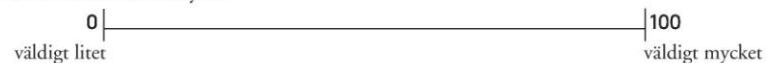
31. Jag fick stöd för ryggen att krysta



32. Jag fick stöd för händerna att krysta



33. Jag fick stöd för fötterna att krysta



34. Om barnet föddes med hjälp av sugklocka så var min egen förlossningsställning



Lämna tomrum och dra streck över de frågor som inte berör din egen förlossning.

35. Jag såg själv mitt barn födas

0 | _____ | 100
inte alls | väldigt bra

36. Jag fick kontakt med mitt barn

0 | _____ | 100
mycket långsamt | mycket snabbt

37. Jag kunde slappna av under krystningsskedet

0 | _____ | 100
väldigt litet/dåligt | väldigt mycket/bra

38. Under krystningsskedet använde jag följande metoder för avslappning:

39. Jag kände mig utmattad i början av krystningsskedet

0 | _____ | 100
väldigt mycket | väldigt litet

40. Jag kände mig utmattad i slutet av krystningsskedet

0 | _____ | 100
väldigt mycket | väldigt litet

41. Jag upplevde att Relaxbirth-förlossningsstödet var till nytta i krystningsskedet

0 | _____ | 100
väldigt litet | väldigt mycket

42. Belåtenhet över krystningsställningen:

Jag skulle använda samma krystningsställning på nytt i följande förlossning

0 | _____ | 100
skulle inte använda | skulle använda

43. Varför: _____

44. Jag vill rekommendera denna krystningsställning också åt andra födande kvinnor

0 | _____ | 100
skulle inte rekommendera | skulle rekommendera

KÄNNING AV SAMMANDRAGNINGAR OCH UPPLEVELSE AV SMÄRTA

45. Rörelse i upprätt ställning inverkade på mina känningar av sammandragningar

0 | _____ | 100
väldigt negativt | väldigt positivt

FÖRE OCH EFTER DENNA FÖRLOSSNING

50. Jag har under graviditeten vårdat mellangården (ringa in alla metoder du använt) (© Mietola-Koivisto 2009)

1. med varma kompresser
2. med olja
3. genom att tänja
4. genom massage
5. andra metoder, hur _____
6. jag har inte vårdat mellangården under min graviditet

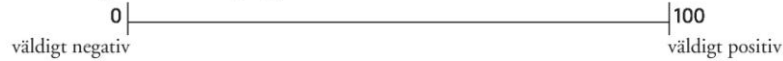
51. Nedan följer ett antal slutsatser. Gå igenom hela listan och ringa in för varje uttalande den siffra som bäst motsvarar din åsikt. Det finns inga rätta eller felaktiga svar.

(© Mietola-Koivisto 2009)

		helt av annan åsikt	delvis av annan åsikt	varken av samma eller annan åsikt	delvis av samma åsikt	helt av samma åsikt
	1 = helt av annan åsikt 2 = delvis av annan åsikt 3 = varken av samma eller annan åsikt 4 = delvis av samma åsikt 5 = helt av samma åsikt					
1.	Jag har mått bra fysiskt (kroppsligt) efter förlossningen	1	2	3	4	5
2.	Jag har mått bra psykiskt (andligt) efter förlossningen	1	2	3	4	5
3.	Jag har inte haft smärtor i underlivet efter förlossningen på barnsängsavdelningen	1	2	3	4	5
4.	Det har varit lätt att sitta efter förlossningen på barnsängsavdelningen	1	2	3	4	5
5.	Det har varit lätt att urinera efter förlossningen på barnsängsavdelningen	1	2	3	4	5
6.	Det har inte svidit på sårytorna vid urinering efter förlossningen	1	2	3	4	5
7.	Det har varit lätt att bajsar efter förlossningen på barnsängsavdelningen	1	2	3	4	5
8.	Gaser från ändtarmen har inte trängt fram efter förlossningen på barnsängsavdelningen	1	2	3	4	5
9.	Styggen har inte spänt	1	2	3	4	5
10.	Styggen har inte förhindrat vården av den nyfödda	1	2	3	4	5
11.	Styggen har inte förhindrat amningen	1	2	3	4	5
12.	Smärtan i underlivet har inte förhindrat vården av den nyfödda	1	2	3	4	5
13.	Smärtan i underlivet har inte förhindrat amningen	1	2	3	4	5
14.	Jag har inte känt mig trött efter förlossningen på barnsängsavdelningen	1	2	3	4	5
15.	Smärtan i underlivet har inte förhindrat mig att få tag i sömnen	1	2	3	4	5

MINA ERFARENHETER AV DENNA FÖRLOSSNING**Anvisning: rita ett LODRÄTT streck på skalan 0 – 100 på basen av din egen erfarenhet.**

52. Jag förväntade mig att förlossningsupplevelsen skulle vara



53. Förlossningsupplevelsen var i förhållande till mina förväntningar



54. Jag var rädd för förlossningen på förhand



55. Efter den här förlossningen är jag rädd att föda



56. Jag upplevde att jag kunde styra min förlossning



57. Jag upplevde att jag kunde styra hur min förlossning förlöpte

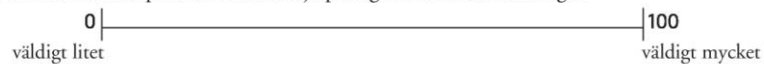


58. Samarbetet med barnmorskan/-orna löpte



59. Om du hörde till användargruppen av Relaxbirth-förlossningsstöd, och inte nyttjade stödet i denna förlossning, berätta varför

60. Tycker du att maken/stödpersonen kunde hjälpa dig i den här förlossningen



61. Beskriv hur maken/stödpersonen hjälpte/stödde dig under förlossningen
