



UPPSALA
UNIVERSITET

“Lita på biologin”

En kritisk diskursanalys av framställningen av smärta och smärtlindring i Sveriges landsting och regioners informationsmaterial om förlossning och graviditet

Alma Bartolini

Sociologiska institutionen
Sociologi C
HT2018
Kandidatuppsats, 15 hp
Handledare: Jacob Strandell
Examinator: Susanne Urban

Abstract

This paper examines the discourse of pain and pain relief in the advice texts given to future mothers through the public health clinics in Sweden. The aim of the study is to explore how the concepts of “natural” and “normal” shapes the prevailing methods and perspectives in the texts. I use critical discourse theory as it is articulated by Norman Fairclough by using the three dimensional model, combined with the theory about gender performativity. The discourse of “natural” birth constitutes a socio-cultural norm throughout a variation of cultures which shapes and regulates women’s decision making regarding options of pain relief and delivery methods when giving birth. The “natural” discourse has been (re)produced in the feminist critique of the medicalisation, and consequently the pathologisation, of pregnancy. Recent studies has shown that the “natural” discourse can be seen as a gender constituting process that can lead to reproducing traditional ideals about femininity and motherhood. By analysing how the public healthcare system articulate the norms regarding pregnancy and giving birth in regards to these two different discourses, and what the potential effects are of the discourse in question, it opens up to a discussion about the equality of health and gender.

Key words: childbirth, pain, pain relief, gender, discourse, motherhood, femininity

Innehållsförteckning:

1. Inledning	1
1.1 Problemformulering.....	2
1.2 Syfte och frågeställning.....	2
1.3 Disposition.....	3
2. Tidigare forskning	3
2.1 Kritik mot medikaliseringen av förlossning.....	4
2.2 Förlossning som genuskonstituerande - ett motsatt perspektiv.....	5
2.3 Diskrepans mellan diskurs och praktik.....	7
2.4. Tidigare forskning - sammanfattning.....	8
3. Teoretiskt ramverk	8
3.1 Kritisk diskursanalys.....	8
3.2 Genusperformativitet.....	10
4. Metod	11
4.1 Material och urval.....	12
4.2 Ansats - kritisk diskursanalys.....	13
4.2.1 Analytiska begrepp.....	14
4.2.2 Den tredimensionella modellen.....	14
4.3 Kodning.....	16
4.4 Trovärdighet och etiska överväganden.....	17
5. Resultat och analys	18
5.1 Textanalys.....	19
5.1.1 "Smärta som en skapande kraft" - om smärtan.....	19
5.1.2 "Lita på biologin" - om förlossningen.....	21
5.1.3 "Avslappning minskar smärtan"- om smärtlindringsmetoder.....	23
5.1.4 Textanalys - sammanfattning.....	28
5.2 Diskursiv praktik.....	29
5.2.1 Interdiskursivitet och intertextualitet.....	29
5.2.2 Tolkningssammanhanget.....	30
5.2.3 Diskursiv praktik - sammanfattning.....	31
5.3 Social praktik.....	32
5.3.1 Diskursordningens förhållande till den diskursiva praktiken.....	32
5.3.2 Institutionella och socio-kulturella förutsättningar.....	33
5.3.3 Sociala konsekvenser.....	34
5.3.4 Social praktik - sammanfattning.....	36
6. Avslutande diskussion	36
6.1 Summering av resultat och diskussion.....	36

6.2 Reflektion över teori, metod och tidigare forskning.....	39
6.3 Avslutande ord.....	40
7. Referenslista	41

1. Inledning

I debatten om den svenska förlossningsvården har det länge pågått en kamp om det ideala sättet att föda barn. Kärnfrågan handlar om huruvida kvinnan bör föda "naturligt" eller med hjälp av smärtlindring och medicinska ingripanden. Tonläget är ofta högt där förespråkare för olika perspektiv argumenterar för deras olika uppfattningar om kvinnans, och barnets, bästa (se exempelvis: Arpi 2017; Lundgren 2017; Thulin, 2018; SVD 2012; Waldenström 2005; Waldenström 2012). Både i den mediala och i den akademiska debatten kan ett diskursivt motsatspar identifieras - den "naturliga" förlossningen, allmänt definierad som en vaginal förlossning med minimalt med medicinskt smärtlindring och ingripanden, ställs upp mot den bio-tekniska förlossningen, ofta representerad av sin extrem - kejsarsnittet.

Förlossningsfrågan har även varit central inom det feministiska och sociologiska forskningsfältet. Inom medicinsk sociologi har begreppet "medikalisering" använts för att problematisera den bio-medicinska och tekniska framväxten inom förlossningsvården. Den feministiska kritiken mot medikaliseringen har bland annat hävdad att införandet av teknik och bio-medicin i förlossningsvården har inneburit ett patologiserande av graviditeten och förlossningen, vilket har gjort att kvinnan fråntas kontrollen över sin egen kropp. Kritikerna menar även att medikaliseringen har bidragit till ökade negativa konsekvenser för kvinnans psykiska och fysiska hälsa (Davis- Floyd, 1994; Oakley 2016:693; Young, 1984). Sett ur detta perspektiv anses ofta den ökade frekvensen av kejsarsnitt som ett tecken på ökad medikalisering. Andra mer samtida feministiska inriktningar har förespråkade en omformulering av den snäva konstruktionen av moderskap som någonting essentiellt kvinnligt, där den "naturliga" vaginala förlossningen blir en förlängning av denna konstruktion. Istället har de bland annat förespråkade hur kulturella föreställningar om vad som anses vara "naturligt" genererar en övervakande och disciplinerande praktik där mammor kan praktisera sitt födande och föräldraskap på "fel" eller "rätt" sätt (Chadwick & Foster, 2012; Crossley, 2007; Hörnfeldt, 1998; Malacrida & Boulton 2015).

Förlossningsdebatten kan således sammanfattas till att handla om en diskursiv strid mellan hur förlossningen skall förstås; som någonting normalt, friskt och "naturligt" eller som en medicinsk händelse som kan behöva behandling. Framöver kommer begreppen "naturlig" och "medicinsk" att användas för att särskilja dessa diskurser, och syftet med uppdelningen är att fånga upp hur det vanligtvis pratas om förlossning snarare än att fastslå endera begrepps rätta betydelse.

1.1 Problemformulering

Förlossningsfrågan kan delvis förstås genom att se till hur språket har en normerande effekt. I Sverige sätts ofta ett likhetstecken mellan den “naturliga” och den vaginala förlossningen (se exempelvis: Hansson, 2018) och inom den medicinska diskursen benämns den vaginala förlossningen som en normal förlossning (se exempelvis: Atterstam, 2007; Socialstyrelsen, 2001; Region Skåne, 2018). Detta kan förstås som ett tecken på hur den vaginala förlossningen konstitueras som normen på olika nivåer i samhället - från mikronivån hos den enskilde individen, till makronivån hos nationella myndigheter

Den ovan nämnda polariseringen som präglar förlossningsdiskussionen är problematisk för hur kvinnor uppfattar sitt handlingsutrymme som subjekt inom de olika diskurserna. I en amerikansk studie (Malacrida & Boulton, 2012) har kvinnor beskrivit hur de förhandlar med normer om femininet, renhet och moderskap vid val av förlossning. Studien visar att den rådande normen föreskriver den vaginala, “naturliga”, förlossningen som den ideala övergångsriten till moderskap. Smärtan som den innebär anses vittna om osjälviskhet och självuppoffring - två viktiga komponenter i konstruktionen av det goda moderskapet (Malacrida & Boulton, 2012). I den svenska kontexten har flera kvinnor höjt sina röster och berättat om känslor av misslyckande efter att ha fött med kejsarsnitt (Dominguez, 2016; Kolehmainen, 2018).

I Sverige utförs vård av den gravida kvinnan i regel hos barnmorskor på mödravårdscentraler. Enligt socialstyrelsen är barnmorskans uppgift att “*ge stöd i föräldraskapet och förberedelse inför förlossning*” (Socialstyrelsen, 2006). Att informera om smärtlindring och förlossningsförlopp är således en av barnmorskans yrkesuppgifter. Denna information ges blivande föräldrar på tre olika sätt; i informationsmaterial i form av tryckt text, via information på hemsidan 1177 Vårdguiden samt muntligt vid de individuella träffarna. Mödravårdscentralen spelar alltså en stor roll i kvinnans förberedelse inför förlossningen.

1.2 Syfte och frågeställning

Syftet med denna uppsats är att undersöka hur smärta och smärtlindring framställs i förhållande till normalitet och naturlighet i landstingens informationsmaterial om förlossning och graviditet. Vidare utforskas vilka sociala konsekvenser som kan tänkas bli av den diskursiva praktiken.

Uppsatsens frågeställningar lyder:

- *Hur framställs smärta och smärtlindring i informationstexterna?*

- *Hur förhåller sig dessa framställningar till den diskursen om den "naturliga" kontra medicinska förlossningen?*
- *Vilka potentiella sociala effekter kan den diskursiva praktiken ge?*

1.3 Disposition

Uppsatsen har en inledande problemformulering som belyser forskningsfrågans sociologiska relevans och aktualitet. Inledningen ger en kort överblick över hur ämnet diskuteras i media och inom det akademiska fältet. Uppsatsens ämne placeras därefter i en historisk och samtida sociologisk kontext i syfte att visa på fältets varierande struktur och komplexitet, och två huvudsakliga diskurser som präglat fältet presenteras. Den presenterade forskningen har i huvudsak använt kvalitativa intervjuer för att fånga upp kvinnans upplevelser, denna uppsats ämnar dock att undersöka informationsmaterial i syfte att kartlägga hur den rådande förlossningsdiskursen formuleras i text. Kritisk diskursanalys används därav som teori och metod, kompletterat med genusvetenskaplig teoribildning för att belysa förlossningen som en genuskonstituerande händelse. Uppsatsens resultat presenteras därefter enligt Faircloughs tredimensionella modell. I textanalysen analyseras informationstexternas lingvistiska drag, i analysen av den diskursiva praktiken analyseras hur texterna konsumeras och produceras, och i analysens sista del, social praktik, analyseras de strukturer som kan tänkas möjliggöra diskursen, samt dess potentiella effekter. Här kopplas genusperformativitet in som teoretiskt ramverk - detta avsnitt kan liknas vid en traditionell diskussionsdel där analysens resultat ställs upp och diskuteras mot tidigare forskning. Uppsatsen avslutas med en summering av resultaten samt en diskussion av de implikationer som arbetet har inneburit.

2. Tidigare forskning

I detta avsnitt kartläggs forskningsfältet kring förlossning - från kritiken mot medikaliseringen och vurmandet för det "naturliga", till perspektivet där det "naturliga" också kan förstås som en konstruerad och könad praktik. Uppsatsen ansluter sig till det sistnämnda perspektivet i syfte att bidra till ett mer nyanserat förhållningssätt på vad som anses vara "naturligt" gällande förlossning och moderskap. Tematiseringens syfte är tredelat; att ge en bild av hur de olika diskurserna vuxit fram, att presentera den samhällsvetenskapliga och humanistiska forskningen som finns på fältet samt att belysa fältets komplexitet genom att visa på hur det "naturliga" och medicinska inte alltid kan förstås som ömsesidigt uteslutande kategorier.

2.1 Kritik mot medikaliseringen av förlossning

Inledningsvis presenteras den forskningen som varit tongivande för kritiken mot medikaliseringen av förlossningsvården. Detta utgör det dominerande perspektivet som stor del av feministisk och sociologisk forskning har anslutit sig till. Denna kritik representerar "naturlighetsdiskursen".

Ann Oakleys forskning om graviditet och förlossning har varit definierande för det sociologiska forskningsfältet. I boken *Women confined: towards a sociology of childbirth* beskriver hon hur förlossningen har hamnat i händerna på medicinska institutioner vilket har format hela den kulturella förståelsen av graviditet, förlossning och reproduktion (Oakley, 1980:9-10). I följande citat beskriver hon denna problematik:

This paradoxical situation in which a large number of healthy people are treated with a barrage of medical and pharmacological techniques in surgeries, hospitals and clinics for a 'natural' and 'normal' condition (graviditet, min anm) has to do with the general social function of medicine, as well as with its specific management of reproduction (Oakley, 1980:18).

Hon definierar problemet med läkarvetenskapens kontroll över reproduktion och förlossning i termer av att det leder till ett patologiserande av dessa "naturliga" och "normala" tillstånd. Hon för även en diskussion om feminiteten som en social, kulturell och historisk produkt, snarare än en universell identitet som definierar en hel grupp människor (58). Detta resonemang kan liknas vid de teoretiska diskussioner som görs av Butler (och många andra) angående konstruktionen av genus 10 år senare (Butler, 1990).

Kritiken mot medikaliseringen har även formulerats av en annan gigant inom sociologin- Iris Marion Young:

[The] tendency of medical conceptualization to treat pregnancy as disease can produce alienation for the pregnant woman. She often has a sense of bodily well-being during her pregnancy and often has increased immunity to common diseases such as colds and flu. As we saw in the previous section, moreover, she often has a bodily self-image of strength and solidity. Thus, while her body may signal one set of impressions, her entrance into the definitions of medicine may lead her to the opposite understanding (Young, 1984:57).

Citatet ovan är taget från hennes text *Pregnant Embodiment: Subjectivity and Alienation* i *On female body experience: "Throwing like a girl" and other essays* (1984). Young menar att i och med medikaliseringen av förlossningsvården riskerar kvinnor att tolka sitt gravida tillstånd som patologiskt, vilket hon menar är problematiskt. I texten argumenterar hon för att den dominerade, medicinsk-tekniska vårdmodellen i USA alierar kvinnan från hennes förkroppsliga upplevelse att bära och föda barn genom att göra henne onödigt passiv under förlossningen. Införandet av tekniska

instrument, menar hon, fråntar kvinnan kontrollen över hennes “naturliga” intuitioner. Vidare problematiserar Young maktdynamiken mellan läkare och patient utifrån ett genusperspektiv och menar att könsmaktsordningen har möjliggjort denna hierarki som bidrar till kvinnans underläge.

Liknande kritik återfinns i boken *Birth as an American rite of passage* (1992), där antropologen Robbie E Davis-Floyd kritiserar den dominerande “teknokratiska” vårdmodellen i USA. Hon menar att dess förespråkare betraktar graviditet och förlossning som ett sjukdomstillstånd som behöver behandlas - ett perspektiv som står i rak motsats till det “naturliga” perspektivet där graviditeten, förlossningen och förlossningssmärtan anses vara någonting normalt och friskt (159-160). Robbie-Floyd menar att medikaliseringen har inneburit allvarliga och skadliga konsekvenser för kvinnor då de medicinska ingripanden har användas irrationellt och osystematiskt, samt att den ökade medikaliseringen grundar sig i modernitetens rädsla för det “naturliga” (1-2).

Sarah Jane Brubaker och Heather. E. Dillaway skriver i *Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences* (2009) hur den medikaliserade vårdmodellen som generellt sätt förespråkar att förlossningar bör äga rum på sjukhus, fortfarande utgör den dominerande förlossningsmodellen inom amerikansk sjukvården.

2.2 Förlossning som genuskonstituerande - ett motsatt perspektiv

Under detta tema presenteras delvis forskning som ger ett mer nyanserat perspektiv på medikaliseringens utveckling, huvudsakligen utifrån ett genusvetenskapligt perspektiv, samt forskning som påvisar förlossning som en genuskonstituerande process. Under detta tema är studierna från en mer samtida kontext vilket även kan förstås som ett tecken till paradigmskifte gällande hur förlossningsfrågan kan förstås.

Etnologen Helena Hörnfeldt skriver i sitt bidrag *Det “naturliga” födandets politik* i antologin *Naturlighetens positioner* (1998) hur diskursen om det “naturliga” innehåller en politisk aspekt (1998:30-35). I hennes studie intervjuar hon kvinnor som fött på ABC-kliniken, en förlossningsenhet skapad för “naturliga” förlossningar som präglas av uppfattningen om att graviditet och förlossning inte är ett sjukdomstillstånd. Hörnfeldt menar att tanken om den “naturliga” förlossningen fungerar som en könskonstituerande process genom att den reproducerade traditionella föreställningar om kvinnlighet. Hon kopplar diskursen om det “naturliga” till isärhållandet av könen och särartsfeminismen och framhåller hur det kritiska förhållningssättet till medikaliseringen innebär ett upprätthållande av en manligt och kvinnlig sfär där den patriarkala, bio-medicinska teknologin representerar fara, och det “naturliga” och goda representeras av kvinnlighet (Hörnfeldt, 1998).

Att förlossning är en genuskonstituerande process har även Karin A Martin påvisat i studien *Giving Birth Like a Girl* (2003). Intervjustudien visar hur vita medelklasskvinnor i USA iscensatte traditionellt kvinnligt kodade egenskaper som att vara trevlig, inkännande, självupppoffrande och omhändertagande under förlossningen. Detta ledde bland annat till att vissa kvinnor åsidosatte sina egna behov i rädsla för att "be om för mycket" (69). Sambandet mellan genus och förlossning har visats vara aktuellt i en variation av kulturella kontexter. I studien *Technologies of gender and childbirth choices: Home birth, elective caesarean and white femininities in South Africa* (2012). Där beskriver forskarna Rachelle Joy Chadwick och Don Foster hur förlossning kan förstås som ett sätt att göra kön. De undersökte hur 21 vita medelklass kvinnor i Sydafrika resonerade när de tog valet att föda med antingen planerat kejsarsnitt eller hemförlossning. De fann att kvinnors val av förlossning inte enbart kan förstås i termer av individuell agens, utan att de är inbäddade i traditionella kulturella föreställningar om kvinnlighet och reproduktion:

Our analysis showed that both home birthers and elective caesarean birthers negotiated and made childbirth choices in relation to three central technologies of gender: a patriarchal optics of childbirth, the "natural childbirth" ideal and "the good mother" imperative (Chadwick & Foster, 2012:333).

Både kvinnor som valde att föda "naturligt" hemma, och med planerat kejsarsnitt förhandlade med det kulturella idealet om att den "naturliga" förlossningen är en viktig del i konstruerandet av "det goda moderskapet".

Claudia Malacrida & Tiffany Boultons studie *Womens perceptions of childbirth "choices"* (2012) undersökte hur kvinnor förhåller sig till diskurserna om moral och femininitet i förhållande till kejsarsnitt och vaginal förlossning. Studien visar bland annat på att normen om den "naturliga" förlossningen lever kvar i den amerikanska kulturen och att den smärta som den vaginala förlossningen innebär ansågs utgöra en viktig del i skapandet av den självupppoffrande, värdiga och goda modern. Dessa föreställningar genererade dock negativa effekter för vissa av de kvinnor som hade frångått normen och av olika anledningar fött med kejsarsnitt. Dessa kvinnor beskrev ett tvivel gällande deras förmåga att vara mödrar vilket härleddes till känslan av att deras kroppar hade misslyckats med den "naturliga" uppgiften att föda ett barn. Studien visar att kvinnors förlossningsval inte kan förstås som fritt utan snarare är inbäddade i disciplinerande föreställningar om femininitet, moderskap och självupppoffring vilket bäddade för kvinnor att "misslyckas" med sitt moderskap oberoende av deras val av vaginal-, eller kejsarförlossning.

Problematiken kring kvinnans agens inom förlossningsdiskursen har även adresserats av Michele L Crossley i fallstudien *Childbirth, Complications and the Illusion of "Choice": A case Study* (2007). Hon använder sin egen förlossningsupplevelse som fall för att problematisera den rådande uppfattningen om kvinnans valfrihet i samband med förlossningen. Crossley var själv stark

influerad av den feministiska kritiken mot medikaliseringen och hade planerat för en “naturlig” hemförlossning, men händelseförloppet fortlöpte inte som planerat och avslutades istället på sjukhus med ett kejsarsnitt. Då uppstod kognitiv dissonans för Crossley eftersom hon upplevde sig helt maktlös inför förlossningens händelseförlopp, och inte längre kunde identifiera sig med det samtida narrativet om hennes möjlighet att påverka situationen. I artikeln problematiserar Crossley tanken om det “fria förlossningsvalet” utifrån premissen att det innebär en ansvarsförskjutning till kvinnan, en förskjutning som inte tar hänsyn till den ojämlikhet som präglar den maktstruktur som beslutet skall tas i. Vidare, menar Crossley, utgör tanken om att kvinnan kan ta makten över sin egen förlossning ett högt spel om är upplagt för en känsla av misslyckande.

2.3 Diskrepans mellan diskurs och praktik

I Becky Mansfields studie *The social nature of natural childbirth* (2007) utforskar hon hur det “naturliga” konstrueras i amerikansk självhjälpslitteratur om “naturliga” förlossningar. Mansfields invändning mot den tidigare forskning som gjort kring naturlighetsdiskursen är att det saknas en förståelse för komplexiteten i begreppets innebörd. Hon exemplifierar detta genom att peka på paradoxen i det faktum att det “naturliga” födandet alltid verkar behövas läras ut, vilket indikerar att det är en social konstruktion. Trots detta är förståelsen av både det “naturliga” och det medicinska präglat av ett dualistisk perspektiv där begreppen är ömsesidigt uteslutande.

I Ekaterina Borozdinas studie *The social organization of natural childbirth: the case of center for midwifery care* (2014) identifierar hon att det “naturliga” är ett glidande socialt koncept vars betydelse varierar beroende på vilken socio-kulturell kontext man befinner sig i. Borozdina har undersökt hur det “naturliga” upprätthålls och konstrueras i interaktionen mellan barnmorska och blivande mammor på en förlossningsklinik i St Petersburg. Ofta krävs ett ömsesidigt engagemang för att upprätthålla en nära kontakt mellan barnmorskan och mamman där den blivande mamman i regel behöver ägna mycket tid åt att tillägna sig kunskap om födande. Borozdina drar därigenom slutsatsen att den “naturliga” förlossningen snarare borde ses som en social konstruktion *skapad* genom mellanmänsklig interaktion, än som någonting av naturen givet.

Komplexiteten i att definiera vad som anses vara “naturligt” i samband med förlossning har även studerats av antropologen Margaret Macdonald. I hennes etnografiska studie *Gender Expectations: Natural Bodies and Natural Births in the New Midwifery in Canada* (2006) undersökte hon hur barnmorskor i Ontario orienterade sig i den rådande förlossningsdiskursen där den “naturliga”, medicinska förlossningen var den dominerande modellen att arbeta efter. Studien visar dock, i likhet

med Manfields studie, att definitionen av vad som anses vara “naturlig” inom barnmorskeprofessionen inte är entydigt definierat:

The discursive framework of midwifery rejects the taken-for-granted notion of natural birth for the reason that it fixes too firmly nature against culture, nature against medical and technological interventions, and sometimes, nature against women themselves (in the case of the failure to birth “naturally” (Macdonald, 2006:251).

Macdonalds studie visar att trots att barnmorskornas praktik var djupt inbäddad i den kulturella uppfattningen om kvinnans kropp som “naturligt” kapabel till att föda barn, var fortfarande kvinnornas individuella förlossningsupplevelser i huvudfokus vilket innebar att varje enskild individ kunde definiera vad som var “naturligt” för dem.

2.4. Tidigare forskning - sammanfattning

Den forskning som presenterats i detta avsnitt har syftat till att ge en tydlig bild av de rådande förlossningsdiskurserna, vilka kan delas upp i naturlighetsdiskursen och den medicinska diskursen. Dessa intar olika perspektiv på normalitet och naturlighet i samband med förlossning, och syftet med denna uppsats är att undersöka hur landstingens förlossningsinformation förhåller sig till dessa perspektiv. Det har även presenterats forskning som belyser komplexiteten i att se dessa diskurser som binära motsatser - ett perspektiv som är relevant att ha i åtanke vid läsningen av denna uppsats.

3. Teoretiskt ramverk

Denna uppsats präglas av ett antagande om att diskurser och den sociala världen står i ett dialektiskt förhållande till varandra. Det innebär att den förlossningsinformation som studeras bidrar till att konstituera den institution som den produceras inom, och vice versa. Kritisk diskursanalys gör anspråk på att kartlägga sambandet mellan språk, makt och social praktik vilket ligger i linje med uppsatsens ambition - att teoretiskt utveckla och resonera kring effekterna av en viss diskursiv praktik.

3.1 Kritisk diskursanalys

Kritisk diskursanalys är både en metod och en teoretisk inriktning. En central person för detta perspektiv är Norman Fairclough som ligger bakom den tredimensionella modellen. Fairclough definierar begreppet “diskurs” delvis som “*språkbruk såsom social praktik*”, men även som “*ett sätt*

att tala som ger betydelse åt upplevelser utifrån ett bestämt perspektiv” (Fairclough, 1995a:135 citerad i Winther Jørgensen & Philips, 1999:72). Fairclough skriver följande:

A text is a product rather than a process - a product of the process of text production. But I shall use the term discourse to refer to the whole process of social interaction of which a text is just a part. This process includes in addition to the text the process of production, of which a text is a product, and the process of interpretation for which the text is a recourse (Fairclough, 2001:20)

Enligt citat ovan kan en diskurs förstås som den sammantagna meningsskapande process som utgörs av artikulationen, produktionen och tolkningen av språkbruk. Fairclough menar att diskursens funktion är att konstruera sociala relationer, sociala identiteter samt kunskaps- och betydelsesystem (Winther Jørgensen & Philips, 1999:71-73). Detta sker genom att diskurserna verkar produktivt och konstituerar det som anses vara “naturligt” och normalt (Fairclough, 2001:76).

En grundval inom kritisk diskursteori är att diskurser och den sociala världen är ömsesidigt konstituerande (Winther Jørgensen & Philips, 1999:67-68). Detta perspektiv genomsyrar synen på maktförhållanden; vad gäller exempelvis ojämlikheten mellan män och kvinnor så skulle förespråkare för detta perspektiv mena att diskurser upprätthåller de sociala och materiella förhållanden som möjliggör denna ojämlikhet. Här är det viktigt att poängtera att Fairclough gör ett ontologiskt antagande om att det finns delar av den sociala världen som inte är av diskursiv karaktär som självständigt kan fungera som begränsande eller påtvingande. Detta står i kontrast mot exempelvis den mer renodlade strukturalistiska diskursteorin där det inte görs skillnad mellan diskurs och den materiella världen (Winther Jørgensen & Philips, 1999:68,42).

Ett syfte inom kritisk diskursanalys är att analysera det förgivettagna i den vardagliga interaktionen, då dessa antaganden konstituerar språkliga och sociala maktstrukturer (Fairclough, 2001:2). Därav ansluter sig kritisk diskursanalys till den socialkonstruktionistiska epistemologin där språket anses (re)konstruera den sociala världen (Winther Jørgensen & Philips, 1999:11). Kritisk diskursanalys är kritisk i den mening att den önskar använda språkbruk för att kartlägga ojämlika maktrelationer i den sociala organisationen (Winther Jørgensen & Philips, 1999:69).

Ett centralt begrepp för att förstå hur makt och diskurs är sammankopplat är genom att se till begreppet “ideologi”. Fairclough menar att diskurser blir ideologiska när de reproducerar en rådande diskursordning i syfte att upprätthålla maktrelationer. Diskurser kan således vara mer eller mindre ideologiska, beroende på hur reproducerande eller utmanande de är av diskursordningen (Fairclough, 2001:2). Den process varigenom diskursens betydelse fastslås utgör en hegemonisk

maktförhandling (Winther Jørgensen & Philips, 1999:80). Som exempel lyfter han den interaktion som sker mellan läkare och patient där hierarkin och maktfördelning är en "naturlig" ordning och en del av ett ideologisk grundantagande. Denna relation, menar Fairclough, är diskursiv och reproduceras språkligt när läkaren och patienten agerar in enlighet med dessa roller (Fairclough, 2001:2). Individen står därför alltid i en slags förhandling med den rådande makten eftersom den förhandlas genom språket i vardaglig interaktion.

3.2 Genusperformativitet

Mycket av den samtida forskning som presenterades i avsnittet om tidigare forskning visar på hur förlossning är en könskonstituerande process varigenom det ideala moderskapet och den normativa kvinnligheten upprätthålls. Olika förlossningsdiskurser har visats påverka kvinnors handlingsutrymme i riktning mot att handla i enlighet med de rådande genusnormerna.

Denna handlingsprocess kan förstås med hjälp av begreppet "genusperformativitet", vilket innebär att kön och genus kontinuerligt konstrueras och reproduceras genom upprepade handlingar (Butler, 1990:24-25). Butler gör upp med idén om genus som den sociala konstruktionen av könet då den uppfattningen förutsätter att könet existerar fördiskursivt - att det är någonting "naturligt" med inneboende egenskaper som det kulturella genuset anses avspegla. Hon vänder sig emot denna uppfattning och menar istället att genus bör beteckna hela den kulturella produktionsapparat varigenom vi skapar och upprätthåller könen, där förställningen om könet som någonting naturligt ingår. Butler föreslår även att kön bör förstås som en social konstruktion som upprätthålls genom diskursiva praktiker (6-7). Det är således ett fruktbart teoretiskt perspektiv för att belysa de effekter i mänskligt handlande som en viss diskurs skapar. Därtill är det användbart i syfte att kasta ljus över effekterna av vad det kan innebära att iscensätta sitt genus på "fel" sätt i en förlossningskontext.

Att iscensätta, eller göra, kön sker när vi upprepade gånger handlar efter ett genuskodat schema. Detta "schema" finns ofta artikulerat genom språkliga och kulturella normer som intvingar individer i särskilda beteenden. Genom att upprepa handlingar iscensätter vi genus, vilket stabiliserar dessa identiteter och gör de förgivettagna. (Butler, 2005:49; 1990:136). Butler betonar språket som en genuskonstituerande process och hon framhåller att dominerande diskurser formar mänskligt handlande. Exempelvis skulle genus, teoretiskt sett, kunna iscensättas på en rad olika sätt men trots det är rollerna ofta koherenta avspeglningar av traditionell maskulinitet och femininitet (Butler, 2005:49). För att exemplifiera så iscensätts en man traditionellt genom

handlingen att sitta bredbent, medan en kvinna iscensätts genom att sitta med hoppresade ben (Rosenberg 2005:15-16; Butler, 2005:68).

Genuskonstruktionerna upprätthålls och förstärks av tanken om det heterosexuella begäret, vilket bekräftar och legitimerar föreställningen om den binära genusordningen (Butler 2005:85). Att ha ett begripligt genus förutsätter även att vara attraherad av motsatt kön, vilket även råkar vara förutsättningen för reproduktion. Det finns således ett samband mellan graviditet och förlossning, och genus, eftersom reproduktionen legitimerar genusordningen. Detta till trots så finns det utrymme för förändring - genom att utföra subversiva, performativa handlingar kan däremot genusidentiteterna destabiliseras (Butler 2005:72–76). Förlossning kan sägas utgöra ett fundamentet för hela kön/genus distinktionen i och med att könets olika förutsättningar, i allmän mening, anses determinera vårt genus. Funktionen att kunna föda barn är vad som gör en kvinna till en kvinna. Sett ut Butlers perspektiv är detta dock en illusion - könets förutsättningar determinerar inte vilket genus du som individ iscensätter. Denna uppsats utforskar de effekter som blir av särskilda konstruktioner av kön och genus i ett förlossningssammanhang.

4. Metod

Den tidigare presenterade sociologiska forskningen inom förlossningsvården har generellt sett använt intervjuer som metod i syfte att belysa olika aspekter av förlossningsdiskurser. Denna uppsats gör dock anspråk på att börja i den andra änden; hur produceras diskursen textuellt? Ann Oakleys citat belyser det väsentliga i att vända sig till förlossningsinformation för att få inblick i de rådande föreställningarna om moderskap och förlossning:

‘Advice texts’ are instructive repositories of cultural ideas, which explains their importance to sociologists of childbirth. I turned to them as sources of dominant models of women as mothers in both ‘scientific’ and popular literature (Oakley, 2016:694).

Hon menar att framställningen av kvinnligt moderskap i informationstexter är kulturella representationer av vår samtid och genom att undersöka dessa kan vi skapa förståelse för vilka normer som präglar förlossningsdiskursen. Med avstamp i detta citat presenteras härnäst uppsatsens metodologiska val.

4.1 Material och urval

Det material som ligger till grund för analysen är landstingens och regionernas offentliga informationsmaterial om graviditet, förlossning och smärtlindring som ges samtliga blivande mammor via mödravårdcentraler. Urvalet begränsades till verksamheter i offentlig regi och specifikt material från enstaka vårdcentraler eller förlossningsavdelningar undveks då detta skulle innebära en lång insamlingsprocess som inte erbjöd samma systematik. Informationsfilmer, bilder och personliga förlossningsberättelser valdes bort i syfte att skapa ett enhetligt urval.

Informationssökningen inleddes med en sökning på internet efter landstingens/regionernas basprogram för graviditet i förhoppning om att det skulle stå formulerat vilket informationsmaterial de använder sig av. *Första sökningen* var således “namn på landsting+landsting+graviditet+basprogram” på samtliga landsting/regioner. I de fall där ett basprogram hittades närlästes texten efter information. Ifall ett informationsmaterial hittades som mötte kriterierna redan i första steget bedömdes det inte vara nödvändigt att gå vidare till att söka ytterligare information. I de fall där ett basprogram inte hittades, eller när basprogrammet inte gav någon utdelning gjordes *en andra sökning*. Denna gång gjordes den första sökningen om, men ändrades till “namn på landsting+landsting+graviditet+mödravård+basprogram” vilket resulterade i lite mer information. I de landsting/regioner där sökningen resulterade i bortfall söktes istället information på landstingets/regionens hemsida, eller via telefon.

Materialinsamlingen gav följande utdelning: 4 st regioner/landsting delar ut boken *Vänta barn*, 12 landsting/regioner hänvisar till 1177 vårdguidens nationella informationsmaterial om graviditet och förlossning, 3 landsting/regioner hänvisar till deras regionala information på 1177 vårdguiden, 4 landsting/regioner gav eget informationsmaterial och 2 landsting/regioner gav inget informationsmaterial alls (se tabell 1).

	"Vänta barn"	1177 vårdguiden	Regional 1177	Eget informationsmaterial	Ingen information
Region Uppsala	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Region Östergötland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Region Skåne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Region Kronoberg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Region Västmanland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Region Västernorrland	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Västra götalandregionen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Region Norrbotten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Region Halland	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Region Jönköpings län	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Region Jämtland och Härjedalen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Region Gotland	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Region Örebro län	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Region Norrbotten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Region Gävleborg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landstinget Dalarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Västerbottens läns landsting	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landstinget Sörmland	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landstinget Blekinge	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landstinget Kalmar län	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Stockholms läns landsting	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total	4	12	5	4	3

Tabell 1) Resultat av materialsökning. Kommentar: Varje landsting/regions informationsmaterial redovisat efter kategorierna *Vänta barn*, *1177*, *Regionala 1177*, *Eget material* och *Ingen information* samt kolumnsumma.

De artiklar som är tagna från 1177 består således av nationella artiklar från temana "förlossning" och "graviditet", men även av fristående artiklar som ligger under regionala 1177. Författarna till *Vänta barn* är samtliga barnmorskor eller läkare (Björklund, Fjellvang & Åhlund, 2015), författarna till artiklarna på 1177 likaså. Samtlig information kommer att användas i analysen, med undantag för *Vänta barn* där en avgränsning görs till kapitlen "Förlossningen" och "Kejsarsnitt" då dessa behandlar förlossningsrelaterade aspekter (Björklund, Fjellvang & Åhlund, 2015) Den totala mängden material omfattar cirka 150 sidor. I analysen behandlas samtligt material från 1177 (nationellt och regionalt) som samma informationskälla.

4.2 Ansats - kritisk diskursanalys

En central premiss inom kritisk diskursanalys är att kunskap anses vara en social konstruktion som förhandlas fram i syfte att gynna vissa grupper (Winther Jørgensen & Philips, 1998:12). Rent praktiskt innebär det att människor konstituerar vad som är kunskap genom olika former av interaktion, vilket följaktligen genererar sociala konsekvenser. Detta är ett viktigt antagande för denna uppsats då kunskapsreproducerande texter analyseras, och det kritisk diskursanalytiska

perspektivet tillhandahåller verktyg för att blottlägga texten som en diskursiv sanning snarare än som en objektiv. Kritisk diskursanalys har använts som en modell för att binda samman text och språkbruk med (sociala) maktprocesser, något som är relevant ur ett sociologiskt perspektiv.

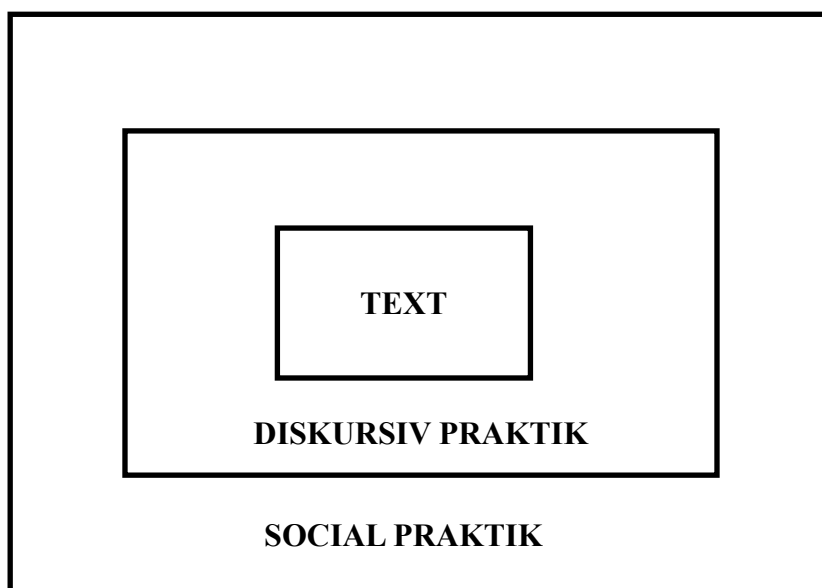
4.2.1 Analytiska begrepp

Här presenteras några centrala begrepp inom den kritiska diskursanalytiska metoden som kommer att användas i analysen. *Diskursordning* är summan av alla genrer och diskurser som används inom en social struktur eller domän, vilka ibland kan hamna i konflikt vilket kan bidra till att förändra diskursordningen. När diskursordningen förändras eller när nya diskurser artikuleras sker *interdiskursivitet*, som är en form av intertextualitet. Med *intertextualitet* avses det faktum att kommunikativa handlingar aldrig har en "egen början" utan alltid bygger på tidigare kommunikativa händelser (Winther Jørgensen & Philips, 1999:77). En diskurs specifika språkbruk kallas för *genre* och diskursen, tillsammans med dess genre, kallas för *diskurstyp* (Winther Jørgensen & Philips, 1999:73). När diskurstypen analyseras kan man undersöka olika *modaliteter* vilket innebär innebär att graden av instämmande i en sats undersöks, exempelvis genom att titta på vad som framställs som sanningar och inte, samt hur relationerna i texten konstrueras genom olika grader av tillåtelse mellan talare och mottagare (88-87)

4.2.2 Den tredimensionella modellen

Den diskursanalytiska modell som Fairclough har utarbetat består av tre analytiska kategorier som alla skall analyseras separat. Enligt Fairclough är varje fall av språkbruk är en *kommunikativ händelse* som har tre dimensioner:

1. Det är en text (tal, skrift, bild etc.) som är av lingvistisk karaktär.
2. Det är en diskursiv praktik, vilket syftar till de processer där text produceras och konsumeras.
3. Det är en social praktik (Winther Jørgensen & Philips, 1999:71-73).



Figur 1) Den tredimensionella modellen. Källa: egen tolkning av Faircloughs modell i Winther Jørgensen & Philips, s. 73.

Fairclough har även beskrivit denna trestegsraket på ett alternativt sätt där han menar att analysen av språkbruk är; “*en beskrivning av texten, en tolkning av relationen mellan text och interaktion och en förklaring av förhållandet mellan interaktionens och den sociala kontexten*” (Fairclough, 2009:91). Här är det viktigt att betonas att Fairclough inte separerar lingvistiska fenomen från sociala fenomen eftersom varje fall av språkbruk konstitueras *inom* en social praktik och ger sociala effekter (Fairclough, 2009:18-19). Således anser han det vara lönlöst att enbart undersöka en texts lingvistiska drag då den inte förbinder texten till de socio-kulturella strukturerna. Den tredimensionella modellen erbjuder möjligheten att utföra en social- och textanalys parallellt (Winther Jørgensen & Philips, 1997:71-73).

Rent praktiskt görs analysen i tre steg. I *första steget* utförs en analys av textens lingvistiska drag (Winther Jørgensen & Philips, 1999:75-90). Här riktas fokus på bl.a grammatik, satsföljd, ordval och modalitet. Vad gäller analys av modalitet i denna uppsats kommer delvis relationell modalitet, graden av auktoritet och tillåtelse mellan läsare och talare, och delvis expressiv modalitet, graden av sanningsanspråk i texten, användas (Fairclough, 2009:21-22,105). Syftet med detta steg är att identifiera hur maktrelationer byggs upp lingvistiskt i texten (91).

Andra steget är att analysera den diskursiva praktiken, där analyseras hur texten är producerad och hur den konsumeras. Fairclough menar att texternas produktion och konsumtion (tolkning) bygger på gemensamma uppfattningar vilka ger texterna meningsfullhet (Fairclough, 2009:17). I detta

analyssteg ligger fokus således på att identifiera interdiskursivitet och intertextualitet - med andra ord: vad som är förgivettaget och inte. Genom att se till dessa aspekter blir det möjligt att skönja vilka bakgrundsresurser (ideologiska förförståelser och tidigare kunskap) läsaren förväntas ha samt hur texten förväntas bli läst. Detta är en viktig aspekt i processen av att förstå hur makten förhandlas fram i en diskursiv praktik (Fairclough, 2009:118,127).

Det tredje steget är analys av den sociala praktiken. I denna dimension undersöks relationen mellan texten, den diskursiva praktiken och den sociala praktiken. Detta sker huvudsakligen genom att identifiera hur den diskursiva praktiken förhåller sig till diskursordningen - utmanar den diskursordningen eller reproducerar den befintliga diskurser (och således tolkaren befintliga bakgrundsresurser) (Fairclough, 2009:135). Här analyseras även de icke-diskursiva strukturerna som möjliggör den diskursiva praktiken genom att använda relevanta sociologiska teorier (Winther Jørgensen & Philips, 1999:75, 90).

4.3 Kodning

Analysförandet inleddes med flera närläsningar av materialet i syfte att skapa en intuitiv känsla av texternas karaktär. Därefter påbörjades kodningen vilken utfördes i programmet "Nvivo".

Kodningen tog avstamp de två teman som redan identifierats i frågeställningen: smärta och smärtlindring. Under kodningsprocessen växte flera kategorier fram induktivt, bland andra: smärtdefinitioner, metaforer, farmakologisk smärtlindring och icke-farmakologisk smärtlindring. Även koderna formulerades induktivt under läsningen. Resultatet av kodningen finns redovisade i tabell 2.

Tema	Smärta	Smärtlindring
Underkategori	Smärtdefinition, metaforer	Farmakologisk smärtlindring, icke-farmakologisk smärtlindring,
Koder:	Biologi, normalitet, förberedelse, stöd, visualisering, ofarlig, liv, förstagångsförlossning	Andning & avslappning, ta det lugnt, endorfiner, normalitet, uppmaning, tillåtelse, stöd, profylax, eventualitet, påverkan, smärta

Tabell 2) Kodningsschema.

Kodningen pendlade mellan att vara manifest och latent (David & Sutton, 2016:342). I vissa fall ansågs det vara mer fruktbart att applicera ett mer teoretiskt begrepp som "normalitet" eller "agens" på ett uttalande eftersom det bättre ringade in budskapet, men ibland användes även begrepp eller

ord som redan fanns i texten. Några koder som växte fram var bland annat: biologi, profylax, smärtdefinition, endorfiner, farmakologisk smärtlindring och uppmaning. När kodningen var klar placerades koderna under de olika kategorierna, varefter vissa gav nya underkategorier. Följande citat kodades med den manifesta koden "endorfiner" och den latent koden "uppmaning", och placerades i kategorin "smärtlindring":

Kom ihåg att du har reservkrafter som kommer fram under förlossningsarbetet. Bland annat får du en högre halt av endorfiner, kroppens eget smärtstillande ämne. Det gör att du klarar av mycket mer smärta än annars. Och när barnets huvud trycker på blir underlivet avdomnat (1177: Förlossningsrådsla).

Kodningen och kategoriseringen var behjälplig vad gäller reduceringen av materialet (David & Sutton, 2016:339). Genom analysprocessen blev det visuellt tydligt vilket material som inte fyllde något syfte och kunde tas bort från urvalet. Från den initiala mängden om 150 sidor kvarstod därefter ca 100 analyserbara sidor. Bortfallet berodde delvis på grund av att vissa informationskällor var upprepningar från andra hemsidor eller informationsmaterial, och delvis på grund av att materialet innehöll information om teman som var irrelevanta för min forskningsfråga. Exempel på bortvalda teman är: för tidigt födda barn, medicinska interventioner vid kejsarsnitt och omvårdnad under graviditet. Eftersom Faircloughs tredimensionella modell användes utfördes en tredelad analys, vilket skedde efter att den övergripande kodningen var utförd.

4.4 Trovärdighet och etiska överväganden

Analysmaterialet för denna uppsats är representativt eftersom det utgör ett nästintill totalurval av den förlossningsinformation som gravida kvinnor tilldelas via Sveriges regioner och landsting (David & Sutton, 2016:184). Det ger således en trovärdigt och representativ bild av den förlossningsdiskurs som blivande mammor möter idag. Bortfallet utgörs av de landsting där ingen information hittades, men det bedöms vara så pass litet (12 %) att resultatet fortfarande bedöms vara trovärdigt. Materialet har insamlats genom en systematisk sökning, och samtliga texter är naturligt förekommande, inte manipulerade samt offentliga vilket gör studien replikerbar (Winther Jørgensen & Philips, 1998:117).

Informationsmaterialet konsumeras i en kontext som präglas av en speciell maktstruktur som grundar sig på en ojämlig fördelning av kunskap där patienten förväntas ta vårdpersonalens råd som sanningar på grund av den expertkunskap de besitter (Denscombe, 2009:301). Texternas auktoritära och kunskaps(re)producerande syfte gör därigenom att de har stort inflytande och lämpar sig därför

väl för kritisk diskursanalys. De skriftliga källor som utgjort analysmaterial i uppsatsen är offentliga dokument vilket således inte inneburit några etiska implikationer (299-300).

En diskussion bör däremot även föras kring forskarrollen. Eftersom jag analyserar en diskurs som jag är relativt bekant med innebär det med sannolikhet att vissa påståenden och innebörder upplevs som självklara (Winther Jørgensen & Philips, 1998:21). Jag har dock försökt att hålla mig distanserad till texterna och analyserat dem systematiskt och noggrant där med stor uppmärksamhet på sådant som kan passera obemärkt förbi (21-22). En viktig utgångspunkt för uppsatsen har däremot varit att förhålla mig kritisk till den rådande förlossningsdiskursen, vilket är ett ideologisk grundantagande. Det hör till den kritiska diskursanalysens tradition att ägna sig åt kritisk forskning, men det kan problematiseras utifrån ett trovärdighetsperspektiv eftersom det kan leda så kallat "confirmation bias" där jag enbart bekräftar mig egen uppfattning. Jag har minimerat denna risk genom att förankra mina argument i empiriska exempel i syfte att visa på transparens analysen och det bör klargöras att jag har identifierat en social ojämlikhet, men att lösningen på detta problem inte är artikulert i analysen. Jag har även visat på empiriska exempel som visar på att diskursen inte är helt entydigt formulerad, utan innehåller delar från både naturlighets- och den medicinska diskursen. När jag argumenterar för diskursens problematiska konsekvenser i den tredje analysdimensionen förankrar jag detta i tidigare forskning och teori vilket styrker trovärdigheten i uppsatsen.

5. Resultat och analys

En kritik som förespråkare för naturlighetsdiskursen har riktat mot medikaliseringen av förlossningen har varit att inom denna diskurs betraktas graviditet och förlossning som ett sjukdomstillstånd (se exempelvis: Davis-Floyd, 1994; Oakley, 1980; Young, 1984). Inom naturlighetsdiskursen råder motsatt perspektiv där graviditeten anses vara ett friskt, normalt och naturligt tillstånd. Dessa olika uppfattningar formar följaktligen uppfattningen om hur smärtan bör hanteras. Forskning har visat att förlossning, på olika sätt, är en genus(re)producerande livshändelse (Hörnfeldt, 1998; Martin, 2003) och att naturlighetsdiskursens snäva normer präglar kvinnors förlossningsval (Chadwick & Foster, 2012; Crossley 2007; Malacrida & Boulton, 2012). Detta riskerar att skapa negativa sociala konsekvenser då diskursen blir disciplinerande när kvinnor försöker iscensätta "rätt" typ av moderskap och femininitet.

I denna analys kommer kritisk diskursanalys användas för att granska hur informationstexterna framställer förlossningen och förlossningssmärtan med utgångspunkt i dessa olika diskurser om

förlossning. Analysen är tredelad; först analyseras textens lingvistiska drag med särskilt fokus på expressiv modalitet, relationell modalitet samt ordval. Därefter följer en analys av den diskursiva praktiken där i huvudsak intertextualiteten analyseras och slutligen görs en analys av den sociala praktiken. På detta sätt besvaras frågeställningens tre delfrågor.

5.1 Textanalys

I textanalysen riktas fokus mot texternas lingvistiska drag. Det bör nämnas att de tre olika textkällorna skiljer sig något i karaktär; 1177s texter är mer stolpiga och informativa och *Vänta barn* och landstingens egna information är mer personliga. I textanalysen besvaras frågeställningens första delfråga: hur framställs smärta och smärtlindring i informationsmaterialet?

5.1.1 "Smärta som en skapande kraft" - om smärtan

Att bryta ner hur smärta förklaras och förstås i informationsmaterialet är en viktig del för att skapa förståelse för diskursen. Ifall smärtan anses vara negativ får det konsekvenser för hur den bör behandlas och tvärtom, vilket är relevant för frågeställningen.

En central del i samtligt informationsmaterial är att smärta framställs som någonting "naturligt" och ofarligt. Detta framhävs bland annat genom att framhålla smärtan som en effekt av den kvinnliga kroppens biologiska funktioner. Detta syns tydligt i *Vänta barn där* avsnittet om förlossningssmärta inleds med ett kortare informativt stycke om smärtans karaktär:

Smärtan har en kroppslig och en psykisk komponent. Hur man upplever smärta kan bero på vilka känslor och fantasier den väcker hos oss. Psykologiska faktorer som oro och självförtroende spelar stor roll. Det kan vara svårt att se någonting positivt i smärtan vid en obotlig sjukdom. Förlossningssmärta är däremot ett uttryck för livmoderns hårda arbete, som i sin tur resulterar i framförandet av ett barn. Den kan ses som en skapande kraft i jämförelse med smärta som är uttryck för skada eller sjukdom (Björklund, Fjellvang & Åhlund 2015:91-92).

I citatet råder olika grader av expressiv modalitet. Att smärtan både är fysisk och psykisk, samt att oro och självförtroende spelar stor roll för hur vi uppfattar den är två starka sanningsanspråk som görs. Däremot används ordet "kan" i samband med känslorna och fantasiernas roll i upplevelsen av smärta vilket indikerar en viss osäkerhet. Författarna framhåller även förlossningssmärtans resultat, födelsen av barnet, vilket reproducerar bilden av smärtan som positiv. Smärtan beskrivs som "*en skapande kraft*" (Björklund, Fjellvang & Åhlund 2015:91) i motsats till den smärta som uppstår vid skada vilket reproducerar den bilden. Författarna utelämnar dock de förlossningar som slutar med dödsfall, eller de fall där smärta kan vara ett tecken på att någonting är fel. Det sammantagna

intrycket av citatet är att smärtans psykologiska aspekter framhävs. Citatet innehåller även viss relationell modalitet, meningsuppbyggnaden i andra halvan av citatet föreslår att vid en obotlig sjukdom är förståeligt att känna uppgivenhet, men att du vid en förlossning *bör* känna positivitet och tacksamhet gentemot kroppens hårda jobb eftersom du snart kommer att få möta ditt nyfödda barn.

Även i flera av 1177s texter framhålls förlossningssmärtan som en “naturlig” effekt av den biologiska funktionen att föda barn. De skriver följande i en artikel om förlossningssmärta:

Smärtan som uppstår när du föder barn beror på de kraftiga värkarna och att barnet passerar förlossningskanalen. Smärtan är inte farlig. Men kroppen kan tolka den som något hotande. Då kan du känna dig rädd och orolig (1177: Smärta under förlossningen).

Grader av modalitet är hög i citatet eftersom författarna talar om för läsaren att förlossningssmärtan inte är farlig, utan en effekt av barnets passage genom förlossningskanalen. De förklarar även för läsaren att kroppen vanligtvis (miss)tolkar smärtan som hotfullt, och det implicita budskapet blir således att förlossningssmärtan är det motsatta - naturlig och normal. När smärtan framställs på detta sätt riskerar det att uppstår kognitiv dissonans eftersom dessa två påståenden kan tyckas vara motsägande - stark smärta upplevs som farlig, men den är inte det. Författarna erbjuder ingen lösning på detta problem, utan lämnar läsaren med ett slags normativt påstående. I citatet nedan återkommer budskapet om att smärtan inte är farlig:

Ofta är smärta förknippat med fara eller sjukdom. Därför kan smärta upplevas som otäck. Den kan också ge ångest. Det kan vara bra att tänka att smärtan när du föder barn inte är farlig, utan det är som det ska vara. Det kan göra mera ont om du samtidigt är rädd. Då kan det hjälpa att jobba med rädslan. Förbered dig mentalt på hur du ska tänka när smärtan blir intensiv. Öva på att andas lugnt. Försök sätta ord på vad du känner. Skapa en målbild över vad smärtan kommer resultera i. Det kan också vara bra att tänka att smärtan går över. Den är tillfällig. (1177: Smärta under förlossningen)

Författarna menar att smärta har konnotationer till sjukdom vilket gör att vi ofta uppfattar den som obehaglig och skrämmande och de förespråkar andningsmetoder och visualisering som smärt- och känslohantering. Citatet indikerar att förlossningen betraktas som ett friskt tillstånd i motsats till sjukdomstillståndet. Själva smärtan vid sjukdom särskiljs inte explicit från smärtan vid förlossningen, utan det råder ett underförstått antagande om att det är *effekterna* av smärtan som är annorlunda.

Samtliga empiriska exempel har hittills hanterat den vaginala förlossningssmärtan. När smärthantering vid kejsarsnitt dyker upp i texten ändras retoriken avsevärt:

När du föder barn med kejsarsnitt är du bedövd, så det gör inte ont [...]. Under själva operationen kan du uppleva att läkaren drar i magen och det kan kännas obehagligt. Men det ska inte göra ont [...]. Du kan behöva ta smärtstillande läkemedel i två till tre veckor. (1177: Smärta under förlossningen)

I detta citat behandlas smärtan annorlunda från den smärta som uppstår vid den vaginala förlossningen där smärtan anses vara positiv och normal. Smärtan som uppstår i samband med kejsarsnitt beskrivs som “obehaglig” och kvinnan ges tillåtelse till att ta farmakologisk smärtstillande. Här blir det tydligt hur kejsarsnittet betraktas som ett avvikande och sjukt tillstånd eftersom det kräver behandling. Frågan är vad som motiverar denna skiftning av inställning till smärta och smärtlindring. Vad skiljer smärtan vid kejsarsnitt åt från smärtan vid en vaginal förlossning, och varför skall de behandlas olika?

Att författarna definierar smärtupplevelsen åt läsaren sker genomgående i texterna, vilket även brukar mynna ut i någon form av tillåtelse från författarnas sida gällande hur smärtan bör hanteras:

[Öppningsfasen] är mer smärtsam och du kan behöva någon form av smärtlindring. Modermunnen ska fortsätta att vidga sig och barnet ska tränga ner i bäckeningången. I ett effektivt förlossningsarbete kommer sammandragningarna med cirka 2-3 minuters intervall och varar cirka 60-90 sekunder. (Hallands eget material: förlossningsförlopp)

Modaliteten är hög genom att författarna talar om för läsaren när det anses vara tillåtet att ta smärtlindring. På detta sätt cementeras maktrelationerna lite hårdare genom att läsaren fräntas sin individuella agens vad gäller smärtlindring, och förväntas förlita sig på författarna. Att smärtlindring begränsas till öppningsfasen är intressant med tanke på den uppfattning om smärtans intensitet som råder i 1177s material:

Den smärta du upplever när du föder barn är en av de mest intensiva smärtor man kan känna. Men det är väldigt olika hur ont man tycker att det gör. En del som upplevt njurstensanfall tycker att det gör ungefär lika ont. (1177: Smärta under förlossningen)

5.1.2 “Lita på biologin” - om förlossningen

Samtligt informationsmaterial präglas av en biologisk diskurstyp när förlossningen skall förklaras och begripliggöras. Förlossningens betonas som en kroppslig händelse, snarare än en psykologisk, eller emotionell.

Följande citat får exemplifiera hur biologin betonas i informationsmaterialet: “*Kom ihåg att människokroppen är gjord för att födas och att föda. Dessutom är säkerheten vid förlossningar på sjukhusen mycket hög*” (1177: Förlossningsrädsla). I detta citat, taget från en artikel om förlossningsrädsla uppmanas kvinnan till att förlita sig på kroppens biologiska funktion i

tankearbetet inför förlossningen. Rådet återkommer under artikeln “oro under graviditet”: “*lita på biologin, människan har fött barn i alla tider*” (1177: Oro under graviditet). I bägge citat betonas den biologiska förutsättningen att föda i samband, vilket, i samband med sjukhussäkerheten, framställs som en garanti för att förlossningen skulle gå bra. Att människokroppen är gjord för att föda behöver inte alltid betyda att förlossningen kommer att gå bra. Både mödra- och spädbarnsdödligheten är generellt sett högre när kvinnor föder hemma utan tillgång till medicinsk vård (Läkare utan gränser, 2018). Med andra ord kan således kroppens “naturliga” funktion innebära allvarliga risker för mamma och barn som inte tas i beaktande i informationsmaterialet.

Författarna har även en generell tendens till att beteckna den biologiska funktionen att föda som en *förmåga* i samband med smärthantering:

[...] trygghet och kunskap ger smärtlindring. En kvinna som känner sig väl förberedd och är övertygad om sin förmåga att föda har lättare att hantera sin smärta (Björklund, Fjellvang & Åhlund, 2015:92).

Att ordet *förmåga* används i samband med förlossning är anmärkningsvärt. Frågan är hur väl en kvinna som aldrig har fött barn innan kan vara säker på att hon besitter den påstådda “förmågan” eftersom en förstagångsförälder, som detta informationsmaterial vänder sig till, saknar de erfarenheter som skulle kunna bekräfta detta. Ordet ger även konnotationer till att förlossning är en prestation - någonting som kvinnan antingen kan lyckas, eller misslyckas med. Vidare görs ett påstående om att *en* kvinna hanterar sin smärta lättare med hjälp av trygghet och kunskap, men det är underförstått att det handlar om en godtycklig kvinna och således görs ett starkt sanningsanspråk om kvinnor generellt. Även region Halland intar ett essentialistiskt perspektiv när de skriver om förberedelser inför en förlossning:

För samtidigt som förlossningen är en utmaning som kan verka skrämmande i sin kraftfullhet så kan den också vara en utmaning i positiv bemärkelse. När man föder delar man en erfarenhet som kvinnor i alla tider upplevt. Att föda barn är att ge liv och en positiv förlossningsupplevelse kan göra att man växer både som kvinna och människa. Förlossningen är en möjlighet att lära sig mer om sig själv och om livet. Det är inte fel att se förlossningen som en stor prestation, för det är den. Och efter alla prestationer brukar vi uppleva stor inre tillfredsställelse. Så kan det också vara efter en förlossning (Hallands eget material: Mental förberedelse).

Förlossningen beskrivs som en positiv och kraftfull erfarenhet som kvinnor delar med varandra och som en händelse som kan berika dig med ökad självkännet och livserfarenhet. Förlossningens betydelse fastslås även som någonting positivt, samt som en stor prestation. Att förlossningen påstås vara en prestation presenteras som en sanning vilket indikerar att kvinnan, precis som vad gäller övriga prestationer, kan prestera bättre eller sämre. Citatet präglas av normativa påståenden om

förlossning som alla reproducerar den traditionella bilden av förlossningen som en övergångsrit till moderskap.

Dessa två inledande teman har visat på vilket perspektiv på smärta och förlossning som råder i texten - smärtan betraktas som någonting positivt och, framförallt, normalt och den vaginala förlossningen betraktas som någonting "naturligt" och friskt, i motsats till kejsarfödelsen som betraktas som en avvikelse från kroppens normaltillstånd. Denna uppfattning präglar de smärtlindringsmetoder som fortsättningsvis förespråkas i texterna.

5.1.3 "Avslappning minskar smärtan"- om smärtlindringsmetoder

Detta tema syftar till att visa på hur smärtlindring framställs i informationstexterna. Att använda någon form av smärtlindring under förlossningen framställs som någonting normalt: "*Under en förlossning är det vanligt att någon form av smärtlindring används*" (1177: Smärtlindring inför förlossningen). Författar specificerar dock inte vilken sorts smärtlindring som brukar användas.

För att tydligt ge en bild av den smärtlindringsdiskurs som råder i texterna presenteras inledningsvis några citat som visar på hur den blivande mamman skall förbereda sig inför förlossningen. Syftet med dessa exempel är att visa på att det sker olika typer av ansvarsförskjutning från vården till kvinnan vad gäller smärthanteringen under förlossningen.

I *Vänta barn* skriver författarna följande: "*En bra förberedelse inför förlossningen är att skaffa sig kunskap om förlossningen de olika skedena, värkarbetets rytm och möjligheterna till smärtlindring*" (Björklund, Fjellvang & Åhlund, 2015:92). Det betonas alltså att det är kvinnans ansvar att tillägna sig information om smärtlindringsalternativen, förlossningens faser och hur värkarbetet fungerar. Vad syftet med den kunskapsförberedelsen är är oklart, men att smärtlindring beskrivs som en "möjlighet" indikerar att författarna ger läsaren tillåtelse att använda farmakologisk smärtlindring ifall trygghet, kunskap och självförtroende inte räcker till.

Under rubriken "*att förbereda sig inför smärtan*" i 1177s artikel om smärta under förlossningen uppmanas den blivande mamman till att känna tillit:

Ett sätt att förbereda sig är också att lita på personalen. Det är svårt att veta i förhand hur förlossningen kommer att bli och hur det kommer att kännas. Personalen har erfarenhet och kunskaper så att de kan hjälpa dig att hantera smärtan oavsett hur förlossningen blir. Det kan vara bra att skriva en förlossningsplan om det känns viktigt att få fram dina funderingar till personalen. (1177: Smärta under förlossningen)

Att lita på personalen framställs som en bra metod för att förbereda sig inför förlossningen eftersom det kan vara svårt att förutspå förlossningsförloppet. Meningen föreslår att den födande kvinnan

skall överlämna kontrollen till personalen eftersom hon inte kan styra avsevärt mycket under processen. Detta är ett exempel på hur kvinnan fräntas sin agens samtidigt som det ställer ett stort krav på att hon skall släppa kontrollen och känna tillit. Budskapet krockar även något med det handlingsutrymme hon tillskrivits i tidigare texter där hennes möjlighet att själv få bestämma smärtlindring framhävs: “Men du kan alltid lita på att du får hjälp med smärtlindring utifrån dina behov om du behöver det” (1177: Smärta under förlossningen).

Att de evidensbaserade smärtlindringsmetoder som finns skattesubventionerade inte förespråkas i de förlossningsförberedande citaten indikerar ett normativt ställningstagande emot farmakologisk smärtlindring. Att reducera kvinnans möjlighet att kontrollera förlossningens sker vid flertalet tillfällen i artiklarna. Följande citat är hämtat från artikeln “förlossningsrädsla”:

Fokusera på det som faktiskt går att kontrollera. Du kan till exempel påverka hur du andas och vilken ställning du vill föda i. Du som är medförälder kan ha en klocka och kontrollera hur lång tid värkarna tar [...] (1177: Förlossningsrädsla)

Här begränsas kvinnans möjlighet till kontroll till att enbart handla om andning och ställning att föda i. Ordet “faktiskt” indikerar att detta att det är ett faktum att dessa aspekter är kontrollerbara, till skillnad från andra aspekter av förlossningen. Att inte betona detta faktum kan tolkas som en strategi av talaren som utförs i syfte att få fram sin ideologiska ståndpunkt i frågan.

Samtligt informationsmaterial informerar om båda grupperna av smärtlindring men det råder en ojämlikhet gällande hur ofta och på vilket sätt de icke-farmakologiska metoderna framställs jämfört med de farmakologiska. I 1177 introduceras de förstnämnda metoderna för läsaren i nästintill samtliga artiklar under temat “förlossning”, medan de farmakologiska metoderna introduceras för första gången i artikeln “smärta under förlossningen”. Läsaren bekantar sig på så sätt med de icke-farmakologiska metoderna i flera artiklar - en språklig struktur som indikerar vilken typ av smärtlindring författarna förespråkar. Även i *Vänta barn* presenteras de icke-farmakologiska smärtlindringsmetoderna först. I avsnittet om smärtlindring skriver de följande:

Förberedelse och kunskap minskar oro och smärta [...] Stöd från anhörig och barnmorskan minskar smärta [...] Massage, dusch och bad ger avslappning som minskar smärtan [...] Akupunktur och tens kan ge avslappning ovh viss smärtlindring [...] Tens kan påbörjas i hemmet (Björklund, Fjellvang & Åhlund, 2015:93).

Här framställs påståendet om att trygghet, kunskap och stöd ger smärtlindring som ett faktum, men om det rör sig om ett orsakssamband eller individuella upplevelse utelämnas och läsaren förväntas förlita på författarnas expertkunskap. Författarna gör även flera olika sanningsanspråk på individens

subjektiva upplevelser och gör dem till universella sanningar, vilket gör att det råder hög grad av modalitet. Samtliga icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder framställs som logiskt alternativ genom att deras effekter framställs som goda. När den farmakologiska smärtlindringen presenteras ändras karaktären på texten:

Lustgas ger viss smärtlindring [...] Ryggbedövningar. EDA och spinalbedövning ger effektiv smärtlindring men kan dämpa värkarbetet [...] Livmoderhalsbedövning (PCB) kan ges under öppningsskedet men kan påverka barnets hjärtfrekvens [...] Bäckebottenbedövning (PDB) kan ges inför krystningen (Björklund, Fjellvang & Åhlund, 2015:93).

Här är det relevant att jämföra hur den farmakologiska smärtlindringen framställs jämfört med den icke-farmakologiska. Den icke-farmakologiska smärtlindringen presenteras i positiv ton och dess effekter framställs som goda, med undantag från akupunktur och tens som kan ge "viss" smärtlindring. Modalitetsgraden är således hög. Vid presentationen av den farmakologiska smärtlindringen ges däremot en nackdel eller tveksamhet till respektive metod, med undantag från PDB vilket gör graden av modalitet låg vilket ger läsaren intrycket av att de farmakologiska metoderna är mer riskfyllda. Prioriteringen i hierarkin ger även läsaren känslan av att författarna förespråkar de icke-farmakologiska metoderna eftersom att de presenteras först och samt utan nackdelar. Denna typ av framställning återkommer i samtligt informationsmaterial. Det sammantagna intrycket av denna presentation ger ett intryck av en värdehierarki där de "naturliga" metoderna är att föredra eftersom de saknar nackdelar, detta trots att det finns väldigt lite evidensbaserad forskning på exempelvis psykoprofylaxen effekter (Gagnon & Sandall, 2007) och väldigt goda studerade effekter på exempelvis ryggradsbedövning (Region Kronoberg, 2014).

Ett vanligt förekommande råd i samtliga artiklar från 1177 är att den blivande mamman skall träna på avslappning inför förlossningen för att minska smärtan: "*Genom att träna avslappning före förlossningen och använda sig av avslappningsmetoder under förlossningen minskar rädslan och med det också smärtan*" (1177: Smärta under förlossningen). Avslappningens goda effekter på smärtupplevelsen förklaras genom att den minskar rädslan. Här görs ett sanningsanspråk utan att någon grund för påståendet redovisas, och trots att rädsla och smärta är subjektiva upplevelser görs de här till allmängiltiga känslor som kan rättas till med universallösningar. Rådet återkommer i artikeln "smärtlindring inför förlossning":

En del barnmorskemottagningar anordnar psykoprofylaxkurser. Där får du träna andning och avslappning inför förlossningen. Profylaxen kan göra att du känner dig bättre förberedd. Du som är blivande medförälder får till exempel träna på att ta tid på värkar och ge massage (1177: Smärtlindring inför förlossningen).

I citatet introduceras psykoprofylaxen, en andningsmetod som används som smärtlindring. Modaliteten i citatet är relativt låg eftersom författarna formulerar att metoden "kan" göra att du känner dig bättre förberedd, en formulering som eventuellt görs mot bakgrund av den bristfälliga evidens som finns om metoden. Detta till trots väljer *Vänta barn* att framhäva metodens fördelar: "*Andningen kallas för profylaxandning och metoden upplevs av många som en effektiv smärtlindringsmetod*" (Björklund, Fjellvang & Åhlund, 2015:94). Detta påstående gör ett relativt starkt sanningsanspråk genom att påstå att *många* upplever metoden som effektiv. Psykoprofylax är en väletablerad icke-farmakologisk smärtlindringsmetod som introducerades på 50-talet av Fernand Lamaze (Fjell, 1998:12) Denna metod väger tungt inom förlossningsvården i Sverige och rekommenderas i samtliga informationskällor (Björklund, Fjellvang & Åhlund, 2015:94; Region Halland: smärtlindring; 1177: Smärtlindring inför förlossningen).

Metodens aktualitet idag skulle kunna förstås utifrån den feministiska kritiken mot medikaliseringen då en kritik de förde fram var att kvinnor alienerades från sina kroppar och förlorade sin "förmåga" att själva ha kontakt med sina kroppar när de gick över till att föda barn i en sjukhusmiljö. Att idag ge kvinnan valmöjlighet att påverka förlossningen med hjälp av andningsmetoder kan förstås som ett effekt av denna diskurs.

Samtliga informationskällor präglas av denna typ av retorik där andningen och avslappningens fördelar betonas och förstärks. Det görs genomgående sanningsanspråk om att avslappning minskar rädslan och att andning är ett effektivt smärtlindringsverktyg men det presenteras i olika format. Nedan följer ett citat där en medicinsk diskurstyp används i syfte att motivera avslappningsmetodens fördelar:

När det gör ont i kroppen skickas smärtsignaler till hjärnan. Smärtsignalerna går genom nervtrådar. Hjärnan tar emot information om hur ont det gör och var smärtan sitter. Vissa av nervtrådarna passerar ett område i hjärnan som har hand om känslor. Nervtrådarna blir extra retade om du känner rädsla och oro. Det lugnar nervtrådarna om du känner dig trygg och avslappnad (1177: Smärta under förlossningen).

Nervtrådar och smärtsignaler är ord som stärker trovärdigheten i citatet och ger en legitim grund till citatets påstående om att "*det lugnar nervtrådarna om du känner dig trygg och avslappnad*". Även i Dalarnas egna informationsmaterial framställs ett gott stöd i kombination med avslappning som en god smärtlindringsmetod:

Ett gott stöd av din partner, en väninna, en släkting och din barnmorska är kanske den viktigaste hjälpen för att hantera och klara av smärtan [...] Genom att andas lugnt har du lättare att slappna av och möta värkarna. Andningen hjälper dig att slappna av i hela kroppen. Under öppningsskedet är

det bara livmodern som behöver arbeta och det är bra att inte göra av med onödig energi på t.ex. spända axlar (Dalarnas eget material: Smärta och smärtlindringsmetoder).

Budskapet om att avslappning ger smärtlindring reproduceras, och individuella upplevelser tas i anspråk och görs till universella sanningar. I citatet tilltalas läsaren i du-format vilket är ett sätt att textuellt skapa en personlig relation till läsaren. Detta gör även att de råd som framförs tolkas som välvilliga och riktade till just dig. Vidare förespråkar Halland, Sörmland och Dalarna någon form av andningsmetod som initial smärtlindring då dessa påstås ha goda effekter. Kronobergs landsting skiljer sig från de övriga landstingen med eget informationsmaterial då deras material förespråkar ryggradsbedövningen epidural: *“Ryggbedövning är den effektivaste smärtlindringen man kan få under en förlossning. Den påverkar dessutom inte medvetandet”* (Kronobergs eget material: Ryggbedövning som smärtlindring vid förlossning). Epiduralen presenteras som den mest effektiva smärtlindringen kvinnan kan få vid förlossningssmärta, och citatet framhäver en av epiduralens fördelar - denna typ av presentation är unik för informationsmaterialet. När ryggradsbedövning presenteras i andra texter framhävs genomgående dess negativa effekter vilket gör att styrkan i metoden tappar kraft (se exempelvis: 1177: Ryggbedövning).

Även 1177 arbetar lingvistiskt med metaforer. Under rubriken *“så kan du hantera smärtan”* uppmuntras läsaren till att fantisera om stunden du får träffa ditt nyfödda barn i syfte att distrahera smärtan:

Så kan du hantera smärtan. Det finns olika sätt att hantera smärta på. Du kan: Ignorera. Fortsätt med vad du håller på med och låt inte smärtan styra. Distrahera. Ta ett bad, se en film, lyssna på musik eller något annat du tycker om. Acceptera. Tänk på att smärtan hör till förlossningen. Det onda tar dig närmare stunden då du får träffa barnet (1177: Smärta under förlossningen).

Här är det relevant att notera att ingen farmakologisk smärtlindring presenteras i citatet trots att texten handlar om smärthantering. Smärtan beskrivs även som en del av förlossningen och det fastslås därigenom som en universell sanning att det skall göra ont att föda barn. Genom att använda metaforen om det nyfödda barnet blir läsaren uppmanad till att försöka ha en positiv och hoppfull känsla. Åter igen ignoreras den förkroppsligade smärtupplevelsen genom att betona utfallet av smärtan.

Mycket av 1177s informationsmaterial riktar sig till latensfasen - den del av förlossningen som leder fram tills kvinnan anses vara i aktiv förlossning:

Under latensfasen brukar man oftast vara hemma och ta det lugnt. Det är bra att försöka slappna av och spara på krafterna. Du kan ta smärtstillande läkemedel med paracetamol om du behöver. Värme och massage hjälper också mot smärta. Fasen kan vara jobbig eftersom du har lite ont nästan hela

tiden [...] Efter latensfasen kommer öppningsfasen. Då ska livmodertappen öppna sig helt så att barnet kan komma ut i slidan. Under öppningsskedet känns värkarna starkare. De blir längre och mer regelbundna. Då kan det vara bra att komma till förlossningsavdelningen. Där kan du få hjälp att hantera smärtan (1177: Förlossningen olika faser).

Kvinnan uppmuntras till att vara hemma och på eget bevåg försöka hantera värkarna genom avslappning. Författarna skriver att man "brukar" vara hemma och ta det lugnt, vilket är ett intetsägande påstående då det inte finns någon annan plats för kvinnan att vara vid en "normal" latensfas, varken på förlossningen, akutmottagningen eller vårdcentralen. Det är även relevant att se till hur författarna ger läsaren *tillåtelse* att ta paracetamol vid behov - det är således inte en självklarhet. Därefter skriver de att öppningsfasen börjar och värkarna blir starkare och att det då anses det vara praxis att komma till sjukhuset och få hjälp med smärtlindring. Utifrån detta citat blir läsaren varse om att det finns grader av smärta som kräver grader av smärtlindring, och det framgår av texten att latensfasen inte kräver vidare farmakologisk smärtlindring än paracetamol. Författarna gör samtidigt ett sanningsanspråk på den högst subjektiva smärtupplevelse genom att bestämma på vilket sätt smärtan bör hanteras.

Citatet kan betraktas som ett sätt att legitimera den struktur som råder i förlossningsvården som bygger på att kvinnan skall vara hemma under den tidiga delen av förlossningen där hon inte har tillgång till sjukhusets starkare farmakologiska smärtlindring. Det ligger således i sjukvårdens intresse att kvinnan skall behärska de "naturliga" metoderna innan hon kommer in till sjukhuset i aktiv förlossning.

5.1.4 Textanalys - sammanfattning

Det sammantagna intryck som textanalysen visar är att delar av naturlighetsdiskursen reproduceras i texterna genom att förlossningssmärtan genomgående framställs som någonting positivt och ofarligt. Smärtan målas upp som ett "*uttryck för livmoderns hårda arbete*", och som "*en skapande kraft*" vilket indikerar att den är ofarligt. Det dras även en skiljelinje mellan smärta vid sjukdom och smärta vid förlossning vilket tyder på att förlossningen ses som någonting "naturligt" och frisk. Uppfattningen om förlossningen som ett friskt tillstånd motiverar de smärtlindringsmetoder som initialt förespråkas vilka är avslappning, psykoprofylax, trygghet, stöd och kunskap. Samtidigt framställs den farmakologiska smärtlindringen som alternativ - ändock ett mer riskfyllt sådant.

Ett annat framträdande fynd av textanalysen är att sjukvården prioriterar den biologiska och kroppsliga förståelsen av smärta där de psykologiska och emotionella upplevelserna inte tas i beaktning. Biologiska förklaringsmodeller ges genomgående företräde framför socio-kulturella när smärtan och förlossning skall begripliggöras vilket för tankarna till särartsfeminismen där

genusstrukturer upprätthålls och legitimeras på grund av biologiska förutsättningar. När författarna däremot informerar om förlossningssmärtan vid kejsarsnitt beskrivs denna i negativa termer och smärtlindring förespråkas, något som indikerar att kejsarsnittet är en avvikelse från det "naturliga" förloppet.

5.2 Diskursiv praktik

I analysen av den diskursiva praktiken analyseras hur texten produceras och konsumeras. Syftet är att försöka förstå hur mening skapas i dessa processer genom att bland annat se till texternas intertextualitet och interdiskursivitet. Enligt Fairclough är varje text öppen för flertalet tolkningar eftersom mening tillskrivs av läsaren (Winther & Jörgensen:1998:75-56).

5.2.1 Interdiskursivitet och intertextualitet

Det råder hög grad av interdiskursivitet i texterna och den första diskurstypen som kan urskiljas är den biologiska diskursen. Ett gemensamt drag för samtliga texter är att det biologiska perspektivet på förlossning ges företräde framför sociala, psykologiska och kulturella tolkningsmodeller - förlossningen reduceras till någonting biologiskt och "naturligt". Detta rimmar väl med den allmängiltiga uppfattningen om det biologiska är det allra mest naturliga. Vidare får könets inneboende funktion, eller essens, motivera och legitimera de kulturellt betingade förlossningsstrategier som presenteras i texterna.

Den andra diskurstypen som identifierats är den psykologiska. Denna artikuleras genom att använda begrepp som känslor, oro, trygghet, självförtroende, tillit och förmåga i samband med smärta. Genom att denna genre används upplevs de icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder som förespråkas som "naturliga" och självklara eftersom de bygger på individens inbäddade, kroppsliga funktioner. Vidare förenklas läsarens allmänna kännedom om psykologi och medicin även tolkningen av budskapet; vi har tidigt lärt oss att ju mer vi spänner oss vid smärta desto ondare gör det. Den tredje diskurstypen som råder i texten är den medicinska diskursen; specifika termer som endorfiner, nervtrådar och smärtcentrum etc. används för att förklara och begreppsliggöra smärtans karaktär. Författarnas yrkesroller ingår i sjukvårdssystemet vilket leder till att betydelsen av dessa begrepp tas för givet, och det skapar en maktobalans mellan läsaren och författaren. Den farmakologiska smärtlindringen framställs även som ett (riskfyllt) alternativ i texterna, vilket är ett tecken på att delar av en medicinsk diskurs råder i informationsmaterialet. Slutligen kan den

medicinska och psykologiska vetenskapen anses stå högt i den vetenskapliga hierarkin, vilket ökar textens trovärdighet.

Textmaterialet präglas av både latent och manifest intertextualitet. I 1177s artiklar råder en latent intertextualitet där de genomgående refererar till sina egna artiklar. Liknande intertextualitet råder i både *Vänta barn* och i landstingens egna material då bägge informationskällor hänvisar till "Signekursen" som är en psykoprofylaxkurs. Den sammantagna känslan är att det finns uttalade riktlinjer och normer som författarna skall följa gällande smärtlindring, vilket gör att texternas karaktär och innehåll liknar varandra. En markant skillnad som identifierats i de olika informationsmaterialen är att landstingens egna material är mer präglade av normativa och värdeladdade påståenden än i både 1177 och *Vänta barn*.

Texterna skrivs i en blandning av du-form och vi-form vilket ger den en informell, intim känsla samtidigt som den är auktoritär, informativ och periodvis stolpig. Genom förekomsten av de tidigare nämnda diskurstyperna, och den delvis intima, och delvis auktoritära tonen kan detta delvis förstås som en reproduktion av den diskursiva praktik som vanligtvis återfinns mellan läkare och patient. Men samtidigt finns en markant skillnad; inom i denna diskurs uppmanas individen till att ta avsevärt mer ansvar i denna diskurs än vad patienter vanligtvis gör inom sjukvårdens diskursiva praktik. I princip alla av de "naturliga" smärtlindringsmetoder som förespråkas innebär att kvinnan själv skall tillägna sig strategier för att hon på bästa sätt skall kunna hantera förlossningssmärtan. Förlossningen konstrueras således som ett problem som skall lösas, men där lösningen till stor del bygger på den enskilde individens agens.

5.2.2 Tolkningskontexten

Samtliga informationstexter produceras i syfte att påverka läsaren, på så sätt finns ett tydligt ideologisk budskap. Läsaren av informationsmaterialen antas i regel vara förstagångsförälder vilket oftast framgår på följande sätt: "*En förlossning brukar ta ungefär 10–18 timmar, om du föder barn för första gången*". I de fall som texterna vänder sig till andragångsföräldrar skrivs det oftast ut explicit. För att förstå hur dessa texter landar hos läsaren är det relevant att skapa en förståelse för den sociala kontext som läsaren förmodligen befinner sig inom.

Den diskurs som läsaren möter i texterna reproducerar vanligt förekommande antaganden om kvinnlighet och biologi vilket underlättar tolkningen av budskapet. Att kvinnan exempelvis har en inneboende *förmåga* att föda barn, och att hon besitter en slags *urkraft* som väcks till liv under en förlossning är vanligt förekommande föreställningar om den (vaginala) förlossningen. Vidare så kan det "naturliga" påstås utgöra en kulturell norm, och att klara av någonting på "naturlig" väg, oavsett

ifall det handlar om en förlossning eller att skapa ett attraktivt yttre, anses generellt sett vara finare än motsatsen. Detta är någonting som framförallt kvinnor drabbas av när det gäller praktiserandet av moderskap, eftersom det är någonting som länge ansetts vara kvinnans "naturliga" uppgift.

Trots att det idag råder ett slags allmängiltigt antagande om att genus är vårt "sociala kön", och att biologiska förklaringsmodeller om manlighet och kvinnlighet är daterade, så råder fortfarande väldigt traditionella uppfattningar gällande just förlossning. Textuellt framgår detta genom att författarna inte ger några incitament till varför kvinnor uppmuntras till att genomgå den smärtupplevelse som den vaginala förlossningen utgör med hjälp av icke-farmakologisk smärtlindring, vilket bekräftar den "naturliga" diskursen. Noteras bör även att det inte ges några vetenskapliga referenser som bakgrund till varför de förespråkar en viss smärtlindringsmodell, inte heller förs någon diskussion om för- respektive nackdelarna med de olika smärtlindringsgrupperna utan modaliteten är genomgående hög vad gäller expressiv modaliteten. Som inledningsvis presenterades, och som påvisades i tidigare forskning, så har det börjat växa fram skildringar om kvinnors upplevelser av det stigma som denna uppfattning bidrar till.

5.2.3 Diskursiv praktik - sammanfattning

I analysen av den diskursiva praktiken har det identifierats en psykologisk, en medicinsk och en biologisk diskurstyp. Det är alltså hög grad av interdiskursivitet i texten, något som Fairclough menar är ett tecken på hög förändringspotential (Winther Jørgensen & Philips, 1999:73). Vad gäller intertextualitet bygger vissa av dessa texter på varandra, medan andra står mer eller mindre självständiga trots att de underbyggs av samma normsystem. Både den medicinska och den psykologiska diskursen reproducerar allmänt kända föreställningar om smärtupplevelse - om vi bygger vidare på det tidigare nämnda allmängiltiga antagandet om att fysisk spänning ökar upplevelsen av smärta, så kan vi även lägga till att vi vet att smärta upplevs förkroppsligat, samt att detta kan kontrolleras med läkemedel som är någonting "onaturligt" vilket anses vara sämre än det "naturliga". Informationstexternas tydliga hälsofrämjande syfte innebär att de blir lästa med stor respekt och författarna använder sig av olika modaliteter för att stärka sin position som rådgivare, bland andra expressiv och relationell modalitet. Detta etablerar en maktobalans mellan avsändaren och mottagaren och det är underförstått att avsändaren är mer kunnig än läsaren. Läsarens tidigare kunskap om psykologi och medicin, och maktförhållandet mellan läkare och patient underlättar hans tolkning av budskapet.

5.3 Social praktik

Hittills i analysen har informationsmaterialets förlossningsdiskurs brutits ner textuellt, ställts upp mot de två större metadiskurserna som skissades upp i inledningen och analyserat hur texterna produceras och kan konsumeras. Nu följer en analys om de sociala och strukturella aspekterna som kan tänkas möjliggöra denna diskurs, och hur detta kan förstås utifrån ett sociologisk perspektiv.

5.3.1 Diskursordningens förhållande till den diskursiva praktiken

Det sammantagna intrycket av textanalysen och analysen av den diskursiva praktiken kan närmast förstås som ett reproducerade av traditionella perspektiv på femininitet och moderskap som ofta grundar sig i en slags essentialism. Inom den ifrågavarande diskursen får biologiska förklaringsmodeller motivera de sociala och kulturella praktikerna. Detta perspektiv på förlossning legitimeras av de auktoritära och inflytelserika diskurstyper som används i texten vilka ofta finns representerade i sjukvårdens diskursordning. Något som dock är relevant vad gäller texternas auktoritet är att de diskurstyper som används har stor trovärdighet till följd av deras vetenskapliga tyngd. Både den medicinska och psykologiska vetenskapen präglas av tilltro till evidensbaserad forskning, vilket gör det anmärkningsvärt att de metoder som huvudsakligen förespråkas saknar denna typ av resultat.

Diskursen kan oavsett påstås reproducera delar av den diskursordning som råder inom den medicinska domänen, med ett undantag: inom den diskurs som råder i informationsmaterialet förskjuts en stor del av smärthanteringen från vården till patienten genom att samtliga textförfattare framhäver vikten av att vara mentalt och känslomässigt förberedd för att enklare kunna hantera förlossningssmärtan. Denna "outsourcing" av tjänster till individen är relativt unikt inom sjukvården och kan förstås som en effekt av föreställningen om den kvinnliga förmågan att föda barn. Vidare är både "Annas profylax" och "Signekursen" är psykoprofylaxkurser som rekommenderas av landstingen. En kurs på Annas profylax kostar 2500 kr /par och en webb-baserad kurs kostar 990 kr (Kurser, Annas Profylax). En av de mest förekommande strategierna i informationsmaterialet gällande smärtlindring under förlossning utgörs alltså av kostsamma kurser som skall bekostas ur egen ficka, och som har svagt evidensbaserat stöd. Effekterna av att ansvaret förskjuts till den enskilde individen kan problematiseras - som påvisades i avsnittet om tidigare forskning kan känslan av att ha ansvaret över förlossningens utkomst förorsaka känslor av uppgivenhet och misslyckande (Crossley, 2007, Malacrida & Boulton, 2012). Förlossningen riskerar att bli ett självförverkligande projekt som kvinnan antingen kan lyckas, eller misslyckas med.

För att återkoppla till diskussionen om den diskursiva konflikten som skissades upp i början, så tycks det råda en viss osäkerhet ifall den ifrågavarande diskursen betraktar förlossningen som någonting friskt eller sjukt. Å ena sidan förespråkas den “naturliga” modellen, å andra sidan finns delar av en medicinsk diskurs närvarande i periferin, även om de medicinska metoderna implicit framställs som de mer riskfyllda. Medikaliseringen av förlossningen innebär ett erkännande av förlossningen som ett sjukdomstillstånd som kan behöva behandlas, men detsamma görs på ett sätt inom naturlighetsdiskursen genom att kvinnan uppmanas till att träna på “naturligheten” (se exempelvis: Borozdina, 2014; Macdonald, 2006; Mansfield, 2007). Konflikten mellan dessa på perspektiv kan således till syvende och sist således påstås handla om någonting helt annat; nämligen på vilket sätt födande kvinnor tillåts iscensätta sitt genus.

5.3.2 Institutionella och socio-kulturella förutsättningar

Idealet om den “naturliga” förlossningen kan förstås mot bakgrund av de diskurstyper som finns representerade inom (förlossnings)vårdens diskursordning. Dessa diskurser reproduceras även i forskning som bedrivs inom förlossningsvården där medicinska ingripanden och mindre användning av epidural ställs ofta upp som en positiv utkomst av en viss förlossningsmodell (se exempelvis Bohren et.al, 2017). Denna typ av kunskapsproducering legitimerar naturlighetsdiskursen, och förstärker samtidigt stigmat kring kejsarsnitt eftersom det framställs som någonting avvikande och icke-önskvärt.

Inom sjukvårdens diskursordning finns även en ekonomisk diskurstyp som syftar till att effektivisera vården och minska kostnader (Mirch, 2011) och studier har visat på att de förlossningsmodeller som innebär en minskad frekvens av epidural och andra medicinska ingripanden är en effektiv modell för att spara pengar inom vården (Kozhimannil et. al, 2013). Den ekonomiska diskurstypen skulle således kunna tolkas som incitament till reproduktionen av den rådande diskursordningen. Detta framstår även som en trovärdig förklaringsmodell i ljuset av den nyliberala politiska diskurs som reproduceras i privatiseringsdebatten gällande sjukvården (Palier, 2006).

Det är alltså ekonomisk gynnsamt för samhällsekonomin att fler kvinnor föder “naturligt” då mindre ingrepp följaktligen ger mindre kostnader. Detta rimmar väl med Faircloughs påstående om att den hegemoniska diskursiva praktiken “går maktens ärenden” genom att den reproducerar den ideologiska diskursordningen och upprätthåller rådande maktrelationer (Winther Jørgensen & Philips, 1999:73). Således är den rådande förlossningsdiskursen ideologisk.

5.3.3 Sociala konsekvenser

Att det finns ett samband mellan den vaginala förlossningen och kvinnors moderskapsidentitet har påvisats i flera studier (Crossley 2007; Chadwick & Foster, 2012; Hörnfeldt, 1998; Malacrida & Boulton, 2012). Butler skriver att genus är en primär identifikationsfaktor och att vi blir inte begripliga ifall det inte råder koherens mellan kön, genus, sexualitet och åtrå (Butler, 1990:16-17). Identiteten konstrueras alltså i skärningspunkten mellan genus och sexualitet, vilket Butler menar är problematisk eftersom denna process utgår ifrån den disciplinerande normen om den obligatoriska sexualiteten. Den struktur som förutsätter detta normsystem kallar Butler från "den heterosexuella matrisen" vilken bygger på en binär könsstruktur där de enda tillgängliga positionerna är man och kvinna, vilka förväntas åtrå varandra (151).

Den heterosexuella matrisen underbyggs av föreställningar om köns "naturliga" egenskaper och dekonstruktionen av genusnormer skulle innebära en befrielse från den påtvingade heterosexualiteten (Butler, 1999:187). Föreställningar om vad som anses vara "naturligt" ligger således till grund för hela den handlingsprocess som Butler benämner som "genusperformativitet" (Butler, 1990:33) varigenom genus, identitet och sexualitet konstrueras i. Att iscensätta ett begripligt genus, menar hon, handlar således om att förkroppsliga institutionaliserade normer snarare än att betona och framhäva inneboende aspekter av personligheten. Här blir diskursens funktion att skapa identiteter särskilt tydligt då den diskurs som genus konstitueras inom fungerar som en självuppfyllande profetia där det "naturliga" anses legitimerade rådande genusuttryck, som därför upprepas till den punkt att de upplevs som "naturliga" (Butler, 1990:136,184).

Genus (re)produceras genom de effekter som den diskursiva praktiken ger i kvinnors handlande. När den födande kvinnan möter förlossningssmärtan enligt det sätt som föreskrivs i informationsmaterialet kan det förstås som en ansats till att iscensätta sitt genus på ett koherent och giltigt sätt. Men genusperformativitet sker även på textnivå i informationsmaterialet genom att förlossningen och smärtlindringsmetoderna förklaras och legitimeras och med biologiska tolkningar. Det tolkningsföreträdet som ges det biologiska könet i förlossningsdiskursen legitimerar och producerar ett normativt regelverk som uppmanar kvinnan till att försöka hantera smärtan med "naturliga" metoder (Butler, 1990:33). I ljuset av den smärtdiskurs som råder vid till exempel kejsarsnitt blir denna framställning ologisk - för frågan är vad som skiljer dessa smärtupplevelser åt. Att den vaginala förlossningssmärtan skall uthärdas utan farmakologisk smärtlindring kan närmast förstås som ett uttryck för genusnormer, särskilt eftersom vetenskapliga förklaringar utelämnas.

Detta påminner även om den essentialism som är grundval för särartsfeminismen där biologiska förutsättningar rättfärdigar socio-kulturella praktiker.

Normen om den "naturliga" förlossningen är tätt sammanlänkat med ett traditionellt moderskapsnarrativ som föreskriver den ideala modern som osjälvisk och självupppoffrande (Chadwick & Foster, 2012; Malacrida & Boulton, 2015). Denna norm har påvisat vara disciplinerande för kvinnor när det kommer till att ta beslut kring förlossningsalternativ och smärtlindring (Chadwick & Foster, 2012; Malacrida & Boulton, 2015). De sociala konsekvenser som blir av dessa normer har påvisats i bland annat Malacrida & Boultons intervjustudie (2015) där vissa av studiens informanter som fött med kejsarsnitt berättade om att de kommit att betvivla sin förmåga att vara mamma eftersom de 'misslyckats' med att genomgå en naturlig förlossning (se även; Crossley, 2007). Liknande vittnesmål har vuxit fram i Sverige där kvinnor berättar om känslor av misslyckande och stigmatisering till följd av att ha fött barn med kejsarsnitt (se exempelvis: Dominguez, 2016; Kolehmainen, 2018). Studier har visat att inom sjukvårdssystemets diskursordning i USA finns en bild av de kvinnor som väljer att föda med planerat kejsarsnitt där de framställs som bekväma och själviska med ett större intresse för sitt eget välbefinnande än för sin ofödda bebis (Macdonald, 2006; Malacrida & Boulton, 2012). Ökningen av kejsarsnitten idag används även som ett argument av förespråkare för naturlighetsdiskursen för att hävda att förlossningsvården blir allt mer medikaliserad (Macdonald, 2006; Malacrida & Boulton, 2015). Kvinnors upplevelser av att på olika sätt bli bestraffade till följd av att de iscensatt "fel" genusuttryck kan således förstås vara förankrade i institutionaliserade normer, och att göra ett förlossningsval som frångår idealet innebär således inte bara ett motstånd mot sociala normer, utan även mot hela den medicinska diskursen.

Stigmatisering, som är en form utav social bestraffning, kan förstås som ett performativt "misslyckande" där du som individ blir obegriplig genom att du bryter det normativa genusschemat; att en mamma väljer bort den vaginala förlossningen trots att det anses vara bäst för barnet rimmar inte väl med bilden av den goda och självupppoffrande mamman. Detta "misslyckande" kan vidare förstås som ett brytande mot den obligatoriska heterosexualiteten eftersom den heterosexuella matrisen förutsätter att det finns ett "naturligt", och därigenom "rätt", icensättande av kvinnlighet. Ifall förlossning, en händelse som är så djup kopplad till biologi, sexualitet och kvinnlighet, iscensätts på ett normbrytande sätt destabiliseras hela fundamentet som utgör den (konstruerade) heterosexuella matrisen (Butler, 1990: 135-136).

Naturlighetsdiskursen lägger stor tilltro till kvinnans egna "förmåga" att föda barn (se exempelvis: Davis-Floyd, 1994; Oakley, 1980; Young, 1984) vilket följaktligen lägger stor ansvar på henne som

individ. Denna ansvarsförskjutning från vården till den enskilda kvinnan har även påvisats gälla i landstingens informationsmaterial genom att kvinnan uppmanas till att själv ta ansvar för smärtlindringen. Att ansvaret läggs på kvinnan kan problematiseras mot bakgrund av den forskning och de samtida vittnesmål där kvinnor har berättat om känslor av misslyckade när de av olika anledningar inte följt normerna för förlossning (se exempelvis: Dominguez, 2016; Crossley, 2007; Kolehmainen, 2018; Malacrida & Boulton, 2012). För ifall förlossningen anses vara en prestation som du kan 'lyckas' med (se exempelvis region Hallans egna material), blir det följaktligen även du som individ som ansvarar för misslyckandet. Att föda med kejsarsnitt riskerar därigenom att betraktas som ditt individuella misslyckande, vilket kopplas samman med att "misslyckas" både som kvinna och mamma. Enligt Butler är detta stigma ett sätt varigenom samhället upprätthåller genusordningen (Butler, 1990:33). Att framhålla den vaginala förlossningen som normen och kejsarsnitt som det avvikande blir ett sätt varigenom genusordningen upprätthålls, något som sker genomgående i texterna.

5.3.4 Social praktik - sammanfattning

Den ifrågavarande förlossningsdiskursen reproducerar sjukvårdens diskursordning, med undantag för den ansvarsförskjutning från vården till kvinnan som sker gällande smärthantering och förlossningsförberedelse. Diskursen (re)producerar även föreställningen om den begripliga kvinnan och modern som självuppoffrande och osjälvisk genom att i huvudsak förespråka de "naturliga" smärtlindringsmetoderna. Denna konstruktion och tillika norm riskerar att bli problematisk då den utgör en snäv och disciplinerande praktik där kvinnor löper risk för att bli bestraffade ifall de "misslyckas" med att föda på det föreskrivna sättet och således bli obegripliga som kvinnor och mödrar. Stigmat kring kejsarsnitt är ett exempel på ett sådant socialt straff. Den diskursiva praktiken som råder i landstingens informationsmaterial blir problematiskt för kvinnor som skall förhålla sig till olika diskursiva narrativ om vad som är det bästa förlossningsalternativet.

6. Avslutande diskussion

6.1 Summering av resultat och diskussion

Med avstamp i den mediala och sociologiska diskussionen om hur graviditet och förlossning bör förstås, förklaras och behandlas har jag försökt besvara följande frågeställningar: *Hur framställs smärta och smärtlindring i informationstexterna, hur förhåller sig dessa framställningar till*

diskursen om den "naturliga" kontra medicinska förlossningen och vilka potentiella sociala effekter kan den diskursiva praktiken ge?

Analysen har visat att landstingens informationsmaterial reproducerar *delar* av naturlighetsdiskursen. Detta framgår bland annat genom att förlossningssmärtan framställs som positiv, naturlig och normal samt genom att förlossningen kontinuerligt begripliggörs genom biologiska och, delvis, essentialistiska tolkningsmodeller. Vidare exkluderas kejsarsnitt genomgående i de texter som inte explicit avser kejsarsnitt, vilket reproducerar normen om den vaginala förlossningen. Den biologiska förståelsen av förlossningen bildar alltså en diskursiv ram inom vilken språkliga upprepningar *gör* förlossningen till någonting essentiellt kvinnligt och djupt biologiskt vilket kan ses som en genusperformativ handling där könet determinerar genuset (Butler, 1990).

Kvinnan inneboende "förmåga" att föda barn betonas särskilt mycket i samband med de icke-farmakologiska metoderna, vilket kan tolkas som ett implicit argument för att farmakologisk smärtlindring inte behövs. Uppfattningen om förlossningen och smärtan som i grund och botten någonting naturligt och friskt legitimerar den övervikt mot de icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder som finns presenterade i texterna. Dessa metoder framhävs och prioriteras i samtliga informationskällor, och när den farmakologiska smärtlindringen ges som alternativ presenteras denna med stor försiktighet vilket ger ett intryck av att dessa metoder är mer riskfyllda. Denna framställning liknar den uppfattning som Helena Hörnfeldt skriver i om i *Det "naturliga" födandets politik* (1998) där den "teknokratiska" förlossningsmodellen framställdes som ond och farlig och den "naturliga" som god.

Läsaren tilltalas ofta i du-form i texterna vilket ger dem en personlig karaktär som lägger en välvillig grund för de uppmaningar som läsaren ges från författarna, exempelvis: "*det är bra att försöka slappna av och spara på krafterna*". Uppmaningarna framställs som självklara, och legitimeras genom den expertkunskap och auktoritet författarna besitter. Att använda facktermer som "*nervtrådar*" och "*smärtsignaler*" kan förstås som ett retoriskt knep som stärker författarnas legitimitet och etablerar maktbalansen mellan dem och läsaren. Vad gäller valet av smärtlindring så framställer samtligt informationsmaterial smärtlindring som en *eventuell* möjlighet - det blir således tydligt att det handlar om farmakologisk smärtlindring eftersom den "naturliga" smärtlindringen genomgående förespråkas. "*Din inställning till smärtlindring*", "*tankar kring smärtlindring*" och "*eventuell smärtlindring*" är alla satser som indikerar att farmakologisk smärtlindring inte är ett självklart val.

Denna diskursiva framställning av smärtlindring riskerar att ge sociala konsekvenser, likt de som påvisats i tidigare studier (Crossley, 2007; Chadwick & Foster, 2012; Malacrida & Boulton, 2015) där normen om den "naturliga" förlossningen blir problematisk för kvinnors handlingsutrymme och självkänsla. Denna problematik kan förstås utifrån viljan att iscensätta ett begripligt genusuttryck för att skapa en koherent identitet (Butler, 1990). Att föda "naturligt" blir således ett sätt att iscensätta "rätt" genus. Avviker kvinnan från normen genom att föda på en annat sätt löper hon risk för att bli socialt stigmatiserad eftersom detta inte rimmar med både sociala och institutionaliserade normerna för ett korrekt iscensatt feminint genus och moderskap.

De "naturliga" smärtlindringsmetoderna förespråkas och legitimeras genom olika former av modaliteter, oftast genom att det genom expressiv modalitet men även genom relationell modalitet. Att de farmakologiska metoderna finns representerade i informationen kan däremot betraktas som att delar av en medicinsk diskurs råder i informationstexterna, vilket går emot naturlighetsperspektivet. Enligt Fairclough innebär dock diskursordningar med hög grad av interdiskursivitet en stor förändringspotential, vilket innebär att sjukvårdens diskursordning gällande förlossningssmärta och smärtlindring har stor potential att genomgå samhällelig förändring (Winther Jørgensen & Philips, 1999:73). De diskurstyper som används i texterna reproducerar delvis den diskursordning som råder inom den medicinska domänen, och således kan diskursen tolkas som ideologisk.

Diskursordningen kan tänkas reproduceras på grund av ekonomiska incitament som syftar till att effektivisera kostnader inom vården. Detta riskerar dock att resultera i ojämlikhet eftersom kvinnor inom förlossningsdiskursen uppmuntras till att utstå nivåer av smärta som i andra smärttillstånd, exempelvis vid kejsarsnitt, skulle behandlas med läkemedel. Således kan den ifrågavarande diskursen liknas vid särartsfeminismens upprätthållande av den sociala organisationen som baseras på biologiskt kön där den kvinnliga förutsättningen att föda innebär begränsat handlingsutrymme. Den diskursiva framställningen blir alltså en form av institutionellt maktutövande. Ett exempel på när diskursen blir ideologisk är hur den födande kvinnans agens lyfts fram och betonas vid väl valda tillfällen, exempelvis gällande hennes möjlighet att kontrollera smärtan genom andning, men den tonas ner vad gäller hennes möjlighet att kontrollera smärtan med hjälp av farmakologisk smärtlindring. Detta kan tolkas vara ett pragmatiskt val av textproducenterna i syfte att begränsa kvinnans tilltro till sitt inflytande.

Slutligen bör det betonas att förlossning och graviditet *är* biologiska händelser- och smärtan kan förstås om en effekt av förlossningen. Men hur smärtan skall behandlas, hanteras och förstås är socio-kulturellt konstruerat.

6.2 Reflektion över teori, metod och tidigare forskning

Genusperformativitet har används för att kasta ljus över hur informationsmaterialets förlossningsdiskurs konstruerar förlossningen som en händelse varigenom kvinnlighet (re)produceras. Performativitetsbegreppet har även använts för belysa förlossningsdiskursens potentiella sociala effekter genom att se iscensättande av ett obegripligt genus som ett performativt “misslyckande” där stigmatisering blir straffet.

Teorin har möjliggjort att se de praktiker gällande förlossning som någonting socialt konstruerade istället för någonting “naturligt”, vilket rimmar väl med uppsatsens socialkonstruktionistiska ansats. Vad teorin däremot inte har varit behjälpliga med har varit att ringa in *vad* som anses konstituera det kvinnliga (eller manliga) genuset. För att diskutera detta har de studier som används i “tidigare forskning” använts som empiriska exempel. Dessa studier har utförts i olika kulturella kontexter och visat på liknande resultat, vilket styrker den tes som drivs genom denna uppsats - att förlossning är en genuskonstituerande händelse.

Teorin har använts i syfte att tolka diskursanalysens resultat, istället för att låta dem stå för sig men för att ge analysen ytterligare analytiskt djup hade dock ett utökat teoretiskt ramverk behövts, alternativt ytterligare teoretiska begrepp. Teorier om genus och moderskap, stigmatisering och makt hade tjänat detta syfte. Vidare har valda teorier inte möjliggjort en diskussion om de icke-farmakologiska eller farmakologiska metodernas medicinska fördelar eller risker vilket hade kunnat fördjupa förståelsen av diskursen. Att begränsa antalet teoretiska perspektiv var ett metodologisk val i syfte att hålla uppsatsen fokuserad, men i ljuset av den färdiga produkten hade alltså detta kunnat omvärderas.

Vidare har kritisk diskursanalys, utförd enligt Faircloughs tredimensionella modell, erbjudit ett tillfredsställande sätt att analysera hur språket bidrar till att konstituera den sociala världen genom att binda samman språket med sociala konsekvenser, även om denna metod avkräver en mer ideologisk ståndpunkt. För att återkoppla till Faircloughs definition av diskurs som “*ett sätt att tala som ger betydelse åt upplevelser utifrån ett bestämt perspektiv*” (Fairclough, 1995a:135 citerad i Winther Jørgensen & Philips, 1999:72) har kritisk diskursanalys möjliggjort att skapa förståelse för hur det talas om förlossning utifrån ett visst perspektiv på normalitet och naturlighet. Metoden hade, i en större studie, med fördel kunnat kompletteras med intervjuer, fokusgrupper, eller liknande metod för att fördjupa förståelsen för diskursens genuskonstituerande effekter hos kvinnor.

6.3 Avslutande ord

Majoriteten av de studier som presenterats i denna uppsats har använt intervjuer som insamlingsmetod och intresset har således legat i att studera de subjektiva upplevelserna av olika förlossningsdiskurser. Ambitionen för denna uppsats har varit att undersöka de informationstexter som formulerar normerna kring förlossning i Sverige. Syftet har varit att undersöka hur föreställningar om normalitet och naturlighet påverkar hur förlossningen förstås i informationsmaterialet, och därigenom visa på hur diskursen kan ge sociala och psykologiska konsekvenser.

Uppsatsens bidrag till forskningsfältet blir således en kritisk granskning av dokument som stipulerar vad som är normalt, avvikande och tillåtet i en förlossningskontext. Förhoppningsvis kan denna uppsats belysa hur Sveriges landsting och regioners informationstexter riskerar att reproducera normer och föreställningar som ligger till grund för de sociala effekter som påvisats i analysen. Förhoppningen är att mer forskning skall bedrivas på detta med hänsyn till både den subjektiva upplevelsen av förlossning, samt på de normsystem som präglar de institutioner som bidrar till att forma denna. Förlossningsrädsla är en stor problematik hos kvinnor idag, och förlossningens utkomst spelar en stor roll för viljan att skaffa fler barn i framtiden (se exempelvis: Larsson et.al 2018). Att farmakologisk smärtlindring är en nedtonad smärtlindringsmetod i informationstexterna riskerar att spå på denna förlossningsrädsla och således utgöra en faktor som hindrar kvinnor från att bli gravida. Det bör därigenom övervägas vilka för-och nackdelar som tas i beaktning när olika smärtlindringsmetoder förespråkas i informationsmaterial som tilldelas blivande mammor.

7. Referenslista

Annas profylax. (u.å.) Priser. Hämtad 31-12-2018 från: <http://www.profylaxgruppen.se/1666>

Andolf, E. (2007, 20 mars). Bör antalet kejsarsnitt minska? *Läkartidningen*. Hämtad från: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=6328>

Arpi, A. (2017, 26 december). "Kvinnor är skapta för att föda barn" är ett dåligt argument. *Metro*. Hämtad från: <https://www.metro.se/artikel/agnes-arpi-kvinnor-ar-skapta-for-att-foda-barn-ar-ett-daligt-argument>

Attersam, I. (2007, 11 november). Kejsarsnitt ökad risk för mor och barn. Svenska dagbladet. Hämtad från: <https://www.svd.se/kejsarsnitt-okad-risk-for-mor-och-barn>

Bengtsson, K. (2018, 1 november). Smärta under förlossningen. *1177*. Hämtad från <https://www.1177.se/Tema/Gravid/Forlossning/Smartlindring-under-forlossningen/Smarta-under-forlossningen/>

Bengtsson, K. (2017, 28 april). Förlossningsrädsla. *1177*. Hämtad från <https://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Forlossningsradsla/>

Bengtsson, K. (2017, 27 april). Oro under graviditet. *1177*. Hämtad från <https://www.1177.se/Tema/Gravid/Graviditeten/Tankar-och-kanslor-under-graviditeten/Oro-under-graviditeten/>

Bengtsson, K. (2018, 15 februari). Förlossningens olika faser. *1177*. Hämtad från <https://www.1177.se/Tema/Gravid/Forlossning/Under-forlossningen/Forlossningen-startar/>

Bengtsson, K. (2018, 15 februari). Förlossningens olika faser. *1177*. Hämtad från <https://www.1177.se/Tema/Gravid/Forlossning/Under-forlossningen/Forlossningen-startar/>

Björklund, U., Fjellvang, H., & Åhlund, S., (2015). *Vänta barn: en bok om graviditet, förlossning och föräldraskap. (10., [omarb.] uppl.) Stockholm: Gothia.*

Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. London; New York: Routledge.

Butler, J. (1999[1990]). *Gender trouble: feminism and the subversion of identity* [Elektronisk resurs]. New York: Routledge.

Butler, J. (2005). *Könet brinner! Texter. I urval av Tiina Rosenberg, övers. Karin Lindeqvist*. Stockholm: Natur och Kultur

Borozdina, E. (2014). The social organization of natural childbirth: the case center for midwifery care. *The Journal of Social Policy Studies*. Vol. 12(3): 414-426.

Brubaker, J., Dillaway, E.H. (2009). Medicalization, natural childbirth and birthing experiences. *Sociology Compass*. Vol. 3(1): 31- 48. DOI:10.1111/j.1751-9020.2008.00183.x

- Chadwick, R., Foster, D. (2012). Technologies of gender and childbirth choices: Home birth, elective caesarean and white femininities in South Africa. *Feminism & Psychology*, Vol. 23(3) 317–338. DOI: 10.1177/0959353512443112
- Crossley, L. M. (2007). Childbirth, Complications and the Illusion of ‘Choice’: A Case Study. *Feminism & Psychology*. Vol. 17(4): 543–563; 0959-3535. DOI: 10.1177/0959353507083103
- David, M. & Sutton, C.D. (2016). *Samhällsvetenskaplig metod*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an american rite of passage*. Berkeley: University of California Press.
- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Dominguez, E. (2016, 29 maj). Jag känner mig som en halv kvinna. *ETC*. Hämtad från <https://stockholm.etc.se/kronika/jag-kanner-mig-som-en-halv-kvinna>
- Fairclough, N. (2001). *Language and power*. (2. ed.) Harlow: Longman.
- Fjell, I. T (1998). *Introduksjon*. I: Fjell, T.I., Nylund Skog, S. & Hagström, C. (red.) (1998). *Naturlighetens positioner: nordiska kulturforskare om födsel och föräldraskap*. (Sid 9-18). Åbo: Nordiskt nätverk för folkloristik.
- Hörnfeldt, H (1998). Det “naturliga” födandets politik.I: Fjell, T.I., Nylund Skog, S. & Hagström, C. (red.) (1998). *Naturlighetens positioner: nordiska kulturforskare om födsel och föräldraskap*. (Sid 19-36). Åbo: Nordiskt nätverk för folkloristik.
- Gagnon AJ, Sandall J (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007*, Vol 3, Art. No CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.pub2.
- Hansson, S. (2018, 25 januari). Caesarean section versus natural birth – an obstetrician examines a new review. *The conversation*. Hämtad från: <https://theconversation.com/caesarean-section-versus-natural-birth-an-obstetrician-examines-a-new-review-90483>
- Kozhimannil, K. B., Hardeman, R. R., Attanasio, L. B., Blauer-Peterson, C., & O'Brien, M. (2013). Doula care, birth outcomes, and costs among medicaid beneficiaries. *American Journal of Public Health*, Vol. 103(4):e113-e121. DOI:10.2105/AJPH.2012.301201
- Kolehmainen, A. (2018, 24 september) Mitt kejsarsnitt är inte ett misslyckande. *KIT*. Hämtad från: <https://kit.se/2018/09/24/115039/mitt-kejsarsnitt-ar-inte-ett-misslyckande/>
- Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C., Karlström, A. (2018) Women’s experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study, *Women Birth*. Vol. 16(2018): 50-55. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.008>

Lundgren, F. (2017, 24 maj). Sluta tvinga kvinnor till att föda vaginalt. *Aftonbladet*. Hämtad från: <https://www.aftonbladet.se/debatt/a/b0xyk/sluta-tvinga-kvinnor-till-att-foda-vaginalt>

Landstinget Dalarna. (2017, 8 juni). Smärta och smärtlindringsmetoder. Hämtad från <http://www.ltdalarna.se/Halso--och-sjukvard/Specialiserad-varld/Kvinnosjukvard/Falun/Forlossningsavdelningen/Smarta-och-smartlindringsmetoder/>

Läkare utan gränser. (2018, 4 juli). Kvinnors hälsa. *Läkare utan gränser*. Hämtad 04-01-2019 från: <https://lakareutangranser.se/vart-arbete/arbetsomraden/kvinnors-halsa>

Malacrida, C., Boulton, T. (2012). Womens perceptions of childbirth “choices”: competing discourses of cootherhood, sexuality, and selflessness. *Gender and society*, Vol 26(5): 748-772

Macdonald, M. (2006). Gender expectations: Natural bodies and natural births in the new midwifery in Canada. *Medical anthropology quarterly*, Vol 20(2): 235-256.

Martin, K.A. (2003). Giving birth like a girl. *Gender & society*, Vol 17(1): 54-72

Mansfield, B. (2008). The social nature of natural childbirth. *Social Science & Medicine*, Vol: 66 (2008): 1084-1094. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.11.025

Mirch, H. (2011, 30 november) Ekonomi. Förebygga spara på tid. *Vårdfokus*. Hämtad från <https://www.vardfokus.se/tidningen/2011/nr-12-2011-12/ekonomi.-forebygga-sparar-pa-sikt/>

Oakley, A. (1980). *Women confined: towards a sociology of childbirth*. Oxford: Martin Robertson.

Palier, B. (2006). Hälso- och sjukvårdens reformer. En internationell jämförelse. (SKL-rapport, 2006). Hämtad 04-01-2019 från: <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-129-8.pdf>

Persson, A. (2018, 16 februari). Förlossningsförlopp. Hämtad 31-12-2018 från: <http://www.regionhalland.se/vard-halsa/hitta-din-varld/kliniken-for-kvinnor-och-barns-halsa/kliniken-for-kvinnors-och-barns-halsa-varberg/forlossningen/forlossningsforlopp/>

Pehrsson, A. (2018 16 februari). Smärtlindring. *Region Halland*. Hämtad 04-01-2019 från: <http://www.regionhalland.se/vard-halsa/hitta-din-varld/kliniken-for-kvinnor-och-barns-halsa/kliniken-for-kvinnors-och-barns-halsa-varberg/forlossningen/smartlindring/>

Socialstyrelsen. (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Hämtad 31-12-2018 från: <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>

Socialstyrelsen. (2001). Handläggning av normal förlossning. Hämtad 31-12-2018 från: https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf

TT. (2018, 23 januari). Flera orsaker bakom ökning av kejsarsnitt. *Aftonbladet*. Hämtad från <https://www.aftonbladet.se/senastenytt/tnyheter/inrikes/a/QIEnpR/flera-orsaker-bakom-okning-av-kejsarsnitt>

Thulin, H. (2018, 5 november). Färre kejsarsnitt på Kalmar läns sjukhus: "Vaginal förlossning bäst". *SR P4 Kalmar*. Hämtad från: <https://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=86&artikel=7081112>

Region Halland. (u.å.) Mental förberedelse. Hämtad 31-12-2018 från: http://www.regionhalland.se/PageFiles/16581/Mental_förberedelse%20förlossning.pdf

Region Skåne. (2018). Regional riktlinje för normal förlossning. Hämtad 31-12-2018 från: <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/normal-forlossning---regional-riktlinje-180918.pdf>

Region Kronoberg (2014). Ryggbedövning som smärtlindring vid förlossning. Hämtad 31 december 2018 från: https://www.1177.se/Dokument/Kronoberg/pi_EDA_2015.pdf?epslanguage=sv

Waldenström, U. (2012, 24 januari). Naturliga förlossningar ökar inte skaderisken. *Svenska dagbladet*. Hämtad från: <https://www.svd.se/naturliga-forlossningar-okar-inte-skaderisken>

Waldenström, U. (2012, 15 april). Låt fler kvinnor få föda naturligt. *Svenska dagbladet*. Hämtad från: <https://www.svd.se/lat-fler-kvinnor-fa-foda-naturligt>

Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (2002). *Discourse analysis as theory and method*. London: Sage.

Young, I.M. (1984). *Pregnant Embodiment: Subjectivity and Alienation. I: On female body experience: "Throwing like a girl" and other essays*. 2005. [electronic resource] New York: Oxford University Press.

Åserud, L. (2018, 5 november). Färre kejsarsnitt på Kalmar läns sjukhus: "Vaginal förlossning bäst". *Sveriges radio P4 Kalmar*. Hämtad från <https://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=86&artikel=7081112>

1177 (2011, 15 november). Smärtlindring inför förlossningen. *1177 Region Kronoberg*. Hämtad från <https://www.1177.se/Tema/Gravid/Forlossning/Smartlindring-under-forlossningen/Smarta-under-forlossningen/>