

När det redan brustit

- **En kvalitativ intervjustudie om kvinnors erfarenhet och upplevelse av eftervården vid perineala bristningar**

Pernilla Löfs-Grankulla

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa 2024

EXAMENSARBETE

Författare: Pernilla Löfs-Grankulla
Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa
Handledare: Terese Österberg

Titel: När det redan brustit – En kvalitativ intervjustudie om kvinnors erfarenhet och upplevelse av eftervården vid perineala bristningar

Datum: 4.6.24 Sidantal: 55

Bilagor: 4

Abstrakt

Det är vanligt med perinealabristningar vid en förlossning och över hälften av alla som föder vaginalt drabbas. Det finns olika faktorer som påverkar risken att drabbas av bristningar men det finns även en del som kan göras för att förebygga och förhindra stora skador. Perinealbristningar påverkar kvinnan både fysiskt och psykiskt och det är därför av stor vikt att rätt vård ges när skadan redan är skedd.

Studiens syfte var att beskriva kvinnors upplevelser och erfarenheter av eftervården hos de som drabbats av en perinealbristning och fått kvarstående besvär. Samt att beskriva vilket stöd och vilken vård de fick. Frågeställningarna i studien var: Vilken är kvinnors erfarenhet och upplevelse av eftervården vid perineala bristningar? Vilken typ av vård och stöd är viktigt för kvinnor vid en perinealbristning?

Den teoretiska utgångspunkten om använts är Halldórsdóttirs omvårdnadsteori, Caring and uncaring (Halldórsdóttir, 1996).

Metoden som användes var kvalitativ intervjustudie, vilken stödde syftet och frågeställningarna i studien. Materialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. Resultaten indikerar att kvinnorna upplevde bristande vård och stöd från vården efter perinealabristning. Många av dem kände sig inte delaktiga i den egna eftervården och saknade information om sina besvär och behandlingsalternativ. Önskemål framfördes om tillgång till fysioterapi och psykologiskt stöd samt att deras smärta och behov skulle tas på allvar av vården. Kvinnorna betonade vikten av att bli uppmärksammade och få anpassad vård utifrån individuella behov.

Slutsatsen är att vården kan förbättras för att bättre tillgodose kvinnors behov efter perinealabristning. Det finns en önskan om ökad medvetenhet bland vårdpersonalen och mer individanpassad vård. Informationen och stödet spelar en central roll i detta arbete. Det är viktigt att lyssna på patienternas upplevelser och involvera dem aktivt i sin eftervård för att säkerställa en mer holistisk och effektiv behandling.

Språk: svenska

Nyckelord: Bristningar, förlossningsskador, kvinnohälsa, eftervård, upplevelser

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Pernilla Löfs-Grankulla
Koulutus ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa
Ohjaaja(t): Terese Österberg

Nimike: Kun on jo revennyt – Laadullinen haastattelututkimus naisten kokemuksista jälkihoidossa välilihan repeämien yhteydessä

Päivämäärä: 4.6.24 Sivumäärä: 55 Liitteet: 4

Tiivistelmä

Synnytyksissä perineumin repeämät ovat yleisiä, ja yli puolet synnyttäjistä kärsii niistä. On erilaisia tekijöitä, jotka vaikuttavat riskiin saada repeämiä, mutta on myös joitain asioita, joita voidaan tehdä niiden ehkäisemiseksi ja suurten vaurioiden estämiseksi. Perineumin repeämiä vaikuttaa sekä naisen fyysiseen että henkiseen hyvinvointiin, ja siksi on erittäin tärkeää, että asianmukaista hoitoa annetaan, kun vahinko on jo tapahtunut.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata naisten kokemuksia synnytyksen jälkeisestä hoidosta niiden osalta, jotka ovat kokeneet perineumin repeämän ja kärsivät jäljelle jäävistä vaivoista. Sekä kuvata sitä tukea ja hoitoa, jota he saivat. Tutkimuskysymykset olivat: Millaisia ovat naisten kokemukset jälkihoidosta välilihan repeämä yhteydessä? Millainen hoito ja tuki ovat tärkeitä naisille välilihan repeämä yhteydessä?

Käytetyt teoreettiset lähtökohdat ovat Halldórsdóttirin hoitoteoria, Caring and uncaring (Halldórsdóttir, 1996).

Käytetty menetelmä oli laadullinen haastattelututkimus, joka tuki tutkimuksen tarkoitusta ja kysymyksiä. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Tulokset osoittavat, että naiset kokivat saavansa puutteellista hoitoa ja tukea terveydenhuollosta välilihan repeämä jälkeen. Monet heistä eivät tunteneet osallistuvansa omaan jälkihoitoonsa eivätkä saaneet tietoa vaivoistaan ja hoitovaihtoehdoista. Toiveita esitettiin fysioterapian ja psykologisen tuen saatavuudesta sekä siitä, että heidän kipunsa ja tarpeensa otettaisiin vakavasti terveydenhuollossa. Naiset korostivat, että on tärkeää tulla huomioiduksi ja saada yksilöllisten tarpeiden mukaista hoitoa.

Johtopäätös on, että terveydenhuoltoa voidaan parantaa vastaamaan paremmin naisten tarpeita välilihan repeämä jälkeen. On toiveita terveydenhuollon henkilökunnan lisääntyneestä tietoisuudesta ja yksilöllisemmästä hoidosta. Tiedon ja tuen rooli on keskeinen tässä työssä. On tärkeää kuunnella potilaiden kokemuksia ja osallista heidät aktiivisesti jälkihoitoonsa varmistaakseen kokonaisvaltaisemman ja tehokkaamman hoidon.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Repeämät, synnytystraumat, naisten terveys, jälkihoito, kokemukset

BACHELOR'S THESIS

Author: Pernilla Löfs-Grankulla
Degree Programme: Midwife, Vasa
Supervisor(s): Terese Österberg

Title: When It Has Already Teared – a Qualitative Interview Study on Women's Experiences of Postpartum Care for Perineal Tears

Date: 4.6.24 Number of pages: 55 Appendices: 4

Abstract

Perineal tears are common during childbirth, affecting over half of all women who deliver vaginally. Various factors influence the risk of experiencing tears, but there are also measures that can be taken to prevent and mitigate significant damage. Perineal tears impact women both physically and psychologically, underscoring the importance of providing appropriate care once the injury has occurred.

The aim of the study was to describe women's experiences of postpartum care among those who have suffered perineal tears and experienced lingering issues. Additionally, the study aimed to describe the support and care they received. The research questions were: What are women's experiences of postpartum care following perineal tears? What type of care and support is important for women with perineal tears?

The theoretical framework utilized in this study is Halldórsdóttir's nursing theory, Caring and uncaring (Halldórsdóttir, 1996).

The method employed was qualitative interview study, which supported the purpose and objectives of the study. The material was analyzed through qualitative content analysis. The results indicate that women experienced inadequate care and support from healthcare professionals following perineal tears. Many of them felt excluded from their own postpartum care and lacked information about their symptoms and treatment options. Requests were made for access to physiotherapy and psychological support, as well as for their pain and needs to be taken seriously by healthcare providers. Women emphasized the importance of being acknowledged and receiving tailored care based on individual needs.

The conclusion is that healthcare can be improved to better meet the needs of women after perineal tears. There is a desire for increased awareness among healthcare professionals and more individualized care. Information and support play a central role in this work. It is important to listen to patients' experiences and actively involve them in their postpartum care to ensure a more holistic and effective treatment.

Language: Swedish

Key words: Tears, childbirth injuries, women's health, postnatal care, experiences

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund	2
2.1	Anatomi	2
2.2	Perinealbristningar	4
2.2.1	Klassificeringar av bristningar	5
2.2.2	Episiotomi	9
2.2.3	Diagnostisering och suturering av bristningar	10
2.3	Förebyggande åtgärder	15
2.4	Eftervård och uppföljning	18
2.5	Sexuell hälsa postpartum	20
3	Teoretisk utgångspunkt	22
3.1	Caring and uncaring encounters in nursing and health care	22
3.2	Empowerment or discouragement: women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth	24
4	Syfte och frågeställning	24
5	Metod	25
5.1	Kvalitativ metod	25
5.2	Datainsamlingsmetod	26
5.3	Kvalitativ innehållsanalys	27
5.4	Val av informanter	28
5.5	Etiska överväganden	29
5.6	Studiens praktiska genomförande	31
6	Resultat	32
6.1	Upplevelser och erfarenheter	32
6.1.1	Förlossningen och skadan	33
6.1.2	Besvären och vårdupplevelsen	36
6.1.3	Delaktigheten och kommunikationen	38
6.1.4	Önskemål	41
7	Diskussion	44
7.1	Metoddiskussion	45
7.2	Resultatdiskussion	47
8	Slutsats	49
	Referenser	50
	Bilagor	

1 Inledning

Att vara gravid och vänta barn är förknippat med många olika känslor, det kan vara glädje, eufori men även olika oroskänslor och rädslor. Ett av de vanligaste orosmomenten en gravid går och bär på är att spricka eller få en perinealbristning vid förlossningen som det heter på fackspråk. Man har även sett en ökad förlossningsrädsla bland kvinnor idag (Tiitinen, 2022). Denna rädsla är så utbredd att kvinnor väljer att föda med kejsarsnitt i stället för vaginalt (Flemmich, 2020). Trots att det i dagsläge anses säkrare att föda barn gör det inte de gravida mindre oroliga och rädda (Statsrådet, 2021; THL, 2023a).

Enligt Abascal och Svärd Huss (2018) har rädda kvinnor en större risk att spricka under förlossningen. På de flesta forum för gravida finns mängder av trådar om just bristningar och förlossningsskador. Vi har idag blivit allt mera medvetna om att detta kan ske och detta har även bidragit till att vi idag pratar mera öppet om det. Dock saknas en hel del kunskap ännu bland kvinnor och genom att endast leta i forum kan man få uppfattningen om att detta händer mera nu än innan.

Förlossningsbristningar är vanliga och enligt Ramar och Grimes (2023) får upptill 80% av alla som genomgår en vaginal förlossning en bristning. Dock utförs det mindre episiotomier nu dvs. klipp i mellangården vid framfödandet än det gjordes tidigare. Exempelvis år 1995 var det 47,1% som fick en episiotomi medan det var 22,5% år 2022 som blev klippt (THL, 2023a). Men ännu finns det en stigmatiserad bild av detta med bristningar. Från egna erfarenheter vet jag att man som kvinna lätt tar på sig skulden av det som händer och att söka vård efter förlossningen kan därför kännas som ett misslyckande samt vara förknippat med skuld och skam. Man har i en rapport från 2021 som svenska Statens beredning för medicinsk och social utvärdering gjort, sett att kvinnor som fått en bristning upplever det som svårt att prata om sina intima problem och därför uppskattar direkta och specifika frågor som gör det lättare att ta upp denna typ av problematik. Man såg även att de som upplevt ett professionellt och respektfullt bemötande återhämtat sig lättare både psykiskt och fysiskt (SBU, 2021). För de flesta kvinnor och par har förlossning även en påverkan på den sexuella hälsan. Därför är det bra att vårdpersonal redan under graviditeten lyfter ämnet till diskussion så att det senare blir en naturlig sak att dela med sig av. Speciellt om kvinnan senare skulle drabbas av en förlossningsskada (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2021, s. 33).

Jag vill med detta examensarbete beskriva kvinnors upplevelser och erfarenheter av eftervården vid en perinealbristning som lett till kvarstående besvär. Vilken är den information och vilken är vården det fått? Genom att belysa dessa aspekter av eftervården siktar examensarbetet till att öka förståelsen för vikten av en adekvat eftervård. Målet är att främja kvinnors fortsatta välbefinnande och ge underlag för eventuella förbättringar inom vården av perinealbristningar.

2 Bakgrund

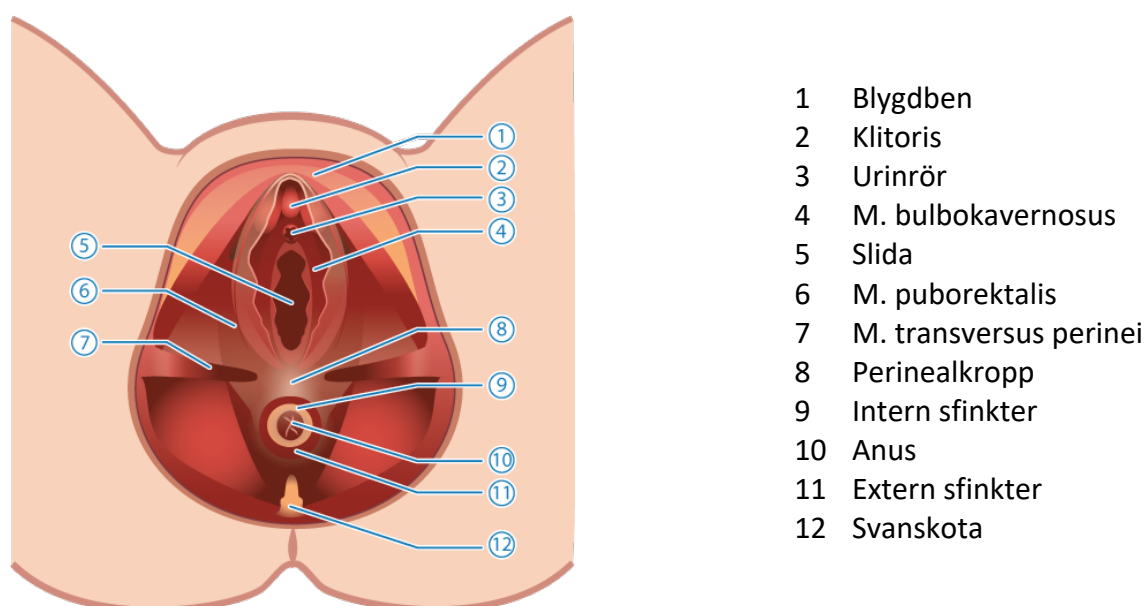
I detta kapitel behandlas vad perinealbristningar är samt vad som beskrivs som en förlossningsskada. En kortfattad genomgång av bäckenbottens och perinealkroppens anatomi, detta eftersom kunskapen om anatomin är en viktig del i att förstå hur bristningarna påverkar olika vävnader och bäckenbottenfunktioner. I kapitlet ingår även en tabell som visar den gradering som används vid bedömningen av perinealbristningar. Det tas även upp en del fakta och forskning som gjorts om eftervården vid en perinealbristning samt den sexuella hälsan. Bakgrunden behandlar även olika sätt att förebygga stora bristningar, läkningsprocessen samt barnmorskans roll i förlossningen. Kort kommer även bakgrunden att lyfta vikten av diagnostisering och suturering efter en bristning.

2.1 Anatomi

Bäckenbottenanatomien kan vara svår att förstå eftersom den är tredimensionell. Men en god kunskap är en förutsättning för att kunna diagnostisera och reparera eventuella bristningar. Muskulaturen finns till för att stöda från olika håll, både bukinnehållet samt att förhindra och tillåta passage både från analkanalen, vagina samt urinröret (Ajne, Blomberg & Carlsson 2021, s.603). Borgfeldt (2019) beskriver bäckenbottens anatomi som att den består av muskler och bindväv och är uppbyggd på levatorplattan dvs. *levator ani* som täcker hela bäckenutgången, vilket gör att den ser till att livmoder, urinblåsa och ändtarm sitter på plats. *Diafragma urogenitale* består av muskler och bindväv i olika nivåer som täcker levatorspalten. Urinrör och vagina passerar genom *diafragma urogenitale*. Vid kontraktion av levatorplattan sluter sig anus och urinröret vilket leder till kontinens (Ajne, Blomberg & Carlsson 2021, s.603).

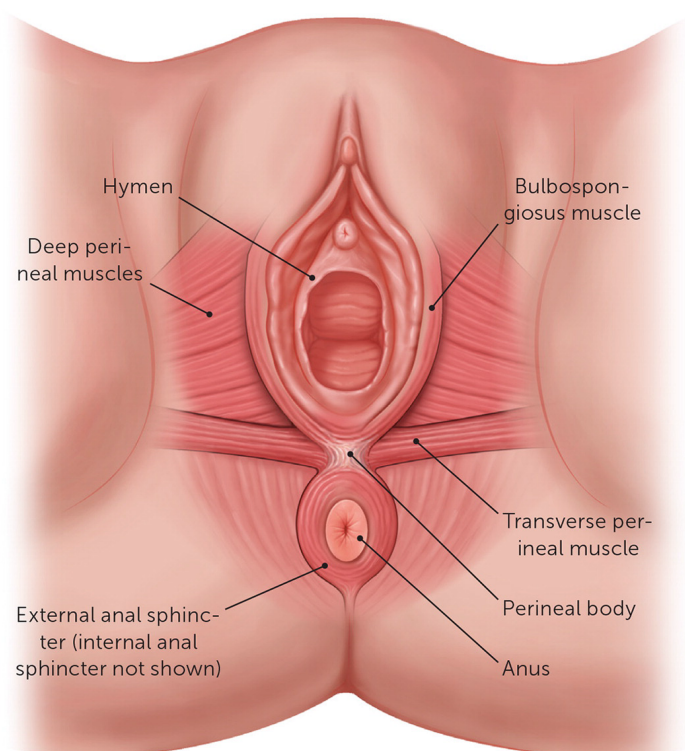
Det är musklerna *musculus pubococcygeus*, *musculus ichiococcygeus*, *musculus levator ani* och *diagfragma urogenitale* som tillsammans utgör de viktigaste musklerna i bäckenbotten. Man kan dela in bäckenmembranets muskler i två funktionella enheter: det övre bäckenmembranet som är *levator ani* och *coccyus* samt den nedre bäckenmembranet som består av perinealmembranet som är transvers, perineal muskelns djupa del samt uretrasfinktern. Det är viktigt både ur ett anatomiskt och funktionellt perspektiv att förstå hur dessa två grupper hänger ihop. *Musculus pubococcygeus* innefattar både uretra, vaginan och rektum, *diagfragma urogenitale* är muskelplattan som är utspänd mellan vänster och höger höftben och därigenom löper vaginan. Redan under graviditeten ökar trycket ner i bäckenbotten och under en vaginal förlossning utsätts bäckenbotten för stora påfrestningar (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2021; Lindgren, Rehn & Wiklund 2019, s.24).

Huden i perineum utgör en viktig erogen zon eftersom den är rikligt innerverad. Perinealnerven är den gren av pudendusnerven som innerverar större delen av bäckenbotten och även denna kan påverkas av förlossningen. Om denna skadas kan de små svällkroppsmusklerna påverkas och dessa kan på så sätt störa den sexuella upplevelsen. Även muskler som ligger längre in *musculus bulbocavernosus* bidrar till den sexuella upplevelsen eftersom den muskeln bidrar med svällkroppar till klitoriserektion och orgasm (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2021).



Figur 1 Schematisk bild av anatomiska strukturer kring slidmyningen sett nedifrån (Bäckenbottenutbildning,2022a).

Man efterfrågar ofta bilder som beskriver anatomin. Tyvärr är det svårt att få till en bra bild som visar på ett riktigt sätt de tredimensionella strukturerna. Därför är många illustrationer missvisande. Figur 1 är en schematisk bild av anatomiska strukturer sett nedifrån kring slidmyningen (Bäckenbottenutbildning, 2022a). Figur 2 är en mera dimensionell bild som beskriver musklernas anatomi på en kvinnlig bäckenbotten och visar tydligt vilka musklergrupper som kan påverkas av perineala bristningar (Arnold, Sadler, & Leli, 2021).



Figur 2 Musklernas anatomi av en kvinnlig bäckenbotten, illustrerat av Dave Klemm (Arnold, Sadler, & Leli, 2021).

2.2 Perinealbristningar

Att spricka eller få en perinealbristning under förlossningen är vanlig, litteraturen pratar om att över 70% av alla kvinnor får en bristning under en vaginal förlossning (Lindgren, Christensson, Dykes, 2022 s.630). Man ser även siffror som pratar om 85–89% (Ramar & Grimes, 2023). Dessa bristningar kan uppstå i huden, i slemhinnan eller i muskler som fästs i bäckenet. Men detta betyder inte att alla dessa leder till en långvarig förlossningsskada (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens & Wangel, 2019, s.106). I Finland för man statistik endast över större rupturen som grad 3–4 och enligt perinealstatistiken fick 1,4 % av alla kvinnor i

Finland en sådan skada. Procenten har hållits låg i Finland under de senaste 30 åren (THL, 2023a). På grund av att det är så vanligt att kvinnor får en bristning under förlossningen är det viktigt med kunskap bland vårdpersonal om ämnet. Det är även av stor vikt hur man pratar och bemöter dessa kvinnor. Det borde vara en självklarhet att oberoende av vilken personal man möter är det en saklig och korrekt vård som ges (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2021). Det är även viktigt att man i ett tidigt skede identifierar bristningen och gör en korrekt bedömning av komplikationen av bristningen för att på detta sätt kunna göra upp en handlingsplan för eftervården. Om detta uteblir kan bristningen skapa en försämrad livskvalitet för kvinnan och för hela familjen (Ajne, Blomberg & Carlsson 2021, s.601).

Med bristningar avses bristningar som sker i förlossningskanalen i mellangården samt analsfinktern. Dessa kan involvera hud, slemhinna, muskler samt blodkärl och nerver i förlossningskanalen. En perinealbristning kan var spontan men även en episiotomi som görs under förlossningen blir klassificerande som en perinealbristning. Bristningar kan ske vid framfödandet att barnet och risken för att en bristning uppstår är som störst vid krystningsskedet (Ajne, Blomberg & Carlsson 2021, s.601).

Bristningar varierar i omfattning, och därför har man valt att klassificera dem i olika grader mellan grad 1 - 4. Detta för att underlätta vid diagnostisering samt få en samstämmighet internationellt. Man klassificerar enligt ICD som är en internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. En perinealbristning är en förlossningsskada men alla får inte bestående men av skadan utan de allra flesta läker och blir helt återställda. För en del kvinnor kvarstår dock problem och man behöver få ytterligare vård och behandling (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2021).

2.2.1 Klassificeringar av bristningar

Grad 1 är bristningar som är ytliga och finns på underlivets slemhinna och hud. Dessa behöver endast sys om de blöder eller inte faller samman väl. Grad 2 bristningar är den vanligaste formen av bristningar som sys och de delas in i olika undergrupper. Kort kan man säga att de sträcker sig utanför vaginans öppning och ut i perineum. Det rör sig om såväl muskler i perineum, men också hud och slemhinna. I den bifogade tabellen finns en komplett lista över dessa typer av bristningar (Bilaga 1).

Tabellen visar grader av bristningen med den internationella ICD koden samt en beskrivning på var skadan sitter. Den kursiva texten är en förklaringstext till koden (Bäckenbottenutbildning, 2022b).

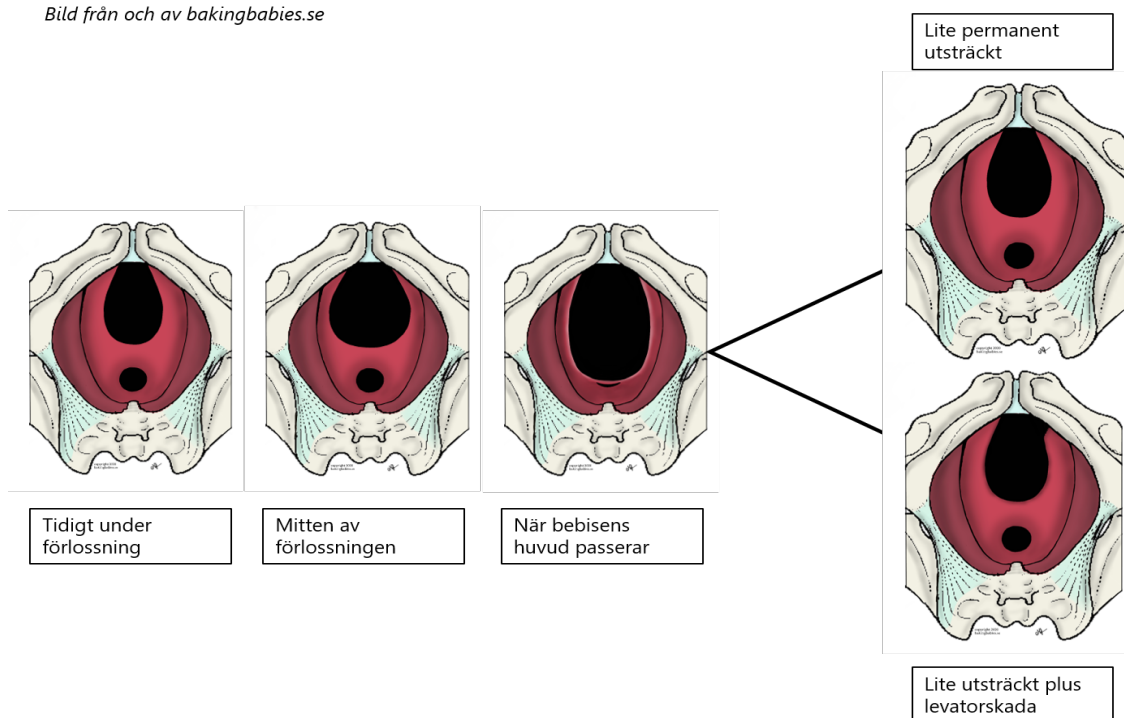
Bristningar av grad 3 omfattar yttre eller inre analsfinktern och även dessa delas in i olika undergrupper beroende på om skada är total, partiell eller bara rör den interna sfinktern. Grad 4 bristningar är den bristning som är mest omfattande och den innefattar en bristning genom perineum, analsfinktrarna och tarmväggen i rektum (Ajne, Blomberg & Carlsson 2021, s.605).

Levatorskada

Levatorskador klassificeras som grad 2-bristningar och dessa skador har visat sig ha en förklaring till flera typer av bäckenbottenrelaterade problem, även sådana som uppträder senare i livet. En levatorskada handlar i de flesta fall om att levatormuskulaturen lossat från sitt fäste när barnet passerar genom bäckenbotten under förlossningen (Bäckenbottenutbildning, 2022b).

Förekomsten av dessa är ännu inte helt klara eftersom diagnoskoderna blev tillräckligt detaljerade först år 2020. De är dessutom svåra att diagnostisera i akutskedet och det krävs god kunskap om anatomin för att säkerställa att det rör sig om en levatorskada. Symptom på att man kan ha drabbats av en levatorskada kan vara instabilitet i bäckenbotten, vidhetskänsla, smärta, svårigheter att hitta knipet och trängningar. Kvinnor som drabbats av en levatorskada har en ökad risk att drabbas av framfall (Ajne, Blomberg & Carlsson 2021, s.607). Figuren nedan visar tydligt hur levatorn som liknar en hästsko med en öppning sträcks ut när bebisen passerar förlossningskanalen. Om levator muskeln förblir intakt återfår den sin ursprungliga form, medan om den slita av från sina fästen framme vid pubisbenet förlorar förmågan att återfå sin form och blir därmed permanent utsträckt (Bakingbabies, 2021).

Bild från och av bakingbabies.se



Figur 3 Bäckebottenmuskulaturen under och efter en förlossning. (Bakingbabies, 2021)

I dagsläge saknas kirurgi som reparerar främre levatorskador. Och enligt en artikel i Tech Coloproctol är dessa typer av skador mycket vanliga. Man studerade och undersökte 130 kvinnor med symptom som tydde på levatorskada med endoanal och endovaginal ultraljud. Man fick då fram att man bör ha en god diagnostisering över skadan för att senare kunna avgöra vilken typ av behandling som är optimal för just denna patient. Det som gör det hela svårt är att hitta dessa typer av skador direkt efter förlossningen, detta eftersom 40% av kvinnor efter en vaginal förlossning har en svullnad som kan indikerar på någon grad av levatorskada. Och detta kan då ses som en del av den naturliga förlossningsprocessen. Dock såg man att 13 % av dessa hade kvarstående problem efter 6 månader (Alshiek, & Shobeiri, 2019).

Sfinkterskada

En bristning som även innefattar ändtarmens slutmuskel kallas för sfinkterskada eller sfinkterruptur. Beroende på omfattningen av skadan på slutarmuskeln klassas denna för en grad 3 eller grad 4 bristning (Ajne, Blomberg & Carlsson 2021, s.605). Det som skiljer denna typ av skada mot övriga bristningar är att man sett nedsättning i livskvaliteten och problem som avföringsinkontinens även flera årtionden efter förlossningen (Nilsson, Åkervall, Molin, Milsom, & Gynhagen, 2022).

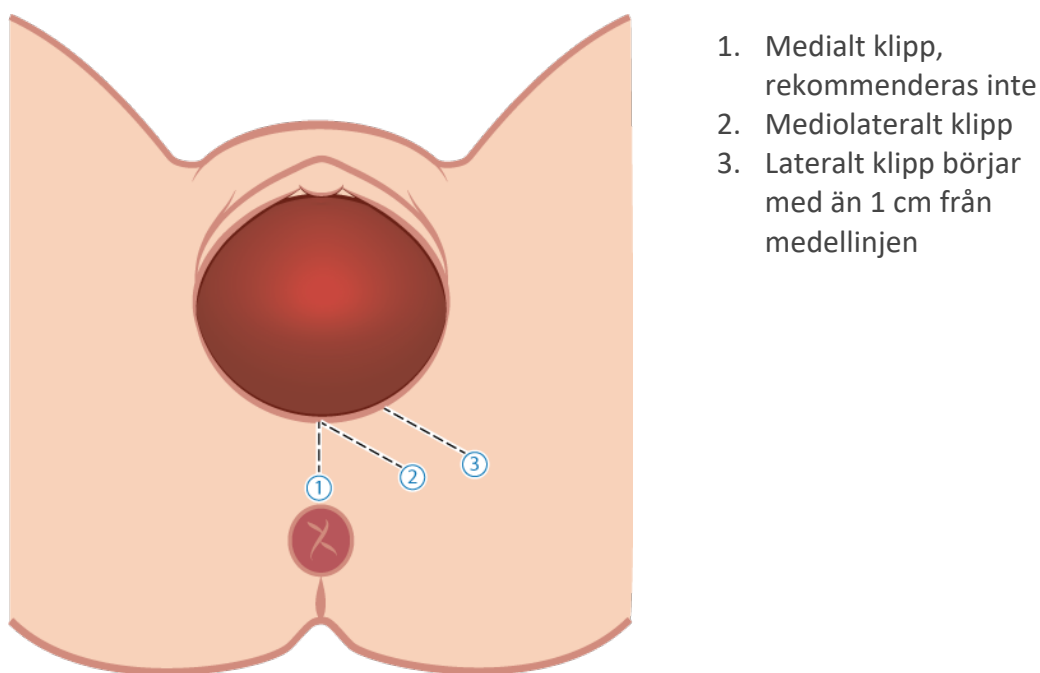
I en studie som publicerades 2022 har forskare fokuserat på påverkan på livet ett par decennier efter en sfinkerskada. Denna studie har registerdata och ett frågeformulär som omfattar nästan 11 000 kvinnor som haft två vaginala förlossningar från 1987 till 2000. I studien ingick de som fått en skada men även de som inte fått någon skada. Vad man kunde se var att av de med en sfinkerskada var det 6 procent som efter två årtionden hade problem med läckage av avföring upp till ett par gånger i månaden eller mer. En femtedel upplevde en påverkan på det dagliga livet. Studien är gjord i Sverige och som första författare är Ida Nilsson forskare inom obstetrik och gynekologi på Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet. Nilsson skriver: *”En sfinkterskada leder till avsevärt ökad risk för ofrivilligt tarmläckage senare i livet. Om skadan upprepar sig dubblas risken för kvarstående tarmläckage. Även svårighetsgraden ökar, med högre frekvens av läckagetillfällena, allvarigare läckage och större påverkan på livskvaliteten”* (Nilsson, Åkervall, Molin, Milsom, & Gynhagen, 2022).

En studie vars syfte var att utforska kvinnors upplevelser av återhämtning från förlossningsskador på analsfinktermuskeln ett år efter förlossningen fick fram ett resultat som visade att temat *”Struggling to settle with a damaged body”* från engelskan översatt till *”Kämpa för att acceptera en skadad kropp”* framträdde tydligt. Det första året efter skadan innebar för många kvinnor en kamp för att vänja sig vid och acceptera att leva med en förändrad och ibland fortfarande sårad kropp. Många deltagare beskrev problem relaterade till ett icke-fungerande sexualliv samt fysiska och psykiska problem som fick dem att känna sig använda och trasiga. Dessa problem ökade också deras bekymmer för framtida hälsa och graviditeter. Dock fanns det kvinnor som hade anpassat sig till sin situation, gått vidare med sina liv och kände sig återhämtade och starka. En avgörande faktor för återhämtningen var att möta en stödjande och hjälpsam vårdpersonal. Därför behövs tydliga planer inom vården för att ge rätt vård och tjänster så att kvinnorna som drabbats som kan ta itu med både fysiska och psykiska hälsoproblem för de som drabbats av en förlängd återhämtning efter en sfinkerskada (Lindqvist, Lindberg, Nilsson, Uustal & Persson, 2019).

2.2.2 Episiotomi

Episiotomi eller klipp görs i slidmyningen för att påskynda eller underlätta framförandet av barnet. En episiotomi skall rutinmässigt undvikas vid normala förlossningar och användas endast vid indikationer som hotande syrebrist hos fostret, eller för att hindra att stora bristningar uppstår (Ajne, Blomberg & Carlsson 2021, s.606).

Man stöter på olika typer av klipp omnämnda i litteraturen men de vanligast beskrivna typerna är; medialt klipp, mediolateralt klipp och lateralt klipp. Det är endast de sneda klippet; mediolateralt klipp och lateralt klipp som rekommenderas eftersom det raka klippet; medialt ökar risken för sfinkerskador. Vinkeln på klippet är det som anses vara viktigast och det bör vara 60° från medellinjen. Beroende på om du som lägger klippet är vänster eller högerhänt står du på motsatt sida om patienten och sätter klippet klockan 4 eller 8. Saxen bör vara vass och klippet mellan 3–5 cm långt för att kunna avlasta muskelvävnaden. Det är fortfarande viktigt att bibehålla ett kontrollerat framförande med ett gott perinealskydd samt god kommunikation med kvinnan (Bäckenbottenutbildning 2022a,. Ajne, Blomberg & Carlsson 2021).



Figur 4 Medialt, mediolateralt och lateralt klipp. (Bäckenbottenutbildning, 2022a).

2.2.3 Diagnostisering och suturering av bristningar

Det är av yttersta vikt att göra en god och noggrann diagnostisering efter förlossningen för att undvika följsymptom. Man börjar med att undersöka blygdläppar, vulva och perineum för att sedan undersöka hymenringen och den rektovaginala fascian. Även slemhinnan i vaginan, muskler och analsfinktrana palperas och undersöks noggrant. De bristningar som behöver sys, sutureras av barnmorskan eller läkaren. De bristningar som sutureras av barnmorskan är i regel första och andra gradens bristningar. De sutureras under lokalbedövning i förlossningsrummet. Är bristningen mera omfattande sutureras den av läkare i operationssalen. Hit hör tredje och fjärde gradens bristningar och även mera djupgående andra gradens bristningar (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2021).

Diagnostisering

En noggrann diagnostisering skall ske genast efter förlossningen. Det kan ibland vara svårt att utföra en korrekt diagnostisering eftersom svullnaden kan vara stor samt blödningen riklig. Strävan skall vara att man är två barnmorskor med under tiden man diagnostiserar och inspekterar då kan man bistå varandra vid undersökningen vilket kan förbättra diagnostiseringen. Vid minsta misstanke om mera omfattande skador ombeds man tillkalla läkare för att diagnostisera (SBU, 2021; Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2021, s. 50).

Identifikation av skador på levatormuskulerna innehåller observation av fettvävnad i bäckenet och att man skall vara uppmärksamhet på eventuella hematom. Riktigt rikliga blödningar och blodutgjutningar kan vara en ledtråd att det eventuellt är fråga om levatorskador (SBU, 2021).

Kontroll av bristningens längd och djup är av stor betydelse för att bedöma omfattningen av muskelskador. Moderna klassifikationer och tekniker, inklusive ultraljud, magnetresonansundersökning (MR) och datortomografi, används för att objektivt kartlägga bäckenbottens anatomi. Dock har dessa metoder ännu inte blivit rutinmässigt implementerade direkt efter förlossningen. Det pågår forskning för att utforska ytterligare metoder och förbättringar inom diagnostiken av förlossningsbristningar. En kombination av klinisk skicklighet och teknologiska framsteg är nödvändig för att säkerställa optimal vård och behandling för kvinnor under denna känsliga period (SBU, 2021).

Vid inledningen av diagnostiseringen är det viktigt att man gör det bekvämt för kvinnan. Benstöden justeras så att både höjden och vinkeln är på en bra nivå, man vill att underbenet stöds så att det minskar risken för smärta och tryck på nerverna. Sängen lutar bakåt och neråt för att lyfta bäckenet. Detta gör det lättare att se och komma åt för kontroll och eventuell suturering. Man känner igenom bäckenbotten genom att undersöka både vaginalt och rektalt. Undersökningen sker systematiskt. Man börjar med att undersöka labia minoras utsidor och går sedan inåt. Man undersöker inuti genom att använda ett finger i rektum och det andra i vaginan. Följ vaginalfårorna och känn efter om allt känns jämnt och fint. Om något känns som ett tunnare område i vaginan så kontrolleras detta extra noga eftersom det kan vara fråga om en bristning i rektovaginala fascian. Torka och kontrollera om det finns några bristningar i vaginan. Om det finns en bristning vid perineum räknas vaginalbristningen fram till hymen och perinelabristningen på utsidan om hymenringen (Jonsson, Liljeberg & Hagberg, 2023).

Sen känner man igenom musklerna i perinealkroppen. Detta görs med ett pekfinger i rektum och ett i vaginan. Höjden av perinealkroppen bestäms, viktigt att ta i beaktan ursprungsanatomien vid bedömningen. Om perinealkroppen är högre än två centimeter så är det troligtvis inga muskler som är skadade. Om den är mellan en och två centimeter så är det troligtvis musklerna runt vaginan som är skadade. Om den är mindre än en centimeter råder det misstanke om att det är fråga om en sfinkerskada.

Palpera vaginalväggarna för att känna om de är jämntjocka om dessa känns gropiga kan det vara fråga om en levatorskada (Jonsson, Liljeberg & Hagberg, 2023).

Om det finns en bristning i perineum eller om bristningen i vaginan är djupare än en halv till en centimeter, bör vi alltid misstänka att musklerna är involverade. Man känner efter eventuella hålrum under bristningen i vaginan och använder en allis-peang för att lokalisera muskeländarna. För att få en bra bedömning lyfts vaginalbotten med ett finger i ändtarmen. Sedan palperas sfinktermuskeln genom att känna på den med ett pekfinger i ändtarmen och tummen från samma hand. Man känner igenom sfinktern från klockan nio till klockan tre och rullar den mellan fingrarna. Den ska kännas jämntjock och vara ungefär en centimeter tjock. Vid misstanke om att sfinktern eller andra viktiga muskler är involverade, bör förlossningsläkare tillkallas för bedömning (Jonsson, Liljeberg & Hagberg, 2023).

När man vill använda sig av en strukturerad rutindiagnostisering efter en förlossning kan man med fördel använda metoden som kallas **BB TIPPS Ida**:

Berätta: Innan du börjar undersökningen ska kvinnan få information om vad som ska göras och hur. Förklarar för henne att man behöver kolla både slidan och ändtarmen för att upptäcka och åtgärda eventuella skador.

Bedöva: Man erbjuder kvinnan tillräcklig bedövning innan man börjar med undersökningen. Vanligtvis används vi en bedövningspray eller gel som sprayas /smörjs på huden för att minska obehaget. Med fördel läggs en transkutan PBD (pudendusblockad) innan inspektionen börjar.

Titta: Inspektera bäckenbotten noggrant och eventuella bristningar för att få en tydlig bild av situationen.

Palpera: När man gör diagnosen är det viktigt att man känner både vaginalt och rektalt med två fingrar för att kunna nå tillräckligt högt upp i slidan och känna åt sidorna. Man mäter även avståndet mellan fingret i ändtarmen och fingret mot vaginalväggen för att kontrollera om det finns några skador på musklerna i mellangården eller sfinktern. Detta avstånd bör vara minst två centimeter, annars kan det vara tecken på skada.

Planera: Man ser till att rätt kompetens finns tillgänglig för att sy bristningen i tillräcklig bedövning. Det är bäst om man är två personer som hjälps åt både vid undersökning och suturering.

Suturera: När det är dags att sy följer man rutiner noggrant. Observera att om bristningen är av grad 3–4 eller om det finns omfattande vaginalbristning bör antibiotikaproylax ges.

Informera: Efteråt informerar man kvinnan om vilken typ av bristning som uppkommit och hur den har lagats. Man använder med fördel ett vaginalkort för att markera vilken typ av bristning det var och hur uppföljningen kommer att se ut för henne. Det är viktigt att man känner sig välinformerad och trygg i processen.

Dokumentera: Skriv in noggrant i det dataprogram som finns vilken typ av bristning som uppstått. Samt hur den suturerats (Jonsson, Liljeberg & Hagberg, 2023).

Suturering

Vid suturering av bristningar efter förlossningen är det viktigt att den som syr har god kunskap av anatomin och sutureringsteknik. Med fördel är man två barnmorskor vid sutureringen för att bristningen repareras på rätt sätt. Första gradens bristningar som är ytliga och inte blöder kan lämnas osuturerade. Vid suturering av grad 3–4 bristningar rekommenderas det att det utförs i en operationssal, där lämplig anestesi, belysning och assistans finns tillgängliga. Detta gäller även för mera komplicerade vaginalbristningar, allt för att säkerställa optimala förhållanden för ingreppet (Bäckenbottenutbildning, 2022).

När det gäller perinealbristningar pratar man om två huvudtyper av suturer, fortlöpande och enstaka knutar/knoppar. Valet av teknik är beroende av perinealbristningen och till stor del kompetensen på den som suturerar (SBU,2021). Som mål med de fortlöpande suturerna är att man minimerar antalet stygn och man har även sett att de ger mindre smärta åt kvinnan på kort sikt. Många enstaka knutar innebär ofta mera suturmaterial än fortlöpande suturer. Vid suturering med enstaka knutar är mellan ½-1 cm mellan suturerna lämpligt. Suturerna skall inte sitta för löst eller för hårt åtdragna. Hårt åtdragna kan orsaka smärta och i värsta fall göra att suturerna skär genom vävnaden och gör att bristningen går upp. Runt urinrörsmynningen och klitoris finns rikligt med nerver och kärl och detta bör man vara extra uppmärksam på. Med fördel sätts en kateter innan man suturerar runt urinröret (SFOG, 2017).

Suturmaterial som används inom förlossningsvården är resorberbara material. Både flätande (multifilament) och icke flätad tråd (monofilament) används. Dessa båda bryts ned genom hydrolys, som är en process som kräver fuktig miljö. Valet av tråd beror på platsen och typen av sutur, eftersom suturer har olika vävnadsstöd och absorptionstid. Skillnaden mellan flätad och icke flätad tråd är hur tråden ser ut. Den icke flätade tråden är som en fiskelina, medan flätad tråd är som ett flätat rep. Icke flätad tråd drar inte till sig vätska och små organismer, medan flätad tråd gör det. Icke flätad tråd passar bra när man suturerar fortlöpande suturer (SFOG, 2017).

Trådens tjocklek mäts i nummer, där låga nummer betyder tjock tråd och höga nummer betyder tunn tråd. De vanligaste är 2 - 0 och 3 - 0, medan 4 - 0 ofta används på labia och hud. Nålen man använder kan vara skärande, särskilt om man ska igenom huden. Annars väljer man en vass men inte skärande nål en "taperpoint needles" den separerar vävnaden

i stället för att skära igenom den. Om Patienten har en blodsmitta används speciella nålar som är trubbiga för att minska risken för stickskador. Nålen har också en böj, som är anpassad för det område där man ska suturera. Det kan vara en halv cirkel för inre vävnad, 3/8 cirkel för yttlig vävnad och 5/8 cirkel för djupare syning. När man syr behöver man använda en nålförare, sax och pincett. Om det har uppstått en bristning eller om det är svårt att nå musklerna kan även en Allis-peang vara bra att ha (SFOG, 2017). En Allis-peang i viss litteratur även kallad fransyska är en kirurgisk tång som lätt går att greppa om vävnader med, eftersom den ytterst är formad som en tång med räfflad klo och har låsanordning likt en traditionell peang.

Sårläkningen

Läkning av bristningen startar genast efteråt och sker i olika faser. Den första fasen i läkningsprocessen kallas inflammationsfasen och den pågår under de första dagarna. Här sker en biologisk rengöring av såret och man känner av rodnad, svullnad, värmeökning och ofta även smärta med inskränkt funktion. Den fas som startar därefter kallas nybildningsfasen och denna pågår i ungefär 14 dagar. Under denna fas finns en nedsatt hållfasthet i vävnaden och den kännetecknas av att bindvävsceller, kollagen samt granulationsvävnad bildas. Den sista fasen i läkningsprocessen kallas mognadsfasen och den pågår i upptill ett års tid. Den inledande processen är tillbaka bildande av blodkärl samt kollagen mognad. Vävnaden normaliseras och hudens hållfasthet återställs (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2021, s. 62).

Den tidiga läkningen, så kallad primärläkning innebär att sårkanterna har anpassat sig väl efter eventuell suturering och att läkningen sker komplikationsfritt. Sekundärläkning som innebär att såret läker från botten efter att inte blivit sytt korrekt eller att det uppkommit en sårruptur. Denna läkning är en längre process och den är mera förknippad med problem samt fel läkning. Vartefter att en djup bristning läker återskapas styrkan och funktion, denna process kan dock ta upp till flera år (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2021, s.62).

Under läkningsprocessen kan olika faktorer påverka läkningen både positivt och negativt. Normalt så läker en bristning efter förlossningen snabbt bland annat tack vare den ökade genomblödningen i vävnaden efter graviditeten. Däremot kan flertal olika orsaker påverka negativt. Såsom infektion, anemi, hematom och reaktion på suturmaterial. Även vilken typ av bristning det handlar om, episiotomi samt sutureringsteknik spelar roll för läkningen.

Övriga saker som påverkar är genetiska faktorer samt olika sjukdomstillstånd hos kvinnan (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2021, s.63).

Om en suturerad bristning eller episiotomin rupturerar beror det oftast på en infektion och då kan detta behöva behandlas innan eventuell resuturering. Det finns inte så mycket kunskap kring detta ännu, eftersom bristningar i regel läker snabbt men det betyder inte alltid att den läker anatomiskt rätt. Men generellt kan man säga att resultatet efter en sårruptur är beroende av vilka suturer som släppt och på orsaken. Är det endast hudsuturer som släpper kan detta skapa obehag men det påverkar oftast inte funktionen över lång tid, medan om stygn som suturerats i muskler och rektovaginala fascian släpper så påverkar dessa funktionen i bäckenbotten (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2021, s. 63).

Innan kvinnan lämnar förlossningen är det därför av största vikt att man ger henne både muntlig och skriftlig information om vilken typ av perinealbristning som kvinnan drabbats av. Med fördel görs även en inspektion av bristningen där man bedömer om bristningen blivit korrekt sydd samt palperar över mellangården och slidan. Man kontrollerar om det finns tecken på blödning eller infektion. Det är även viktigt att informera kvinnan om vilken typ av sutur som man använt dvs resorberbar eller icke resorberbar som behöver tas bort efter ca. 7 dagar. Vikten av genomgången är att kvinnan känner sig trygg inför hemgång och har fått information om vart man skall vända sig om komplikationer uppstår (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2021, s. 61–62).

2.3 Förebyggande åtgärder

Redan i inledningen lyftes ståndpunkten att kvinnor som är rädda har en större risk att drabbas av bristningar jämfört mot kvinnor som är trygga när de föder (Abascal & Svärd Huss, 2018 s. 111). Därför är de förebyggande åtgärderna vi kan ta till av yttersta vikt för kvinnan. Socialstyrelsen i Sverige har ett dokument där det rekommenderas att man samtalar med gravid om förlossningsbristningar och planera för förlossningen (Socialstyrelsen, 2023).

Socialstyrelsen i Sverige rekommenderar att de som möter gravida erbjuder stödjande samtal och vid behov förlossningsplanering ifall man hos den gravida ser riskfaktorer för förlossningsbristningar och även om den gravida har kvarstående besvär efter bristningar från tidigare förlossningar. Eftersom man har sett av erfarenhet att samtal och

förlossningsplanering ger en ökad känsla av trygghet och delaktighet samt minskar oron och rädslan och detta kan förebygga förlossningsbristningar (Socialstyrelsen, 2023).

De metoder man i dag beskriver för att förebygga bristningar har de flesta som syfte att medverka till ett långsamt framfödande för att ge kvinnans vävnader tid att tänja för att ge optimal plats för baby'n att födas fram. Det långsamma framfödandet är ett samspel mellan personalen, barnmorskan eller läkaren samt kvinnan. Samt ett manuellt perinealskydd och olika typer av förlossningsställningar (Bäckenbottenutbildning, 2022a; Jonsson, Liljeberg & Hagberg, 2023).

Det finns kliniska studier som visar att den sista delen av utdrivningsskedet med fördel kan kontrolleras och det förebygger bristningar när det får ske långsamt. Men studierna och åsikterna om vad som är viktigast och hur det åstadkoms går isär. Dock handlar de flesta förebyggande åtgärder om att man vill åstadkomma ett långsamt och kontrollerat framfödande när förlossningen framskridit till det stadiet att man skymtar baby'n huvud i vulva (Bäckenbottenutbildning, 2022a). Man har dock sett att om utdrivningsskedet sträcker sig över 60 minuter är även det en riskfaktor för att rupturera (Handa, Danielsen, & Gilbert, 2001; Räisänen, Vehvilainen-Julkunen, Gissler, & Heinonen, 2009). Övriga riskfaktorer att drabbas av perineala bristningar är relaterade till kvinnan, barnet eller förlossningen. Riskfaktorer som är relaterade till kvinnan är förstföderska, kort perineum, tidigare förlossningsskada samt bristande kommunikation. En hög födelsevikt, stort huvudomfång och avvikande bjudning som vidöppen hjässbjudning är riskfaktorer relaterade till barnet. De övriga riskfaktorerna som yttre press, förlossning som avslutas instrumentellt med sugklocka eller tång samt värkstimulerande dropp. Högst risk för att drabbas av en perinealbristning är när flera komponenter finns dvs. stort barn, instrumentell förlossning och att vara förstföderska (Bäckenbottenutbildning, 2022a; Jonsson, Liljeberg & Hagberg, 2023).

Den skyddande åtgärd som dock har ett högt evidensvärde är varma våta kompresser mot perineum. Detta för att öka blodgenomförseln i vävnaderna (Aasheim, Nilsen, Lukasse, & Reinart, 2011). Som framkom tidigare i bakgrunden att det är en fördel med två barnmorskor vid diagnostisering av bristningar. I en aktuell svensk forskning visar det att två barnmorskor under utdrivningsskedet även minskar förekomsten av svåra bristningar

hos förstföderskor och kvinnor som väljer en vaginal förlossning efter kejsarsnitt (Edqvist et al., 2022).

För att göra framfödandet så säkert som möjligt och förebygga svåra bristningar bör den andra barnmorskan var närvarande i rummet ungefär 20 minuter före den stundande födseln. Denna tidsaspekt var av vikt för kvinnans upplevelse och för samarbetet mellan barnmorskorna. Den andra barnmorskans roll är att fungera som stöd och ge ett lugn till det långsamma framfödandet (Bäckenbottenutbildning, 2022a).

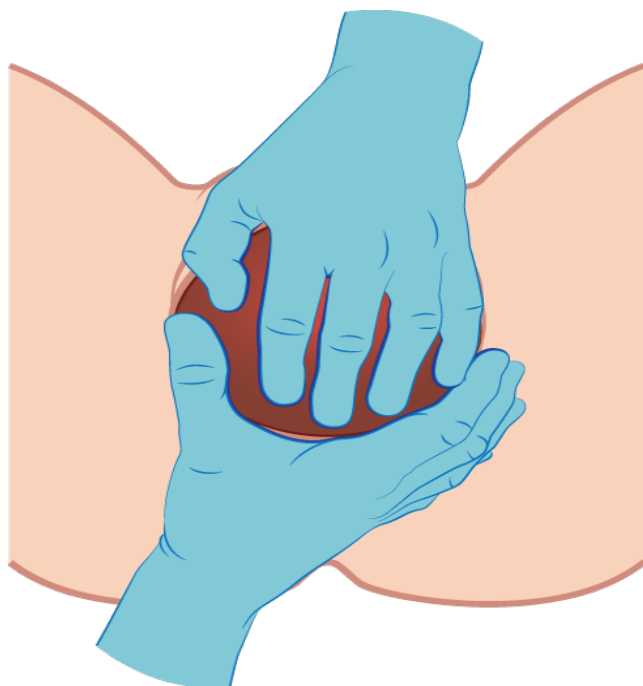
Som förebyggande åtgärder ses även avlastande förlossningsställningar och icke forcerad krystning. Sidoläge och fyrfotaläge är betraktade som avlastande förlossningsställningar. Kvinnor som själva har möjlighet att påverka sin förlossningsställning känner sig mera delaktiga och detta är även förknippat med en positivare upplevelse. Med spontan kontra forcerad krystning är den spontana krystningen mera gynnsam och en forcerad krystning är endast att föredra om det föreligger risker för fostret. Vid alla typer av krystningar är det av värde att det ingår stöd och uppmuntran till kvinnan om progress. En god kommunikationen mellan kvinnan och barnmorskan är därmed en skyddande faktor, eftersom man kan guida kvinna att inte forcera krystningen (Bäckenbottenutbildning, 2022a).

Skydd för perineum

Med perinealskydd menas att barnmorskan eller läkaren lägger sina händer så att man försöker åstadkomma det långsamma framförandet av babys huvud. Vilken typ man använder beror mycket på situationen samt en bedömning av riskfaktorer och även beroende av förlossningsställning. Det man bör ha i åtanke och reflektera över när man använder sig av perinealskydd är var man placerar händerna och med vilket tryck. Trycket skall inte göra ont för kvinnan utan vara optimalt så att det skyddar vävnaden och hindrar att babys huvud föds fram för snabbt (Bäckenbottenutbildning, 2022a).

De två vanligaste varianterna av manuellt perinealskydd är C greppet och finska greppet. Vid både dessa perinealskydd håller barnmorskan den ena handen på babys huvud för att bromsa och den andra handen placeras tätt på perineum för att stödja. Det som skiljer dessa åt är hur de tre nedersta fingrarna är placerade. Vid C greppet har barnmorskan den

nedre handen som ett C på perineum. Figur 5 visar händernas läge vid C greppet. Finska greppets hand är placerad tätt på perineum med tummen och pekfingeret på var sin sida medan de resterande fingrar är böjda under. Perinealskydd är dock inte enbart tillräckligt för att förhindra bristningar utan en god kommunikation, krystmetod och byte av förlossningsställning har alla förebyggande inverkan på uppkomsten av bristningar (Bäckenbottenutbildning, 2022a).



Figur 5 Manuellt perinealskydd, tvåhandsgrepp (Bäckenbottenutbildning, 2022a).

2.4 Eftervård och uppföljning

En god smärtlindring är bland det viktigaste och första åtgärden efter en bristning. Smärtstillande mediciner samt icke medicinska smärtlindringsmetoder som exempelvis is binda och TENS är avgörande för en god läkning. De första dagarna kan opiater vara nödvändiga, men dessa bör användas med viss försiktighet, eftersom det ökar risken för obstipation. Därför rekommenderas ofta tarmreglerande medel speciellt under den första tiden. Lavemang bör dock undvikas. Vid utskrivning från BB bör kvinnan få bristningen inspekterad samt få skriftlig och muntlig information om både skötsel av bristningen samt dess omfattning. För vårdpersonalen kan bristningen ses som liten och högst normal men för kvinnan kan den uppfattas som både svår och traumatisk (Ajne, Blomberg & Carlsson 2021, s.612).

I en svensk studie från 2019 där man frågade 1007 kvinnor om deras upplevelse efter en 2:a gradens bristning. Framkom att deras upplevelse av de första två månaderna var att de var överraskade över besvären samt uttryckte oro över sina kroppar. Vidare uttryckte de oro över sin fysiska och psykiska återhämtning samt hur man återvänder till tillståndet som var före förlossningen. Studien som fick namnet "Taken by surprise" summerar bra att kvinnorna var överraskade över det som hände. Trots att många av dessa kvinnor återhämtade sig ganska bra redan efter någon månad var det tydligt att de inte var beredda på smärtan och obehaget. Det fanns även kvinnor som hade mindre bristningar som behövde en mera omfattande eftervård med kontroller och extra stöd från vårdpersonalen. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver därför kunna identifiera kvinnorna som har kvarstående problem samt vid behov remittera för vidare vård (Lindberg, Persson, Nilsson, Uustal, & Lindqvist, 2019).

Enligt studien behövs alltså mer kunskaper om hur kvinnor upplever den första tiden efter förlossningen, för att kunna förbättra vården men också ge bättre behandlingar. Det finns ännu en begränsad kunskap över hur mindre bristningarna kan påverka kvinnor i deras dagliga liv (Lindberg, Persson, Nilsson, Uustal, & Lindqvist, 2019).

Enligt Way (2012) beskriver de elva kvinnor som ingår i studien att beroende av vilket stöd de fick under förlossningsprocessen hade det en avgörande roll för hur de kände inför sina kroppar efter förlossningen. De behövde till en början mera stöd för att senare kunna återhämta sig och anpassa sig till sin nya vardag. Kvinnorna i studien var oförberedda på hur upplevelsen av verkligheten skulle vara. Och de blev överraskades av den perineala smärtan men hade ändå bättre förutsättningar om stöd fanns både från vårdpersonal och de närmaste (Way, 2012).

Den finska hälso- och sjukvården är enligt lag skyldiga att erbjuda jämlik vård på lika villkor åt alla (Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010 §2, 2010) dock skiljer sig vården åt beroende på var i landet man bor och om den kompetens finns att tillgå på just den plats där man söker vård. Därav finns statistik att tillgå på Institutet för hälsa och välfärd dvs. THL för att säkerställa att vården är säker och kvalitativ (THL, 2023b).

Rekommendationer för eftervård och uppföljning för mödrar finns utformade av Social- och hälsovårdsministeriet och handhas av THL. Dock finns i och med den nya familjeledighets reformen, inte samma tyngd i lagen eftersom den tidigare krävde intyg

från utförd efterundersökning för utbetalande av föräldrapenning. Det finns heller inga exakta riktlinjer eller lagar för hur eftervården på förlossning, BB och tiden efter ska se ut, men välfärdsområdena bör följa de nationella rekommendationerna (Social- och hälsovårdsministeriet, 2023)

År 2019 publicerade svenska YLE en artikel där fysioterapeuten Ståhl-Railila lyfte problemet med eftervården hos nyblivna mammor. De ber om hjälp, men hjälpen uteblir, säger Ståhl-Railila. Vi behöver alltså bli bättre på att se helheten. När problemen efter förlossningen kvarstår så borde det vara en självklarhet att vård ges. Viktigast är att mamman bli bemött på rätt sätt säger Ståhl-Railila (Ståhl-Railila, 2019).

2.5 Sexuell hälsa postpartum

Enligt WHO är definitionen för sexuell hälsa följande: ”ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande till sexualitet. Det är inte bara frånvaron av sjukdom, dysfunktion eller brist på hälsa. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt förhållningssätt till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjligheten att ha njutbara och säkra sexuella upplevelser, fria från tvång, diskriminering och våld. För att uppnå och upprätthålla sexuell hälsa måste de sexuella rättigheterna för alla personer respekteras, skyddas och tillgodoses” (WHO , 2006).

Sexualiteten och den reproduktiva hälsan påverkar de allra flesta människor genom livet och kan vara av stor betydelse för den allmänna hälsan, livskvalitén, personliga relationer och självkänslan. Därför är det ytterst viktigt att man månar om detta även efter förlossningen (SRHR, 2023).

Enligt forskare vid Karolinska Institutet och University of Bristol som undersökt samband mellan förlossningsmetod och sexuellt välmående många år efter förlossningen har man inte kunnat påvisa att kvinnors sexliv påverkats negativt av att de haft en vaginal förlossning. Man jämförde kvinnors sexuella tillfredsställelse och hur ofta kvinnor var sexuellt aktiva bland de som fött med kejsarsnitt och de som fött vaginalt. I studien fanns kvinnor som hade en spontan vaginal förlossning utan komplikationer, sätesförlossningar samt instrumentella förlossningar samt kejsarsnitt. Denna studie skiljer sig från andra eftersom den sträcker sig upp till 18 år efter förlossningen. Resultaten bygger på ALSPAC-

studien (Avon Longitudinal Study of Parents and Children) som University of Bristol genomförde mellan åren 1991–92 med 15 000 gravida kvinnor. Registerinformationen har senare kompletterats med enkätsvar från kvinnorna om deras upplevda sexuella välmående (Martin, Madley-Dowd, Ahlqvist, Jónsson-Bachmann, Fraser & Forbes, 2022).

Det som förvånade författaren Ahlqvist i studien om kvinnors sexuella välmående, var att det rapporteras att kvinnor väljer kejsarsnitt eftersom de tror att en vaginal förlossning kommer att påverka deras sexuella välmående negativt, men vår forskning stöder inte detta säger Ahlqvist. Dock bör man påminna sig om att en kvinna som har smärta vid sexuella samvaro är en för mycket. Och studier om sexrelaterad smärta måste beaktas över hela livsförloppet även i framtida studier. Forskarna hoppas att detta resultat kommer härleda till mer forskning om kvinnors generella välbefinnande både i Sverige och internationellt (Ahlqvist, 2022).

Sexuell hälsa postpartum har enligt forskning både psykisk, emotionell och fysisk påverkan på kvinnor. Det finns en högre risk för postpartumdepression om kvinnor upplever sexuell dysfunktion och ohälsa (Khajehei & Doherty, 2017). Att samtala och kommunicera om sexuell hälsa har en positiv inverkan på välbefinnandet hos kvinnor, så genom att få stöd och uppmuntran av andra kvinnor ökar den sexuella hälsan. Pariera (2018) skriver att trots att sex ännu till viss del är tabu att prata om är en god kommunikation en nyckel till sexuell välbefinnande. Det ger en högre sexuell självkänsla och självförtroende och man har en högre uppfattning om riskfyllda sexuella normer. Under graviditeten och förlossningen går kroppen igenom förändringar som har påverkan även på den fysiska delen (Pariera, 2018). Många kvinnor upplever sig ha en minskad sexlust postpartum, de upplevde brist på lubrication och samlagssmärter. Man har även funnit samband mellan förlossningsskador och sexuell funktion. Kvinnor som fått en förlossningsskada eller en större bristning under förlossningen upplevde en försämrad sexuell hälsa, med minskad lust, smärta och en sämre sexuell tillfredsställelse (O'Malley, Higgins, Begley, Daly & Smith, 2018).

Även Huber, Tunón och Lindqvist lyfter i sin studie, kvinnors upplevelse av sexualiteten efter en större perinealbristning. Kvinnorna i studien upplevde sexlivet efter en allvarlig perineal bristning som en utmaning, med stora individuella skillnader i hur de hanterade det. Många kände rädsla för hur ärret skulle kännas och se ut, och behövde mer planering och förspel för att ha sex. En del beskrev samlag som något de gjorde trots att de kanske

inte var redo. Färre möjligheter till intimitet och förändrad anatomi påverkade lusten negativt. Med tiden anpassade sig de flesta till sina nya kroppar och livssituationer, medan några kände en förlust och sorg. Vissa kvinnor upplevde inga förändringar eller till och med förbättringar i sin sexualitet efter förlossningen. De beskrev samlag som normalt eller bättre, och upptäckte att dyspareuni kunde förbättras trots ärrbildning (Huber, Tunón & Lindqvist, 2021).

3 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt för detta examensarbete har valts Halldórsdóttirs teori: *Caring and uncaring encounters in nursing and health care*. På svenska, -vårdnad och icke-vårdande möten inom sjukvård och hälsovård. Syftet med denna teori är att beskriva vad som gör vårdande möten/interaktioner bra eller dåliga ur patientens perspektiv. Man beskriver i teorin hur vårdande och icke vårdande ligger på en skala. De vårdande interaktionerna är när patienten känner sig omhändertagen och icke vårdande när patienten upplever brist på kommunikation och avskuren till vården. Halldórsdóttirs teori valdes eftersom den beskriver de grundläggande aspekterna som är nödvändiga för ett vårdande möte under interaktioner mellan kvinna och barnmorska. Halldórsdóttir (1996) pratar om patient och sjuksköterska men jag har valt att använda orden som kvinna och barnmorska för att det lättare skall gå att knyta till detta arbete.

3.1 Caring and uncaring encounters in nursing and health care

Halldórsdóttirs teori har många relevanta aspekter som bidrar till att förbättra mötet mellan kvinna och barnmorska. Inom denna teori finns två huvudkoncept, nämligen "bron" the bridge och "väggen" the wall (Halldórsdóttir, 1996, s.5).

Det vårdande mötet betraktas som "bron". Bron är en symbol för öppen kommunikation och bekväma känslor av respekt och medkänsla mellan kvinna och barnmorska. "Bron" innebär även att kvinnan ges en känsla av förbättrat välbefinnande och hälsa. Resultatet av "bron" är en känsla av empowerment. Kvinnan kan uppfatta barnmorskans kompetens genom dennes omsorgsfulla attityd. Halldórsdóttir (1996) beskriver ett vårdande möte som

ett kompetent möte. Denna teori handlar om att vara kompetent för att stärka patienten och skapa anknytning till den andra. Teorin diskuterar också hur ett omsorgsfullt möte måste inkludera förmågan att vara öppen, vara känslig för patientens behov, vara verkligt bekymrad om patientens vård och vara engagerad som vårdare (Halldórsdóttir, 1996, 33–34).

Det icke vårdande mötet betraktas som "väggen". "Väggen" är en symbol för inkompetens i leveransen av patientvård, brist på förtroende, inget tålamod för interaktion mellan kvinna och barnmorska och frånvaro av anknytning i mötet. "Väggen" uppstår när kvinnor inte ges den form av vård de behöver och de upplever att det minskar deras välbefinnande och övergripande hälsa. Resultatet av "väggen" framställer en avskräckande form av vård. Kvinnan kan känna att barnmorskan är inkompetent eller negativ vid mötet. Barnmorskan visar ingen verklig omsorg om kvinnans vård, har ingen respekt för hennes behov av information, är respektlös, omänsklig eller kall, ointresserad och är generellt sett känslolös och hänsynslös gentemot hennes behov. Halldórsdóttir (1996) påpekar att "väggen" är en stark symbol för avståndstagande och att vårdaren är ovillig att kommunicera och engagera sig med patienten (Halldórsdóttir, 1996, 35–36).

I Halldórsdóttirs teori framhävs genom hela den teoretiska ramen hur patienter inom sjukvården kan känna sig sårbara och främmande. Halldórsdóttir utforskar hur en patient endast upplever sårbarhet eller känsla av främlingskap när dessa känslor påtvingas dem. Om patienterna inte behandlas med respekt kommer de att känna sig negligerade. Om en patient upplever sig själv som främmande kommer känslan av ensamhet och isolering att eskalera. Teorin betonar vikten av att alla dessa faktorer måste beaktas vid planeringen av patientvård. Halldórsdóttir (1996) understryker hur samhällliga faktorer och de dolda dimensionerna hos varje individ måste tas i beaktande för att undvika ett omsorgsfullt tillvägagångssätt i leveransen av vård (Halldórsdóttir, 1996, 52–53).

Eftersom frågeställningen och syftet med denna intervjustudie är att undersöka hur kvinnor upplevt eftervården efter en perinealbristning samt att utreda vilken typ av vård de önskat få, fungerar denna teoretiska utgångspunkt bra.

3.2 Empowerment or discouragement: women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth

Halldórsdóttir och Karlsdóttir har studerat teorin om vårdande och icke vårdande mötet även inom förlossningsvården. Studien syftade till att utforska den grundläggande strukturen av vårdande och icke-vårdande interaktioner med barnmorskor och annan vårdpersonal under förlossning bland kvinnor som har fött barn. Forskningsmetoden var en kvalitativ forskningsteori och inkluderade djupgående dialoger med tio mödrar i Akureyri och Reykjavik, Island. Det övergripande temat som framkom i kvinnornas upplevelser av vårdande och icke-vårdande var "befrämjande eller nedslående". Inom detta tema identifierades fyra huvudkategorier (Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996).

1. Barnmorskan upplevdes som vårdande - en oumbärlig följeslagare under förlossningsresan.
2. Kvinnans uppfattning om effekterna av mötet med den vårdande barnmorskan - en känsla av att bli stärkt.
3. Barnmorskan upplevdes som icke-vårdande - ett olyckligt hinder för en framgångsrik förlossningsupplevelse.
4. Kvinnans uppfattning om effekterna av mötet med den icke-vårdande barnmorskan - en känsla av nedstämdhet.

Resultaten indikerar att en barnmorska som tillgodoser en kvinnas behov av professionell vård under förlossningsupplevelsen troligtvis är mer framgångsrik i att uppnå övriga mål inom sjuksköterske- och barnmorskavården jämfört med en barnmorska som inte gör det (Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996).

4 Syfte och frågeställning

Syftet med detta examensarbete är att beskriva hur kvinnor har upplevt och erfarit eftervården efter att de fått en perinealbristning som gett besvär en tid efteråt. Undersökningsfokus inkluderar om kvinnorna fått tillräckligt med vård och stöd, eller om det finns områden som kan utvecklas. Genom att belysa detta ämne hoppas jag bidra till ökad kunskap samt få tips och råd för eventuella förbättringar och utvecklingsförslag för eftervården. Syftet med denna studie kan sammanfattas i följande frågeställningar:

*** Vilken är kvinnors erfarenhet och upplevelse av eftervården vid perineala bristningar?**

*** Vilken typ av vård och stöd är viktigt för kvinnor vid en perinealbristning?**

För att få svar på dessa frågor genomförs en kvalitativ intervjustudie. Kvinnor som har upplevt kvarstående besvär efter en perinealbristning får möjlighet att delta i en intervjustudie där de svarar på huvudsakligen öppna frågor om sina upplevelser kring eftervården. Kvinnor som inte upplevt kvarstående besvär efter en perinealbristning faller utanför inklusions kriterierna för denna studie.

5 Metod

I detta kapitel beskrivs forskningsprocessen. Denna studie är en kvalitativ intervjustudie som görs på ett induktivt förhållningssätt för att samla in information om kvinnors upplevelse och erfarenhet efter en perinealbristning. Genom att datainsamlingsmetoden är personliga intervjuer som genomförs på en semi strukturerat sätt med kvinnor som fått en perinealbristning med kvarstående besvär, fås en djupare förståelse för hur kvinnorna upplever eftervården.

5.1 Kvalitativ metod

Det är syftet och frågeställningen som styr valet av metod. En kvalitativ forskning är en design för att samla in och analysera information där man vill förstå och tolka fenomen och komplexa sammanhang. I stället för att fokusera på numeriska data, som kvantitativ forskning gör använder man inom kvalitativ forskning mera djupgående aspekter av det mänskliga beteendet, upplevelser och perspektiv. Denna metod har sitt ursprung i den holistiska traditionen och man studerar levda erfarenheter, därför kan det heller inte finnas något som är fel eller absolut sanning utan det är den personliga erfarenheten man studerar. Den kvalitativa data kan bestå av ord som är talande eller skrivna samt visuella bilder. I kvalitativ forskning används olika metoder för att samla in data, såsom intervjuer,

observationer, fokusgrupper och analys av text- eller bildmaterial. Även bloggar och digitalt material som poddar kan användas (Henricson, 2017, s. 111; Denscombe, 2018, s. 393).

Ett av de centrala karaktärsdragen vid kvalitativ forskning är att forskaren strävar efter att komma så nära forskningsfenomenet som möjligt. Detta innebär att forskaren vill få en djupare förståelse för fenomenet. Forskaren bör reflektera över den egna livserfarenhet och tidigare kunskap om fenomenet. Flexibilitet är en viktig egenskap hos kvalitativ forskningsdesign. Forskaren bör vara beredd att anpassa och utveckla designen under forskningens gång för att kunna ta hänsyn till nya insikter och upptäckter som framkommer genom datainsamlingen och tidigare analyser. Detta innebär att forskningsfrågor och tillvägagångssätt kan justeras eller förtydligas för att ge en mer komplett bild av fenomenet (Henricson, 2017, s. 113–114; Denscombe, 2018, 23–25).

Eftersom syftet med denna studie är att ta reda på kvinnors upplevelse och erfarenhet av vården efter en perinealbristning är den kvalitativa metoden lämplig att använda. När det är fråga om upplevelser och personliga historier finns det inget som är rätt eller fel vilket den kvalitativa metoden även understryker.

5.2 Datainsamlingsmetod

Att använda sig av intervju är en metod för insamling av data, vilket betyder att forskaren använder deltagarnas svar som datamaterial. Man kan klassificera intervjuer som strukturerad, semistrukturerad eller ostrukturerad. Dessa olika klassificeringar anger hur stor flexibilitet det ges i mötesformatet. Semistrukturerade intervjuer tillåter forskaren att gå mera på djupet och ger informanten möjlighet att utveckla sina svar och synpunkter. Frågorna skrivs på förhand med ordningsföljden avgörs under intervjuens gång och forskaren har därför ett mera flexibelt förhållningssätt till frågornas ordningsföljd. Vid semistrukturerade intervjuer finns även möjlighet för forskaren att ställa följdfrågor under intervjuens gång (Denscombe, 2018, s. 267–270).

När man använder sig av intervju som metod kan man använda en intervjuguide som stöd. Intervjuguiden i denna studie, se bilaga 3, används som stöd under intervjuerna. Genomförande av intervjuerna bör ske på en lugn plats där alla närvarande känner sig trygga, detta gör att innehållet i intervjuerna blir djupare och detta bidrar till ett bättre

slutresultat. Den som gör intervjun bör ha tillräcklig kunskap för att hålla intervjun. Guiden bör heller inte vara för lång för att på så vis inte störa intervjun och dess innehåll (Henricsson, 2017, s.167–168).

Personliga intervjuer är den vanligaste formen av intervjuer där forskare och informanten möts. Denna form är lätt att hantera och källan härstammar endast från en röst, detta märks tydligt när forskaren skall analysera sitt arbete och skriva ut eventuella ljudinspelningar. Då finns bara en person i taget som pratar (Denscombe, 2018, s.267–270).

Innan man påbörjar intervjuerna bör man testa intervjuguiden för att få en förståelse för hur väl frågorna ger svar på syftet, hur bra deltagarna förstår frågorna samt om något bör tilläggas eller revideras (Henricson, 2023, 155). Kallio et. al. (2016) beskriver tre olika sätt att utföra provintervjuer. Den första görs som en intern testning, där man ber en kollega använda guiden på den som senare skall utföra intervjuerna. På detta sätt kan man få en uppfattning om hur frågorna formulerade. Det andra sättet är en expertbedömning. I denna testning låter man personer som inte är kopplade till studien att granska intervjuguiden och kontrollera dess relevans i relation till syftet. Detta sätt används ofta inom examensarbeten och man kan låta andra studerande förutom handledande lärare att kontrollera intervjufrågorna. Det tredje sättet man kan använda sig av vid testade av intervjuguiden är att testa guiden för potentiella deltagare. Denna form är den vanligaste och den ger även intervjuaren en möjlighet att bedöma hur mycket tid som går åt vid en intervju (Kallio et. al, 2016; Henricson 2023, s.155).

Till denna studie passar en semistrukturerad intervjuform eftersom frågorna i denna intervju kommer att vara av en personlig karaktär och därför har fördel av att inte vara av strukturerad karaktär. Detta ger mera utrymme för informanten att delge sina upplevelser. Intervjuguiden testas på en grupp för att se och ge en uppfattning om frågeställningarna besvarar syftet och om klarheten i frågorna är av en tydlig karaktär.

5.3 Kvalitativ innehållsanalys

En kvalitativ analys kan tillämpas på all form av text, även vid analys av bilder. Det finns fem olika tillvägagångssätt när man analyserar samtal och intervjuer. Dessa är innehållsanalys, grundad teori, diskursanalys, samtalsanalys och narrativ analys (Denscombe, 2018, 400).

Kvalitativ innehållsanalys är en analysmetod som kan användas för att analysera insamlade data. Den kvalitativa innehållsanalysen fokuserar på tolkning av texter och används mycket inom vårdvetenskap, beteendevetenskap och humanvetenskap. Vid kvalitativa studier kan den insamlade data analyseras samtidigt som den samlas in. Det är möjligt att starta dataanalysen redan efter att den första intervjun är genomförd, men det vanligaste förfaringssättet är att analysen påbörjas efter att all data har samlats in (Henricson, 2017, 290).

Analysprocessen börjar oftast med att det insamlade materialet transkriberas. Det innebär att intervjun ordagrant omvandlas till text. Efter detta finns ännu ett par steg i processen. Transkriberingen läses noggrant igenom flertalet gånger för att skapa förståelse och få en helhet. Nästa steg är att välja ut stycken ur texten som svarar på studiens syfte samt frågeställning. Dessa stycken bildar meningsenheter som senare i analysprocessen kommer att bilda koder som sedan kan sorteras till olika kategorier (Henricson, 2023, s. 160).

Meningsenheter kan bestå av meningar, stycken eller ord. Meningsenheternas syfte är att besvara på frågeställningen, dessa kodas så att de bildar tema och kategorier. Kategorier bildas av det som berättar liknande saker och temat besvarar vad studien handlar om (Henricson, 2017). Vid kvalitativa forskningar kan forskaren använda sig av induktivt förhållningssätt. En induktiv forskning anses ofta vara mer användbar när det gäller att generera nya idéer eller teorier, medan deduktiv forskning passar när man vill testa befintliga teorier (Henricson, 2017).

I denna studie används ett induktivt förhållningssätt för att analysera resultatet och göra anknytningar till teorin. Med tanke på syftet och datainsamlingen har jag valt att analysera intervjuerna med kvalitativ innehållsanalys med induktiv analysmetod. Eftersom jag vill undersöka upplevelser och erfarenheter är detta en passande metod.

5.4 Val av informanter

När studien är kvalitativ väljs informanter så att de kan tillföra något inom det område som skall studeras. För att uppnå variation i det insamlade datamaterialet finns det ambition att rekrytera informanter i olika åldrar och med olika förutsättningar som utbildning, inkomst och sociala relationer. I kvalitativa studier använder man mindre antal informanter. Här väljer forskaren själv ut några deltagare som kan delge den egna historien utifrån sina

erfarenheter. Vid ändamålsenligt urval syftar man till att välja personer som har erfarenhet av det specifika fenomenet som studien undersöker (Henricson 2023, s. 152–153).

Deltagarna i denna studie väljs inte ut slumpmässigt. Utan studien begränsas till kvinnor som har kvarstående besvär efter en perinealbristning. 5 kvinnor valdes ut, av ett flertal som tog kontakt efter att förfrågan publicerats. Kvinnorna som valdes ut har alla erfarenhet av perinealbristningar och kvarstående besvär. Valet gjordes även ändamålsenligt för att bäst svara mot syftet med detta examensarbete. Urvalet gjordes också med avsikt att inkludera kvinnor med olika typer av bristningar för att säkerställa variation i perinealbristningarna.

Förfrågan (bilaga 4) till medverkan i intervjustudien publiceras i en av Österbottens största mammagrupper på Facebook: "Mammor & Gravida i Österbotten FINLAND". Den gruppen har ca. 4800 medlemmar.

5.5 Etiska överväganden

När man vill göra studier som bygger på människors upplevelser, känslor och professionens kunskap blir det etiska övervägandet av yttersta vikt. Etiska överväganden ingår i hela processen i ett vetenskapligt arbete. Man vill med hjälp av forskningsetiken värna alla livsformer och förvara grundläggande människovärde och rättigheter (Henricson, 2017, 58). Forskningsetiska delegationen (TENK) grundat redan 1991 i Finland har 2023 gett ut en uppdaterad version där man behandlar de etiska principer man bör följa vid forskning inom den humanistiska vetenskapen (TENK, 2023). Dessa principer kommer att beaktas i detta examensarbete. Man pratar om god vetenskaplig praxis och delar in principer i flera stycken, de är grundläggande för att säkerställa etiken och integriteten även inom kvalitativ forskning. De bidrar till att bygga och upprätthålla förtroende mellan forskare och deltagare, och säkerställer att forskningen genomförs på ett ansvarsfullt och etiskt sätt. Principerna bygger på tillförlitlighet, ärlighet, uppskattning och ansvarstagande (TENK, 2023).

(TENK) publicerade 2009 för första gången nationella anvisningen med betoning på etiska principer för den för humanistiska, samhällsvetenskapliga och beteendevetenskapliga forskningen i Finland. Fram till 2019 hade nästan alla institutioner som universitet och yrkeshögskolor förbundit sig till den. Anvisningen var en av de första i Europa inom sin

vetenskapsgren. Under 2019 uppdaterade TENK anvisningen för att tillämpas bredare på all forskning som involverar människor eller använder humanvetenskapliga metoder.

Självbestämmanderätten är att de som deltar har rätt att självständigt fatta beslut om de vill delta i studien och att de när som helst kan avsluta sitt deltagande utan att det blir några påföljder. Detta innebär att deltagarna har full kontroll över den egna medverkan och kan göra sina egna bedömningar om vad som är bäst just för dem (TENK, 2019).

Undvikande av skador: Forskaren är skyldig att skydda deltagarna från skador samt att säkerställa att studien inte kommer att orsaka negativa konsekvenser för dem. Detta innebär att forskaren bör överväga eventuella risker och vidta åtgärder för att minimera dem. Etiska aspekter bör beaktas för att skydda dem. Deltagaren bestämmer själva var gränser för vad som de anser vara för privat eller känsligt, men forskaren bör förhålla sig artig och respektera deltagarnas välbefinnande samt människovärde (Henricson 2017, s. 69–70; TENK, 2019).

Personlig integritet och dataskydd: Deltagarnas personliga integritet och dataskydd är av yttersta vikt. Integritetsskyddet är den rättighet som är garanterade i Finlands grundlag. Forskningsdata samt all annan identifierbar information bör behandlas ytterst konfidentiellt samt skyddas från att alla obehöriga har åtkomst. Detta inkluderar att skydda de som deltar, deras anonymitet och sekretess. Genom att använda sig av pseudonymer eller ta bort information som kan identifieras bidrar man till detta (Henricson 2017, s. 69–70; TENK, 2019).

För att respektera dessa etiska principer och riktlinjer görs ett informationsbrev upp, i brevet tas det upp och poängteras det att deltagarna i denna studie att det är frivilligt och kan avbrytas när som helst. Med informationsbrevet kommer även att information om hur datamaterialet av undersökningen skall behandlas. Deltagarna skall underteckna ett dokument där de ger sitt informerade samtycke för att delta i den här studien. I samband med att detta dokument undertecknas kommer självbestämmanderätten och konfidentialiteten att lyftas ytterligare en gång (Henricson, 2023 s. 152).

I detta arbete samlas informanterna in på ett sådant sätt att inga övriga forskningslov kommer att krävas utan de etiska principerna är täckande för att de etiska riktlinjerna bibehålls.

5.6 Studiens praktiska genomförande

Innan studien påbörjades utformades intervjuguiden (se bilaga 3), baserad på frågor som syftar till att besvara studiens syfte och frågeställningar. För att skapa en trygg miljö under intervjuerna hade de inledande frågorna en mera allmän karaktär, gradvis övergående till mera känsliga ämnen. Frågorna formulerades öppet för att uppmuntra informanterna att dela sina egna upplevelser och erfarenheter.

Efter att intervjuguiden (bilaga 3) var sammanställd och godkänd av handledande lärare och testad på 4 studiekamrater publicerades förfrågan (bilaga 4) till medverkan i Facebook gruppen Mammor och Gravida i Österbotten Finland. Små justeringar av frågorna gjordes efter att de testats av studiekamraterna, detta för att klargöra vissa frågor och ordningen på frågorna ändrades lite. Under de första dyggen som förfrågan låg ute tog ett flertal informanter kontakt och ville delta i studien. Jag valde ut 5 kvinnor som alla har lite olika typer av skador. Tre kvinnor hade drabbats av större bristningar. Två med grad 3 ruptur och den tredje med en grad fyra, det vill säga en total ruptur. En av informanterna hade fått en episiotomi och den sista drabbats av en grad två skada. Informanterna fick ta del av samtyckesblanketten och innan intervjuerna inleddes tecknade alla under blanketten. Intervjuerna skedde alla på en plats som informanterna själva valt och i denna studie kom alla intervjuer att göras öga mot öga. Alla blir påmind och informerade om att de när som helst under studiens gång kan avsluta sin medverkan trots att de gett ett skriftligt samtycke. De fick information om att deras identitet skall hållas skyddad under hela studiens gång och även efter att studien avslutats. Alla intervjuer spelas in och kommer att raderas när studien är klar. Efter att intervjun blivit gjord görs en transkribering av intervjuerna och även denna kommer att raderas när studien är klar. Citat som finns med från intervjuerna anonymiseras så att det inte framkommer platser eller namn som kan avslöja vem informanterna är.

Efter att intervjuerna var gjorda analyserades materialet med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Ljudfilerna transkriberas och översätts till standardsvenska, men vissa nyanser av dialektala ord får stå kvar till den grad att man inte kan urskilja från vilken by informanten kommer ifrån. Dessa läses noggrant igenom ett flertal gånger. De färdigt transkriberade texterna färg koder och meningsenheterna plockas ut. Dessa bildas sedan

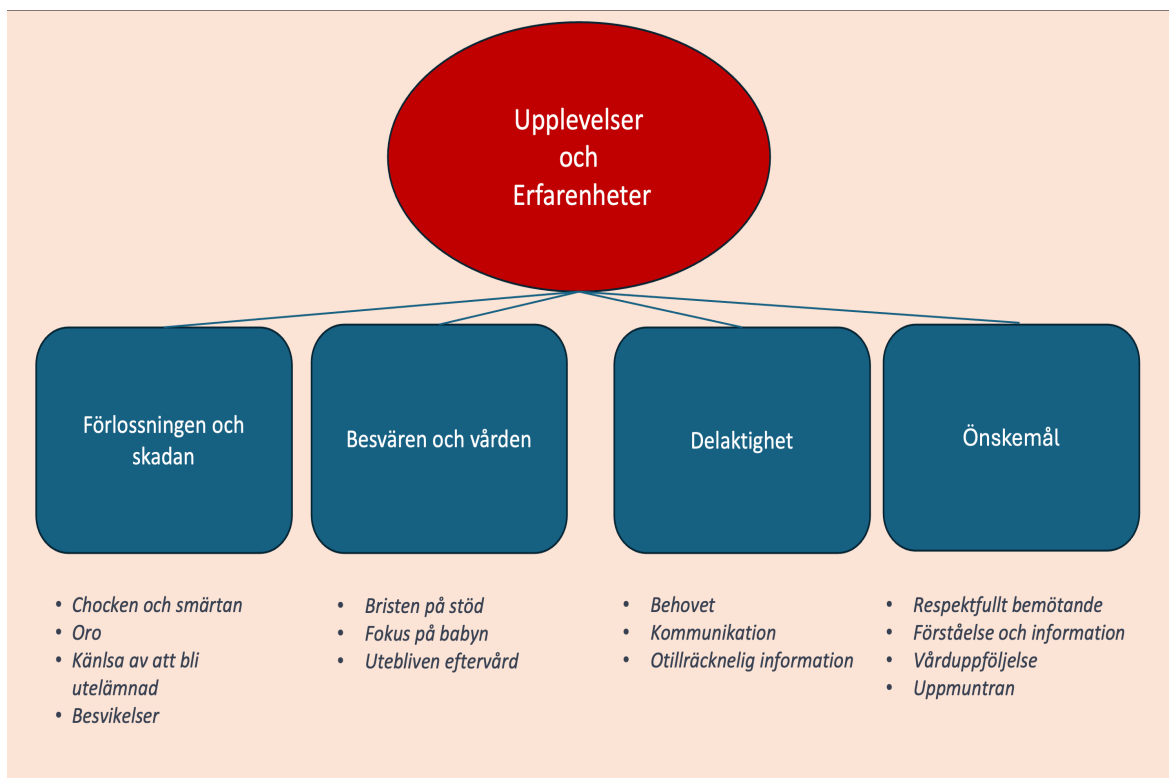
underkategorier som slutligen huvudkategorier. Ett övergripande tema bildas utifrån den gjorda analysen. Figur 5 beskriver analysens tema, kategorier och underkategorier.

6 Resultat

I detta kapitel kommer resultatet av studien att beskrivas. Redovisningen som följer baserar sig på studiens syfte och frågeställning, det vill säga vad kvinnor har för erfarenhet och upplevelse av eftervården vid perineala bristningar. Samt vilken typ av vård och stöd hade varit viktigt för dem. Från analysen uppstod temat upplevelser och erfarenheter. Detta beskrivs i figuren nedan. Fyra huvudkategorier uppstod från analysen och dessa svara på frågeställningarna; *Förlossningen och skadan, besvären och vården, delaktighet och önskemål*. Var och en av huvudkategorierna har dessutom underkategorier som kommer att beskrivas närmare här nedan. Kategorierna är **svärtade** och underkategorierna understreckade och kursiverade för att enklare urskilja dem från texten. Efter varje kategori presenteras några citat som delats av informanterna. Informanterna har fått fiktiva namn som syns efter citaten. Citaten är markerade med citattecken och med *kursiv stil*. Hela kategoriseringen av resultatet ses i figur 6.

6.1 Upplevelser och erfarenheter

I temat för studien som blev upplevelser och erfarenheter framkommer det hur informanterna upplevde allt från förlossningen och tiden efteråt på sjukhuset men även en längre tid efter med återhämtning och läkning. Det framkommer även hur man upplever bemötandet och informationen. Kategorierna som framkommer under temat är **förlossningen och skadan, besvären och vården, delaktighet och önskemål**.



Figur 6 Figur över resultatets tema, huvudkategorier och underkategorier.

6.1.1 Förlossningen och skadan

I kategorin **förlossningen och skadan** kommer underkategorierna *chocken* och *smärtan*, *oro*, *känslan av att bli utelämnad* och *besvikelser* att lyftas fram. I studien framkom det att det fanns olika förväntningar på förlossningen, en del hade redan fött barn och hade därför en tidigare erfarenhet medan för en del var det första barnet och de saknade därför erfarenhet av att föda barn. Det som var gemensamt för alla var att man såg framemot förlossningen och i initialskedet när skadan skedde hade ingen några direkta förlossningsrädslor.

För en del blev det en *chock* att det uppstod en sådan skada som dessutom inte läkte snabbt. Det uppstod olika typer av perinealbristningar vid alla förlossningar. En del av informanterna fick så stora skador att de behövde sys i operationssal av en läkare medan en del blev sydda inne på förlossningssalen av barnmorskan. Det man ser hos alla av informanterna är att förlossningsupplevelsen påverkades av utgången av förlossningen. *Smärtan* var en ständig följeslagare för flera av informanterna en lång tid efter förlossningen vilket gör att man även nu i efterhand ser på förlossningen med en känsla av smärta.

”Eftersom det hade gått så bra ändå vid första förlossningen så var nog detta en gigantisk chock. Det fanns inte i min värld att detta kunde hända ” (Anna)

”Jag hade ju gått över tiden så det var ju en igångsättning detta, till en början tog allt länge och sen så gick det snabbt. Och så klippte hon då i krystskedet” (Pia)

”Jag sa i ett ganska tidigt skede i förlossningen att det känns som om hen far åt fel håll, och plötsligt blev det jätte bråttom och man drog ut hen med sugkopp” (Ruth)

”Det hade ju ändå gått så snabbt och bra och när jag var 10 cm öppen ville jag ha värkmedicin, men då var det inte tid för nått sånt” (Frida)

Trots att inga av informanterna direkt hade någon förlossningsrädsla så fanns det viss oro under förlossningen som de upplevde att inte togs på allvar. Hos alla informanter ser man dock en koppling i deras historia på så vis att hos var och en gjordes interventioner. En del på grund av indikationer av babys mående och hos en del på grund av andra orsaker. En av kvinnorna beskriver att hon i över två timmar hade krystvärkar utan att få krysta eftersom baby inte ännu var tillräckligt lågt nere i bäckenet. En annan berättar att hon ännu i denna dag inte ens vet varför man klippte, kvinnan beskrev att hon gärna hade velat veta och att det skulle ha gett henne en bättre förståelse för situationen.

”Till sist blev det så tungt att jag nästan svimma, jag orkade inte mer. Babynt mådde bra men jag var så trött så de tryckte ut hen men fundus tryck och därmed brast jag en djup bristning” (Frida)

En annan beskriver att maskiner började tjuta och pipa och att personalen uppmanade henne att krysta. En annan informant berättar att babynt kom med vidöppen bjudning och med navelsträngen flera varv runt nacken vilket gjorde att förlossningen i slutskedet inte riktigt blev som tänkt och kvinnan behövde sen mekanisk hjälp att få ut barnet med hjälp av sugklocka.

”De bara ropa att jag sko tryck, men de gick inte. Sen drog de bara ut hen” (Ruth)

”De klippte liksom 2 gånger men ändå sprack jag liksom runt till ändtarmsöppningen, och så drog de ut honom med sugklocka. Det var ingen gemytlig upplevelse precis” (Anna)

Känslan av att bli ute lämnad är en något som flera informanter beskriver. Man lyfter vikten av kommunikation och information för att kunna bilda sig en uppfattning om vad som hänt. När man lämnas utan att veta kommer detta att skapa onödiga spekulationer och bidrar till en ökad rädsla samt en känsla av att tappa all kontroll, säger en av kvinnorna. Det är också av yttersta vikt att informationen även når fram till partnern säger en av kvinnorna. Han skall ju inte heller lämnas helt utanför. En av informanterna beskriver följande:

” Jag fick bara den infon att jag behöver en fara på operation, jag blev lämnad helt och min partner visste inte ens om jag eller babyen skulle överleva ” (Anna)

” Jag minns att jag kände mig så ensam på uppvaket sen, ingen sa något och jag visste inte var mitt barn var eller min man, jag minns att jag kände att bemötandet inte var nå bra utan de prata över huvudet på mig ” (Anna)

En annan beskriver hur det var efter att komma från operationen utan att få någon information alls. Kvinnan hade ingen aning om vilka skador som hade uppstått eller vad som hade gjorts. Det enda hon märkte var att det satts en urinkateter, men fick ingen information om varför den hade satts in. Kvinnan säger följande:

”.. det var mitt i natten så jag fick ingen info alls, bara att läkaren tyckte jag inte skulle ta hand om babyen utan att den skulle vara i kansli. jag fick inte ens info om varför de satt upp sänggrindar på min säng ” (Frida)

Kvinnorna berättar alla att informationen efter förlossningen var bristfällig och hos en del av informanterna helt obefintlig.

Besvikelsen över att det blev som det blev lyfts upp av flera informanter. En kvinna beskriver att hon efter detta inte riktigt kände igen sig själv och sin kropp. En annan berättar att hon inte är bitter trots allt som hänt, men att det finns en viss besvikelse vilket har lett till en förlossningsrädsla inför nästa graviditet.

” Jag är ju inte på så vis bitter på vården men kanske lite besviken på att ingen kunde tänka att min smärta var så mycket mer” (Frida)

”jag blev ju nog rädd att spricka även vid nästa förlossning” (Frida)

”visst är jag ju besviken på vården att det inte togs mer på allvar” (Ruth)

”det kändes som om jag var dålig på att föda barn” (Maja)

6.1.2 Besvären och vårdupplevelsen

I kategorin **besvären och vårdupplevelsen** beskrivs underkategorierna *bristen på stöd, fokus på baby* och den *utebliven eftervård*. När man pratar om upplevelser så är detta något som är högst individuellt. En informant säger att vården inte skall utgå från att alla har kunskap om allt utan att det är viktigt att man verkligen berättar hur det ligger till.

Bristen på stöd blev även tydligt när man pratade om besvären och vårdupplevelsen. Bara det att kunna sitta normalt är ju något som man tar helt förgivet men hos en del av informanterna blev detta en stor del av processen. Ingen av informanterna hade kunnat tänka sig att något så enkelt som att sitta kunde bli ett problem.

"Jag kunde inte ens sitta och det fanns inget på sjukhuset som var anpassat efter det, tex på barnintensiven fanns en fåtölj som det var tanke att jag skulle amma i men jag hade inte ens en chans att ens komma upp och ner ur den" (Ruth)

".. i 11 månader hade jag med sitt ringen överallt under vagnen, det gick liksom inte utan den" (Ruth)

"Jag tror att jag satt, inte på tre månader, jag låg i en fåtölj och hade baken upptryckt för att avlasta" (Frida)

"Jag minns att jag tänkte, sitta på en ring det ska inte jag, men nog påverkade ju svullnaden. Fast jag kunde ju sitta." (Pia)

Det framkom hos flera av informanterna att den uteblivna informationen om vilka typ av besvär man kan få överraskade. Man hade önskat få stöd och råd redan i ett tidigt skede. Upplevelsen av besvären fick de bära själva vilket lett till att de känt sig ensamma och rådlösa. Därför lyfter flera av dem upp vikten av att prata öppet om att denna typ av besvär kan uppstå utan att man för den skull skrämmer upp den som skall bli förälder. En kvinna nämnde att hon hellre skulle ha hört även dessa typer av historier men att det var bara glansbilder man fick ta del av. Kvinnan meddelade därför till sin rådgivning att hon kunde fungera som kontaktperson för andra, men fick aldrig något svar från dem. Kvinnan upplevde att det skulle tystas ner att man kan få besvär som ändrar ens hela liv.

"..och smärtan jag hade var hemskt, men jag fick ju bara mera mediciner för den" (Ruth)

"jag hade stora problem med tyngdkänsla men det vara bara att knipa mer, sen visade det ju sig att det inte alls var bara det" (Maja)

"jag tänkte att det ska vara så här, jag hade ju inte fått nån info om att det inte skulle vara såhär efter en förlossning" (Pia)

"jag var ju en stammis på amningspoli och de visste hur ont jag hade men ingen fångade upp mig ändå " (Frida)

Upplevelse av vården är i stort även förknippat med upplevelsen av bristande stöd. Informanterna kände att fokus ofta låg på fel saker efter förlossningen. Man lade nästan all fokus på babyn. Amningen var en sak som för flera av informanterna var en prövning och man upplevde att stressen och pressen på att amma tog bort fokuset från smärtan och förlossningen. Alla kvinnor som deltog i studien var ändå väl medvetna om att det kan vara en hel del jobb att ta hand om en nyfödd men var oförberedda på att bli så bortglömd efter att förlossningen var över. En berättar att hon inte mera kände att hon räknades.

"det var som bara prat om att få i gång amningen, trots att jag varit så fullproppad med mediciner " (Frida)

"amningen funkade inte och det blev som ännu en skam jag skulle bära " (Maja)

"man skulle ju liksom ta hand om en baby också, och allt var nytt. Fokus blev liksom lite fel. Och jag skulle bara liksom klara av det " (Ruth)

"det skulle varit fint om någon frågat hur man mådde också, inte bara fysiskt" (Maja)

En informant berättar också att det från vården kom uppmaningar och råd om att återgå till sexuellt umgänge så fort det kändes att man var redo. Detta gjorde att kvinnan kände sig tvingad att börja ha sex innan hennes kropp var läkt. Kvinnan ifrågasatte vikten av att ta upp denna information i samband med hemfärd, till viss del kan man förstå att en del kanske tycker att denna information är viktig men i deras fall blev det inte alls bra av denna typ av information. Kvinnan kände sig tvingad till sex innan hon var redo eftersom vården uppmuntrat till det.

"Jag tycker detta inte är något man skall behöva fundera på när man har underlivet fullt med stygn, för hos mig fanns det inte på kartan och nu blev det liksom ännu en sak jag måste klara av "(Anna)

Alla informanter har på ett sätt eller annat erfarenheter av eftervården. En del har även sökt sig till den privata sidan för att få hjälp med sina besvär. Det framkommer under flera intervjuer att trots att de sökt sig till vården har de inte alltid fått adekvat vård som de kunde ha haft nytta av. Fysioterapin har uteblivit för en del av informanterna och deras psykiska mående har gjort att de inte alltid orkat söka vård igen och igen. En av kvinnorna som fick en större skada visste inte ens att det var möjligt att få fysioterapi. Och kvinnan som fick en episiotomi trodde att det var så här det skulle vara nu resten av livet eftersom ingen gett henne någon annan information. Den uteblivna eftervården blev därför som en röd tråd genom alla intervjuer.

"..jag berättade på eftergranskningen att jag hade ont men fick bara svaret allt ser fint ut, även när jag sökte mig till privata sidan fick jag samma svar. Jag fick till och med beröm för hur fint såret hade läkt. Och ändå hade jag så ont att jag inte klarade en dag utan mediciner" (Frida)

" jag fick sen fysio via min rådgivning men det var också en resa i sig, jag gick dit i flera månader utan att hon vågade berätta åt mig hur pass illa det var " (Ruth)

" jag fick som ingen information om nån eftervård, så jag tänkte att det är såhär det skall vara. Har inte ens tänkt att jag kunnat söka mig till mer vård "(Pia)

"Hon barnmorskan som var med hon sa att hon kan komma med på eftergranskningen som stöd. Men jag var nog jättebesviken på den. Jag hade tänkt att de skulle kolla grundligt och fråga hur det är. Eftersom jag vet att det är muskler och så som är involverande. Men jag fick inte det. Utan den jag gick till var ganska brysk och inte alls empatisk. Hon undersökte och satte in ett finger i ändtarmen och så skulle jag knipa och så var det bra. Allt såg fint ut sa hen, men det kändes inte så "(Anna)

6.1.3 Delaktigheten och kommunikationen

Under denna kategori som kallas **delaktigheten och kommunikation** hittas underkategorier behovet, kommunikation och otillräknelig information. Huvudkategorin beskriver delaktigheten och kommunikation som något avgörande för den upplevda känslan. Att bli hörd och lyssnad på samt att kommunikationen är anpassad efter mottagaren anses viktigt. Behovet ser olika ut för dem alla men fler gånger under intervjuerna lyfts vikten av en god kommunikation upp. En av kvinnorna berättar att mitt i dimman av morfin skulle det tas ansvar för och ta ställning till att göra en anmälan för hur mycket som gått fel under förlossningen. Kvinnan hade blivit lämnad i över 1 timme efter att babyn fötts och visste inte hur det gått eller vad som hänt. Ingen berättade vem de var

och från att ha varit ett kaos med mycket folk blev det helt dött. Den manliga studerande som befann sig i rummet var minst lika chockad som kvinnan. Kvinnan berättar att hon minns väl att hon frös och först då fick hon ett lakan på sig. Delaktigheten var här helt obefintlig och kommunikationen brast. Kvinnan minns väl kommentaren som studeranden gav.

"onneksi mä on mies, mä ei tarvitse ikinä synnyttää, ja och sen kom de då och sa oj Herre Gud här har vi ju nån. Ja det var som helt kaos där"(Ruth)

Kvinnorna vittnar om vikten av en god kommunikation och flertalet av informanterna hade önskat en mera tydlig och klar kommunikation vid vad som skedde under förlossningen och tiden efter. Att inte riktigt veta vad som skulle hända närmast eller vad som hänt är sådant som de ser som brister i kommunikationen.

" Nå när de sko ha ut honom fick jag ingen information, de blev bara plötsligt många där och så sko de snabbt ha ut honom. Minns bara att de sa att de klipper" (Anna)

"Jag fick bara veta att jag behöver sys på operation men inte vilken typ av omfattning det var på min skada. Och jag fick heller ingen info av personalen för det var mitt i skiftbyte och den barnmorska jag hade haft för i pension"(Ruth)

Just det att inte veta vad som händer och känna sig delaktig från början avspeglar sig även till tiden efteråt för flera av informanterna. Den otillräckliga informationen beskriver kvinnorna som avgörande för delaktigheten. Den upplevda känslan av att inte blivit tagen på allvar gjorde att de inte kände sig sedda. Flera informanter upplevde att detta gjorde det svårare att be om hjälp. En berättar att hon kände att detta är något jag måste klara av själv utan att vara till besvär. En av kvinnorna berättar att det var av en ren slump att hon till slut fick hjälp för sina smärtor. Kvinnan träffade på läkaren som suturerat henne efter förlossningen i samband med ett annat ärende på sjukhuset. Det var i samtal med läkaren som hon delgav att hon ännu flera månader efter förlossningen åt värkmediciner dagligen för att överleva som läkaren anade att något inte stod rätt till. Om detta hade undersökts redan efter förlossningen och en det blivit en ordentlig efterundersökning hade skadan på nerven kanske upptäckts tidigare och kunde kanske fått hjälp i ett tidigare skede. Även kvinnan som fick en episiotomi vittnar om brist i informationen.

"barnmorskan frågande ju nog läkaren om hon kunde kolla upp mig innan jag for hem, men läkaren tyckte det var onödigt.. så vem är då jag att börja kräva något "(Frida)

"tänkte liksom att det är detta som hör till efter att man blivit klippt, ja och det kan jag ju tänka ännu också eftersom jag inte har nån egentlig kunskap" (Pia)

"jag fick int nån information heller om något. Ingen info om varken vård eller så" (Maja)

En annan berättar att delaktigheten var lika med noll, hon var för trasig för att orka. Och flera av informanterna säger att de inte är de som ropar högst. När ändå ingen lyssnar så blir det att man inte orkar söka vård. Att bjuda in till delaktighet hade flera av informanterna önskat.

"man borde ju bjuda in till delaktighet, det är ju ändå vi som ska leva i dessa kroppar" (Ruth)

"man kan ju inte kräva att man skall orka om ingen ger en lite hopp" (Maja)

Det framkom även berättelser om eftergranskningen där de inte kände sig delaktiga. Ett par vittnade om att det sades att allt såg fint ut trots att känslan var en helt annan. En kvinna som fått en episiotomi berättar att hon trodde det var normalt med problem även år efter ingreppet. Kvinnan som uppmanades att anmäla berättar att det var tyst från sjukhuset. Kvinnan tror att sjukhuset förväntade sig en anmälan, men poängterar att hennes delaktighet borde ha efterfrågats. Kvinnan menar att mer information om hur viktigt stöd och bearbetning av händelsen är borde ha givits, eftersom hon än idag känner att den inte är bearbetad.

"Min delaktighet var nog jättelåg... jag mådde även psykiskt dåligt så jag borde nog ha fått mera information och att de skulle ha förstått att jag måste få hjälp att bearbeta detta" (Ruth)

En del av informanterna förmedlar ändå att det finns ljusglimtar av de som gav en stödjande vård. Trots att kvinnan inte fick hjälp inom gynekologin fick hon hjälp av en annan läkare som gav henne det som behövdes för att komma vidare. En berättar att utan personalen på rådgivningen skulle hon inte orkat. De gav henne just det som behövdes och fick henne att förstå vad som hänt. En annan berättar att hon inte är bitter trots allt som hänt, men visst finns det en viss besvikelse. Och ännu en gång lyfts vikten av

kommunikationen upp, en kvinna säger att för de som jobbar i förlossningsvården eller de som är kunniga är det ju naturligt att veta hur det kan vara, men man kan ju inte räkna med att mammor som ska få sitt första barn skall veta det.

"..så ja att berätt, fast man tänker att detta är nog en mamma som vet allt detta.. men att ändå berätta.. så ja mer info om hur det kan vara " (Pia)

"Det är nog min rådgivningspersonal det som är den som hjälpt mig mest, hon har gått igenom min förlossning med mig för att jag skall kunna förstå vad som hänt. Och även hon har hjälpt mig nu sen efteråt. Fast jag har nog ännu mycket jag bör bearbeta" (Ruth)

"Det kanske var när jag sökte mig privat till hon som berättade om mitt spända bäckenbotten. Då kände jag mig sedd och hörd"(Maja)

6.1.4 Önskemål

Under huvudkategorin **önskemål** hittas underkategorierna respektfullt bemötande, förståelse, vårduppföljelse och uppmuntran. I kategorin beskrivs vilka önskemål och förbättringsförslag som kommit fram under intervjuerna.

Det respektfulla bemötandet genomsyrar alla intervjuer och har en verklig central roll i kvinnornas berättelse. Alla kvinnorna lyfter detta som viktigt och något de önskat att vården tar på största allvar. Ett respektfullt bemötande och det psykoedukativt stöd hade verkligen varit till stor hjälp för att bearbeta det som hänt säger en av kvinnorna. Kvinnan beskriver det som så, att hade hon fått ett respektfullt bemötande hade det kanske besparat henne ett trauma. När kvinnan kände sig frustrerad och besviken på vården, var det viktigt för henne att få sina känslor bekräftade på ett respektfullt sätt. Att ha någon som förstått känslorna och visa empati hade gjort en stor skillnad för henne, beskriver en av kvinnorna. En kände sig verkligen sedd och hörd när barnmorskan på rådgivningen bekräftade hennes känslor och upplevelser. Det gjorde även att hon kunde dela med sig av sina svårigheter och söka hjälp sen. Kvinnan som berättade om att hon upplevt att barnmorskan mest pratat om att det var fritt fram att ha sex efter förlossningen upplevde att detta inte gjordes på ett sätt som fick henne att känna sig sedd. Barnmorskan visste ju inte vår historia, så jag tycker man borde vara mera försiktig i hur man säger åt par i en dylik situation säger kvinnan.

"Att känna att mina känslor inte bara togs som överdrifter gjorde att det var som att jag inte längre var ensam i mina utmaningar utan hade någon som stöttade mig genom dem" (Ruth)

"och så minns jag att hon bara prata om den där sexbiten" (Anna)

"Att få tillräcklig information och förståelse för vad som hände med min kropp efter förlossningen hade gjort mig mer trygg och säker sen när jag skulle återhämta mig, men det måste ske på ett respektfullt sätt" (Pia)

Genom att dela med sig av dessa citat visar kvinnorna hur det respektfulla bemötandet från vården påverkade deras upplevelser efter förlossningen. Det betonar vikten av att vårdpersonalen lyssnar, visar förståelse och tar patienternas känslor och behov på allvar för att skapa en stödjande och empatisk vårdmiljö.

Förståelse och information är ett annat av ledorden som ses under kategorin önskemål. Samtalsstöd, att få prata med någon om det som hänt och någon som sätt inte bara till det medicinska hade hjälpt berättar en av kvinnorna. När kvinnorna beskriver sina smärtor och svårigheter efter förlossningen, visar det på behovet av att vården validerar deras upplevelser och tar dem på allvar. Kvinnorna uttrycker även en önskan om mer information om sin förlossning och återhämtning, vilket visar på behovet av att förstå deras behov av kunskap och klarhet kring deras situation. Att ge dem tillräcklig information och förklara processen kan bidra till en känsla av förståelse och kontroll över deras situation. Förståelsen som en helhet där man ser till utmaningarna och smärtan hade gjort en stor skillnad för kvinnorna i denna studie.

"det är liksom viktigt att se människan bakom bristningen" (Ruth)

"Mer information och ett erkännande i att de ser och förstår mig. Det hade jag verkligen behövt" (Maja)

"Man borde stöda mera den inre resan till att bli mamma, också" (Ruth)

Det som var ett genomgående svar av alla informanter var det att de önskat att man fått en vårduppföljelse och erbjudits vård. Flera av dem fick nu i stället en uppmaning om att söka vård i stället. När man själv är skör orkar man inte leta efter vården själv säger en av kvinnorna.

Tre av informanter berättar om att de gärna hade fått en grundlig efterundersökning efter sina förlossningar, då hade man kanske fått hjälp och även tips om hjälpmedel som skulle underlättat läkningen. Efterundersökningen borde vara individanpassad och erbjudas så att det känns tryggt för den som skall undersökas säger en av kvinnorna. Att man inte skall lämnas ensam med sina smärtor, att bli uppfångad av vården var nog den röda tråd som genomsyrade alla önskemål. Fysioterapi hade en av kvinnorna verkligen önskat att hade erbjudits henne och det tror hon att hade hjälpt åtminstone henne. Kvinnan önskar att man borde erbjuda alla som fött barn fysioterapi även de som inte fått någon bristning.

„.ja man borde ju fånga upp människor, lyssna på det de berättar.. man skall ju kunna sitta tre månader efter en förlossning” (Frida)

”Så ja både samtalsstöd och fysioterapi för att kolla upp alla muskler och så, ja fysio hade jag nog velat ha” (Anna)

”tänk om någon berättat att det kan ta tid att läka och att man måste läka på alla plan” (Pia)

Under denna kategori kom det även uppmuntrande till andra i liknande situationer som dem själva. Man inte skall vara rädda att söka hjälp om man upplever att något inte står rätt till, det är inte för sent att söka hjälp fast man inte fått den hjälp man önskat efter första vårdbesöket berättar en av kvinnorna. Ett par av informanterna som fått höra att allt ser fint ut har ändå inte gett upp utan sökt sig vidare för att få just den hjälp och vård de behövt. Att få känna att man själv inte gjort något fel är något som verkligen är viktigt i läkningen av själen. Det är ju inte meningen att man skall skuldbelägga sig själv men det är tyvärr ganska lätt säger en av kvinnorna. Fast man skulle ju aldrig skuldbelägga någon annan som är i samma sits, så det är nog bara mina egna hjärnspeken säger kvinnan. Att få känna att man blir behandlad som människa, det är just det som gör att man kan läka berättar en kvinna.

*”..tänk om man kunde få känna att man inte gjort något fel själv när man fått en
bristning, jag känner ofta att vi tar på oss skulden själva.. att typ fy vad dålig jag var på
att föda.. men så är det ju inte, jag vet ju nog det” (Maja)*

*”behandla inte folk som löpande band utan läs på om den person du har framför dig, du
vet inte vad denna människan bär på om du inte tar reda på” (Ruth)*

Ifall man inte själv orkar så skall man be en anhörig hjälpa en att få rätt hjälp. En av kvinnorna understryker och berättar att alla känslor är tillåtna, det är okey att inte älska babyn. För tyvärr representerar den ju smärtan säger kvinnan. Inte för att det är babys fel men det kan göra ont bara av att lyfta hen. Så det är viktigt att ha ett bra nätverk.

*”Men det är inget fel på dig fast du inte nu älskar din bebis men prata om det och
våg sök hjälp” (Ruth)*

Sammanfattningsvis på frågan om det finns flera önskemål eller saker informanterna vill tillägga var att de uttrycker viss frustration över bristen på förståelse, information och stöd från vårdpersonal under förlossningen och eftervården. En påpekar att enbart uppmaningen att knipa inte är tillräcklig och att bemötandet från vården är avgörande. En av kvinnorna kände sig bortglömd och önskar att det erbjudits en noggrannare genomgång av förlossningen. Gemensamt för deras erfarenheter är en önskan om respektfullt bemötande och ökad förståelse och information från vården.

7 Diskussion

I kommande kapitel följer diskussion kring metoden som använts i studien kopplat till begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Den teoretiska utgångspunkten Halldórsdóttirs (1996) teori med rubriken Caring and uncaring encounters dvs. vårdande och icke vårdande möten mellan kvinnan och barnmorska och teorins två huvudkoncept ”bron” och ”väggen” kommer att återspeglas mot resultatet. Resultatens huvudfynd kopplas till den forskning som tas upp i bakgrunden och även ny forskning kopplas in i resultatdelen. I metoddiskussionen kommer det reflekteras kring huruvida studien besvarar syftet och frågeställningarna.

7.1 Metoddiskussion

I stycket som handlar om metoddiskussionen kommer examensarbetet att ses ur ett helikopterperspektiv för att granska och syna kvaliteten av arbetet. Arbetets styrkor och svagheter tas upp och granskas med ett kritiskt förhållningssätt. Eftersom examensarbetets metod är en kvalitativ metod utgår man från begreppen trovärdighet, pålitlighet bekräftelsebarhet och överförbarhet. Fokuset i metoddiskussionen lyfter framför allt om syftet och frågeställningarna blir besvarade med hjälp av den kvalitativa metoden (Henricson, 2023, s. 492).

Trovärdighet är en indikation på god vetenskaplig kvalitet i arbeten som använder kvalitativa forskningsmetoder. Trovärdighet ses som ett övergripande begrepp och omfattar flera andra viktiga aspekter som kommer att beskrivas nedan. För att uppnå trovärdighet är det avgörande att förmedla en välgrundad kunskap om det fenomen som studeras. Triangulering är en metod för att öka trovärdigheten i kvalitativ forskning. Genom att använda olika perspektiv och datakällor för att undersöka samma fenomen kan författaren bekräfta och stärka resultaten. Detta kan innebära att intervjua personer med olika livssituationer, tillämpa olika analysmetoder och involvera andra forskare med olika perspektiv (Henricson, 2023, s. 484).

Pålitlighet i arbetet kan visas genom att författaren beskriver och påvisar förståelse för ämnet. All tidigare kunskap och erfarenhet hos författaren bör även tas med för att detta skall kunna vägas in ifall det påverkat insamlingen och analysen. Det bör även framgå hur intervjuerna görs och vilken typ av utrustning som används. Arbetets bekräftelsebarhet ökar om man i analysen är tydlig och författaren är så neutral som möjligt utan att färga den insamlade data. Detta kan ibland underlättas genom att låta andra granska materialet. Överförbarhet är det som avses med om den insamlade data kan överföras till andra grupper. För att detta skall bli möjligt krävs att resultatet är tydligt skrivet (Henricson, 2023, s.484–485).

I arbetet används en kvalitativ metod, vilket anses vara passande med tanke på att syftet var att beskriva kvinnors erfarenheter och upplevelser. En kvantitativ metod skulle inte ha varit lika ändamålsenlig för att besvara studiens frågeställningar. Enligt Henricson (2023) är en kvalitativ metod den som anses vara mest lämpad när man frågar efter erfarenheter och upplevelser. Det rör sig om ett induktivt förhållningssätt, vilket innebär att slutsatser och

påståenden kommer från informanternas svar och baseras inte på en teori. Detta ansågs vara lämpligt för att säkerställa att resultatet blev så trovärdigt som möjligt genom att använda informanternas egna upplevelser och perspektiv (Henricson, 2023). Redan från studiens början valdes direkt semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. Detta val bedömdes även vara korrekt då det möjliggjorde insamling av tillräckligt med relevant information, samtidigt som informanterna oftast hade möjlighet att ge mera djupgående svar. Det som dock bör nämnas är att intervjuarens agerande och dess frågor kan påverka resultatet, därför är det viktigt att vara medveten om detta för att på så sätt kunna inta en neutral ställning under intervjuerna. Innan intervjuerna påbörjades gjordes ett stickprov där frågorna testades för att se om de besvarade syftet. I efterhand kunde man kanske tänka sig att det vore bra om man gjort en regelrätt provintervju på en potentiell deltagare. Detta för att få en lite tydligare bild om hur långa intervjuerna kunde tänkas bli. Nu blev intervjuerna mellan 45 minuter och 75 minuter långa vilket ledde till att det var ett stort material att transkribera.

Studien riktar sig främst till svenskspråkiga kvinnor, eftersom det inte gjorts några översättningar på frågorna. En negativ konsekvens av detta kan dock vara att invandrare, inklusive finskspråkiga kvinnor, kanske undviker att delta på grund av språkhinder. Det är även viktigt att vara medveten om att studien därmed kommer att ha en tydlig finlandssvensk prägel, vilket inte nödvändigtvis kommer att representera trender i hela Finland. Det måste också erkännas att studien är av begränsad omfattning, och resultatet kommer därför inte att kunna generaliseras. Det jag kan förvänta mig är att fånga några mammors specifika upplevelser och perspektiv. Förhoppningen är dock att studien kan bidra till ökad kunskap samt få tips och råd för eventuella förbättringar och utvecklingsförslag för eftervården.

Det kravet som fanns att delta i studien var att man skulle ha fått besvär som sträckt sig i månader/år efter förlossningen. Men det betydde inte per automatik att perinealskadan behövde vara av bestående karaktär. Urvalet skedde genom att deltagarna söktes via Facebook-gruppen Mammor och gravida i Österbotten Finland och fem av de som anmält intresse för studien valdes ut. Trots att gruppens namn riktar sig till österbottniska kvinnor var det även icke österbottningar som tog kontakt för att delta i studien. Kvinnorna hade lite olika typer av skador och detta var en fördel eftersom det gav en större variation på materialet.

I den teoretiska bakgrunden beskrivs olika typer av perinealbristningar samt en genomgång av bäckenbottens anatomi eftersom kunskapen om anatomin anses som den viktigaste delen för att öka förståelsen kring bäckenbottensfunktioner och dess påverkan på den övriga hälsan. Resultatet som ses i studien kan anses trovärdigt och aktuellt och forskningen som lyfts upp i bakgrunden speglar även resultatet. Halldórsdóttirs (1996) teori som användes som teoretisk utgångspunkt kan även ses som passande eftersom det är fråga om upplevd omvårdnad.

7.2 Resultatdiskussion

I detta stycke kopplas resultatet till teorin och bakgrunden. Ny forskning tas in för att kopplas till resultatet. Studiens syfte var att undersöka kvinnors upplevelse och erfarenhet av eftervården vid en perinealbristning. Och resultatet fick fram ett tema samt fyra olika kategorier som tillsammans beskriver kvinnornas erfarenhet och upplevelse efter en perineal bristning. Kommunikationen var en central roll i hela studien och alla informanter lyfter avsaknad av kommunikation och information. Kvinnorna upplevde att deras skador inte togs på allvar och att eftervården inte blev som de hade förväntats sig. Man upplevde bristande information dels eftersom de inte visste vilken typ av bristning de fått. Dels vilka problem det kunde ge, vilket gjorde att de inte förstod vad som hänt med deras kropp eller hur de kunde lindra symtomen. Lindberg, et al. (2019) beskriver detsamma i en studie om hur kvinnor blivit förvånade över vad som hänt dem efter att de fått en andra gradens perineal bristning. Studien beskriver även vikten av att möta någon inom vården som förstår och lyssnar. Det uppgavs vara viktigt för förtroendet att känna sig betrodd och att vårdpersonalen inte förminskade upplevelsen. Det som bidrog till ett bra möte med vården var en ärlig information från personalen och att få stöd och hjälp med sina problem (Lindberg, Persson, Nilsson, Uustal & Lindqvist 2019).

Beck (2021) studerade effekten på kvinnors psykiska och mentala hälsa efter att de fått en grad 4 perinealbristning och fann i resultatet att deltagarna inte fått tillräcklig information om sina bristningar och att vårdpersonal avfärdat dem. Han identifierade några teman i studien bland annat: Varför blev jag inte informerad om denna skada? Varför frågade ingen mig om min psykiska hälsa? Finns det några positiva aspekter i allt detta? Slutresultatet av studien resulterade i att kvinnorna upplevde sig behöva mera information för att förbereda sig för återhämtningen från sina allvarliga skador, inklusive vad de kan förvänta sig, hur de

ska ta hand om sig själva och vilka resurser som finns tillgängliga. Vårdpersonal har ett ansvar att skapa en omtänksam miljö där kvinnor känner sig trygga att berätta om eventuella problem de upplever till följd av sina perineala skador. Lite eller ingen uppmärksamhet ägnas åt kvinnors psykiska hälsa av vårdpersonal när kvinnor brottas med följderna av fjärde gradens perineala bristningar (Beck, 2021).

Resultatet visar även vikten av en god och fungerande eftervård. Kvinnorna önskade att de fått just den vård som de hade behövt utan att behöva be om den. De lyfter även vikten av ett fungerande socialt nätverk, när de själva inte orkade ta tag i sina problem så fanns det andra som peppade och pushade dem att söka vård. Det framkom även ljusglimtar i vården när de kände att någon lyssnade och tog dem på allvar. Dessa saker speglar även de önskemål och utvecklingsförslag de har till vården. Lyssna och ta patienterna på allvar. Behandla alla unikt efter just deras historia. Kvinnorna ville även ingjuta hopp till andra som drabbats, våga fortsätta att söka hjälp och nöj dig inte med att någon säger "allt ser fint ut" när det inte känns så.

Både tidigare forskning och resultatet från denna studie kan därför knytas till den teoretiska utgångspunkten. Halldórsdóttirs (1996) teori om "bron" och "väggen" ger en förståelse för hur vårmötet mellan kvinnor och barnmorskor påverkar kvinnornas upplevelser av vården. Inom teorin symboliserar "bron" en öppen och respektfull kommunikation mellan kvinna och barnmorska, medan "väggen" representerar bristande vård och avsaknad av förtroende och förståelse i mötet. Denna teoretiska ram betonar vikten av att vården ska vara kompetent och omtänksam för att stärka patienten och skapa en positiv anknytning.

Studiens resultat visar på liknande teman relaterade till kommunikation och information inom vården. Kvinnorna upplevde bristande information och kommunikation om sina perineala bristningar, vilket ledde till en känsla av att deras behov inte togs på allvar. Denna bristande kommunikation och förståelse från vårdpersonalen bidrog till en känsla av isolering och försämrat välbefinnande hos kvinnorna.

Sammanfattningsvis visar både teorin och studien hur en omtänksam och kompetent vårdmiljö är avgörande för att kvinnor ska kunna känna sig trygga och välinformerade i sin vård. Båda understryker behovet av att vårdpersonalen tar kvinnornas upplevelser och behov på allvar samt att skapa en öppen och respektfull kommunikation för att främja en positiv vårdupplevelse och återhämtning.

8 Slutsats

Genom studien framgår det att det råder brist på information kring både vilken typ av perinealbristning kvinnor har drabbats av och vilka besvär detta kan medföra. Reflektionerna blir att det finns behov av att forska kring vilken information som ges till gravida kvinnor både före och efter förlossningen, särskilt med avseende på förlossningsbristningar och dess symtom.

Denna studie tydliggör att kvinnor drabbas både fysiskt och psykiskt av perinealbristningar. Det framgår att ett respektfullt bemötande och att känna sig lyssnad på av vårdpersonalen utgör positiva aspekter i vården. Dessa kvinnor kan komma i kontakt med vården på olika sätt, och som barnmorska är det av stor vikt att bemöta dem med respekt och ta deras besvär på allvar. Genom en ökad förståelse för kvinnornas upplevelser av perinealbristningar kan barnmorskor bidra till att dessa kvinnor känner sig bekräftade och väl omhändertagna i vården. Resultatet pekar även på behovet av att förbättra bemötandet och vården av kvinnor, med en ökad individualisering. Det är förhoppningen att detta ska leda till att kvinnor känner sig mer betrodda och får det stöd och den hjälp de behöver utifrån sin unika situation. Det kan också vara så att fler efterkontroller behövs för att identifiera och stötta dessa kvinnor. Resultatet har gett en ökad medvetenhet om hur kvinnor kan uppleva sig själva och sitt dagliga liv efter en perinealbristning.

Eftersom det fanns endast få studier om kvinnor med mildare bristningar, finns här utrymme för fler och mera omfattande studier. Även dessa kvinnor bör känna sig omhändertagna samt få adekvat stöd från vården.

Referenser

Aasheim, V., Nilsen, AB., Lukasse, M., & Reinar, LM. (2011). Perinatal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *The Cochrane database of systematic reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>:

Abascal, G., & Svärd Huss, M. (2018). *Att föda*. Repro Italgraf: Stockholm

Ajne, G., Blomberg, M., & Carlsson, Y., et.al (2021). *Obstetrik* (3.e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Alshiek, J., & Shobeiri, S.A. (2019). The practical value of levator ani muscle injury repair. *Tech Coloproctol* 23, 2019. 83–85. <https://doi.org/10.1007/s10151-019-01957-4>

Alqvist. (2022) *Vaginal förlossning påverkar inte kvinnors sexliv*. Hämtad från <https://www.forskning.se/2022/08/23/vaginal-forlossning-kvinnors-sexliv/>

Arnold, M. J., Sadler, K., & Leli, K. (2021). Obstetric Lacerations: Prevention and Repair. *American family physician*, 103(12), 745–752.

Beck C. T. (2021). Effects of Fourth-Degree Perineal Lacerations on Women's Physical and Mental Health. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 50(2), 133–142. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.10.009>

Bakingbabies.se (2021) *Levatorskador*. Hämtad från <https://bakingbabies.se/2021/02/27/nutid-och-framtid-operation-av-levatorskador/>

Borgfeldt, C., Sjöblom, I., Strevens, H. & Wangel, A-M. (2019). *Obstetrik och Gynekologi för sjuksköterskor*. (5:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Bäckenbottenutbildning. (2022a). Utbildningsmaterial. Hämtad från <https://backenbottenutbildning.se>

Bäckenbottenutbildning. (2022b). Tabell perinealskador. Hämtad från <https://backenbottenutbildning.se/index.php/utbildningsmaterial/klassificering-av-bristningar/tabell-perinealskador>

Denscombe, M. (2018). *Forsknings-handboken: för småsakliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Edqvist, M., Dahlen, HG., Häggsgård, C., Tern, H., Ängeby, K., Teleman, P., Ajne, G., & Rubertsson, C. (2022). The effect of two midwives during the second stage of labour to reduce severe perineal trauma (Oneplus): a multicentre, randomised controlled trial in Sweden. *The Lancet*, 399, 2022. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00188-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00188-X)

Flemmich, J. (2020). *Kejsarsnitt alltmer populärt i och med ökad förlossningsrädsla*. Hämtad från <https://svenska.yle.fi/a/7-1436950>

Halldórsdóttir, S. (1996) *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care – Developing a Theory*. p 5, 33–36, 52–53. Linköping University. Sweden.

Halldórsdóttir, S., & Karlsdóttir, S. I. (1996). Empowerment or discouragement: Women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health care for women international*, 17(4), 361–379. <https://doi.org/10.1080/07399339609516251>

Handa, VL., Danielsen, BH., & Gilbert, WM. (2001). Obstetric anal sphincter lacerations. *Obstetrics and gynecology*. 2001, 98(2) :225–30. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(01\)01445-4](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01445-4)

Henricson, M. red. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. red. (2023). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (Upplaga 3:1). Lund: Studentlitteratur.

Huber, M., Tunón, K., & Lindqvist, M. (2021). “From hell to healed” – A qualitative study on women’s experience of recovery, relationships and sexuality after severe obstetric perineal injury. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 33, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100736>

Hälso och sjukvårdslagen 1326/2010. (2010). Hämtad från <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2010/20101326#Pidm45053755866304>

Jonsson, M., Liljeberg, S., & Hagberg, K. (2023). *Vårdprogram för förlossningsbristningar*. Hämtad från <https://publikdocplus.region uppsala.se/Home/GetDocument?containerName=e0c73411-be4b-4fee-ac09-640f9e2c5d83&reference=DocPlusSTYR-24604&docId=DocPlusSTYR-24604&filename=Vårdprogram%20för%20förlossningsbristningar.pdf>

Khajehei, M., & Doherty, M. (2017). Exploring postnatal depression, sexual dysfunction and relationship dissatisfaction in Australian women. *British Journal of Midwifery*, 2017 25, (3), 162–172. <https://doi.org/10.12968/bjom.2017.25.3.162>

Lindberg, I., Persson, M., Nilsson, M., Uustal, E., & Lindqvist, M. (2019). "Taken by surprise" – Women's experiences of the first eight weeks after a second degree perineal tear at childbirth. *Midwifery*, 87, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102748>

Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A-K. (2022) *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde*. (andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Lindgren, H., Rehn, M., & Wiklund, I. (2019). *Barnmorskans handläggning vid normal förlossning*. (Upplaga 2:3). Lund: Studentlitteratur.

Lindqvist, M., Lindberg, I., Nilsson, M., Uustal, E., & Persson, M. (2019). "Struggling to settle with a damaged body" – A Swedish qualitative study of women's experiences one year after obstetric anal sphincter muscle injury (OASIS) at childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 19, 2019. 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.11.002>

Kallio, H., Pietilä, A-M., Johnson, M. & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing* 72 (12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>

Martin, F., Madley-Dowd, P., Ahlqvist, V., Jónsson-Bachmann, E., Fraser, A, & Forbes, H. (2022). Mode of delivery and maternal sexual wellbeing: A longitudinal study. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 129, (12), 2010–2018. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17262>

Nilsson, I., Åkervall, S., Molin, M., Milsom, I., & Gynhagen, M. (2022). Severity and impact of accidental bowel leakage two decades after no, one, or two sphincter injuries. *American*

Journal of Obstetrics & Gynecology, 228 (12), 2023.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.11.1312>

Olsson, A., Lind, C., Rotstein, E., & Fernando, M. (2021). *Bäckenbotten och förlossningsskador: Handbok för barnmorskor*. Stockholm: Gothia Komptens

O'Malley, D., Higgins, A., Begley, C., Daly, D., & Smith, V. (2018). Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1838-6>

Pariera, K. L. (2018). Women's Sexual Communication with Their Peers and Its Association with Sexual Wellbeing. *International Journal of Sexual Health*, 30 (2), 2018, 210–223. <https://doi.org/10.1080/19317611.2018.1491923>

Ramar, CN., & Grimes, WR. (2023). Perineal Lacerations. *StatPearls Treasure Island (FL): Jan 2024*. Hämtad från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559068/>

Räisänen, SH., Vehvilainen-Julkunen, K., Gissler, M., & Heinonen, S. (2010). Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 88(12):1365–72. <https://doi.org/10.3109/00016340903295626>

TENK, (2023). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstanke om avvikelser från den i Finland*. Hämtad från https://tenk.fi/sites/default/files/2023-04/Forskningsetiska_delegationens_GVP-anvisning_2023.pdf

TENK, (2019). *Etiska principer för humanforskning och etikprovning inom humanvetenskaperna i Finland*. Hämtad från https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Etikprovning_inom_humanvetenskaperna_2020.pdf

Tiitinen, A. (2022). Duodecim. Synnytyspelko. Hämtad från <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00884>

THL, (2023b). *Mödra- och barnrådgivning*. Hämtad från <https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/social-och-halsovardstjanster/modra-och-barnradgivning>

THL, (2023a). *Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda*. Hämtad från [https://thl.fi/documents/155392151/190469429/Perinatalstatistik+2022 Tabellbilagor.pdf/7d463dfb-18ef-aa13-8666-be6eac675fdd/Perinatalstatistik+2022 Tabellbilagor.pdf?t=1699532747834](https://thl.fi/documents/155392151/190469429/Perinatalstatistik+2022%20Tabellbilagor.pdf/7d463dfb-18ef-aa13-8666-be6eac675fdd/Perinatalstatistik+2022%20Tabellbilagor.pdf?t=1699532747834)

SBU, (2021). *Förlossningsbristningar – Diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. SBU-rapport nr 323. ISBN 978-91-88437-67-9. Hämtad från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/forlossningsbristningar--diagnostik-samt-erfarenheter-av-bemotande-och-information/>

SFOG, (2017). *Diagnostik suturering*. Bäckebottengruppen. Hämtad från https://www.sfog.se/media/325305/bb4_diagnostik_suturering.pdf

SRHR, (2023). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter/>

Statsrådet, (2021). *Det är tryggt att föda barn i Finland*. Hämtad från <https://valtioneuvosto.fi/sv/-/1271139/pa-klient-och-patientsakerhetsdagen-17.9-firas-alla-nyfodda-i-finland>

Ståhl-Railila, M. (2019) Fysioterapeut: *Mammor ber om hjälp efter förlossningen, men blir utan*. Hämtad från <https://svenska.yle.fi/a/7-1399199>

Socialstyrelsen, (2023). *Samtala om förlossningsbristningar och planera för förlossningen*. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/nationella-riktlinjer-graviditet-forlossning-och-tiden-efter/rekommendationer/oversikt-graviditet/samtala-om-forlossningsbristningar-och-planera-for-forlossningen/>

Social- och hälsovårdsministeriet. (2023). *Mödra- och barnrådgivning,. Avdelningen för gemenskaper, organisationer och funktionsförmåga / Enheten för barn och unga*. Hämtad 25.4.2023 från <https://stm.fi/sv/radgivningsbyraer>

Way, S. (2012). A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: Expectations, reality and returning to normality. *Midwifery*, 28, (5), 2012. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.08.011>

WHO, *Sexual health*. (2009) Hämtad från https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Bilaga 1

Tabell över perinealbristningar enligt ICD

Svenskt namn	Kod	Beskrivning
Första gradens bristning O70.0	O70.0	Skada på huden i vulva, labiae eller vagina. <i>Behöver sutureras endast med ytliga suturer.</i> <i>Slidmynnings form motsvarar den före förlossningen.</i>
Andra gradens bristning O70.1		Skada på perineala muskler/fästen men inte ändtarmsmuskeln. <i>Slidmynnings form är påverkad och bör återställas vid suturering.</i> <i>Vid isolerad vaginalbristning utan påverkan på perineum ska den beskrivas separat. Djup räknas vinkelrätt från slidväggens yta och till bristningens djupaste del. Längd räknas i hud/slemhinneplanet.</i>
	O70.1a	Perinealbristning grad 2 som omfattar mindre än halva perinealkroppen . <i>Bristningen omfattar upp till halva perinealkroppen: m. bulbokavernosus, ytliga m. transversus perinei superficialis eller fästena för dessa muskler. Kan innefatta mindre än 2 cm djup vaginalbristning.</i> <i>"Liten grad 2"</i>
	O70.1b	Perinealbristning grad 2 som omfattar mer än halva perinealkroppen . <i>Bristningen omfattar mer än halva perinealkroppen: m. bulbokavernosus, ytliga och djupa m. transversus perineisuperficialis och/eller profundus eller fästena för dessa muskler. Kan innefatta mindre än 2 cm djup vaginalbristning.</i> <i>"Medelstor grad 2"</i>
	O70.1c	Perinealbristning grad 2 som omfattar perinealkroppen och bristning djupare än 2 cm i nedre delen av vagina. <i>Bristningen i vagina är upp till 4 cm lång. Bristningen omfattar perinealkroppen, är upp till 4 cm lång samt är mer än 2 cm djup: m. bulbokavernosus, ytliga och djupa m. transversus perinei, levatormuskulaturen eller fästena för dessa muskler samt den rektovaginala fascian</i> <i>"Stor grad 2 med nedre vaginalbristning"</i>

	O70.1d	<p>Perinealbristning grad 2 som omfattar perinealkroppen och bristning djupare än 2 cm som når till övre delen av vagina.</p> <p><i>Bristningen omfattar perinealkroppen, är mer än 4 cm lång samt är mer än 2 cm djup: m. bulbokavernosus, m. transversus perinei, och levatormuskulaturen eller deras infästning i perinealkroppen, samt rektovaginala fascian.</i></p> <p><i>"Stor grad 2 med hög vaginalbristning"</i></p>
	O70.1e	<p>Unilateral skada på m. levator ani</p> <p><i>Skada på ena sidans m levator ani kranialt om perinealplanet. M levator ani är fragmenterad eller avlöst från symfyisen. Diagnosen kan användas ensam eller i kombination med annan bristningsdiagnos.</i></p>
	O70.1f	<p>Bilateral skada på m. levator ani</p> <p><i>Skada på båda sidors m levator ani kranialt om perinealplanet. M levator ani är fragmenterad eller avlöst från symfyisen. Diagnosen kan användas ensam eller i kombination med annan bristningsdiagnos.</i></p>
	O70.1W	Perinealbristning grad 2, annan specificerad. Använd helst inte denna kod.
	O70.1X	Perinealbristning grad 2, ospecificerad. Använd helst inte denna kod.
Isolerad vaginalruptur	O71.4	Perineum, perinealkropp och sfinktrar hela, ej penetrerande ruptur av vaginalvägg högre upp
Isolerad fullväggsskada	O71.8	<p>Penetrerande fullväggsskada mellan tarm och vagina ovanför sfinkterkomplexet.</p> <p><i>Sfinkterkomplexet är inte påverkat.</i></p>
Tredje gradens bristning O70.2		Skada på perineum och analsfinkter
	O70.2C	<p>Sfinkterruptur, mindre än halva externa sfinktern</p> <p><i>Analkanalens runda form bibehållen och främre väggen är täckt av vävnad där en del utgörs av extern sfinkter.</i></p>
	O70.2D	<p>Sfinkterruptur, mer än halva av den externa sfinktern (inkl total ruptur av externa sfinktern utan engagemang av interna sfinktern)</p> <p><i>Analkanalens runda form är påverkad men den interna sfinktern syns hel</i></p>
	O70.2E	Sfinkterruptur, ruptur av både externa och interna sfinktern. <i>Analkanalens runda form är påverkad och endast rektalslemhinnan är hel</i>

	O70.2F	<p>Isolerad skada på den interna sfinktern</p> <p><i>Den externa sfinktern är hel men det finns en ursparning i bakre slidväggen oralt om den där bara tarmvägg känns. Den interna sfinktern syns i kanterna och/eller med ultraljud. Klassas som sfinkterskada grad 3 i Bristningsregistret.</i></p>
	O70.2X	Sfinkterruptur, ospecificerad- utan närmare diagnostik
Fjärde gradens bristning	O70.3	<p>Fullväggsskada genom perineum, analsfinktrar och tarmvägg i analkanalen som kan sträcka sig upp i rektum.</p> <p><i>Skadan fortsätter från huden i anusöppning genom tarmslemhinnan i analkanalen ovanför linea dentata Den interna sfinktern som börjar vid linea dentata är då delad.</i></p> <p><i>Utesluter fullväggsskada mellan tarm och vagina ovanför sfinkterkomplexet utan sfinkterruptur, O71.8, och skada på huden i perineum fram till linea dentata, grad 3.</i></p>

Tabell perinealskador (Bäckenbottenutbildning, 2022b).



Informationsbrev och samtyckesblankett

Bästa Deltagare!

Mitt namn är Pernilla Löfs-Grankulla och jag studerar till barnmorska vid YrkesHögskolan Novia i Vasa. Jag har valt att skriva mitt examensarbete om kvinnors upplevelse av eftervården när man drabbats av en perinealbristning.

Syftet med examensarbetet är att samla in kunskap av er kvinnor som drabbats av en perinealbristning och den eftervård ni fick. Ni som drabbats av detta ska få berätta hur detta har påverkat ert liv och hur ni upplevde bemötandet från vården. Har ni fått den vård ni önskat ni skulle fått? Förhoppningsvis kan studien ge barnmorskor större förståelse för hur det är att drabbas av detta och hur bemötandet upplevdes. Handledare för examensarbetet är Terese Österberg, Ni kan nå henne via email på mailadressen terese.osterberg@novia.fi

I detta examensarbete kommer data samlas in via semistrukturerade intervjuer. Med Er tillåtelse kommer intervjun att spelas in för att underlätta analysprocessen. Ert deltagande är helt frivilligt. Allt material hanteras konfidentiellt under hela processen men även efteråt. Medverkan och Ert samtycke att vara med i studien kan när som helst avbrytas om så önskas. Allt material som samlas in kommer att förvaras och hanteras konfidentiellt. Allt material som rör intervjuerna kommer att raderas då studien är avslutad.

Med vänliga hälsningar, Pernilla Löfs-Grankulla Tel: [REDACTED] E-post: Pernilla.lofs-grankulla@edu.novia.fi

Jag ger mitt skriftliga samtycke att frivilligt delta i studien och jag har förstått informationen gällande studien. Jag godkänner att citat får presenteras i resultatet förutsatt att min identitet inte avslöjas.

Datum och underskrift

Namnförtydligande



Intervjufrågor

1. Kan du berätta lite om dig själv och din familj?
2. Kan du berätta om förlossningen där bristningen uppstod?
3. Vilken typ av information fick du när skadan upptäcktes och diagnostiserades?
4. Hur upplevde du bristningen de första dagarna och vilken typ av info och vård fick du?
5. Vilka typer av besvär har du upplevt nu i efterhand och har du sökt vård för detta?
6. Hur skulle du beskriva din erfarenhet av eftervården?
7. Kände du dig delaktig i processen kring din eftervård? Varför eller varför inte?
8. Vad tyckte du var mest positivt eller stödjande i den vård och det stöd du fick efteråt?
9. Finns det några specifika resurser eller tjänster som du tycker saknades och som skulle ha varit till nytta för dig under eftervårdsperioden?
10. Har du några förslag på hur vården kan anpassas för att bättre möta kvinnors behov och önskemål efter att de fått en perinealbristning?
11. Vad vill du dela med dig till andra som har varit och är i samma situation som du varit är i?

Något du ännu vill tillägga?

Bilaga 4

**Inlägg som publicerades i Facebookgruppen "Mammor & Gravida i Österbotten
FINLAND" den 17.1.2024**

Hej!

Jag heter Pernilla Löfs-Grankulla och jag studerar till Barnmorska vid Yrkeshögskolan Novia. Jag håller just nu på att skriva mitt examensarbete med temat "kvinnors upplevelser och erfarenheter av eftervården vid perinealabristningar".

Jag söker nu dig som vid din förlossning fått en bristning i underlivet som gav dig besvär en längre tid efteråt. (dvs. månader och år efteråt). Kan du tänka dig att delta i en intervju för att dela med dig av dina upplevelser kring vården, allt för att bidra till att öka kunskapen samt att ge tips och råd för att utveckla eftervården.

Kontakta mig via PM eller per mejl till pernilla.lofs-grankulla@edu.novia.fi om du vill delta i studien så ger jag dig mera information.

/Pernilla