

Obstetriska analsfinkterskador

– en *scoping review* över aktuell finsk och svensk forskning och facklitteratur

Milla Friman

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

Utbildningen för sjukskötare (YH)

Vasa 2019

EXAMENSARBETE

Författare: Milla Friman

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Anita Wikberg

Titel: Obstetriska analsfinkterskador – en *scoping review* över aktuell finsk och svensk forskning och facklitteratur

Datum 4.11.2019

Sidantal 37

Bilagor 2

Abstrakt

Detta examensarbete är en *scoping review* som handlar om obstetriska analsfinkterskador. Syftet med arbetet är att ge en översikt över aktuell forskning och facklitteratur som behandlar ämnet, samt att identifiera områden som kräver fortsatt forskning. Datamaterialet består av tretton artiklar som har erhållits genom databassökning och genomsökning av de svenska och finska barnmorskeförbundens tidskrifter. Det inkluderade datamaterialet är från Finland och Sverige och publicerat 2015–2019. Datamaterialet har analyserats med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Katie Erikssons teori om lidande har använts som teoretisk referensram för examensarbetet.

Resultatet av examensarbetet visar att det finns en diversitet i de vetenskapliga studier och tidningsartiklar som gjorts om obstetriska analsfinkterskador. Analysen av datamaterialet gav upphov till tre teman; *Föderskan*, *Förlossningen* och *Vården*. Dessa teman beskriver bl.a. kvinnors upplevelser av livet med allvarliga förlossningsskador, riskfaktorer för obstetriska analsfinkterskador samt diagnostik, behandling och förebyggande av dessa skador.

Slutsatsen är att examensarbetet ger en överskådlig presentation av vetenskapliga artiklar och facklitteratur som skrivits om obstetriska analsfinkterskador de senaste åren. Examensarbetet är till nytta för vårdpersonal och studerande inom vården.

Språk: svenska Nyckelord: förlossning, förlossningsskador, obstetriska analsfinkterskador, *scoping review*

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Milla Friman

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa

Ohjaaja: Anita Wikberg

Nimike: Peräaukon sulkijalihaksen vauriot synnytyksen yhteydessä – *scoping review* ajankohtaisista suomalaisista ja ruotsalaisista tieteellisistä julkaisuista ja tietokirjallisuudesta

Päivämäärä 4.11.2019

Sivumäärä 37

Liitteet 2

Tiivistelmä

Tämä opinnäytetyö on *scoping review*, joka käsittelee synnytyksessä syntyneitä peräaukon sulkijalihasvaurioita. Työn tavoitteena on antaa katsaus ajankohtaisista tieteellisistä julkaisuista ja tietokirjallisuudesta, sekä tunnistaa niitä alueita, jotka vaativat lisää tutkimusta. Tutkimusaineisto kerättiin tietokantahaun sekä suomalaisten ja ruotsalaisten kättilöliittojen lehtien avulla, ja se koostuu kolmestatoista artikkelista. Koottu tutkimusaineisto on Suomesta ja Ruotsista ja julkaistu vuosina 2015-2019. Aineisto on analysoitu kvalitatiivisen sisällönanalyysin avulla. Katie Erikssonin teoria kärsimyksestä on toiminut teoreettisena viitekehystenä työlle.

Tutkimusaineiston tulos osoittaa, että synnytyksen yhteydessä syntyneistä peräaukon sulkijalihasvaurioista on tehty monenlaisia tieteellisiä tutkimuksia ja lehtiartikkeleita. Tutkimusaineiston analyysi johti kolmeen teemaan; *Synnyttäjä*, *Synnytys* ja *Hoito*. Nämä teemat käsittelevät mm. naisten kokemuksia elämästä vakavien synnytysvaurioiden kanssa, synnytyksen yhteydessä syntyvien sulkijalihasvaurioiden riskitekijöitä, sekä näiden vaurioiden diagnostiikkaa, hoitoa ja ennaltaehkäisyä.

Lopputulema on, että opinnäytetyö antaa selkeän katsauksen viime vuosien tieteellisistä julkaisuista ja tietokirjallisuudesta koskien peräaukon sulkijalihasvaurioita synnytyksen yhteydessä. Opinnäytetyöstä on hyötyä hoitoalan työntekijöille ja alan opiskelijoille.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: synnytys, synnytysrepeämät, peräaukon sulkijalihaksen vauriot synnytyksen yhteydessä, *scoping review*

BACHELOR'S THESIS

Author: Milla Friman

Degree Programme: Nursing, Vaasa

Supervisor: Anita Wikberg

Title: Obstetric anal sphincter injuries – a scoping review of present Finnish and Swedish research and specialist literature

Date 4.11.2019

Number of pages 37

Appendices 2

Summary

This thesis is a scoping review of obstetric anal sphincter injuries (OASIS). The aim with this work is to give an overlook on up-to-date research and specialist literature on the subject, and to identify fields for further research. The data material consists of 13 articles that were found by database search and in the magazines of the Finnish and the Swedish midwifery associations. The material is published in 2015-2019 and it is analysed by a qualitative content analysis. The theory on suffering by Katie Eriksson has been used as theoretical framework.

The result shows that there is a diversity in the up-to-date research and specialist literature on OASIS. The analysis of the data material led to three themes; *Mother, Birth* and *Care*. These themes describe, among others, women's experiences of life with severe perineal trauma, and risk factors, diagnosing, treatment and prevention of OASIS.

The conclusion is that this thesis gives a clear overlook on present research and specialist literature on OASIS. The thesis is beneficial for persons working and studying in the healthcare field.

Language: Swedish
injuries, scoping review

Key words: childbirth, perineal injuries, obstetric anal sphincter

Innehåll

1 Inledning	1
2 Syfte och frågeställning	1
3 Teoretisk bakgrund	2
3.1 Perinealbristningar	2
3.1.1 Gradering av perinealbristningar	3
3.1.2 Förekomst av perinealbristningar grad III-IV i Finland och Sverige	4
3.2 Bäckensbottens, perinealkroppens och analsfinkterns anatomi	4
3.3 Riskfaktorer för obstetriska skador på analsfinktern	5
3.3.1 Maternella faktorer	5
3.3.2 Fetala faktorer	5
3.3.3 Obstetriska faktorer	6
4 Teoretisk utgångspunkt	7
4.1 Lidande	7
4.2 Lidandet i vården	7
4.2.1 Sjukdomslidande	8
4.2.2 Vårdlidande	8
4.2.3 Livslidande	9
4.3 Att lindra lidande	9
5 Metod	9
5.1 Kvalitativ metod	9
5.2 <i>Scoping review</i>	10
5.2.1 <i>Scoping review</i> i jämförelse med systematisk litteraturstudie	10
5.2.2 Utförandet av en <i>scoping review</i>	11
5.2.3 Utförandet av examensarbetet enligt Arksey's och O'Malley's modell	12
5.3 Etiska överväganden	16
6 Resultat	17
6.1 Föderskan	18
6.1.1 Maternella riskfaktorer	18
6.1.2 Kvinnors upplevelser	20
6.2 Förlossningen	21
6.2.1 Obstetriska riskfaktorer	21
6.2.2 Förebyggande obstetriskt agerande	23
6.3 Vården	24
6.3.1 Diagnostik	25
6.3.2 Behandling och resultat	25

7 Diskussion	27
7.1 Metoddiskussion	27
7.1 Diskussion om metodval	27
7.1.2 Diskussion om urval av datamaterial och datainsamling samt analysprocess	28
7.1.3 Diskussion om etiska överväganden	29
7.2 Resultatdiskussion	29
7.2.1 Sammanfattning av resultat	30
7.2.2 Jämförelse med tidigare forskning	31
7.2.3 Jämförelse med teoretisk utgångspunkt	31
7.2.4 Resultatets användningsbarhet och framtida forskningsmöjligheter	32
7.3 Slutsats	33
Källförteckning	34

Bilaga 1 Tabell över vetenskapliga artiklar

Bilaga 2 Tabell över tidningsartiklar

1 Inledning

Den största delen av förlossningarna förlöper utan några komplikationer för varken mamma eller barn. Lindriga bristningar i underlivet är ändå vanligt förekommande, medan allvarigare bristningar, analsfinkterskador förekommer mera sällan. Obstetriska analsfinkterskador kan emellertid medföra allvarliga, långvariga hälsorelaterade problem för de kvinnor som drabbas. (SBU 2016).

Jag har valt att behandla obstetriska analsfinkterskador i mitt examensarbete eftersom de är allvarliga skador som påverkar en kvinnas livskvalitet på betydande sätt, men också på grund av att de är skador som går att förebygga. I detta förebyggande arbete har alla som är verksamma inom vården en viktig roll.

För att ta reda på vilken forskning som bedrivits och vilken facklitteratur som skrivits om obstetriska analsfinkterskador i Finland och Sverige de senaste åren har jag valt att göra en litteraturstudie i form av en *scoping review* om detta ämne. Mitt examensarbete tillför kunskap och information som är till nytta för barnmorskor, övrig vårdpersonal och studerande inom vården.

Finland och Sverige ses som föregångsländer när det kommer till jämställdhet, och förekomsten och vården av förlossningsskador är i högsta grad jämställdhetsfrågor och mått på vårdkvalitet. Många av de hälsoproblem som allvarliga förlossningsskador kan medföra är trots detta fortfarande tabubelagda även hos oss. För att bryta tabun behövs diskussion och information, och detta vill jag bidra till genom mitt examensarbete.

2 Syfte och frågeställning

Syftet med denna litteraturstudie är ge en översikt av aktuell forskning och facklitteratur om förlossningsskador på analsfinktern och att identifiera områden som kräver fortsatt forskning. Avsikten är att förutom vetenskapliga artiklar inkludera tidningsartiklar publicerade i barnmorskeförbundens tidskrifter. Jag har valt att begränsa mitt urval av datamaterial till studier och artiklar som behandlar Finland och Sverige och som är publicerade år 2015 eller senare, eftersom jag vill att mitt examensarbete ska innehålla aktuell information som är relevant för vårt område samt eftersom det är nödvändigt att göra begränsningar då datamaterialet annars skulle vara för omfattande. Finland och Sverige är en

motiverbar begränsning med tanke på att länderna har en gemensam historia och liknande kultur. Vårdkulturen i bägge länder är i stort sett enhetlig, exempelvis är barnmorskans självständiga yrkesbild liknande i både Finland och Sverige.

En målsättning är att kunskapen som mitt examensarbete tillför ska vara till nytta för all vårdpersonal som i sitt arbete möter kvinnor som någon gång fött barn. Det är viktigt att bryta de tabun som finns kring symtomen som analsfinkterskador förorsakar, och där har vårdare en viktig roll.

Frågeställningen i mitt arbete är följande:

Vilken aktuell forskning finns och hurudana tidningsartiklar har publicerats om förlossningsskador på analsfinktern? Vilka områden inom ämnet kräver utökad forskning?

3 Teoretisk bakgrund

I den teoretiska bakgrunden för detta examensarbete beskrivs förlossningsskador i form av perinealbristningar med fokus på analsfinkterskador. Analsfinkterskador spelar en huvudroll eftersom de är temat för examensarbetet. En kortfattad genomgång av bäckenbottens, perinealkroppens och analsfinkterns anatomi samt en tabell som visar graderingen av perinealbristningar ingår också i detta kapitel. Kunskap om anatomin är viktig för att förstå hur perinealbristningarna påverkar olika vävnader och kroppsfunktioner. Även de olika riskfaktorerna för obstetriska analsfinkterskador samt förekomsten av denna typ av skador i Finland och Sverige tas upp.

3.1 Perinealbristningar

Till förlossningsskadorna hör bristningar i förlossningskanalen, mellangården och analsfinktern. Bristningarna kan vara av olika omfattningsgrad. Även bäckenregionens övriga vävnader och nerver påverkas av en vaginal förlossning. Som följd av förlossningsskador kan olika bäckenbottenbesvär såsom prolaps och urin- och analinkontinens uppkomma. Analinkontinens innebär ofrivilligt gasläckage, svårigheter att hålla tätt vid lös avföring eller dagligt avföringsläckage (Borgfelt, Sjöblom, Strevens & Wangel 2019, 219). Den vanligaste orsaken till analinkontinens är en förlossningsskada på

analsfinktern, och åkomsten leder till en klart försämrad livskvalitet (SBU 2016, 20). (Zetterström 2008, 566).

3.1.1 Gradering av perinealbristningar

Perinealbristningarna indelas i fyra grader (Se *Tabell 1*). Perinealbristningar av grad III och IV utgör den allvarligaste formen av perinealbristningar. De är skador på analsfinktern. En fullkomlig bristning av analsfinktern är sällsynt. Även om antalet diagnosticerade fall av fullkomliga bristningar är litet kan det i många förlossningar ske delvisa bristningar av analsfinktern som även de kan leda till besvär. Identifiering och suturering av förlossningsskador försvåras av att vävnaderna efter förlossningen är svullna och lättblödande. Särskilt inre bristningar kan förbises om vävnaderna inte undersöks noggrant. Om perineum brister ordentligt mot ändtarmen är det viktigt att undersöka det rupturerade området även via ändtarmen för att kunna identifiera en eventuell sfinkterskada. (Aitola & Uotila 2005, 1096; Borgfelt et al. 2019, 106–107; Uotila 2017, 559).

Första och andra gradens perinealbristningar sutureras av barnmorskan. Alla lindriga bristningar behöver inte sutureras, ytliga bristningar som endast blöder sparsamt läker bra av sig själva. Tredje och fjärde gradens perinealbristningar sutureras av läkare och nästan alltid i operationssal. Vid korrigerande av allvarliga rupturer behövs god belysning och föderskan bör få en ordentlig smärtlindring. (Uotila 2017, 559).

Tabell 1 Gradering av perinealbristningar

Gradering (I-IV)	Skadetyper
Grad I	Skada endast i hud/vaginalslemhinna
Grad II	Bristning av muskler i bäckenbotten (vagina/perineum), analsfinktern hel
Grad III	Hel eller delvis bristning av analsfinktern, slemhinnan i ändtarmen hel
Grad IV	Bristning av analsfinktern samt slemhinnan i anus och rektum

(Aitola & Uotila 2005, 1096; Uotila 2017, 559).

3.1.2 Förekomst av perinealbristningar grad III-IV i Finland och Sverige

Det är för närvarande endast perinealbristningar av grad III-IV som statistikförs. Den senaste statistiken som finns att tillgå är från år 2016. Då uppkom en skada på analsfinktern vid 1,2 % av alla vaginala förlossningar i Finland och vid 2,9 % av alla vaginala förlossningar i Sverige. Bland förstföderskor var siffrorna högre; vid sin första vaginala förlossning fick 2,2 % av föderskorna i Finland och 5,1 % av föderskorna i Sverige en sfinkterruptur. Instrumentförlossningar ledde till en skada på analsfinktern hos 3,4 % av föderskorna i Finland respektive 11,1 % av föderskorna i Sverige. (THL 2018).

Statistiken visar att förekomsten av grad III-IV perinealbristningar har ökat en aning både i Finland och i de övriga nordiska länderna. Eventuellt kan en del av ökningen förklaras med förbättrad diagnostik och dokumentation. (Kuismanen 2019, 818).

3.2 Bäckensbottens, perinealkroppens och analsfinkterns anatomi

Bäckensbotten består av en grupp muskler som fäster vid blygdbenet, svansbenet, korsbenet och sittbensknölna. Bäckensbotten bildar bukhålans botten. De viktigaste musklerna i bäckensbotten är *m. coccygeus*, *m. levator ani* samt *diaphragma urogenitale*. *M. levator ani* är en muskelplatta som består av *m. iliococcygeus*, *m. pubococcygeus* och *m. puborectalis*. Levatormuskulaturen har en stor betydelse för förlossningen. (Brännström, Gemzell Danielsson, Hagberg, Landgren, Maršál & Westgren 2016, 17–19, 28).

Perinealkroppen är en central struktur i bäckensbotten. Den består av bindväv och till den fäster olika vävnadsstrukturer, bland andra den externa analsfinktern. Mellangården hör till perinealkroppen. (Zetterström 2008, 566).

Analsfinktern är uppbyggd av två muskeldelar, den yttre och den inre sfinktern. Den yttre (externa) sfinktern består av tvärstrimmig muskulatur och den kan viljemässigt aktiveras vid behov av knip. Den inre (interna) analsfinktern består av glatt muskulatur och kan inte kontrolleras viljemässigt. Den står för den större delen av vilotrycket i analkanalen och har som uppgift att hålla tätt. Den interna analsfinktern är aningen kortare än den yttre och slutar från analöppningen sett en bit ovanför den yttre. (Zetterström 2008, 566–567; Aitola & Uotila 2005, 1095–1096).

3.3 Riskfaktorer för obstetriska skador på analsfinktern

Skador på analsfinktern kan uppkomma i slutskedet av förlossningen då fosterhuvudet sjunker ner i bäckenet och trycker på mot ändtarmen. Ungefär två centimeter nedan om sittbenets utskott (*spina ischiadica*) ändras förlossningskanalens riktning och i detta skede minskar trycket mot ändtarmen. (Aitola & Uotila 2005, 1096).

Riskfaktorerna för uppkomsten av sfinkterskador i samband med förlossning kan indelas i tre grupper. Dessa är maternella, fetala och obstetriska faktorer. De obstetriska faktorerna är de som kan påverkas, men det är viktigt att känna till de andra faktorerna också för att inte öka risken för bristningar genom oöverlagt obstetriskt agerande. (Zetterström 2008, 568).

3.3.1 Maternella faktorer

Maternella faktorer är omständigheter som har att göra med kvinnan, föderskan. En maternell faktor som inverkar på förekomsten av skador på analsfinktern är paritet. Den första vaginala förlossningen utgör den största och viktigaste riskfaktorn för att omfattande bristningar ska uppkomma. Däremot är återupprepningsrisken för skada liten. För en kvinna som tidigare fått en sfinkterskada är dock risken för att få en liknande skada igen 3–4 gånger större än för en kvinna som inte fått en sådan skada. (Zetterström 2008, 568).

Att vara omskuren är också en riskfaktor för bristningsskada under förlossningen. Ärrvävnaden i den omskurna kvinnans underliv är oelastisk vilket gör att risken för bristningar i perinealområdet ökar. (Berg & Underland, 2013; SBU 2016, 17).

3.3.2 Fetala faktorer

Fetala faktorer är de faktorer som beror på fostret. En av de fetala faktorerna som ökar risken för bristningar är barnets vikt. En märkbar riskökning för analsfinkterskador vid förlossning kan ses då babys vikt överstiger 4,5 kg. Även avvikande bjudning är en riskfaktor. De bjudningar av fosterhuvudet som är förknippade med ökad risk för analsfinkterskada är vidöppen hjässbjudning, ansiktsbjudning och pannbjudning. (Zetterström 2008, 568; SBU 2016, 17).

3.3.3 Obstetriska faktorer

Obstetriska faktorer är de faktorer som har att göra med själva förlossningen samt barnmorskans och/eller gynekologens agerande. Det finns några obstetriska faktorer som man vet att ökar risken för bristningar på analsfinktern. Användningen av instrument är en av dem. Användningen av tång utgör en märkbart större risk än användningen av sugklocka. Idag används dock tång sällan vid förlossningar. (Zetterström 2008, 568–569; SBU 2016, 17).

Yttre press, så kallad funduspress, är en annan faktor som ökar risken för analsfinkterskada. Funduspress innebär att man trycker på livmodern i slutet av förlossningen för att snabbare få ut fostret, men det är inte rekommenderat att använda sig av denna praktik. Även vid skulderdystoci föreligger högre risk för skada på sfinktern. (Zetterström 2008, 568–569; SBU 2016, 17–18).

Forskning om hur klipp i mellangården vid förlossning inverkar på analsfinkterskador visar på olika resultat. En del studier pekar på att klipp kan vara skyddande, andra studier visar på motsatsen. Klippets vinkel verkar ha betydelse för den möjliga skyddande effekten, ju längre bort från ändtarmen man klipper desto mindre risk för skada på analsfinktern. Enligt en studie från 2019 (Boujenah et al.) minskar episiotomi risken för analsfinkterskada hos förstföderskor som förlöses m.h.a. tång eller sugkopp. (SBU 2016, 17–19).

Förlossningsställningens inverkan på risken för sfinkterskada är också ett omdiskuterat ämne. Enligt en allmän uppfattning ökar upprätta förlossningsställningar risken för skada, men det finns studier som motsäger denna uppfattning. (Zetterström 2008, 569; SBU 2016, 18–19).

Betydelsen av perinealskydd, att barnmorskan vid huvudets framfödande stöder mellangården med ett handgrepp som ofta benämns "det finska greppet", är även det mycket omdebatterat. Användningen av det finska greppet har antagits vara en orsak till att Finland har en låg andel allvarliga perinealbristningar. Det finns emellertid ingen övertygande vetenskaplig evidens som skulle styrka detta antagande. Poulsen, Madsen, Skriver-Moller & Overgaard (2015) fann i sin systematiska litteraturstudie *Does the Finnish intervention prevent obstetric anal sphincter injuries?* inte belägg för att det finska greppet skulle förhindra analsfinkterskador. De studier som visat på att det finska greppet skulle förebygga uppkomsten av skador på analsfinktern är av låg evidensgrad (Poulsen et al. 2015). I Finland praktiseras och rekommenderas fortfarande ändå aktivt stödande av perineum under förlossningen. (Kuismanen 2019, 819; Uotila 2017, 559).

4 Teoretisk utgångspunkt

Jag har valt att använda Katie Erikssons teori om den lidande människan som teoretisk utgångspunkt för mitt arbete. Störst fokus fäster jag vid hennes tankar om lidandet i vården. Erikssons teori om lidande lämpar sig för mitt examensarbete eftersom förlossningsskador på analsfinktern för med sig lidande. I detta kapitel beskrivs närmare vad lidande enligt Eriksson är samt hur man kan lindra det.

4.1 Lidande

Erikssons teori om den lidande människan bygger på tanken att lidande är en del av allt mänskligt liv: ”*Lidandet är tillägnat människan*” (Eriksson 1994, 9). I sin djupaste betydelse är lidandet ett döende i och med att någonting tas ifrån oss i varje lidande. Lidande innebär sorg och smärta. Lidandet har också en positiv dimension – försoning. I varje döende finns potential till nytt liv. (Eriksson 1994, 14–15, 18).

Eriksson diskuterar i sin bok de olika frågorna som förknippas med lidande. Vad är lidande? Varför finns lidande? Vad är meningen med lidande? Den kanske allra svåraste frågan att greppa är just frågan om lidandets mening. Att lidande föder en kapacitet till medlidande och kärlek kan ses som dess mening. Eriksson anser dock att det även finns ett onödigt lidande som inte har någon mening alls. Det meningslösa lidandet är det lidande som orsakas av människans ondska. (Eriksson 1994, 44–46).

Lidandet kan ses som en kamp mellan det goda och det onda, två motpoler; lust och lidande. Lidandet är ett drama. I vården skapas detta drama av de förhoppningar som erfars när man inleder en vårdrelation. Lidandets drama har enligt Eriksson tre akter; bekräftandet av lidandet, själva lidandet och försoningen. (Eriksson 1994, 49–51).

4.2 Lidandet i vården

En historisk överblick av vården visar att vårdandet och diverse vårdorganisationer har uppkommit med avsikt att lätta det mänskliga lidandet. Vad som är paradoxalt är att vården även kan orsaka lidande. Eriksson menar att det finns tre former av lidande i vården. Dessa är sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. (Eriksson 1994, 77–78).

4.2.1 Sjukdomslidande

Det är allmänt känt att sjukdom och behandling kan förorsaka patienten lidande. Smärta i samband med sjukdom är ett exempel på sjukdomslidande. Ett outhärdligt lidande kan ofta lindras genom att vi försöker lindra smärtan. Utöver kroppslig smärta finns även själsligt och andligt lidande. Det är den skam och skuld som upplevs i relation till sjukdomen eller behandlingen som orsakar själsligt lidande. Exempelvis gynekologiska undersökningar kan av patienten upplevas som skamliga då man rör sig på området för människans mest intima kroppsdelar. Ibland kan också de anhöriga uppleva själsligt lidande, t.ex. kan föräldrar till ett sjukt barn ha känslor av skuld och skam. (Eriksson 1994, 77–80).

4.2.2 Vårdlidande

Vårdlidande definieras som det lidande som erfars i relation till vårdsituationen. Vårdlidande kan vara kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning eller utebliven vård. Den vanligaste formen av vårdlidande är kränkning av patientens värdighet. Detta kan ske på ett konkret eller abstrakt plan. Exempel på ett konkret kränkande av patientens värdighet är genom respektlöst tilltal. En mera abstrakt kränkning kan t.ex. ske genom bristfällig etisk tillämpning. (Eriksson 1994, 81–83).

Eriksson (1994, 85–86) fortsätter med att beskriva de andra formerna av vårdlidande. Hon har valt att placera fördömelse och straff i en egen kategori även om de hör starkt ihop med kränkning av människans värdighet. Fördömseln har sitt ursprung i tanken att det är vårdaren som ska bestämma vad som är rätt eller fel för patienten. Straff kan visa sig genom att försumma en patient.

Maktutövning är ytterligare ett sätt att orsaka patienten lidande. Att utöva makt i egenskap av vårdare kan ske genom att man inte tar patienten på allvar eller genom tvingade vårdåtgärder. Även att strikt hålla fast vid rutiner också då det inte är ändamålsenligt för patienten kan ses som ett uttryck för maktutövning. Utebliven vård å sin sida är allt från mindre försummelse i vårdarbetet till avsiktlig vanvård. Utebliven vård kränker också alltid människans värdighet. (Eriksson 1994, 86–88).

Vårdlidande uppkommer många gånger omedvetet. Professionella vårdare orsakar sällan avsiktligt vårdlidande, men ett sjukdomscentrerat synsätt och inriktningen på medicinsk högteknologi bidrar till att man glömmer människan, patienten. Ökad kunskap om mänskligt lidande och fokus på vårdetik behövs. (Eriksson 1994, 93).

4.2.3 Livslidande

Livslidandet är den tredje formen av lidande i vården. Livslidandet är den form av lidande som är förbundet till allt som har att göra med att leva och vara människa. Hela människans livssituation berörs av att bli sjuk. Svåra livslidanden är att få veta att man kommer att dö, att inte bli sedd, att inte få uppleva kärlek eller att inte längre känna sig som en hel människa. (Eriksson 1994, 88–89).

4.3 Att lindra lidande

Eriksson skriver (1994, 90–91) att det är fullt möjligt att lindra lidande. Ofta kan detta ske genom tämligen enkla aktiviteter. Det essentiella är att skapa en sådan vårdkultur där patienten känner sig välkommen, respekterad och vårdad. Kärlekshandlingar är a och o för en människa som lider. Exempel på handlingar som kan lindra patientens lidande är att samtala, stöda och finnas till. Att sköta om patientens hygien är viktigt, en människa som känner sig smutsig känner sig också ovärdig.

Patienter upplever vanligen att de nog får den behandling de behöver för sin sjukdom, men att de saknar upplevelsen av att bli sedda, förstådda och bekräftade. Patienten behöver få känna sig älskad och delaktig samt få tid och utrymme för att lida. Vårdens mest grundläggande uppgift är att hjälpa människan att leva trots lidandet. *”Det viktigaste är att våga möta lidandet, gå rakt emot det eller tvärs igenom det.”* (Eriksson 1994, 91–92, 97).

5 Metod

I detta kapitel beskrivs kvalitativ metod samt *scoping review* eftersom de används i detta examensarbete. Även en beskrivning av genomförandet av en *scoping review* samt motivering av metodval ingår.

5.1 Kvalitativ metod

Metoden som används i detta examensarbete är kvalitativ. En kvalitativ metod anpassar sig för en studie vars syfte och forskningsfråga kan besvaras på ett beskrivande sätt. En kvalitativ metod är ämnad för att öka på förståelsen för ett fenomen eller för att beskriva

erfarenheter och upplevelser. Mitt examensarbete har som syfte att ge en översikt av aktuell forskning och facklitteratur om förlossningsskador på analsfinktern samt att identifiera områden som kräver fortsatt forskning, vilket innebär att en kvalitativ metod är mest lämplig. (Henricson & Billhult 2017, 111–112).

Att arbeta enligt en kvalitativ metod innebär att studera helheter, till skillnad från kvantitativ metod där enskilda variabler eller faktorer undersöks (Axelsson 2008, 182). I detta examensarbete har både studier med kvalitativ och kvantitativ forskningsansats inkluderats enligt riktlinjerna för *scoping review* (mera utgående beskrivning av *scoping review* nedan), men resultatet sammanställs kvalitativt.

5.2 Scoping review

En *scoping review* är en översiktsstudie med syftet att ge en bild av den forskning som finns inom ett område. Metoden är relativt ny och det finns ännu ingen vedertagen svensk översättning för begreppet. En *scoping review* kan användas som en del av processen när man gör en systematisk litteraturstudie, eller så kan den användas som en egen, fristående metod. En *scoping review* ger möjlighet till att inkludera ett brett spektrum av vetenskapliga artiklar och det som kallas grå litteratur, exempelvis rapporter, avhandlingar och kliniska riktlinjer. De inkluderade artiklarna kan vara både kvalitativa och kvantitativa. (Forsberg & Wengström 2016, 169–170; Arksey & O'Malley 2005, 7).

Jag valde att använda mig av en *scoping review* i mitt examensarbete eftersom jag i min studie förutom vetenskapliga artiklar ville inkludera andra aktuella texter som anknyter till mitt ämne. En *scoping review* ger möjlighet till att identifiera områden som kräver mera forskning, vilket är ett av målen med mitt examensarbete.

5.2.1 Scoping review i jämförelse med systematisk litteraturstudie

Scoping review kan jämföras med systematisk litteraturstudie, men det finns flera tydliga skillnader mellan metoderna. En av de främsta skillnaderna är att en *scoping review* har en bred forskningsfråga och målsättningen är att identifiera områden för fortsatt forskning, medan en systematisk litteraturstudie har en smal, preciserad forskningsfråga som besvaras i slutsatsen. (Forsberg & Wengström 2016, 170).

Forskningsprocessen är också annorlunda, vid *scoping review* är den inte linjär utan inklusions- och exklusionskriterierna för datasökningen bestäms under arbetets gång, och dessa kan ändras. I en systematisk litteraturstudie fastställs inklusions- och exklusionskriterierna i förväg. Syntesen i en *scoping review* är av kvalitativ natur, medan den i en systematisk litteraturstudie är kvantitativ. (Forsberg & Wengström 2016, 170).

Litteratursökningen för en *scoping review* är dock likadan som för en systematisk litteraturstudie. Först utförs en begränsad sökning av relevanta databaser inom området. Sökningen följs av en analys av text och ord inkluderade i titel och abstrakt och de indextermer som används som beskrivning av artiklarna. I den andra sökningen används alla identifierade sökord och indextermer från den första sökningen som grund för en ny sökning. Slutligen görs en genomgång av referenslistorna för alla identifierade artiklar och rapporter. Litteratursökningens alla steg samt motiveringen till valet av litteratur ska noggrant beskrivas i arbetet. (Forsberg & Wengström 2016, 175).

5.2.2 Utförandet av en *scoping review*

Titeln på en *scoping review* ska vara kort och precis samt beskriva urvalsunderlaget, konceptet och sammanhanget för översikten. En god titel utgör grunden för att skapa inklusions- och exklusionskriterier. Det rekommenderas att titeln innehåller frasen ”en *scoping review*” (Peters et al. 2017). Bakgrunden ska innehålla en beskrivning av huvudområdet för översikten, tillhörande viktiga definitioner samt tidigare forskning inom området. (Forsberg & Wengström 2016, 173).

Syftet som studien har ska vara tydligt beskrivet. Forskningsfrågorna ska passa ihop med titeln och vara styrande för arbetets inklusionskriterier. Det är vanligt att en *scoping review* endast har en huvudsaklig forskningsfråga, men ibland kan även delfrågor vara användbara för att precisera något av de teman som undersöks. (Forsberg & Wengström 2016, 173–174; Peters et al. 2017).

Arksey och O’Malley publicerade år 2005 det första metodologiska ramverket för hur metoden ska utföras. Deras syfte var att ge vägledning åt författare som använder sig av metoden i sina arbeten. Arksey och O’Malley utvecklade en modell med sex steg som konkret beskriver hur en *scoping review* görs. (Levac, Colquhoun & O’Brien 2010, 1, 3).

Även Joanna Briggs Institute, som är en internationell forsknings- och utvecklingsorganisation vid universitetet i Adelaide i Australien, har beskrivit hur en *scoping*

review kan genomföras. I organisationens handbok som behandlar metoden betonas vikten av att ha en tydlig arbetsordning att följa. Metoden för hur man gått tillväga ska framkomma, och eventuella förändringar som uppstått under arbetets gång ska beskrivas och motiveras. (Forsberg & Wengström 2016, 172; Peters et al. 2017).

5.2.3 Utförandet av examensarbetet enligt Arksey's och O'Malley's modell

Det första steget i en *scoping review* är att identifiera forskningsfrågan. Forskningsfrågan är bred, öppen och undersökande till sin karaktär, och kan ha som syfte att identifiera ett problemområde. (Arksey & O'Malley 2005, 8–9; Forsberg & Wengström 2016, 170–172).

För att identifiera forskningsfrågan i mitt examensarbete tänkte jag igenom vad exakt det är jag vill undersöka. Eftersom syftet med mitt examensarbete är att ge en översikt av aktuell forskning och facklitteratur om obstetriska analsfinkterskador är en tämligen öppen fråga lämplig. Detta är även överensstämmande med vad Arksey's och O'Malley's modell säger om hurudan forskningsfrågan ska vara i en *scoping review*.

I steg två ska tillämpliga studier identifieras. Litteratursökningen kan ske i till exempel databaser, webbsidor och tidskrifter. Det tredje steget består av att göra urvalet av artiklar. Det görs utgående från breda kriterier och utan att kvalitetsbedöma artiklarna. (Arksey & O'Malley 2005, 8–9; Forsberg & Wengström 2016, 170–172).

Datainsamlingen till detta examensarbete genomfördes genom en databassökning i databaserna CINAHL, PubMed och Terveysportti. Dessutom genomsöktes de nummer av tidskrifterna Jordmodern (svenska barnmorskeförbundets tidning) och Kätilölehti (finska barnmorskeförbundets tidning) som utkommit åren 2015–2019. Jag sökte igenom tidningarna genom att läsa varje nummers innehållsförteckning och sedan läsa igenom de artiklar som enligt rubrik handlade om mitt ämne. Även en manuell websökning genomfördes, dock valde jag att inte ta med artiklar som jag hittade via denna sökning p.g.a. att jag fann få relevanta artiklar och det datamaterial jag samlade via databaser och barnmorskeförbundens tidningar var av högre kvalitet och svarade bättre på frågeställningen i mitt examensarbete.

Inklusions- och exklusionskriterierna som styrde urvalet av artiklar finns i slutet av detta kapitel (Tabell 2). Datainsamlingen och urvalet av artiklar har närmare beskrivits i form av ett Prisma-flödesdiagram, och även detta återfinns i slutet av kapitlet (Figur 1). I Prisma-flödesdiagrammet ingår såväl vetenskapliga som övriga artiklar.

I det fjärde steget sammanställs data. De insamlade studierna sorteras och kategoriseras. De kan grupperas i en matris med rubriker som författare, publiceringsår, syfte, metod, utfall och resultat. (Arksey & O'Malley 2005, 8–9; Forsberg & Wengström 2016, 170–172).

I detta fjärde steg av min arbetsprocess läste jag noggrannare igenom det utvalda materialet. De vetenskapliga studier som ingår i mitt examensarbete har sammanställts i en tabell och tidningsartiklarna ur barnmorskeförbundens tidningar har sammanställts i en annan tabell (Bilaga 1 resp. Bilaga 2). Artiklarna grupperades enligt innehåll i fyra kategorier; Maternella faktorer, Obstetriska faktorer, Diagnostik, Vård och behandling samt Upplevelser/erfarenheter. Grupperingen underlättade genomgången av materialet. Senare i sammanställningen av resultat ändrade kategoriseringen något.

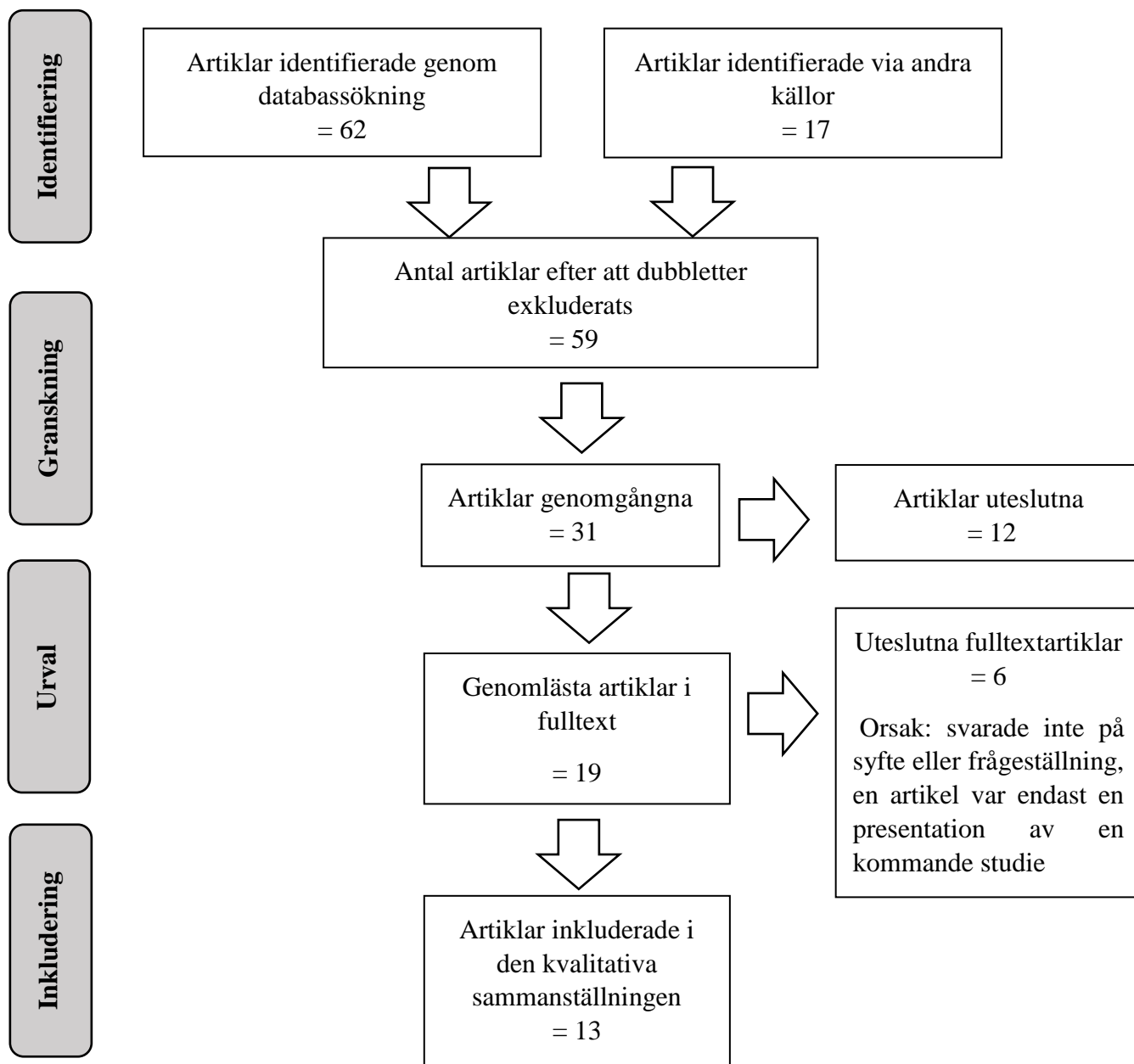
Steg fem omfattar analys, sammanfattning och rapportering av resultat. Sammanställningen kan vara kvalitativ. Resultaten av studiernas utfall diskuteras och slutsatser om fortsatt forskning förevisas. Det sjätte steget är valfritt, och består av att konsultera experter, forskare och organisationer i syfte att hitta pågående, opublicerad forskning inom det studerade området. (Arksey & O'Malley 2005, 8–9; Forsberg & Wengström 2016, 170–172).

Det sista steget i min studie är steg fem enligt Arksey's och O'Malley's modell. I detta steg analyserade och sammanställde jag mitt material genom en kvalitativ innehållsanalys. En kvalitativ innehållsanalys är beskrivande till sin form. Analysformen i innehållsanalysen för detta examensarbete är induktiv, dvs. den utgår från innehållet i texten (Danielson 2017, 285–297). Att presentera resultatet kvalitativt innebär att binda samman de analyserade artiklarna till en helhet (Axelsson 2008, 182–183).

På grund av det utvalda datamaterialets natur och frågeställningen i detta examensarbete fann jag inte det lämpligt att analysera materialet genom att hitta meningsenheter och koda dessa, vilket annars är kutym vid utförandet av en kvalitativ innehållsanalys. Istället markerade jag de delarna av mina artiklar som jag ville få med i resultatet för att kunna svara på mina frågeställningar. Av de vetenskapliga artiklarna är det främst resultatet av varje studie som analyserats och sammanställts. Efter ytterligare en noggrann genomläsning delade jag in materialet i olika teman och kategorier utgående från innehåll. Vid analysen av datamaterial kunde tre olika huvudteman identifieras. Dessa namngav jag *Föderskan*, *Förlossningen* respektive *Vården*. Mina huvudteman uppkom genom att varje artikel handlade om obstetriska analsfinkterskador relaterat till något av dessa tre teman. Varje tema har två underkategorier närmare specificerar innehållet i respektive kategori.

Tabell 2 Inklusions- och exklusionskriterier för datamaterialet

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none"> Publicerad 2015 eller senare 	<ul style="list-style-type: none"> Publicerad tidigare än 2015
<ul style="list-style-type: none"> Forskning/artikel från Finland och/eller Sverige 	<ul style="list-style-type: none"> Forskning/artikel från andra länder än Finland eller Sverige
<ul style="list-style-type: none"> Behandlar obstetriska analsfinkterskador 	<ul style="list-style-type: none"> Behandlar icke-obstetriska analsfinkterskador eller övrigt
<ul style="list-style-type: none"> Fulltext finns att tillgå 	<ul style="list-style-type: none"> Fulltext finns inte att tillgå
<ul style="list-style-type: none"> Vetenskapliga artiklar som är <i>peer reviewed</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Vetenskapliga artiklar som inte är <i>peer reviewed</i>



Figur 1 PRISMA-flödesdiagram över datainsamlingen (Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff J. & Altman, D.G., 2009).

5.3 Etiska överväganden

För att en studie ska kunna kallas etisk finns det tre aspekter som måste beaktas. Studien måste handla om något av betydelse, vara av god, vetenskaplig kvalitet och bör genomföras på ett etiskt sätt. Ofta har forskningen som syfte att ge kunskap. Ett examensarbete som en student gör kan ha betydelse ifall resultatet kommer till användning. (Kjellström 2012, 76–77).

Mitt examensarbete behandlar ett tema som är aktuellt och av betydelse. Under arbetets gång kommer jag ständigt att beakta etiska frågor för att säkerställa att arbetet är av god kvalitet. Olika forskningsmetoder väcker olika forskningsetiska problem (Kjellström 2012, 85), vilket innebär att jag koncentrerar mig på de etiska problem som en litteraturstudie kan föra med sig.

En av de etiska frågor som bör beaktas vid litteraturstudier är huruvida studenten klarar av att göra rättvisa bedömningar av alla artiklar som ingår i studien. Studenten kan till exempel ha bristfälliga kunskaper i metodologi och engelska vilket kan försvåra tolkningsprocessen. (Kjellström 2012, 86).

Detta är en fråga jag reflekterat över. Då detta är det första examensarbetet jag skriver är kunskaperna i metodologi inte ännu på en tillräckligt hög nivå. Mitt mål är att göra mitt bästa för att åstadkomma en så rättvis tolkningsprocess som möjligt med de kunskaper jag har och kan tillägna mig med hjälp av relevant litteratur.

Vid urval av artiklar är det ur etisk synpunkt viktigt att inte exkludera artiklar som inte stämmer överens med mina egna åsikter eller med resultaten i övriga inkluderade artiklar. Framställningen av resultatet bör också vara så objektivt som möjligt. (Axelsson 2008, 184).

För att ytterligare säkerställa att mitt examensarbete är etiskt har jag använt mig av de forskningsetiska direktiven som är utgivna av den forskningsetiska delegationen TENK. TENK är utsedd av undervisnings- och kulturministeriet och har tillsammans med det finländska vetenskapssamfundet omarbetat direktiv som behandlar god vetenskaplig praxis. Dessa direktiv utgör en viktig grund för de etiska överväganden som bör göras i alla vetenskapliga arbeten. (Forskningsetiska delegationen 2013, 19).

Kjellström (2012, 87–88) påminner om att grundvärdena i allt vetenskapligt arbete är hederlighet och ärlighet. Hederlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet är centrala utgångspunkter för god vetenskaplig praxis även enligt forskningsetiska delegationen TENK. Oredlighet, exempelvis plagiering och undanhållande av vetenskapliga resultat som

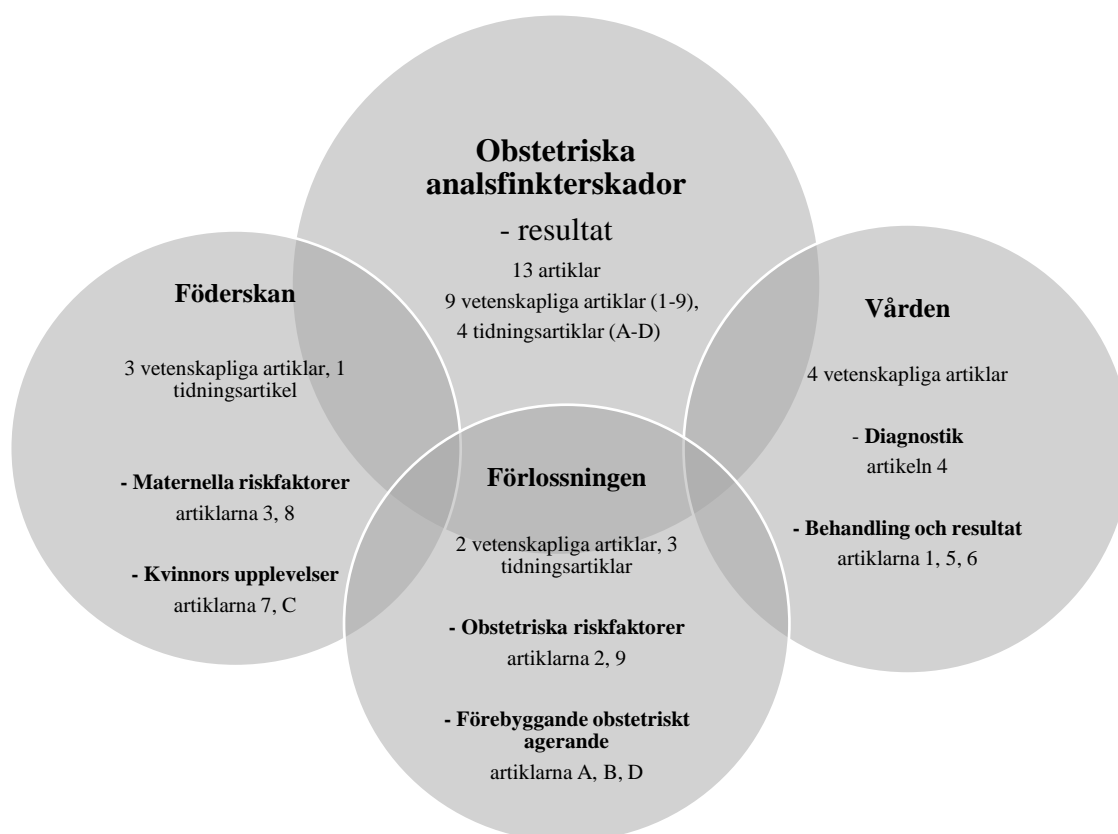
inte är i enlighet med den egna hypotesen, är inte i enlighet med god vetenskaplig praxis. Fabrikation i form av att hitta på data och källmaterial är även det oetiskt. (Forskningsetiska delegationen 2013, 18, 20–21).

Jag anser att den mest centrala etiska frågan i mitt examensarbete är att vara trogen grundvärdena hederlighet och ärlighet. När jag skriver bör jag hela tiden hålla i åtanke att använda korrekt citations- och referatteknik. Jag är medveten om att det är stöld att använda sig av andras idéer och ordval och att det därmed är ytterst viktigt att alltid ange källan bakom det material som används. Noggrannhet och omsorgsfullhet är något som jag alltid strävar efter.

6 Resultat

Detta kapitel utgörs av en kvalitativ innehållsanalys av det utvalda datamaterialet. Datamaterialet som inkluderats i examensarbetet består av nio vetenskapliga artiklar och fyra tidningsartiklar. Tre av de vetenskapliga artiklarna är finska och sex svenska. Av tidningsartiklarna är en finsk och tre svenska. Resultatet är en sammanställning av den forskning som bedrivits och de fackartiklar som skrivits om obstetriska analsfinkterskador de senaste åren i Finland och Sverige. I resultatet ingår även identifiering av de områden inom ämnet som kräver utökad forskning.

Huvudteman i resultatet är *Föderskan*, *Förlossningen* respektive *Vården*. Varje tema har två underkategorier var. För att få en mera överskådlig inblick i dessa teman, kategorier och de artiklar som ingår, se Figur 2.



Figur 2 Innehåll i resultatet (artiklarna utmärkta 1–9 resp. A-D i artikelmatriserna, se Bilaga 1 resp. Bilaga 2).

6.1 Föderskan

Under rubriken *Föderskan* återfinns en sammanfattning av de studier och artiklar som berör maternella riskfaktorer för obstetriska analsfinkterskador samt kvinnors upplevelser av livet med denna typ av skador.

6.1.1 Maternella riskfaktorer

De studier i det insamlade datamaterialet som behandlar maternella riskfaktorer relaterade till obstetriska analsfinkterskador är två till antalet. I dessa båda studier har anovaginalt avstånd undersökts. I den ena studien var syftet att ta reda på om det finns någon betydlig skillnad i anovaginalt avstånd mellan normalviktiga och obesa kvinnor (Hjertberg, Uustal,

Pihl & Blomberg 2017). I den andra studien var syftet att utvärdera förhållandet mellan anovaginalt avstånd mätt med transperinealt ultraljud direkt efter förlossningen och skada på den yttre analsfinktern (Pihl, Uustal & Blomberg 2018).

Tidigare forskning har enligt Hjertberg et al. visat att obesa kvinnor drabbas av obstetriska analsfinkterskador mera sällan än normalviktiga kvinnor, samt att en kort och tunn perinealkropp lättare leder till omfattande förlossningsskador. Varför obesa kvinnor drabbas av obstetriska sfinkterrupturer mera sällan än normalviktiga kvinnor har inte klargjorts, men forskare har spekulerat i att det antingen kan bero på att analsfinkterrupturer är svårare att upptäcka och diagnosticera hos obesa kvinnor eller på att maternell övervikt är en skyddsfaktor när det kommer till analsfinkterrupturer. Forskarna i studien med syfte att utvärdera förhållandet mellan föderskans BMI och anovaginalt avstånd ställde hypotesen att anovaginalt avstånd är längre hos obesa än normalviktiga kvinnor. (Hjertberg et al. 2017, 1).

I studien inkluderades 207 förstföderskor som var i aktiv förlossning då det anovaginala avståndet mättes med transperinealt ultraljud. Föderskorna delades in i tre grupper enligt BMI som utmätts i tidig graviditet; normalviktiga (BMI <25), överviktiga (BMI 25–29,9) och obesa (BMI ≥ 30). Obesa föderskor utgjorde 17 % av föderskorna i studien, vilket är representativt för andelen obesa av den gravida befolkningen. Förutom BMI fanns inga betydande skillnader mellan grupperna, och då studien gjordes hade de som utförde mätningarna av det anovaginala avståndet ingen vetskap om det möjliga sambandet mellan anovaginalt avstånd och BMI. (Hjertberg et al. 2017, 3,5).

Resultatet av studien är i enlighet med forskarnas hypotes; det anovaginala avståndet hos obesa föderskor är längre än det anovaginala avståndet hos normalviktiga föderskor. Det anovaginala avståndet hos de undersökta normalviktiga föderskorna var i medeltal 24,3 mm medan detta mått hos de obesa föderskorna i medeltal var 27,0 mm – skillnaden är således betydelsefull. Vilka komponenter i den perineala vävnaden som bidrar till det längre anovaginala avståndet hos obesa kvinnor är inte klargjort, men det finns olika teorier om vad vävnaden består av. Obesa kvinnor har eventuellt en större perineal muskelmassa p.g.a. det högre tryck mot bäckenbotten som övervikten medför, eller så utgörs det längre anovaginala avståndet av större mängd fettvävnad. Slutsatsen som dras är att det längre anovaginala avståndet hos obesa föderskor möjligen utgör en skyddsfaktor som minskar risken för obstetriska analsfinkterrupturer. (Hjertberg et al. 2017, 4–5).

I studien där förhållandet mellan anovaginalt avstånd och skador på den yttre analsfinktern undersöktes inkluderades 150 föderskor som hade en misstänkt andra eller tredje gradens

ruptur. Det anovaginala avståndet utmättes med transperinealt ultraljud genast efter förlossningen. Före detta palperade barnmorskan det anovaginala avståndet för hand och det andra syftet forskarna hade med sin studie var att ta reda på hur väl det palperade anovaginala avståndet överensstämde med det avstånd som mätts med ultraljud. (Pihl et al. 2018, 939–940).

Resultatet av studien är att skada på den yttre analsfinktern är förenat med ett kort anovaginalt avstånd. Ju kortare anovaginalt avstånd efter förlossningen, desto större risk för att den yttre analsfinktern blivit skadad. Det anovaginala avståndet som barnmorskan uppskattat på basis av palpation stämde väl överens med avståndet som utmätts med transperinealt ultraljud. Forskarna bakom studien anser att kort anovaginalt avstånd efter förlossningen ska ses som en varningssignal och leda till vidare undersökning. Inga skador på den yttre analsfinktern förekom om det utmätta eller palperade anovaginala avståndet var över 20 mm. (Pihl et al. 2018, 939, 942–944).

Ett kort anovaginalt avstånd efter förlossningen samt att vara normalviktig kan enligt resultaten i dessa två studier ses som maternella riskfaktorer för obstetriska analsfinkterrupturer.

6.1.2 Kvinnors upplevelser

I datamaterialet ingår en vetenskaplig artikel som behandlar kvinnors upplevelser av att leva med en obstetrisk analsfinkterskada och en tidningsartikel som handlar om kvinnors erfarenheter av livet med förlossningsskador och deras tankar om den vård de fått. Studien ”*Struggling to settle with a damaged body*” baseras på en kvalitativ analys av de upplevelser kvinnor skrivit ned ett år efter den förlossning de fått en obstetrisk analsfinkterskada i (Lindqvist, Lindberg, Nilsson, Uustal & Persson 2019). Tidningsartikeln *Förlossningsskador – kvinnors erfarenheter av bemötande och vård i Sverige* är skriven av genusvetaren Sara Persson (2019) och i den redovisar hon för sin forskning som utgår från kvinnors erfarenheter av förlossningsskador och hur genus- och sexualitetsnormer påverkar diagnostik och vård av denna typ av skador. Hennes studie bygger på 383 enkätsvar från kvinnor som upplevt olika slags förlossningsskador.

Kvinnorna i båda studierna uppger att förlossningsskadorna orsakat både fysiska och psykiska besvär. Fysiska problem som kvinnorna nämnde att de lider av är urin-, gas- och avföringsläckage samt smärtor till exempel i samband med samlag. En del kvinnor hade så

mycket smärter att de inte kunde njuta av sex eller genomföra ett samlag. Psykiska följder som förlossningsskador förde med sig var rädsla för en ny graviditet och förlossning, nedstämdhet, förlorad sexlust och försämrad självbild. (Lindqvist et al. 2019, 38–39; Persson 2019, 16–17).

De kvinnor som svarat på enkäterna i båda studierna hade liknande erfarenheter av vården och det bemötande de fått av vårdpersonalen. Många kvinnor kände att de inte blivit tagna på allvar och att deras symtom bagatelliserats, så också en respondent i studien av Lindqvist et al.: *"I was met with: You cannot expect that you will look like you did before down there after your injury..."*. Persson (2019, 16–17) menar att detta har att göra med underliggande patriarkala maktstrukturer som degraderar kvinnors kroppar och upplevelser och att normativa uppfattningar om genus och sexualitet inverkar på vårdpersonalen förhållningssätt. (Lindqvist et al. 2019, 38; Persson 2019, 16–17).

I studien av Lindqvist et al. (2019, 39–40) ingår även positiva erfarenheter. En del kvinnor kände att de ett år efter att de fått en obstetrisk analsfinkterskada återhämtat sig och klarat av att gå vidare i livet. Vissa kvinnor kände sig till och med starkare nu än före sin skada. De flesta av kvinnorna som återhämtat sig helt upplevde att förbättringen ägt rum mellan sex och nio månader efter förlossningen. Faktorer som bidragit till återhämtningen var hjälp och stöd från partner och vårdpersonal.

6.2 Förlossningen

Förlossningen är det andra temat i innehållsanalysen. Antalet analyserade vetenskapliga artiklar som behandlar förlossningen är två och tidningsartiklarna är tre. Artiklarna har grupperats enligt innehåll vilket resulterade i två underkategorier, *Obstetriska riskfaktorer* och *Förebyggande obstetriskt agerande*.

6.2.1 Obstetriska riskfaktorer

De artiklar som behandlar obstetriska riskfaktorer är vetenskapliga studier. Elvander, Ahlberg, Thies-Lagergren, Cnattingius och Stephansson (2015) har undersökt förhållandet mellan förlossningsställning och risken för obstetriska analsfinkterskador i sin studie *Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population based study of 113 000 spontaneous births*, Simic, Cnattingius, Petersson, Sandström och Stephansson (2017) har

undersökt hur längden av förlossningens andra skede respektive instrumentell förlossning inverkar på risken att få allvarliga perinealbristningar i studien *Duration of second stage of labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population-based study*.

Elvander et al. (2015) undersökte i sin studie nio olika förlossningsställningars relation till andelen analsfinkterskador. Förlossningsställningarna som inkluderades i studien var a) (halv)sittande, b) gynläge, c) liggande på sidan, d) knästående, e) förlossningspall, f) liggande, g) huksittande, h) stående/upprätt, och i) på alla fyra. Barnmorskan dokumenterade den förlossningsställning hon ansåg att föderskan födde i. Halvsittande var den vanligaste förlossningsställningen, men vilka förlossningsställningar som användes varierade mycket mellan olika förlossningsenheter.

Minst andel analsfinkterskador förekom bland de kvinnor som födde i upprätt ställning, medan störst andel analsfinkterskador förekom bland de kvinnor som födde i gynläge. Att föda i gynläge innebär ofta att andra riskfaktorer för obstetriska analsfinkterskador föreligger, t.ex. stort foster, avvikande bjudning och förlängt andra skede, men dessa övriga riskfaktorer utgjorde endast en delvis förklaring. Även om övriga riskfaktorer uteblev utgjorde gynläge som förlossningsställning en betydligt högre risk för analsfinkterskada än andra förlossningsställningar. Möjliga förklaringar till detta är att födande i gynläge orsakar ett ökat tryck på perineum och ger föderskan en sämre möjlighet att justera krystningstempot, men om detta finns utrymme för fortsatt forskning. (Elvander et al. 2015, 3–6).

Att föda liggande på sida var associerat med en lite mindre risk för analsfinkterskador hos förstföderskor. Bland omföderskor ökade att föda på förlossningspall och att föda sittande på huk risken för analsfinkterskador. Forskarna antar att detta beror på att dessa förlossningsställningar kan leda till ett för snabbt krystningsskede hos omföderskor. Barnmorskan har även svårare att bromsa huvudets framfödande och stöda perineum i dessa ställningar. Vidare forskning krävs om det finns evidens för forskarnas antaganden. (Elvander et al. 2015, 3,6).

Simic et al. (2017) undersökte i sin studie i första hand hur längden av förlossningens andra skede påverkade risken att få allvarliga perinealbristningar (grad III och IV, skador på analsfinktern). Tidigare studier i samma ämne har gjorts, men de har enligt Simic et al. inte varit lika omfattande och tillförlitliga. Resultatet i denna studie stödde resultat från tidigare studier dvs. att ett långt andra skede är förenat med högre risk för analsfinkterskador. Risken

att få en analfinkterskada ökade ju längre andra skedet varade fram till tre timmars tid, efter tre timmar ökade risken inte längre. I andra hand ville studien utreda huruvida instrumentell förlossning ökar risken för analfinkterskador, och resultatet visar att instrumentell förlossning ökar risken för skador på analfinktern. Även vid instrumentella förlossningar spelade längden på krystningskedet in och risken för analfinkterskador ökade ju längre tid detta skede räckte. Ytterligare ett resultat som forskarna fann i sin studie var att episiotomi utgör en riskfaktor för analfinkterskador vid normala nedrevägsförlossningar, medan episiotomi är en skyddsfaktor för analfinkterskador vid instrumentella förlossningar.

I båda studierna kom forskarna i sin analys av datamaterialet fram till att övriga betydande obstetriska riskfaktorer för analfinkterskador är hög födelsevikt och vidöppen fosterbjudning. Datamaterialet i bägge studier var insamlat från samma databas, Stockholm-Gotlands obstetriska databas och under samma tid, 2008–2014. (Elvander et al. 2015; Simic et al. 2017).

6.2.2 Förebyggande obstetriskt agerande

Denna rubrik innehåller en sammanställning av tre tidningsartiklar som behandlar förebyggande obstetriskt agerande. De två svenska artiklarna beskriver metoder som använts på två olika förlossningsenheter i Sverige vid vilka man lyckats minska andelen analfinkterskador (Boij 2015; Holmsten 2018). Den finska artikeln handlar om en år 2018 publicerad vårdrekommendation om hur barnmorskan ska arbeta för att förebygga uppkomsten av allvarliga perinealbristningar (Räisänen 2018).

De förebyggande åtgärderna som ledde till minskad andel analfinkterskador på två förlossningsenheter i Sverige var i grunden liknande. Vid båda förlossningsenheterna började man med en insikt om att andelen analfinkterskador går att minska och man satte upp de mål man ville nå. Sedan införde man nya rutiner och ett gemensamt, strukturerat arbetssätt. Återkommande utbildning med teoretisk och praktisk träning för både läkare och barnmorskor påbörjades. Måluppfyllelse redovisades med jämna mellanrum. Praktiska, förebyggande arbetssätt som användes var perinealskydd vid framfödandet och suturering av rupturer enligt ett program som heter *Gynzone*. (Boij 2015, 27; Holmsten 2018, 17–18).

Samarbete, engagemang och målmedvetenhet sågs som de viktigaste faktorerna som ledde till att minskningen av andelen analfinkterrupturer på förlossningsenheterna lyckades. I Ryhov minskade förekomsten av sfinkterskador under en femårsperiod till under två procent

och bland dem som fått en skada minskade andelen kroniska skador från 40 % till 20 %. I Hudiksvall sänktes andelen sfinkterrupturer från 2,5 % till 0,7 % på tre år. (Boij 2015, 27; Holmsten 2018, 17).

Perinealskydd är något som betonas i den finska artikeln *Välilihan suojaaminen vähentää repeämiä*. Manuellt perinealskydd är en av de interventioner som utvärderas i den åt barnmorskor riktade vårdrekommendationen vars mål är att förebygga perinealbristningar. Enligt den nya vårdrekommendationen ska barnmorskan stöda perineum i alla förlossningar, och perinealskyddet ska utföras på korrekt sätt genom att bromsa huvudets framfödande med ena handen och stöda perineum med andra handen. Artikeln riktar kritik mot de studier som påvisat att perinealskydd inte minskar risken för analsfinkterskador då dessa studier enligt skribenten inte innehåller tillräcklig evidens. (Räisänen 2018, 8–10).

Den andra viktiga interventionen som Räisänen (2018, 10) nämner är perineotomi. Enligt vårdrekommendationen ska perineotomi utföras enbart om det är indicerat, och då genom att göra ett lateralt eller mediolateralt snitt, eftersom dessa tekniker är förknippade med mindre risk för analsfinkterskada. I Finland används och rekommenderas lateral teknik. Också längden på snittet är avgörande. Ett snitt ska vara tillräckligt långt, 3–4 cm, för att minska risken för analsfinkterruptur. Vid instrumentella förlossningar minskar perineotomi risken för skador på analsfinktern.

Målsättningen med det förebyggande obstetriska agerandet både i fallet med de två förlossningsenheterna som ville minska förekomsten av analsfinkterrupturer och i den finska vårdrekommendationen är att minska lidandet som medföljer de obstetriska analsfinkterrupturerna. Att arbeta förebyggande har en inverkan på vårdkvaliteten och de kvinnors livskvalitet som slipper drabbas av skador som kan förhindras. *De bästa skadorna är de som skulle hända men inte hände* (Holmsten 2018, 17). (Boij 2015, 27; Holmsten 2018, 17; Räisänen 2018, 9).

6.3 Vården

Vården är det tredje och sista temat i innehållsanalysen. Under denna rubrik ingår en sammanfattning av fyra vetenskapliga artiklar som behandlar diagnostik och vård av obstetriska analsfinkterskador. Underkategorierna är *Diagnostik* och *Behandling och resultat*.

6.3.1 Diagnostik

Endast en vetenskaplig artikel i det analyserade datamaterialet behandlade diagnostik av obstetriska analsfinkterskador. Kirss et al. (2019) har i sin studie jämfört 3D endoanalt ultraljud (EAUS) med MRI vid diagnostisering av analsfinkterskada. EAUS är utvecklat för att diagnosticera analsfinkterskador, men finns inte tillgängligt på alla förlossningsenheter, och därför ville forskarna ta reda på om MRI är lika tillförlitligt att använda i detta syfte. MRI har utvecklats och ger numera en möjlighet till detaljerade bilder av analsfinktern utan användning av endoanal stav som används vid ultraljud.

Resultatet av studien visade att MRI är tillförlitligt vid diagnostik av analsfinkterskador. MRI var till och med aningen mera känsligt än endoanalt ultraljud. Slutsatsen är att MRI kan användas vid de enheter där endoanalt ultraljud inte finns tillgängligt. (Kirss et al. 2019).

6.3.2 Behandling och resultat

Under denna rubrik ingår en sammanfattning av resultaten i tre vetenskapliga artiklar som berör behandlingen av obstetriska analsfinkterskador. Två av artiklarna handlar om primär korrigerande av analsfinkterrupturer (Kirss, Pinta, Böckelman & Victorzon 2016; Kuismanen, Nieminen, Karjalainen, Lehto & Uotila 2018) och en handlar om vilken effekt fysioterapi har som behandlingsform (Arkel et al. 2017).

Studien *Factors predicting a failed primary repair of obstetric anal sphincter injury* (Kirss et al. 2016) undersökte vilka faktorer som bidrar till att en primär korrigerande av en obstetrisk analsfinkterskada lyckas eller misslyckas, medan studien *Outcomes of primary anal sphincter repair after obstetric injury and evaluation of a novel three-choice assessment* (Kuismanen et al. 2018) undersökte kvinnors subjektiva erfarenheter av hur väl den primära korrigerande av deras obstetriska analsfinkterskador lyckats.

En primär korrigerande av en obstetrisk analsfinkterskada är lyckad om kvinnan upprätthåller en normal kontinens och inte uppvisar symtom på analinkontinens efter förlossningen. Båda studierna påvisar att den allra viktigaste faktorn för att en primär korrigerande av en analsfinkterskada lyckas är att skadan och dess omfattning blir upptäckt. (Kuismanen et al. 2018; Kirss et al. 2016).

Andelen obstetriska analsfinkterskador vars primära korrigerande misslyckas är 30%. En andra operation har ännu sämre prognos. Det är därför av största vikt att den första

sutureringen lyckas. Forskarna ville därmed hitta de påverkningsbara faktorerna som förutsäger om en primär korrigerig lyckas eller misslyckas. (Kirss et al. 2016).

Studiens resultat påvisar att erfarenheten hos den som utför den primära korrigeringen av en obstetrisk analsfinkterskada spelar en stor roll för huruvida korrigeringen lyckas eller inte. Korrigeringar utförda av mindre erfarna läkare och korrigeringar utförda under jourtid har en mindre chans att lyckas. Om en analsfinkterruptur uppstår under jourtid och ingen erfaren gynekolog finns på plats är det bättre att vänta med korrigeringen till följande dag. Primär korrigerig gjord med överlappande sutureringsteknik lyckades oftare än korrigeringar som suturerades med *end to end*-teknik. Studien påvisar också att användningen av laxerande medel och antibiotika har en positiv effekt på läkningsprocessen. Dessutom visar studieresultatet att den primära korrigeringen av analsfinkterskador hos omföderskor och föderskor som fått flera olika medicinska smärtlindringar under förlossningen hade en högre risk att misslyckas. För att närmare utreda hur och varför dessa faktorer påverkar korrigeringsresultatet krävs vidare forskning. (Kirss et al. 2016, 1066–1067).

Syftet med studien som undersökte kvinnors subjektiva erfarenheter av hur den primära korrigeringen av analsfinkterskadan lyckats var att utvärdera faktorer förenade med analinkontinens sex månader postpartum. Kvinnorna fick fylla i både Wexners score, som är ett graderingssystem för analinkontinens, och en utvärderingsenkät med flervalfrågor relaterade till analinkontinenssymtom. Kvinnorna i studien delades sedan in i tre grupper enligt hur svåra symtom de hade: 64 % av kvinnorna hade inte några analinkontinenssymtom medan 28 % hade lindriga analinkontinenssymtom och 9 % hade svåra analinkontinenssymtom sex månader postpartum. (Kuismanen et al. 2018, 209).

Svåra, kvarvarande symtom på analinkontinens berodde mestadels på instrumentell förlossning, omfattande sfinkterruptur och högre ålder. (Kuismanen et al. 2018, 209). Resultatet i studien av Kuismanen et al. (2018) visade till skillnad från studien av Kirss et al. (2016) inte på att erfarenheten hos läkaren som utförde den primära korrigeringen eller på att den använda sutureringstekniken skulle spela någon roll för hur väl korrigeringen lyckas.

Studien *Effects of physiotherapy treatment for patients with obstetric anal sphincter rupture: a systematic review* (Arkel et al. 2017) hade som syfte att utvärdera evidensnivån av fysioterapeutisk behandling av analsfinkterskador. Målsättningen var även att skapa vårdrekommendationer för vilka former av fysioterapi som ska användas för behandling av obstetriska analsfinkterskador. Emellertid fann forskarna att datamaterialet var för knäppt

och att de studier som hade gjorts var av för låg evidensgrad för att kunna användas som grund för vådrekommendationer.

Fysioterapi, som enligt studien används som behandling för förlossningsrelaterade analsfinkterskador, är bäckenbottenträning med biofeedback eller elektrisk stimulation. Det är allmänt förekommande att vårdpersonal informerar gravida och nyförlösta kvinnor om vikten av att träna bäckenbottenmuskulaturen, och det är vetenskapligt bevisat att denna träning minskar risken för urininkontinens, men studier har dock inte lyckats bevisa att bäckenbottenträning är effektivt för att förebygga eller behandla analinkontinens. (Arkel et al. 2017).

Slutsatsen av studien är att det krävs mera forskning om effekterna av fysioterapeutisk behandling av obstetriska analsfinkterskador. De vetenskapliga studier som finns att tillgå i nuläget saknar kontrollgrupp eller har motstridiga resultat. Detta innebär inte nödvändigtvis att fysioterapeutiska behandlingsformer skulle vara ineffektiva, men evidensen för deras effekt är otillräcklig. (Arkel et al. 2017).

7 Diskussion

I diskussionen binds hela arbetet samman. I detta kapitel ingår metoddiskussionen, resultatdiskussionen och slutsatsen.

7.1 Metoddiskussion

Syftet med metoddiskussionen är att synliggöra hur kvaliteten i examensarbetet har garanterats. I metoddiskussionen ingår en kritisk granskning av det egna arbetet. Val av metod, urval av datamaterial, datainsamling, dataanalys och etiska överväganden diskuteras. (Henricson 2017, 412).

7.1 Diskussion om metodval

Valet av metod till detta arbete grundades på syftet och frågeställningarna, och eftersom dessa kan besvaras kvalitativt föll valet på kvalitativ metod. *Scoping review* valdes på samma grunder; denna metod gav bästa möjligheterna att svara på frågeställningarna eftersom jag

behövde en metod som gav tillfälle att inkludera studier av både kvalitativ och kvantitativ natur och dessutom övrig litteratur. *Scoping review* ger större frihet än en systematisk litteraturstudie, vilket passade mitt sätt att arbeta, t.ex. ändrades inklusions- och exklusionskriterierna för det insamlade datamaterialet under arbetets gång.

Trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet är de begrepp som enligt Henricson (2017, 412) kan användas för att diskutera kvalitativ metod. Dessa termer är tecken på god vetenskaplig kvalitet.

Trovärdigheten klargör att den utformade kunskapen i arbetet är godtagbar och resultatet är möjligt att tillämpa. Ett sätt att förbättra trovärdigheten av ett arbete är låta utomstående personer läsa igenom och granska arbetet. Jag har säkerställt trovärdigheten av mitt examensarbete genom att låta några andra personer läsa igenom det och ge sina synpunkter på analysen. Att arbeta självständigt innebär risk för att man blir blind för sin egen text och det kan göra att man omedvetet färgar sin analys. För att visa för läsaren att jag är väl inkommen i mitt ämne har jag arbetat noggrant med bakgrunden av mitt arbete, då detta är ytterligare ett sätt påvisa trovärdighet. (Mårtensson & Fridlund 2017, 431–432).

Pålitlighet hör starkt ihop med trovärdighet. Pålitligheten kan göras synlig genom att redovisa förförståelsen för sitt ämne (Mårtensson & Fridlund 2017, 432). Min förförståelse för obstetriska analsfinkterskador grundar sig i de kunskaper jag erhållit från teoretiska och kliniska barnmorskestudier. Jag hade på så vis en del förkunskaper i mitt ämne. Förhoppningen är att förförståelsen kommer fram i mitt examensarbete.

Begreppet överförbarhet handlar om hur väl examensarbetets resultat kan överföras till andra grupper eller tillfällen. Överförbarheten beskriver hur användbart resultatet är. För att resultatet ska vara överförbart måste det vara tydligt återgett. Även analysprocessen ska vara noggrant beskriven. I mitt examensarbete har jag strävat efter att beskriva analysprocessen sanningsenligt och omsorgsfullt för att säkerställa att resultatet är överförbart. (Granskär & Höglund-Nielsen 2008, 170; Mårtensson & Fridlund 2017, 432–433).

7.1.2 Diskussion om urval av datamaterial och datainsamling samt analysprocess

Datamaterialet till mitt examensarbete söktes i flera olika databaser samt dessutom i barnmorskeförbundens tidningar. Att söka i flera databaser ger högre trovärdighet, eftersom chansen att hitta relevanta artiklar på så vis ökar. De vetenskapliga artiklar som inkluderades i arbetet var alla peer reviewed, vilket säkerställer trovärdigheten. Valet att inkludera övriga

artiklar endast från facktidskrifterna *Kättilölehti* och *Jordemodern* anser jag gav en högre trovärdighet jämfört med om artiklar från olika websidor inkluderats. Å andra sidan hade det gett andra, eventuellt intressanta, infallsvinklar om övrigt material från t.ex. websidor och bloggar inkluderats. (Henricson 2017, 414).

Analysprocessen var verkligen en process i ordets sanna bemärkelse. Under den läste jag igenom materialet många gånger för att kunna skriva en så rättvis analys som möjligt. Största delen av datamaterialet var på engelska, och även om mina språkkunskaper i engelska är relativt goda var det stundvis utmanande att tillägna sig större mängder vetenskaplig, engelskspråkig text.

Analysprocessen kunde ha varit trovärdigare om examensarbetet gjorts av två eller flera personer, eftersom analysen då också hade blivit gjord av samtliga författare (Henricson 2017, 413). Att utbyta idéer med andra personer är lyckligtvis möjligt även då man arbetar självständigt, och detta har jag ägnat mig åt.

7.1.3 Diskussion om etiska överväganden

Jag anser att jag lyckats genomföra mitt examensarbete på ett etiskt sätt. Det svåraste har varit att arbeta metodologiskt, vilket kan ha inverkat på min analysprocess. Styrkor avseende etiken i mitt arbete är att jag ständigt varit noggrann och omsorgsfull. Jag har skrivit resultatet objektivt och använt mig av korrekta källhänvisningar.

Jag har i mitt arbete inte ägnat mig åt plagiering eller fabricering, då detta är stöld och oärlighet. Jag har följt Forskningsetiska delegationens direktiv om god vetenskaplig praxis enligt bästa kunnande.

7.2 Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen inleds med en sammanfattning av resultatet i examensarbetet. Denna sammanfattning relateras till syftet och frågeställningarna. Resultatet jämförs sedan med tidigare forskning och relateras till den teoretiska utgångspunkten som använts i bakgrunden av arbetet. Slutligen diskuteras hur resultatet i examensarbetet kan användas och vilka nya forskningsstudier som resultatet eventuellt kan leda till. (Henricson 2017, 416–418).

7.2.1 Sammanfattning av resultat

Resultatet i mitt examensarbete består av en sammanfattande analys av tretton artiklar. Resultatet svarar på vilken forskning och vilka fackartiklar som skrivits om obstetriska analsfinkterskador i Finland och Sverige 2015–2019. Största delen av datamaterialet är svenskt (nio av tretton artiklar). Detta visar på att det i Sverige har forskats mera och skrivits flera tidningsartiklar om obstetriska analsfinkterskador än i Finland. Resultatet visar en diversitet i hur ämnet forskats i och skrivits om.

I temat *Föderskan* kom det fram att ett kort anovaginalt avstånd efter förlossningen och att vara normalviktig är två maternella faktorer som ökar risken för analsfinkterrupturer. Inom vården är det sällsynt att normalvikt anses vara en riskfaktor för något, och därför fann jag detta forskningsresultat intressant. Att ett kort anovaginalt avstånd direkt efter förlossningen kan tyda på skada på analsfinktern är logiskt, och något en barnmorska snabbt kan undersöka genom palpation. I detta kapitel ingick också kvinnors upplevelser av livet med obstetriska analsfinkterskador. Det kom fram att förlossningsskador förutom fysiska besvär även orsakar psykiska besvär, och som vårdare är det viktigt att komma ihåg detta för att kunna ge rätt sorts stöd åt dessa kvinnor.

Det andra temat i resultatet är *Förlossningen*, och i detta kapitel framkom det att gynläge är den förlossningsställning som orsakar högst risk för analsfinkterskador medan upprätt ställning ger minst risk för analsfinkterskador. Ett långt krystningsskede var en annan obstetrisk riskfaktor. I resultatet beskrevs också vilka metoder som används för att förebygga obstetriska analsfinkterskador, t.ex. perienealskydd. Resultatet av studien om de olika förlossningsställningarnas inverkan på risken för skada på analsfinktern var intresseväckande. Förlossningsställning är något som barnmorskan till en viss del kan påverka, och istället för att enligt gammal vana instruera föderskan att inta en halvsittande ställning är det möjligt att uppmuntra henne att prova en upprätt ställning.

Den sista delen i resultatkapitlet är temat *Vården*. Ny, betydelsefull kunskap som kom fram var att MRI är pålitligt för att diagnosticera analsfinkterskador, och att upptäckt och diagnos är de viktigaste faktorerna för att en primär korrigerig av en obstetrisk analsfinkterskada lyckas. Att en primär korrigerig misslyckas i 30 % av fallen var tråkigt att inse, men förhoppningsvis kan andelen lyckade korrigeringar ökas med hjälp av både nuvarande och framtida forskningsresultat.

Som en röd tråd igenom resultatet går viljan att minska antalet obstetriska analsfinkterskador. Forskningen försöker hitta orsaker till att dessa skador uppstår och hur

de kan förhindras, och även tidningsartiklarna i barnmorskeförbundens tidningar fokuserade på förebyggande av dessa skador.

7.2.2 Jämförelse med tidigare forskning

Mycket av den tidigare forskning jag använt mig av i skrivandet av bakgrunden kunde bekräftas av den nya forskningen jag analyserat i resultatet. Exempel på detta är obstetriska riskfaktorer - i mitt resultat kom det i likhet med bakgrunden fram att hög fostervikt och avvikande bjudning är riskfaktorer för obstetriska analsfinkterrupturer.

En del av bakgrundens fakta kunde omkullkastas av den i resultatet analyserade forskningen, exempelvis anses upprätt förlossningsställning allmänt utgöra en större risk för förlossningsskador enligt Zetterström (2008, 568–569) medan Elvander et al. (2015) kom fram till att minst andel förlossningsskador fanns bland de föderskor som födde i upprätt ställning.

Då jag sökte datamaterial blev jag förvånad över att inte hitta några vetenskapliga studier från Finland eller Sverige som undersökte perinealskyddets effekt på uppkomsten av analsfinkterskador. Tidningsartiklarna som handlade om hur två förlossningsenheter i Sverige minskat andelen analsfinkterskador nämnde perinealskydd som en av de praktiker de infört (Boij 2015; Holmsten 2018). Enligt den finska artikeln som behandlade en åt barnmorskor riktad vårdrekommendation ska manuellt perinealskydd med ett tvåhandsgrepp användas vid alla förlossningar (Räisänen 2018). Även i den finska bakgrundslitteraturen kommer denna rekommendation fram (Kuismanen 2019, 819; Uotila 2017, 559). I bakgrunden finns en dansk studie av Poulsen et al. (2015) med resultatet att det inte finns vetenskaplig evidens för att perinealskydd i form av det finska greppet skulle förhindra skador på analsfinktern.

7.2.3 Jämförelse med teoretisk utgångspunkt

Jag anser att Erikssons teori om lidande varit en mycket god teoretisk utgångspunkt för mitt examensarbete. Mitt resultat visar flera olika dimensioner av lidande relaterat till obstetriska analsfinkterskador. Särskilt den del av resultatet som behandlar kvinnors upplevelser och erfarenheter av livet med förlossningsrelaterade skador på analsfinktern är starkt bunden till lidande.

Eriksson (1994, 77–78) delar in lidandet i vården i tre kategorier; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Obstetriska analsfinkterskador orsakar sjukdomslidande i form av smärta åt den drabbade. Smärtan är både fysisk och själslig. De symtom analsfinkterskador ofta för med sig ger upphov till känslor av skuld och skam, vilka är former av själsligt lidande. Skadorna är dessutom belägna på ett intimt område, vilket många gånger ökar skammen.

De kvinnor som deltagit i studierna som undersökt erfarenheter av livet med analsfinkterskador uppgav att de känt att de inte blivit tagna på allvar av vården. Detta är exempel på vårdlidande. Även inriktningen på medicinsk högteknologi kan orsaka vårdlidande, och därför är det viktigt att komma ihåg den drabbade människan också när man använder sig av de resultat som fokuserar på teknik.

Obstetriska analsfinkterskador kan även ge upphov till livslidande. Dessa skador kan påverka hela livet och allt som det innefattar att vara människa. Resultatet i examensarbetet påvisar att en del av de drabbade återhämtar sig helt medan andra inte gör det.

Vad jag saknade i resultatet var forskning och artiklar med fokus på att lindra det lidande som obstetriska analsfinkterskador tillför. Resultatet innefattade erfarenheter, riskfaktorer, diagnostik, behandling och förebyggande men inte lindrande i form av stöd och bekräftelse.

7.2.4 Resultatets användningsbarhet och framtida forskningsmöjligheter

Resultatet i mitt examensarbete är användbart för sjukskötar- och barnmorskestuderande samt för personal inom vården och övriga intresserade. Resultatet tillför en överblick av aktuell forskning och facklitteratur om obstetriska analsfinkterskador.

Resultatet väckte många forskningsfrågor i mig och det finns mängder av möjligheter att forska vidare i det som framgick i resultatet. En möjlig utvecklande forskning skulle vara att undersöka hur obstetriska analsfinkterskador påverkar kvinnans självbild och sexualitet. Kan denna typ av skada leda till att den drabbade kvinnan inte längre känner sig som en hel människa? Här passar återigen Erikssons teori om lidande in som teoretisk utgångspunkt.

I resultatet saknades studier om finska föderskors erfarenheter av livet med obstetriska analsfinkterskador och hur de kände att de blev bemötta i vårdsammanhang. Kvalitativa studier om detta skulle kunna ge viktig information om vilket stöd dessa kvinnor behöver och hur vården kunde bemöta och hjälpa dem ännu bättre.

7.3 Slutsats

Resultatet av mitt examensarbete är att obstetriska analsfinkterskador behandlats ur många olika infallsvinklar i både forskning och tidningsartiklar. Examensarbetet ger en inblick i kvinnors erfarenheter av livet med obstetriska analsfinkterskador, och visar att det finns ny kunskap om exempelvis riskfaktorer och diagnostik. Resultatet visar ändå att det finns mycket utrymme för ytterligare forskning om förlossningsrelaterade skador på analsfinktern.

Mitt examensarbete fyller en mening för dem som läser det. Vårdpersonal kan åta sig nya lärdomar, vilket förhoppningsvis leder till att de kvinnor som drabbas av obstetriska analsfinkterskador möter utökad förståelse och får bättre vård.

Källförteckning

Aitola, P. & Uotila, J., 2005. Peräaukon sulkijalihaksen repeämä synnytyksessä.

Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 121 (10), s. 1095–1099.

Arkel, E., Torell, K., Rydhög, S., Rikner, Å., Neymark Bachmeier H., Gutke, A. & Fagevik Olsén, M., 2017. Effects of physiotherapy treatment for patients with obstetric anal sphincter rupture: a systematic review. *European Journal of Physiotherapy*, 19 (2), s. 90–96.

Arksey, H. & O'Malley, L., 2005. Scoping studies: towards a methodological framework.

International Journal of Social Research Methodology, 8 (1), 19–32.

Axelsson, Å., 2008. Litteraturstudie. I: Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. red. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Berg, R. C. & Underland, V., 2013. The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and gynecology international*, 2013, 496 564.

Boij, C., 2015. SFINX- ett projekt för att minska andelen sfinkterskador. *Jordemodern* 5/2015, s. 27.

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

Boujenah, J., Tigaizin, A., Fermaut, M., Murtada, R., Benbara, A., Benchimol, M., Pharisien, I. & Carbillon, L., 2019. Is episiotomy worthwhile to prevent obstetric anal sphincter injury during operative vaginal delivery in nulliparous women? *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*, 232, s. 60–64.

Brännström, M., Gemzell Danielsson, K., Landgren, B-M., Maršál, K. & Westgren, M., 2016. *ObGyn*. Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E., 2017. Kvalitativ innehållsanalys. I: Henricson, M. red. *Vetenskaplig teori och metod*. (2. Uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Elvander C., Ahlberg M., Thies-Lagergren L., Cnattingius S., & Stephansson O., 2015. Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15:525.

Eriksson, K., 1994. *Den lidande människan*. (4. uppl.) Stockholm: Liber.

- Forsberg, C. & Wengström, Y., 2016. *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Forskningsetiska delegationen 2013. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Helsingfors.
- Henricson, M., 2017. Diskussion. I: Henricson, M. red. *Vetenskaplig teori och metod*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A., 2017. Kvalitativ metod. I: Henricson, M. red. *Vetenskaplig teori och metod*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Hjertberg, L., Uustal, E., Pihl, S. & Blomberg, M., 2018. Maternal Body Mass Index and Anovaginal Distance in Active Phase of Term Labor. *BioMed Research International*, 1 532 949.
- Holmsten, K., 2018. Sfinkterrupturer under 1 procent – hur är det möjligt? *Jordemodern* 5/2018, s. 17–19.
- Kirss, J., Huhtinen, H., Niskanen, E., Ruohonen, J., Kallio-Packalen, M., Victorzon, S., Victorzon, M. & Pinta, T., 2019. Comparison of 3D endoanal ultrasound and external phased array magnetic resonance imaging in the diagnosis of obstetric anal sphincter injuries. *European Radiology*, 29, s. 5717–5722.
- Kirss, J., Pinta, T., Böckelman, C. & Victorzon, M., 2016. Factors predicting a failed primary repair of obstetric anal sphincter injury. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 95, s. 1063–1069.
- Kjellström, S., 2012. Forskningsetik. i: Henricson, M. red. *Vetenskaplig teori och metod*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Kuismanen, K., 2019. Synnytys ja sulkijalihasrepeämä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 135 (9), s. 818–823.
- Kuismanen, K., Nieminen, K., Karjalainen, K., Lehto, K. & Uotila, J., 2018. Outcomes of primary anal sphincter repair after obstetric injury and evaluation of a novel three-choice assessment. *Techniques in Coloproctology*, 22, s. 209–214.
- Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K.K., 2010. Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5 (69), 1 – 9.

- 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, s. 36–41.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D.G., 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7).
- Moldéus, K., Cheng, Y. W., Wikström, A-K. & Stephansson, O., 2017. Induction of labor versus expectant management of large-for-gestational-age infants in nulliparous women. *PLoS ONE*, 12(7).
- Mårtensson, J. & Fridlund, B., 2017. Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. i: Henricson, M. red. *Vetenskaplig teori och metod*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Persson, S., 2019. Förlossningsskador – kvinnors erfarenheter av bemötande och behandling i Sverige. *Jordemodern* 2/2018, s. 14–17.
- Peters, M.D.J., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H. & Parker, D., 2017. Chapter 11: Scoping Reviews. in: E. Aromataris & Z. Munn eds. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Pihl, S., Uustal, E. & Blomberg, M., 2018. Anovaginal distance and obstetric sphincter injury: a prospective observational study. *International Urogynecology Journal*, 30, s. 939–944.
- Poulsen M., Madsen M. L., Skriver-Moller A-C. & Overgaard, C., 2015. Does the Finnish intervention prevent obstetric anal sphincter injuries? A systematic review of the literature. *BMJ Open*, 5 (9).
- Räisänen, S., 2018. Välilihan suojaaminen vähentää repeämiä. *Kätilölehti* 3/2018, s. 8–11.
- SBU, 2016. *Behandling av förlossningsskador som uppkommit efter vaginal förlossning. En kartläggning av systematiska översikter*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). SBU-rapport nr 250.
- Simic, M., Cnattingius, S., Petersson, G., Sandström, A. & Stephansson, O., 2017. Duration of second stage labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17:72.
- THL, 2018. *Nordisk perinatal statistik*. Tilastoraportti 5/2018.

Uotila, J., 2017. Matalan riskin synnytys. Teoksessa: Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Äimälä, A-M, toim. *Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika*. Helsinki: Edita.

Zetterström, J., 2008. Perinealbristningar. I: Hagberg, H., Maršal, K. & Westgren, M. red. *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 Tabell över vetenskapliga artiklar

Artikel	Syfte	Forsknings- datainsamlingsmetod	och Huvudsakliga resultat för forskningen
1. Arkel, E., Torell, K., Rydhög, S., Rikner, Å., Neymark Bachmeier H., Gutke, A. & Fagevik Olsén, M., 2017. Effects of physiotherapy treatment for patients with obstetric anal sphincter rupture: a systematic review. <i>European Journal of Physiotherapy</i> , 19 (2), s. 90–96.	Undersöka evidensnivån för fysioterapeutiska behandlingsmetoder av obstetriska analsfinkterrupturer samt ge rekommendationer för behandlingsformer.	Kvalitativ systematisk litteraturstudie. Datainsamling genom sökning i relevanta databaser, åtta artiklar fanns varav sex undersöktes närmare.	Behövs mera forskning om ämnet. Finns för få studier och studier av för låg evidensgrad för att kunna ge rekommendationer om vilka fysioterapeutiska behandlingsformer som borde användas vid obstetriska analsfinkterrupturer.
2. Elvander C., Ahlberg M., Thies-Lagergren L., Cnattingius S., & Stephansson O., 2015. Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> , 15:525.	Undersöka sambandet mellan förlossningsställning och förekomst av obstetrisk analsfinkterruptur vid spontana vaginala förlossningar i Sverige.	Kvantitativ systematisk litteraturstudie. Datainsamling från Stockholm-Gotland Obstetriska Databasen 1.1.2008–22.10.2014. I studien inkluderades 113 279 spontana vaginala singelförlossningar utan episiotomi.	Lägst antal obstetriska analsfinkterrupturer förekom bland kvinnor som födde i upprätt förlossningsställning och högst antal bland kvinnor som födde i gynställning.
3. Hjertberg, L., Uustal, E., Pihl, S. & Blomberg, M., 2018. Maternal Body Mass Index and Anovaginal Distance in Active Phase of Term Labor. <i>BioMed Research International</i> , 1 532 949.	Undersöka om det finns en skillnad i anovaginalt avstånd mätt med transperinealt ultraljud mellan obesa och normalviktiga kvinnor.	Kvantitativ. Data insamlat från observation av 207 förstföderskor vid Linköpings universitetssjukhus i Sverige under första skedet av förlossningen.	Obesa kvinnor har längre avstånd mellan anus och vagina, och detta kan vara skyddande för analsfinktern samt förklara varför överviktiga föderskor har ett lägre antal analsfinkterrupturer än normalviktiga föderskor.

<p>4. Kirss, J., Huhtinen, H., Niskanen, E., Ruohonen, J., Kallio-Packalen, M., Victorzon, S., Victorzon, M. & Pinta, T., 2019. Comparison of 3D endoanal ultrasound and external phased array magnetic resonance imaging in the diagnosis of obstetric anal sphincter injuries. <i>European Radiology</i>, 29, s. 5717–5722.</p>	<p>Jämföra MRI och endoanalt ultraljud vid diagnosticering av kvarvarande skador på analsfinktern efter primär korrigering av en obstetrisk analsfinkterskada.</p>	<p>Observation av 40 kvinnor med en primärt korrigerad analsfinkterruptur som uppföljts postpartum. Analys av bilder tagna med endoanalt ultraljud och MRI.</p>	<p>MRI var aningen mera känslig och hittade fler skador än det endoanala ultraljudet. Användningen av MRI är lämplig för att diagnosticera kvarvarande skador på analsfinktern efter primär korrigering av obstetrisk analsfinkterskada. MRI kan användas vid sjukhus där endoanalt ultraljud inte finns tillgängligt.</p>
<p>5. Kirss, J., Pinta, T., Böckelman, C. & Victorzon, M., 2016. Factors predicting a failed primary repair of obstetric anal sphincter injury. <i>Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica</i>, 95, s. 1063–1069.</p>	<p>Undersöka påverkningsbara faktorer som avgör om en primär korrigering av en obstetrisk analsfinkterskada lyckas eller misslyckas.</p>	<p>Data insamlat från observation av 60 kvinnor som varit med om en primär korrigering av obstetrisk analsfinkterskada vid Seinäjoki centralsjukhus åren 2004–2015.</p>	<p>De största faktorerna som gjorde att primär korrigering av obstetrisk analsfinkterskada misslyckades var att korrigeringen utfördes av någon med mindre erfarenhet samt om korrigeringen skedde under jourtid.</p>
<p>6. Kuismanen, K., Nieminen, K., Karjalainen, K., Lehto, K. & Uotila, J., 2018. Outcomes of primary anal sphincter repair after obstetric injury and evaluation of a novel three-choice assessment. <i>Techniques in Coloproctology</i>, 22, s. 209–214.</p>	<p>Undersöka det subjektiva resultatet av primär korrigering av obstetrisk analsfinkterskada sex månader efter förlossningen.</p>	<p>Kvalitativ. Enkät samt Wexner's score besvarad sex månader postpartum av 310 kvinnor som vid förlossningen fått en analsfinkterskada. Förlossningarna ägt rum 2007–2013 vid Tammerfors universitetssjukhus.</p>	<p>63,9% av kvinnorna hade inga symtom, 27,4% hade lindrig analinkontinens och 8,7 % hade svåra symtom av analinkontinens sex månader postpartum.</p>

<p>7. 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. <i>Sexual & Reproductive Healthcare</i>, 19, s. 36–41.</p>	<p>Undersöka kvinnors upplevelser av återhämtningen efter en obstetrisk sfinkterruptur ett år efter förlossningen.</p>	<p>Kvalitativ. Enkät besvarad ca ett år efter förlossningen av 625 kvinnor som fått en obstetrisk sfinkterruptur. Enkäten utskickad via Sveriges perinealbristningsregister.</p>	<p>Första året efter en obstetrisk sfinkterruptur upplevs i regel som en svår tid då det för de drabbade kvinnorna är jobbigt att acceptera den förändrade och ofta ännu skadade kroppen.</p>
<p>8. Pihl, S., Uustal, E. & Blomberg, M., 2018. Anovaginal distance and obstetric sphincter injury: a prospective observational study. <i>International Urogynecology Journal</i>, 30, s. 939–944.</p>	<p>Undersöka förhållandet mellan anovaginalt avstånd (mätt med transperinalt ultraljud direkt efter förlossningen) och skada på yttre analsfinktern. I andra hand undersöka hur väl palperat avstånd korrelerar med ultraljudsutmätt avstånd.</p>	<p>Kvantitativ. Data insamlat från observationer av 150 förstföderskor vid universitetssjukhuset i Linköping, Sverige.</p>	<p>Kvinnor som fått en förlossningsskada på den yttre analsfinktern har kortare anovaginalt avstånd. Om det anovaginala avståndet var 20 mm eller mer diagnosticerades inga sfinkterskador. Ett kort anovaginalt avstånd ska ses som en varningssignal postpartum</p>
<p>9. Simic, M., Cnattingius, S., Petersson, G., Sandström, A. & Stephansson, O., 2017. Duration of second stage labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population-based study. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i>, 17:72.</p>	<p>Undersöka hur längden av förlossningens andra skede påverkar risken att få en allvarlig perinealbristning (grad III eller IV).</p>	<p>Kvantitativ. Databassökning. Data insamlat från Stockholm-Gotlands obstetriska databas från åren 2008–2014. Kriterier för dem som inkluderades i studien: vaginal förstföderska, minst 37 fulla veckor, födde ett levande barn i hjässbjudning.</p>	<p>Ett långt andra skede av förlossningen ökar risken att få en allvarlig perinealbristning, dock ökar inte risken längre efter ett andra skede som överstiger 3 h.</p>

Bilaga 2 Tabell över tidningsartiklar

Artikel	Huvudsakligt innehåll
A. Boij, C., 2015. SFINX- ett projekt för att minska andelen sfinkterskador. <i>Jordemodern</i> 5/2015, s. 27.	Redogörelse av ett projekt som minskat andelen sfinkterskador och perineotomier på ett sjukhus.
B. Holmsten, K., 2018. Sfinkterrupturer under 1 procent – hur är det möjligt? <i>Jordemodern</i> 5/2018, s. 17–19.	Beskrivning av metoden ”Mini-Mera” som lett till att andelen sfinkterrupturer på ett sjukhus sänkts betydligt.
C. Persson, S., 2019. Förlossningsskador – kvinnors erfarenheter av bemötande och behandling i Sverige. <i>Jordemodern</i> 2/2018, s. 14–17.	Författaren berättar om sin forskning som utgår från kvinnors erfarenheter av förlossningsskador samt hur genus- och sexualitetsnormer påverkar diagnostik, vardagsliv och vård.
D. Räisänen, S., 2018. Välilihan suojaaminen vähentää repeämiä. <i>Kätilölehti</i> 3/2018, s. 8–11.	Sammanfattning av det huvudsakliga innehållet i barnmorskearbetets nya rekommendation om förebyggande av perinealbristningar.