

# **Bristningar i perineum vid förlossning**

En kvantitativ enkätstudie

Linnéa Wester

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

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa 2023

## EXAMENSARBETE

Författare: Linnéa Wester  
Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa  
Handledare: Anita Wikberg

Titel: "Bristningar i perineum vid förlossning" En kvantitativ enkätstudie

---

Datum: 25.4.2023    Sidantal: 43    Bilagor: 3

---

### Abstrakt

Det förekommer ofta bristningar i perineum hos kvinnor vid förlossning. Det finns olika faktorer som utgör större risk för att drabbas för bristningar. Dessa inkluderar både mammans faktorer, neonatala faktorer och obstetriska faktorer. Det finns även olika förebyggande åtgärder för att försöka förebygga bristningar. Bristningarna kan leda till lidande för kvinnan.

Studiens syfte var att beskriva kvinnors upplevelser samt stöd och vård från mödrarådgivningen i samband med bristningar i mellangården. Frågeställningarna i studien var: Vilken upplevelse har kvinnorna av läkningsprocessen vid bristningar i perineum efter förlossningen? Hur upplevde kvinnorna vården och stödet från mödrarådgivningen?

Som datainsamlingsmetod användes en kvantitativ enkätstudie där både en kvantitativ metod i form av beskrivande statistik användes samt en kvalitativ metod i form av innehållsanalys. 81 enkäter lämnades in. Bland dessa fanns kvinnor i olika åldrar och både förstföderskor och omföderskor. Något alla hade gemensamt var att de hade fått bristningar vid förlossningen.

Resultatet visar att många kvinnor drabbas av smärta och lokala symtom i form av svullnad, skavande och stramande känslor, sveda och kliande i underlivet efter förlossningen till följd av bristningarna. Andra symtom framkom också som var mindre vanliga; psykiska besvär, urin- och avföringsinkontinens och svår eller lång läkningsprocess. En del kvinnor upplevde att de hade fått för lite information om bristningarna både före och efter förlossningen. En önskan om att få mer information om bristningar finns. En del av kvinnorna upplevde även att de skulle velat ha mer kontroller eller uppföljning av bristningarna. Några hade också varit med om dåliga eller otillräckliga bemötanden av vårdpersonal.

---

Språk: svenska

Nyckelord: graviditet, bristningar, förlossning

## BACHELOR'S THESIS

Author: Linnéa Wester  
Degree Programme: Public nurse, Vaasa  
Supervisor: Anita Wikberg

Title: "Perineal tearing during childbirth" A quantitative survey study

---

Date: 25.4.2023    Number of pages: 43    Appendices: 3

---

### Abstract

It is not unusual that ruptures in the perineum occurs during childbirth. There are various factors that pose a greater risk of suffering from perineal tearing. These include both maternal factors, neonatal factors and obstetric factors. There are also various preventive measures to try to prevent perineal tearing. The ruptures can lead to suffering for the woman.

The purpose of the study was to describe women's experiences as well as the support and care from maternity counseling regarding perineal tearing. The research questions used in the thesis are: What is the women's experience of the healing process for ruptures in the perineum after childbirth? How did the women experience the care and support from the maternity counselling?

A quantitative survey study was used as a data collection method where both a quantitative method in the form of descriptive statistics was used as well as a qualitative method in the form of content analysis. 81 surveys were submitted. Among these were women of various ages and both first-time mothers and multiparous women. Something all women had in common was that they had suffered from perineal tearing during childbirth.

The results show that many women suffer from pain and local symptoms in the form of swelling, rubbing and tightening sensations, burning and itching in the perineum after childbirth as a result of the ruptures. Other symptoms also appeared which were less common; psychological problems, urinary and fecal incontinence and a difficult or long healing process. Some women felt that they had received too little information about perineal tearing both before and after childbirth. A desire to receive more information about perineal tearing exists. Some of the women also felt that they would have liked more check-ups or follow-ups of the tears. Some had also experienced bad or inadequate treatment by healthcare staff.

---

Language: swedish

Key words: pregnancy, tears, childbirth

## Innehållsförteckning

1	Inledning .....	1
2	Bakgrund.....	2
2.1	Förlossningen .....	2
2.2	Bäckenbottens anatomi.....	5
2.3	Perineal bristning.....	7
2.4	Förebyggande åtgärder .....	13
2.4.1	Perineal skydd .....	13
2.4.2	Episiotomi.....	15
2.5	Efterkontroll.....	17
3	Erikssons lidande teori.....	20
3.1	Lidande.....	20
3.2	Lidande i vården.....	20
3.3	Lindra lidande .....	21
4	Syfte.....	23
5	Metod.....	23
5.1	Val av informanter .....	23
5.2	Enkät som datainsamlingsmetod .....	24
5.3	Dataanalysmetod.....	25
5.4	Etiska överväganden.....	25
6	Resultat.....	26
6.1	Resultat av de slutna frågorna .....	26
6.2	Resultat av de öppna frågorna.....	33
6.2.1	Bristningarnas påverkan på vardagen.....	34
6.2.2	Mindre vanliga symtom .....	35
6.2.3	Upplevelsen av vården och stödet.....	36
7	Diskussion.....	38
7.1	Metoddiskussion .....	38
7.2	Resultatdiskussion.....	39
8	Litteraturförteckning.....	42

## 1 Inledning

Oftast uppstår inga långvariga komplikationer vid en förlossning, varken för barnet eller mamman. Däremot förekommer bristningar i bäckenbotten vid de flesta vaginala förlossningar. Inga komplikationer krävs för att en förlossningsbristning ska uppstå. Det är viktigt att diagnostisera förlossningsbristningen samt att ge rätt behandling och uppföljning av mamman för att undvika långsiktiga komplikationer. (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2021)

Målet med förlossningen är att ett friskt barn ska födas och att modern förblir frisk, samt att kvinnan ska få en positiv upplevelse av förlossningen. Det här ska utföras genom att minimera ingrepp i förlossningen men fortfarande behålla säkerheten för mamman och barnet. (Sandin-Bojö, 2006)

År 2005 var det 0,9 % som behövde sutureras på grund av tredje eller fjärde gradens bristningar. Efter år 2005 har behovet att suturera tredje och fjärde gradens bristningar ökat till 1,5 % år 2020. År 1995 utfördes episiotomi vid 47,1 % av förlossningarna, därefter har det minskat kontinuerligt och år 2020 utfördes episiotomi på 21,7 % av kvinnorna. Förlossning med vakuumentraktion har stigit kontinuerligt från 5% år 1995 till 9,6 % år 2020. Tångförlossning utfördes på 0,1 % kvinnor år 2000 och år 2005 och sedan dess har det utförts på 0 % i Finland. (THL, 2021)

Jag valde att skriva om bristningar i perineum för att jag är intresserad av förlossningar, mödravård och kvinnohälsa överlag. Bristningar i perineum vid förlossning är vanligt och något som kan vara smärtsamt för kvinnan. Bristningarna kan också påverka vardagen negativt på olika vis. Det är viktigt att försöka förebygga risken för bristningar, speciellt tredje och fjärde gradens bristningar, för att kvinnan ska få en så positiv upplevelse som möjligt efter förlossningen.

## 2 Bakgrund

I bakgrunden förklaras först förlossningens olika faser med fokus på utdrivningsskedet eftersom det är då barnet föds och eventuella bristningar bildas. Sedan förklaras bäckenbottens anatomi och perineala bristningar. Sedan diskuteras de förebyggande åtgärderna med fokus på perineal skydd och episiotomi. Bakgrunden avslutas med ämnet efterkontroll. Bakgrunden innehåller även resultat från vetenskapliga studier.

### 2.1 Förlossningen

Förlossningen kan starta på olika vis. Det vanligaste är att förlossningen startar med smygande sammandragningar som senare blir mer intensiva och mer smärtsamma. Sammandragningarna känns i hela livmodern. Muskeltrådarna i livmodern förkortas lite grann vid varje sammandragning och fostret pressas nedåt i förlossningskanalen. Livmoderhalsen mognar och blir mjuk och då kan modermunnen öppna sig med hjälp av trycket från fostrets huvud. Sammandragningarna bedöms enligt frekvens, varaktighet och intensitet. En sammandragning blir gradvis starkare tills den når sin topp och därefter klingar den av. Därefter kommer en värkpaus då kroppen är näst intill smärtfri, innan en ny sammandragning kommer igen. På det här viset pågår värkarbetet i timmar eller dygn. (Fjellvang, Richter, & Ulfsdottir, 2019)

Förlossningen kan också starta med vattenavgång. Det innebär att hinnsäckarna har brustit. Sammandragningarna kan komma snabbt efter att vattnet har gått, men det kan också ta längre tid. Förlossningen bör starta 1 - 2 dygn efter vattenavgång. Fostervattnet ser ut som vanligt kranvatten men kan ha vita bitar i av fosterfettet eller vara lite rosafärgat. Det luktar oftast lite sött. Om kvinnan är osäker på om vattnet har gått rekommenderas hon att kontakta förlossningsavdelningen och då kan det hända att hon kallas in för att göra en undersökning. Man kan göra en gynekologisk undersökning för att konstatera om fostervatten sipprar eller inte. Om fostervattnet är grönt eller gult betyder det att fostret har bajsat. Det kan innebära att fostret är stressat. Kvinnan får i sådana fall stanna kvar på förlossningsavdelningen. (Fjellvang, Richter, & Ulfsdottir, 2019)

Förlossningen har olika stadier. Först kommer öppningsskedet, därefter utdrivningsskedet och till sist efterbördsskedet. De olika stadierna förklarar i vilket skede förlossningen är i. Värkarbetet börjar oftast med oregelbundna och mindre smärtsamma sammandragningar.

Det här pågår olika länge men kan pågå i ett dygn eller i vissa fall ännu längre. (Fjellvang, Richter, & Ulfsdottir, 2019)

## **Öppningsskedet**

Livmoderhalsen öppnas och barnet förs ned genom förlossningskanalen. Fostrets hjärtljud kontrolleras under hela förlossningen. Mamman ska röra på sig under det här skedet. Barnaföderskan ska tömma blåsan regelbundet eftersom urinblåsan är placerad framför uterus och om urinblåsan är fylld kan det leda till att barnet inte ryms ner i förlossningskanalen. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg, & Andersson, 2014)

Smärtan upplevs olika från person till person. Det finns olika smärtlindringar till förfogande, både naturliga och medicinska sådana, till exempel massage, varm dusch, lustgas, epiduralblockad eller TNS (transkutan nervstimulering). Smärtlindringen väljer mamman tillsammans med barnmorskan. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg, & Andersson, 2014)

Vaginala undersökningar görs regelbundet på mamman för att kontrollera hur öppen livmodermunnen är samt hur barnet ligger i förlossningskanalen. Vid den vaginala undersökningen ligger barnaföderskan på rygg med särade ben. Barnmorskan för in två fingrar i slidan för att undersöka. Det kan kännas lite obehagligt för mamman. Ungersökningen görs regelbundet under öppningsskedet. (Fjellvang, Richter, & Ulfsdottir, 2019)

När livmoderhalsen är cirka fem centimeter öppen brukar fosterhinnorna brista. Om de inte brister av sig själva kan barnmorskan ta hål på hinnorna manuellt. I slutet av öppningsskedet kan sammandragningarna bli mer oregelbundna och mamman är ofta trött. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg, & Andersson, 2014)

## **Utdrivningsskedet**

Livmoderhalsen har öppnat sig helt och hållet, men det kan ta en stund innan barnet har trängt ner genom förlossningskanalen. När barnet har trängt långt ner mot bäckenbotten får mamman oftast en krystkänsla. Om mamman inte upplever en krystkänsla kan det vara en bra idé att byta ställning. När det är dags att krysta blir värkarna oftast konkreta och mamman får oftast en stark reflex att krysta ut barnet. Mamman krystar under värkarna. (Fjellvang, Richter, & Ulfsdottir, 2019)

När mamman krystar tränger barnets huvud ner genom slidan. Barnmorskan guidar mamman under hela processen. Barnet ska födas fram långsamt för att förebygga bristningar. När barnets huvud mynnar ska mamman avstå från att krysta och istället andas igenom värkarna. När barnet krystas fram glider det ofta tillbaka inåt i slidan i värkpauserna så att vävnaden ska hinna tänjas. Det kan kännas som att det bränner och svider i slidöppningen när huvudet börjar komma ut. Här är andningen viktig. Mamman rekommenderas att till exempel andas långsamt eller har öppen mun och låta luften åka in och ut. När nästa värk kommer får mamman krysta ut barnet. Eftersom huvudet har störst omkrets följer resten av barnets kropp ut på nästa värk. (Fjellvang, Richter, & Ulfsdottir, 2019)

När barnet kommer ut torkas det av genast. Barnet kan vara på mammans bröst under tiden. Barnets näsa och mun torkas av för att få bort slem och fostervatten och barnet tar sitt första andetag. Barnmorskan bedömer barnet enligt klassificeringen Apgar-score, där hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och retbarhet är inkluderat. Barnet får nummerband som har samma nummer som mamman har på sitt nummerband. Navelsträngen klipps av när pulsationerna har upphört i den. En klämma sätts runt navelsträngen som sitter fast i barnet för att hindra att blödning uppstår. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg, & Andersson, 2014)

### **Efterbördsskedet**

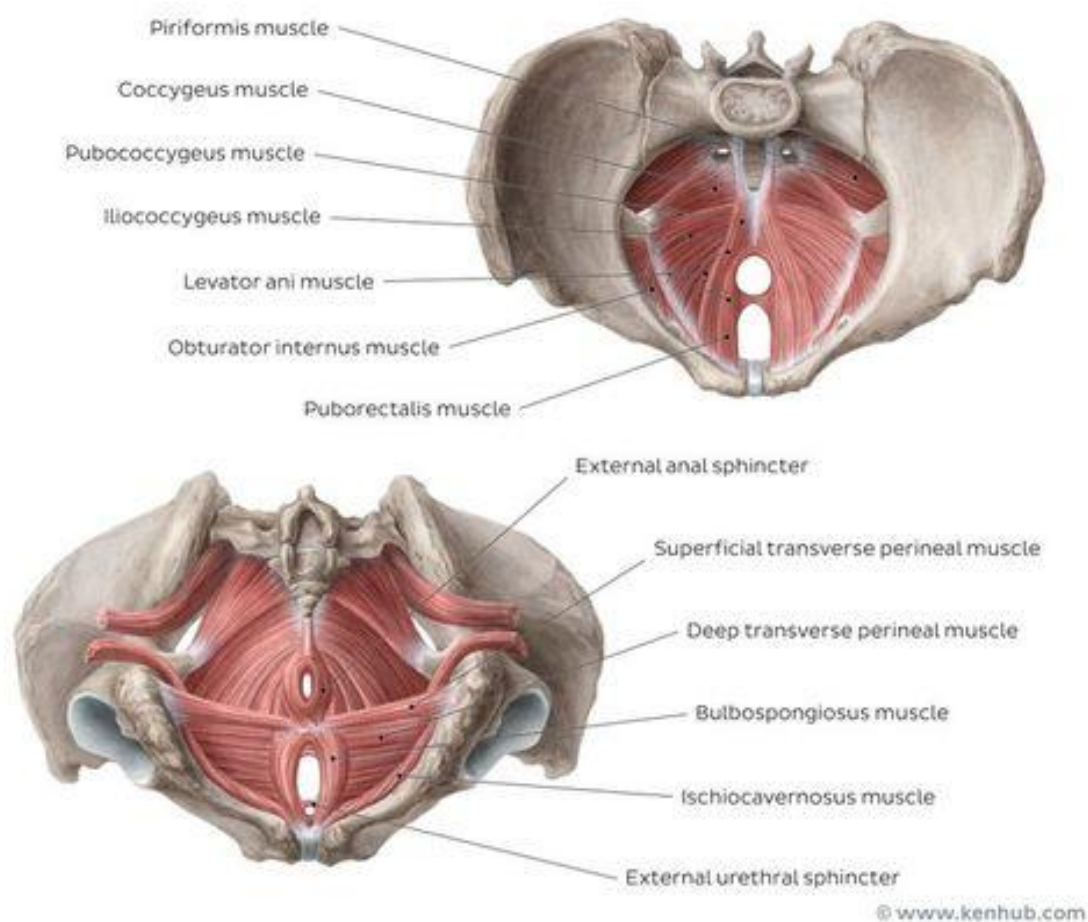
Efterbördsskedet är sista delen av förlossningen. Efter att barnet är fött fortsätter livmodern att dra ihop sig och moderkakan krystas ut. Moderkakan brukar gå enkelt att krysta ut. Moderkakan granskas och det kontrolleras att fosterhinnorna har kommit ut. Navelsträngen granskas också för att kontrollera att två artärer och en ven finns. Det är viktigt att kontrollera att inget är kvar i livmodern för att förebygga infektion. Efter det här undersöks mammans vulva och vagina för att se om bristningar har uppstått. Om bristningar finns ges bedövning, vanligtvis lokalbedövning eller pudendusblockad, och barnmorskan suturerar oftast. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg, & Andersson, 2014)

Barnet kontrolleras grundligt. Man dokumenterar vikt och längd och undersöker barnets ryggrad, gom, fingrar och tår och kontrollerar om analöppning finns. Barnet ska hållas varmt. Man övervakar barnet under den första tiden efter förlossningen. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg, & Andersson, 2014)

Mamman får duscha efter förlossningen. Det är viktigt att hon urinerar eftersom en full urinblåsa gör att livmoders sammandragningar försvåras och blödningen ökar. Livmoders sammandragningar och blödningen kontrolleras regelbundet. Det rekommenderas att mamman ammar barnet inom de första timmarna efter förlossningen. Mamman och barnet får stanna på förlossningsavdelningen i cirka två timmar. Oftast stannar mamman och barnet på sjukhuset i 1 – 2 dygn, men om komplikationer har uppstått kan en längre vårdtid behövas. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg, & Andersson, 2014)

## 2.2 Bäckens botten anatomi

Bäckens botten består av bindväv och muskler som har i uppgift att stöda organen. Vid graviditet blir trycket större ner mot bäckens botten för att barnet växer, och det gör att musklerna belastas i bäckenet. Den gravida känner av trycket ner mot bäckens botten redan under graviditeten. Vid förlossningen blir påfrestningen maximal för musklerna och bindväven. (Fjellvang, Richter, & Ulfsdottir, 2019)



Figur 1. Bäckens botten muskulatur. Bild hämtad från kenhub.com.

Bäckenbotten är en tredimensionell uppbyggnad som sammanfogar bäckenets funktioner. Den ytligaste delen kallas för mellangården. Slidmyningens bakre stöd består av M. bulbocavernosus som går runt vulvan och binder mot den ytliga delen av M. transversus perinei. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

Perinealkroppen är ett område där flera muskelfästen sammanbildas; bulbocavernosus muskeln, den ytliga transversii perineimuskeln, den externa analsfinktern och delar av pubococcygeusmuskeln och rektovaginala fascian. Perinealkroppen är viktig för perineums funktion. Perinealnerven innehåller flera pudendusnervor från hela bäckenbotten. Nerven kan påverkas vid graviditet och förlossning. Den rektovaginala fascian är bindväv som finns mellan slemhinnan i slidan och tarmens muskellager. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

Den ytligaste muskeln i bäckenbotten är musculus ischiocavernosus och dess funktion är främst att agera som svällkropp. Muskeln finns på båda sidorna av mittlinjen och sträcker sig från bäckengördels underkant till klitoris svällkroppar. Muskeln kan påverkas av förlossningen och det kan leda till obehag eller skav för kvinnan. Det påverkar i sin tur också den sexuella upplevelsen och lusten negativt. Musculus bulbocavernosus ligger innanför ischiocavernosusmuskeln. Den ligger innanför de mindre blygdläpparna i slidöppningen och binder i perinealkroppen. Muskeln fungerar som svällkropp till klitoris. Vid smärta kan muskeln göra att slidöppningen stängs. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

Innanför ischiocavernosusmuskeln och bulbocavernosusmuskeln finns transversii perineimuskeln ytliga del. Muskeln sträcker sig från båda sidor i sittbensknölna och sammanbinder i perinealkroppen. Muskelns funktion är att stöda perinealkroppen och analkanalen och att fungera som ett fäste för den rektovaginala fascian. Den djupa delen av musculus transversii perinei sträcker sig från sittbenet till perinealkroppen. Muskeln fungerar som stöd för slidan och analkanalen. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

Levator ani- och coccygeusmusklerna blir mest påverkade under graviditeten och förlossningen. Levatormuskeln är en relativt stor muskel som sträcker sig från blygdbenet till bäckengördels underkant mot det anococcygeala ligamentet och svanskotan. Levator ani-muskeln innefattar den övre delen av bäckenbotten. Muskeln består av tre rörliga muskelbukar; musculus puborectalis, musculus pubococcygeus och musculus ileococcygeus. Slidan och urinröret och ändtarmen går ner igenom levatorslitsen. Muskeln

kan kontraheras och då sluts öppningarna. Därav påverkar den här muskeln kontinensen. Om muskeln skadas kan det leda till framfall, inkontinens eller andra besvär med att tömma urinblåsan- och tarmen. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

Puborektalmuskeln finns på båda sidorna av symfyssen och omger rektum. Vissa delar av muskeln sträcker sig till den externa analsfinktern. Muskeln är viljestyrd och fungerar genom att hindra tarmtömning. När muskeln slappnar av gör det att den externa och interna analsfinktern också slappnar av och då töms tarmen. Pubococcygeusmuskeln sträcker sig från blygdbenet genom perinealkroppen till svansbenet. Muskeln fungerar genom att kontrollera urineringen. Muskeln kan skadas om en bristning uppstår. Iliococcygeusmuskeln börjar från arcus tendineus och sträcker sig till svansbenet. Muskeln fungerar genom att lyfta och stänga anus. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

Analkanalen är cirka 4 centimeter och är den sista delen av magtarmkanalen. Den börjar där rectum åker igenom levatorslitsen och slutar utanför kroppen. Den inre analsfinktern utgör glatt muskulatur. Muskeln är inte viljestyrd och är kontraherad hela tiden förutom vid tarmtömning. Utanför inre analsfinktern finns den yttre analsfinktern som är viljestyrd. Den yttre analsfinktern är sammansluten med levator-ani muskeln och den djupa delen av transversii perinei. Det anala venplexatet är också viktigt för kontinensen. Om avföringen inte kan pressas nedåt i analkanalen till följd av till exempel skador på analsfinktrarna eller vävnaden runtom efter en förlossning åker avföringen uppåt mot rectum igen. Det här kan leda till besvär med att tömma tarmen. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

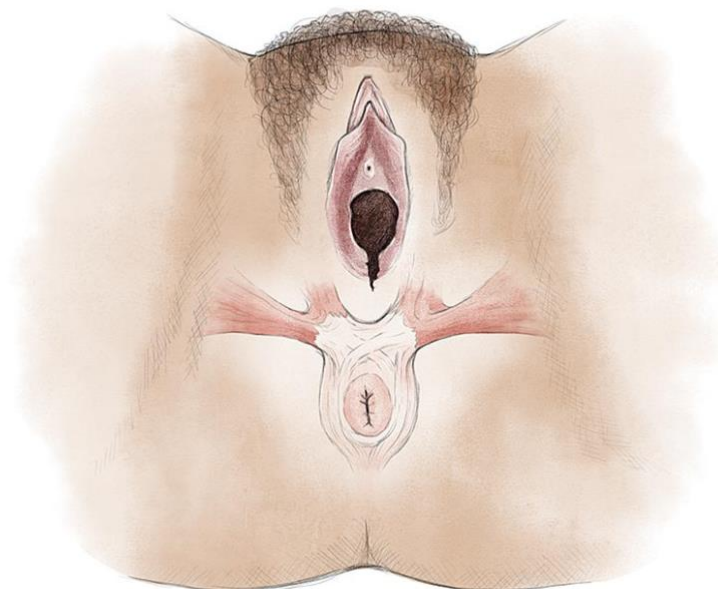
### **2.3 Perineal bristning**

Vaginan är elastisk och under utdrivningsskedet vidgas vaginan mycket när barnet krystas ut. Det är vanligt att få en bristning. Barnmorskan instruerar barnaföderskan i hur hon ska krysta under krystningsfasen så att huvudet kommer ut i lagom takt. Det är främst kraften i krystningsvärkarna som styr hur snabbt barnet kommer ut. Långsamt framfödande rekommenderas för att minimera risken för bristningar. Långsamt framfödande innebär att barnaföderskan låter livmodern arbeta ut barnet nästan av sig själv och mamman behöver då inte ta i så mycket med egen styrka. Vissa föderskor får ingen bristning alls. (Fjellvang, Richter, & Ulfsdottir, 2019)

Förlossningsbristningar innebär sprickor och slitningar i vagina och i huden utanpå vagina och i bäckenbottens muskulatur och vävnader, även i de anala musklerna, som uppstår till följd av förlossning. Oftast läker förlossningsbristningarna väl av sig självt. En förlossningsskada kan uppstå om bristningarna till exempel har läkt på fel sätt eller om bristningarna inte har behandlats. Exempel på förlossningsskador är framfall, inkontinens och smärtor i bäckenbotten. (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2021)

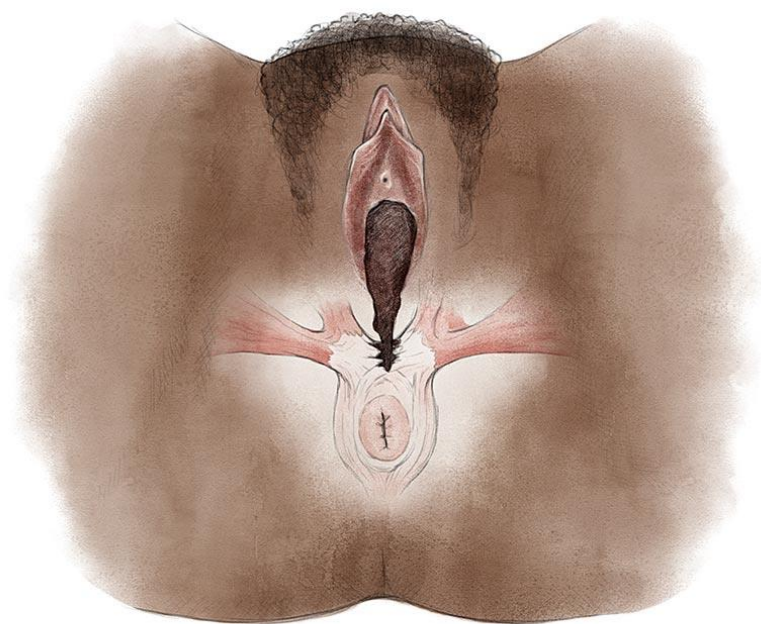
Det finns fyra grader som förklarar hur omfattande en bristning är:

**1:a gradens bristning** = Bristningar som är ytliga i vaginans slemhinnor och i huden i underlivet.



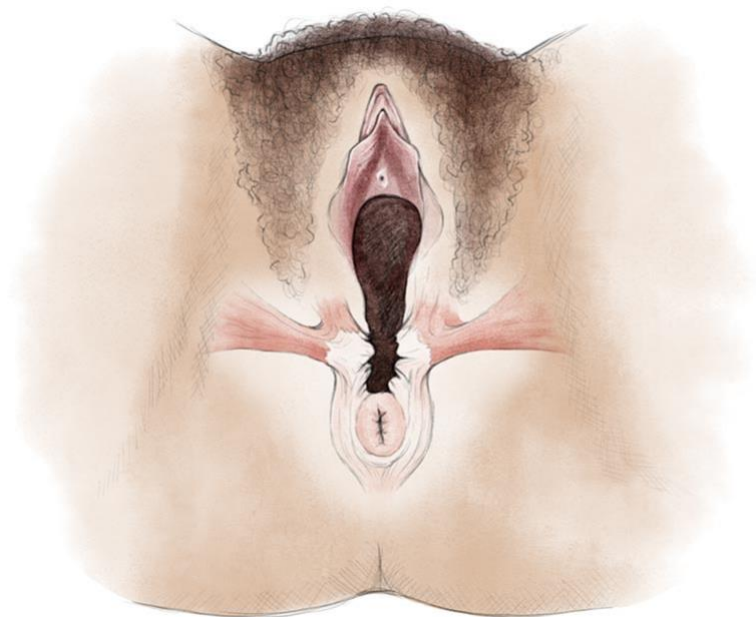
*Figur 2. Första gradens bristning. Bild hämtad från mammastygn.se*

**2:a gradens bristning** = Bristningar som är djupare i vaginalväggarna och ner i mellangårdens vävnad. Bristningarna skadar även perineala muskler och muskelfästen. Levatorbristningar hör också hit.



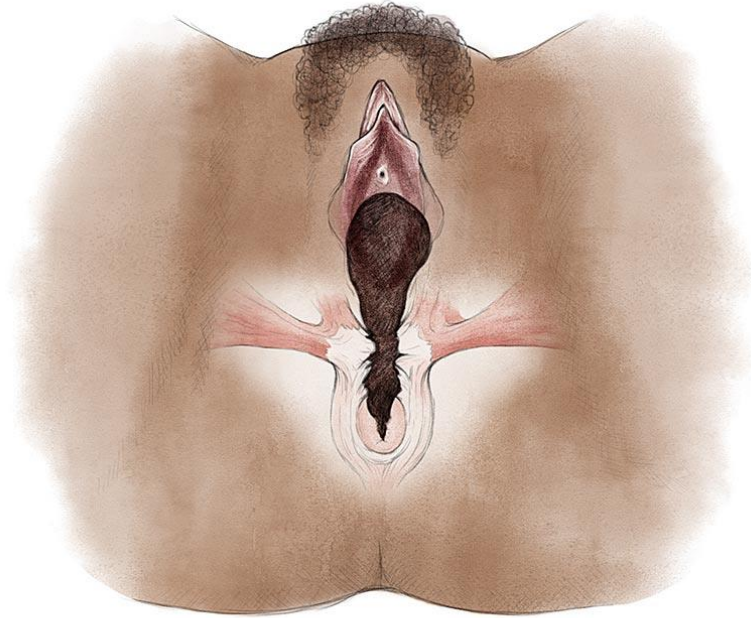
*Figur 3. Andra gradens bristning. Bild hämtad från mammastygn.se*

**3:e gradens bristning** = Bristningar i perineum och den yttre eller den inre ändtarmsmuskeln har brutit. Rektalslemhinnan är hel.



*Figur 4. Tredje gradens bristning. Bild hämtad från mammastygn.se*

**4:e gradens bristning** = Väggen i ändtarmen och ändtarmsmusklerna har brutit. Fullväggsskadan stäcker sig genom perineum.



*Figur 5. Fjärde gradens bristning. Bild hämtad från mammastygn.se*

(Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2021)

Bristningar som behöver sys sutureras av barnmorskan om det handlar om första eller andra gradens bristning. Bedövning ges innan i form av lokalbedövning om bristningen är liten och kräver få stygn. Om bristningen är större kan pudendusblockad (PDB) ges, som är en bäckenbottenbedövning. Sutureringen ska inte vara smärtsam men det kan kännas obehagligt eftersom beröringen kan kännas i underlivet. (Fjellvang, Richter, & Ulfsdottir, 2019)

Det är viktigt att utföra noggrann diagnostik vid bristningar för att undvika följsymtom. Man undersöker först blygdläpparna, vulva och perineum. Sedan fortsätter man med att undersöka hymenringen, rektovaginala fascian, pubococcygeusmuskeln, slemhinnan i slidan, perinealkroppen, analsfinktrarna och huden runtom. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

Analkanalen undersöks genom palpation med pekfingret riktat uppåt så att slidväggen och perineum syns. Slidans vävnader ska undersökas samtidigt med tummen eller det andra pekfingret. Man undersöker inifrån och nedåt. Väggan mellan slidan och analkanalen ska ha en jämn tjocklek tills ändtarmens nedersta del där väggen är tjockare. Om man känner att väggen är tunnare ovanför sfinkterplanet finns det en skada på den rektovaginala fascian eller den interna sfinktern. Den yttre analsfinktern ska se ut och kännas som ett tjockt band. Om sfinktermuskulaturen är synlig behöver perinealkroppens perimysium repareras. Kvinnan ska informeras om hur bristningen ser ut och vad som ska göras åt den. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

Vid sutureringen börjar man först suturera vaginan. I vaginan kan till exempel en flätad suturtråd i grovleken 2/0 användas som har medellång resorptionstid. Den rektovaginala fascian ska tas med vid sutureringen. Vid laterala bristningar som är djupa kan den rektovaginala fascian sutureras ihop med slemhinnan i vaginan. Man vill att den rektovaginala fascian ska komma åt perinealkroppens muskelfästen. Första stygnet ska läggas ovanför bristningen i oskadad slemhinna så att sårkanterna fås ihop. En atraumatisk tång kan användas för att ta tag i vävnaderna. Den rektovaginala fascian och slemhinnan ska inte sys ihop närmare hymen eftersom det kan bilda ärrvävnad som kan leda till skavande känslor och dyspareuni. Istället syr man i två lager. Hymen kan lämnas osuturerad om slidan är reparerad och muskelfästerna är på plats, detta för att undvika ärrbildning vid slidmynnningen. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

De perineala musklerna: musculus bulbocavernosus, musculus transversii perineis och musculus puboperinealis ska också justeras. En atraumatisk tång kan användas även här och samma typ av suturtråd som i slidan. Den perineala slemhinnan får inte sutureras för mycket eftersom det kan leda till att vaginalöppningen blir trång vilket kan leda till dyspareuni. Huden i perineum kan sutureras med till exempel en transkutan monofilament suturtråd, till exempel i grovlek 3/0. Dokumentation är viktig. Det ska framkomma hur bristningen såg ut och kändes samt all information om sutureringen. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

Tiden de sex första veckorna efter förlossningen är en tid där många förändringar sker hos kvinnan som inkluderar både fysiska, psykiska och sociala faktorer. Sådana besvär inkluderar hemorrojder, förstoppning, infektion av sår, perineal smärta, avföring- och

urininkontinens, obehag och sveda vid urinering, svårigheter att ha samlag, amningsproblem, trötthet, sorg, ångest, depression, försämrad livskvalité och problem i parets relationsdynamik. (Martínez-Galiano, o.a., 2019)

## **Analsfinkterskada**

En obstetrisk analsfinkterskada är en delvis eller fullständig störning av analsfinktermuskulaturen, som inkluderar endera eller både intern och extern analsfinkter. Det här kallas även tredje eller fjärde gradens bristningar, beroende på dess svårighetsgrad. (Evans, Falivene, Briffa, Thompson, & Henry, 2019)

Bristningar i ändtarmsmuskulaturen sutureras av läkare under operation. Då får mamman ryggmärgsbedövning. Alla bristningar sys med en typ av tråd som försvinner av sig själv. Underlivet läker oftast bra av sig självt men själva läkningsprocessen kan ta många månader. (Fjellvang, Richter, & Ulfsdottir, 2019)

Risken för att drabbas av tredje eller fjärde gradens bristningar är låg. Ungefär 1 av 100 patienter drabbas. Det finns olika riskfaktorer för tredje och fjärde gradens perineala bristningar. Både mammans faktorer, neonatala faktorer och obstetriska faktorer spelar roll. Mammans riskfaktorer är om hon är förstföderska. Neonatala faktorer är barnets födelsevikt. För varje 500 gram barnets vikt överstiger 3000 gram ökar risken för tredje och fjärde gradens bristningar eftersom barnet då är större med större huvudomkrets. Obstetriska faktorer är induktion, epiduralbedövning, episiotomi och instrumentella förlossningar – speciellt de med förlossningstång. Oftast är det flera av dessa faktorer som leder till förhöjd risk för tredje eller fjärde gradens bristningar. (Barca, o.a., 2021)

Symtom som kan uppstå till följd av tredje eller fjärde gradens bristningar är anal inkontinens, vilket innebär ofrivillig förlust av fast eller flytande avföring eller gas, perineal smärta, urininkontinens och sexuell dysfunktion. Symtomen kan pågå i flera år. Symtomen påverkar det dagliga livet och kan göra att följande faktorer drabbas: känslomässiga faktorer, träning, normala dagliga aktiviteter och svårigheter att återgå till arbete. Symtomen påverkar mammans upplevelse av den postnatala perioden och kan tillföra stress och uppgivenhet. (Evans, Falivene, Briffa, Thompson, & Henry, 2019)

Kvinnors beslut om att få fler barn efter att de har drabbats av tredje eller fjärde gradens bristningar påverkas också. Planeringen av nästa graviditet påverkades och kvinnorna löper större risk att välja planerat kejsarsnitt eller privat läkarförlossningsvård vid nästa förlossning. En del kvinnor väljer att inte föda fler barn på grund av skadorna. (Evans, Falivene, Briffa, Thompson, & Henry, 2019)

## **2.4 Förebyggande åtgärder**

Barnmorskan arbetar under hela utdrivningsskedet med att försöka förebygga bristningar i perineum. Barnmorskan håller emot med sin hand i mellangården för att bromsa framfödandet av barnet om det går för fort. Utöver detta har det också visat sig att varma handdukar emot mellangården under krystningsfasen kan minska risken för bristningar. Värmen av handduken är också smärtlindrande. Man rekommenderar att mamman gör knipövningar under graviditeten för att påskynda läkningsprocessen efter förlossningen. (Fjellvang, Richter, & Ulfsdottir, 2019)

Perineal massage från och med 34 graviditetsveckan stimulerar nervänder, förbättrar blodcirkulationen i perineum, förbättrar elasticiteten och gör slidöppningen bredare. Det här minskar risken för större perineala bristningar och episiotomi. Det har även visat sig att perineal massage kan minska risken för att drabbas av smärta tre månader efter förlossningen. Personal inom området kan lära sig om tekniken för att sedan uppmuntra och rekommendera kvinnor att utföra perineal massage. (Qiuxia, Xiaocui, Aizhen, & Yanmei, 2022)

### **2.4.1 Perineal skydd**

När barnaföderskan krystar fram barnet utsätts mellangården för ett stort tryck. När barnets huvud kröner håller barnmorskan sin ena hand mot mellangården och den andra handen på barnets huvud när mamman krystar för att få ut barnet så kontrollerat som möjligt. Det här kallas för perineal skydd och det görs för att förebygga bristningar. (Fjellvang, Richter, & Ulfsdottir, 2019)



*Figur 6. Perineal skydd. Bild hämtad från wikiwand.com*

Perinealt skydd gör att trycket fördelas ut på ett större område. Det finns olika tekniker på perinealt skydd beroende på var barnmorskan placerar sina händer, till exempel det centrala perinealstödet, Wienermetoden och Ritgen-manövern. I det centrala stödet läggs handflatan ordentligt mot perineum i mittlinjen, utan något koordinerande arbete av fingrarna. I wiernermetoden placerars fingrarna bredvid perinealkroppen och slidöppningen. I Ritgen-manövern placeras fyra fingrars spetsar på bakre perineum, bakom anus, och utför ett tryck framåt på fostrets haka så att fostrets huvud förlängs. (Jansova, o.a., 2013)

Finska greppet är en teknik som används i Finland och Norge. Där fokuserar tummen och pekfingeret på att hålla ihop vävnaden kring perineum mot medellinjen och resterande fingrar lyfter bort barnets haka från perineum för att avlasta området där trycket är störst. God kommunikation krävs under denna teknik, vilket gör att kvinnan behöver sitta i halvsittande läge eller gynekologiskt läge i slutet av utdrivningsskedet. Tekniken har dock kritiserats för att leda till ökat bruk av episiotomi samt minskad valfrihet hos kvinnan i valet av förlossningsställning. (Edqvist, 2022)

Barnmorskan skyddar även perineum när bakre axeln föds fram. När huvudet är fött hålls en hand kvar i perineum i väntan på spontan axelrotation. Axeln som bjuder först får födas först, utan manipulation om möjligt. Ibland kan barnmorskan behöva sänka barnets huvud

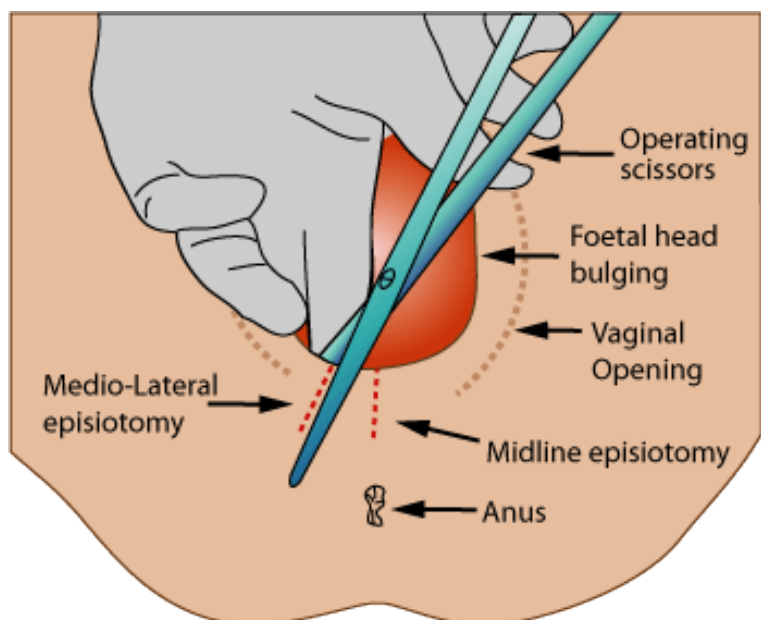
nedåt så att den främre axeln lättare ska komma ut och sedan höjer man upp barnet i bäckenaxelns riktning. (Edqvist, 2022)

Om perineum börjar vitna eller om slemhinnorna svullnar är det en god idé att vidta andra åtgärder och inte endast fokusera på perinaelskydd. Sådana åtgärder kan vara att byta förlossningsställning eller att andas genom värkarna och inte krysta. (Edqvist, 2022)

Rekommendationen för perinealt skydd är olika i olika länder. Förut var det praxis med perineal skydd, men på senare tid har det försvunnit i vissa länder. I jämförelse med hands-off teknik har det visat sig att hands-on tekniken minskar den perineala spänningen under förlossningen. Perineal skydd borde därför implementeras i alla länder för att förebygga perineala skador och bristningar. (Jansova, o.a., 2013)

#### 2.4.2 Episiotomi

Episiotomi eller perineotomi är en åtgärd som görs för att förebygga större rupturer i perineum. Episiotomi innebär ett klipp på några centimeter från slidöppningens nedre del snett bakåt. Åtgärden gör att slidans öppning blir större. När barnet och placentan är fött sys perineum ihop igen. Det är viktigt att ha bra hygien i underlivet efter förlossningen för att förebygga infektion. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg, & Andersson, 2014)



Figur 7. Episiotomi. Bild hämtad från wikipedia.com

Episiotomier introducerades på 1950-talet. Förutom att förebygga större rupturer, förkortas även förlossningen och skador på bäckenbotten förhindras. Ingreppet kan dock orsaka smärtor under post partum perioden eftersom såret kan bli infekterat och ärrer kan orsaka långvarig dyspareuni (smärta vid samlag). (He, Jiang, Qian, & Garner, 2020)

Det är viktigt att individualisera vården och ha en tydlig indikation för att utföra en episiotomi, även vid instrumentella förlossningar, genom att vara medveten om bäckenbottens utvidgning. Risken för bristningar finns men det är ofta mindre omfattande bristningar som uppstår. (Barca, o.a., 2021)

Episiotomisnitt kan göras i mittlinjen eller mediolateralt (se figur 7). Episiotomier som utförs i mittlinjen har dock visat sig ge större risk för perineala bristningar. Episiotomier som utförs mediolateralt ger färre komplikationer. Mediolaterala episiotomisnitt under kröning har visat sig skydda mot tredje och fjärde gradens bristningar genom att avleda tryck från yttre analsfinktern och perinealkroppen. Perinealnerven går dock lateralt till mittlinjen vilket gör att risken för nervskador ökar vid mediolaterala snitt. (Garner, o.a., 2021)

Episiotomi är nödvändigt vid en del förlossningar, till exempel om födseln måste påskyndas på grund av dystoki. Det kan delvis eller helt bero på kvinnans perineala anatomi. Oftast handlar det om att kvinnans perineum är litet. I sådana fall minskar episiotomi förekomsten av spontana rupturer. Om spontan ruptur uppstår sker det oftast i mittlinjen. (Garner, o.a., 2021)

Tidigare har utförandet av episiotomi varit en rutin praxis för vaginala förlossningar i vissa länder, till exempel i Kina. I de flesta europeiska länder har utförandet av episiotomi minskats, men i många andra länder är statistiken fortfarande hög. Till exempel 53,2% i Chile, 73% från ett sjukhus i Libanon och 92% från ett sjukhus i Kambodja. (He, Jiang, Qian, & Garner, 2020)

Överlag har kvinnor lite information om vad episiotomi är för något och vad det innebär. Attityden kring episiotomi kring föderskor varierar. Kvinnor som har haft en positiv upplevelse av episiotomi tenderar att acceptera ingreppet, och de kvinnor som har haft en negativ upplevelse tenderar att ifrågasätta behovet av episiotomi. (He, Jiang, Qian, & Garner, 2020)

Faktorer som påverkas av episiotomin för kvinnorna är: smärta, problem med läkning av episiotomin, svårigheter med amning på grund av smärta från episiotomin och därav svårigheter att hitta en bekväm amningsställning, svårigheter med avföringen på grund av smärta från episiotomin samt rädsla och känslor av att episiotomin ska spricka, rädsla för smärta vid samlag, smärta vid samlag som påverkar sexlivet, ångest kring att slidan inte känns som tidigare, rädsla och oro kring eventuella framtida förlossningar och hur episiotomin skulle påverkas, oro kring långvariga fysiska konsekvenser, starka smärtor under sutureringen, samhällsnormers antagande om att kvinnor inte ska klaga och istället uthärda smärtor som är associerade med förlossning. (He, Jiang, Qian, & Garner, 2020)

## 2.5 Efterkontroll

Kvinnan ska informeras om att hon får gå på en tidig kontroll om hon får besvär med bäckenbotten efter förlossningen, till exempel smärtor i underlivet eller misstanke om infektion i styggen. Då görs en gynekologisk undersökning och information ges. Kvinnan ska få hjälp om något fel upptäcks, såsom en oupptäckt sfinkterruptur eller om bristingen är fel sydd. Kvinnan ska erbjudas läkarkontroll vid sfinkterrupturer eller vid större vaginala bristningar. Anamnesen ska tas i beaktande. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

En efterundersökning görs 5 - 12 veckor efter förlossningen hos en barnmorska, hälsovårdare eller en läkare. På efterundersökningen kartlägger man kvinnans hälsotillstånd överlag samt undersöker eventuella förlossningsskador. Man mäter kvinnans vikt, blodtryck, hemoglobin och gör en urinundersökning. Kvinnans eventuella tidigare sjukdomar eller riskfaktorer observeras och kontrolleras. Man samtalar med kvinnan och hon får instruktioner om bäckenbottenträning. Efterblödningen pågår oftast i 4 – 6 veckor. Om blödningen pågår längre än så kan det vara ett tecken på att delar av moderkakan har lämnat kvar i livmodern eller så kan det vara fråga om inflammation eller någon blödningssjukdom. Blödningens mängd och utseende observeras. Kvinnan ska remitteras vidare om sådant behov finns, till exempel vid sjukdomstillstånd. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015)

En fullständig anamnes ska göras vid efterkontrollen. Öppna frågor rekommenderas att ställa till kvinnan för att lämna rum för öppna svar. En gynekologisk undersökning görs för

att undersöka förlossningsskadorna, bäckenbottenmusklerna och eventuella funktionsstörningar såsom inkontinens. Man börjar med att undersöka vulva, huden och slemhinnan. Mellangårdens längd observeras samt hymens kanter. Om hymens kanter är långt ifrån varandra kan det innebära att en bristing finns under. Man ber kvinnan spänna bäckenbotten för att se om slidan stängs. Man ber också kvinnan att krysta lite för att se hur vävnaden rörs och åt vilket håll. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

Palpation görs med ett finger med glidmedel i vagina för att undersöka knipkraften. Palpationen kan göras på olika vis, men man kan till exempel börja att testa knipkraften i vaginans bakvägg och sedan trycka med fingret mot olika håll så att sidoskillnader kan upptäckas. Knipens styrka, snabbhet och uthållighet bedöms. Vid knipbedömningen palperar man vaginan åt olika håll och observerar eventuella skillnader i muskelstyrkan och anatomin. Fynden dokumenteras. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

Om levatorn har släppt från pubisbenet kan det kännas som en grop i slidan. Det här innebär ökad risk för framfall. Levatorpalpation görs genom att kvinnan kniper och vårdaren ska då känna en kontraktion runt fingret. Om fler fingrar får plats eller om ingen kontraktion uppstår kan det vara fråga om en levatorskada. En ultraljudsundersökning krävs för att fastställa diagnosen. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

Bidigital palpation innebär att man undersöker mellangårdens tjocklek. Den ska kännas tjockare än två centimeter. Om den känns tunnare ska man undersöka knipförmågan i vagina och analen samt sammankoppla med anamnesen. Tillståndet tyder på att det kan vara fråga om en muskelfästesskada eller en sfinkterskada. Oftast innebär det även att de perineala musklerna inte kan spänna sig, vilket syns när kvinnan kniper. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

Anus observeras genom att bedöma dess utseende. Släta områden kan vara ett tecken på att sfinkter saknas. Om avföring finns i analöppningen kan det tyda på att den interna sfinkterns funktion är skadad. Om huden är irriterad runt analen kan det tyda på läckage. Ändtarmsöppningen ska vara stängd i vila och dra ihop sig reflexmässigt vid lätt beröring. Även här ska kvinnan knipa och krysta så att man ser hur vävnaderna rörs. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

Vid anal palpation ska man vara försiktig och informera kvinnan under hela processen om vad man gör. Kvinnan kan uppleva ömhet eller illamående. Palpationen görs med ett pekfinger med glidmedel. Analens knipförmåga bedöms enligt styrka, snabbhet och uthållighet. Känn runt åt olika håll i analen. Puborektalis ska dra uppåt och man observerar om någon skillnad känns på sidorna eller om muskeln slappnar av. Hela bäckenbotten observeras vid krystning, både utseende och känslan runt fingret. En jämn kompression ska kunna kännas när kvinnan kniper, då är båda sfinktrarna intakta. Palpera djupt, cirka fyra centimeter. Den externa sfinktern ska kunna knipa med jämn kompression vid uppmaning, medan den interna sfinktern ska vara spänd hela tiden eftersom denna håller kontinensen. Den interna sfinktern kan krympa om den inte har suturerats ihop väl efter förlossningen. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

Om knipförmågan i slidan och analen är bra men kvinnan upplever symtom från underlivet kan det vara fråga om en skada på bäckenbottenstrukturerna. Kvinnan ska rekommenderas att träffa en fysioterapeut vid behov, till exempel om hon inte kan använda sina knipmuskler eller om någon funktion saknas. (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020)

Kvinnans psykiska hälsa blir bedömd med hjälp av observation, samtal och EPDS (Edinburgh postnatal depression scale)- blanketten. Annat som diskuteras vid efterundersökningen är amningen. Kvinnan får handledning i amning vid behov och hon uppmuntras till att fortsätta amma. Parrelationen diskuteras och ibland den sexuella hälsan och preventivmedel vid behov. Det diskuteras även kring den nya vardagen med bebis, levnadsvanor, om stödnätverk finns och generellt om hur familjen klarar sig. Ett intyg görs över efterundersökningen som skickas till FPA som gör att föräldrapenningen betalas ut. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015)

I Finland görs hembesök hos familjer som ska få eller har fått sitt första barn. Utöver det här ordnas hembesöken om behov finns. Hembesök utförs för att främja familjens välbefinnande och säkerheten i barnets hem och för att erbjuda rådgivning eller stöd enligt behov. Under hembesöket bedömer hälsovårdaren eller barnmorskan kvinnans mående och babys mående samtidigt som hon bildar sig en uppfattning om föräldrarnas livsstil och vanor. Det är önskvärt att partnern också deltar. Rådgivning fås enligt behov gällande till exempel föräldrarollen och vården av barnet. Den anställda ska ha en respektfull inställning till familjen och deras hem. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015)

### **3 Erikssons lidande teori**

Som teoretisk utgångspunkt till studien används Katie Erikssons teori om lidande. Lidande kan sammankopplas med de symtom en del kvinnor drabbas av efter förlossningen till följd av bristningarna, såsom till exempel smärta, obehag, psykiskt lidande, inkontinens, sexuella besvär, med mera.

#### **3.1 Lidande**

Lidande behöver inte alltid innebära direkt smärta. Man kan lida utan att uppleva smärta och tvärtom. Att lida kan vara något ont, något som en människa utsätts för, en kamp, en försoning, en brist eller att vara medlidande. Lidandets motsats är lust. (Eriksson, 1994)

Lidande människor som patienter kan bli ett oskyldigt offer för vården. Patienter blir oskyldiga offer när deras lidande inte bekräftas och när trovärdigheten blir ifrågasatt. Trovärdigheten är ett perspektiv av en människas värdighet och om den blir ifrågasatt kan det leda till ytterligare lidande utöver det egentliga lidandet. (Eriksson, 1994)

Begreppet 'patient' har ändrats med tiden. Förut ansågs patienter vara lidande människor som också kunde ha passioner och lust. Senare förändrades begreppet och en patient började ses som en människa med en sjukdom. Begreppförändringen gjorde att det blev lätt att glömma bort den lidande människan bakom sjukdomen. (Eriksson, 1994)

#### **3.2 Lidande i vården**

Det finns tre olika former av lidande i vården; Sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande är det lidande som är orsakad av en sjukdom eller behandling. Kroppslig smärta är en vanlig orsak till lidande och vårdens uppgift är att reducera så mycket smärta som möjligt. Andligt eller själsligt lidande kan uppstå om en kroppslig smärta är olidlig, eller i andra sammanhang som har att göra med sjukdomen eller behandling, till exempel upplevelser av skam eller förnedring av patienten själv eller av vårdpersonal. Inom vården finns många situationer där skam och förnedring lätt kan uppstå eftersom många åtgärder är intima och olika upplevelser av behandlingar kan göra att patienten känner sig otillräcklig. Anhöriga till patienter med lidande kan också lida och kan därför behöva vård och stöd. (Eriksson, 1994)

Vårdlidande är det lidande som upplevs förorsakat av vård eller utebliven vård. Kränkning, straff och maktutövning är exempel på sådant lidande. Kränkande vårdsituationer kan vara att vårdare inte skyddar patienten vid intima vårdåtgärder och frågor eller att vårdare inte ger patienten plats. (Eriksson, 1994)

Straff och fördömelse hör ihop med kränkning. Straff kan utövas på olika vis, till exempel genom att undvika eller helt låta bli att hjälpa patienten med saker som patienten är oförmögen att göra själv. Maktutövning inom vården kan visa sig genom att vårdare tvingar patienter att utöva handlingar som de inte är helt kapabla att utföra eller att inte tro på vad patienten berättar. Utebliven vård kan innebära allt från mindre slarv i vårdarbetet till vanvård. Utebliven vård kan ibland bero på att vårdare inte har kunnat bedöma patientens behov. Utebliven vård innebär både kränkning av patienten och maktutövning. (Eriksson, 1994)

Livslidande är det lidande som upplevs vid den omställningen som sker till följd av en sjukdom. Vardagen och hela livssituationen kan ändras drastiskt och plötsligt. Upplevelse av förintelse blandat med känslor av rädsla och hopplöshet blandat med vilja och kamplust är känslor som kan uppstå. Människan behöver tid på sig för att skapa ett nytt meningssammanhang i sin nya situation. (Eriksson, 1994)

### **3.3 Lindra lidande**

Lidande är en del av livet. Människor vill ändå inte lida och söker därför alltid olika sätt till att lindra lidandet. Människor kan se på lidande på olika sätt. Människor kan ibland tro att den behöver offra någonting för att lindra lidandet. Människan kan också tro att situationen lindras om hen blir en bättre människa och är lydig. Till slut blir människan ödmjuk för situationen och det kan i sin tur leda till antingen en upplevelse av kraft eller en upplevelse av hopplöshet. (Eriksson, 1994)

Hopp behövs för att lidandet ska kunna lindras. Hopp kan få människan att våga möta sitt eget lidande och efter det växer förmågan att känna medlidande fram. Det kan även hjälpa människan att se andra människor som är i liknande situationer. För att lindra lidande krävs vilja, tro, hopp och kärlek. (Eriksson, 1994)

Alla lidande människor behöver tröst och hopp. Att känna att man kan och får gråta hos någon utan att behöva förklara varför är något som ska tas emot med respekt och ödmjukhet från medmänniskan. Människan kan komma till en punkt där hen inser att det bara är hen som kan påverka sin situation. Människan kan då antingen välja att lidandet bidrar till en utveckling, eller en begränsning. För att lidandet ska kunna bidra till en utveckling behövs bekräftelse på lidandet genom att dela det med någon annan. Om lidandet är outhärdigt kan en känsla av tomrum uppstå. Då behövs något som får människan att känna en mening med livet igen. En annan människa, konsten, naturen eller Gud kan göra att tomrummet fylls igen. (Eriksson, 1994)

## 4 Syfte

Syftet med examensarbetet är att beskriva kvinnors upplevelser samt stöd och vård från mödrarådgivningen i samband med bristningar i mellangården. Studien behövs för att bristningar i perineum vid förlossning är vanligt och förebyggande åtgärder kan ha stor påverkan på bristningarnas omfattning.

Frågeställningar:

1. Vilken upplevelse har kvinnorna av läkningsprocessen vid bristningar i perineum efter förlossning?
2. Hur upplevde kvinnorna vården och stödet från mödrarådgivningen?

## 5 Metod

I det här kapitlet beskrivs urval, datainsamling, dataanalysmetod och etiska överväganden. Studien utfördes med hjälp av en enkät som skickades ut på sociala medier för att nå så många mammor som möjligt. Enkäten är på svenska. Enkäten omfattar frågor om mammans upplevelser av bristningarna i perineum efter förlossningen samt mammans upplevelse av eventuell vård och stöd av bristningarna efter förlossningen av mödrahälsovården.

Jag har valt att använda mig av både kvantitativa och kvalitativa metoder. En kvantitativ metod användes i analysen av de slutna frågorna och en kvalitativ metod användes vid analysen av de öppna frågorna.

### 5.1 Val av informanter

Informanten skulle ha fött barn vaginalt och fått bristningar i bäckenbotten vid förlossningen inom de fem senaste åren för att delta. Om mamman har fött fler än ett barn fick mamman själv välja vilken födsel hon besvarade frågorna om, eller, om hon ville, fick hon fylla i enkäten flera gånger enligt hur många barn hon har förlöst. Ett Facebook inlägg postades där skribenten berättade om studien och hur svaren skulle analyseras. Enkäten

fylldes i elektroniskt via programmet Google Docs. Enkäten var tillgänglig för alla. 81 enkäter lämnades in.

## 5.2 Enkät som datainsamlingsmetod

Jag valde att göra en enkätstudie på grund av att ämnet bristningar i perineum vid förlossning kan upplevas som ett känsligt och privat ämne och det kan vara svårt att prata om. Jag ville även ta del av så många mammors erfarenhet som möjligt. Genom en enkätstudie får informanten fundera på frågorna i lugn och ro och hen får vara helt anonym.

En enkät är ett frågeformulär som kan fyllas i elektroniskt eller i pappersformat. En enkät kan används för att samla in information om människors uppfattning och/eller synpunkter om olika saker. Enkät är en passande metod att använda om man vill nå en större mängd människor. (Region plus, 2017)

Några ändringar gjordes i enkäten i samråd med handledaren innan den publicerades för att frågorna skulle vara tydliga och tolkas korrekt av informanterna. Därefter frågade jag en utvald mamma som jag känner om hon ville fylla i enkäten. Hon informerades om att hennes svar inte skulle vara anonyma eftersom det bara var hon som fyllde i enkäten före någon annan fick tillgång till den. Det här gjordes för att en person som har förlöst barn vaginalt och fått bristningar skulle få säga sina åsikter om den, det vill säga om allting var tydligt, om allt förstods, om något saknades eller liknande. Tre frågor ändrades på grund av att de kunde tolkas som otydliga.

Enkätfrågorna är baserade på mina frågeställningar i studien. Jag har också fått inspiration till valet av enkätfrågor av information som fått genom bakgrunden i studien. Enkäten bestod av 17 frågor varav 12 frågor var slutna frågor och 5 frågor var öppna. Frågeställningarna och enkätfrågorna samt inlägget skickades in till handledaren för godkännande innan informanterna deltog i studien.

Jag sökte deltagare via Facebook gruppen "Mammor & gravida i Österbotten FINLAND". Det publicerades ett inlägg (bilaga 1) i gruppen och de som valde att svara på enkäten såg en informationstext (bilaga 2) i början av enkäten. Både i Facebook inlägget och i informationstexten stod det information om mig och varför studien görs. I

informationstexten fanns instruktioner på hur man fyller i enkäten. Alla deltagare skulle vara kvinnor som har förlöst minst ett barn vaginalt där bristningar har uppstått och mammorna förblev anonyma. Enkäten togs bort från Facebook gruppen efter 14 dagar.

### **5.3 Dataanalysmetod**

En kvantitativ enkätstudie där både en kvantitativ metod i form av beskrivande statistik och en kvalitativ metod i form av innehållsanalys användes. Dessa metoder valdes för att få både statistik och tankar och åsikter från informanterna. Det här resulterade i en omfattande analys.

Det finns fyra olika skalor som kan användas som klassificeringsmetod; kvotskala, intervallskala, ordinalskala och nominalskala. Nominalskalan är en skala där man kan dela in insamlad data i olika grupper utan inbördes ordning. Nominalskalan kan användas vid till exempel statistik över kön. (Henricson, 2012)

Innehållsanalys kan användas när man vill analysera text. Det finns olika tillvägagångssätt för att genomföra detta; analysenhet, domän, kod, kategori, meningsenhet och tema. En kategori är en grupp med ord eller meningar som har liknande innehåll. Om det finns flera olika grupper av ord som hör ihop bildas subkategorier. Kategorierna bör vara oberoende av varandra. (Henricson, 2012)

De öppna frågorna analyserades med hjälp av innehållsanalys med kategorier. Alla svar som lämnades in i de öppna frågorna klistrades in i ett Word dokument. Svaren lästes igenom och sedan sorterades svaren med hjälp av understreckningar i olika färger. Tre kategorier och några subkategorier bildades allt eftersom olika ämnen framkom.

De slutna frågorna i enkäten analyserades med hjälp av beskrivande analys och nominalskala. I datorprogrammet Google Docs där enkäten gjordes syns statistiken automatiskt. För att få ett estetiskt fint cirkeldiagram användes Excel för att redovisa resultatet.

### **5.4 Etiska överväganden**

Forskning kan vara etiskt godtagbar och ha ett trovärdigt resultat om forskningen har utövats som god vetenskaplig praxis. I Finland används en metod som grundar sig på

Forskningsetiska delegationens nationella anvisningar som handlar om hur man kan identifiera och lösa avvikelser av god vetenskaplig praxis. (Forskningsetiska delegationen, u.d.)

Hederlighet och ärlighet spelar en central roll i ett examensarbete. Man får inte hantera material eller metoder på ett bedragande sätt genom att till exempel manipulera och förvränga arbetet. För att en studie ska vara etisk behöver studien handla om betydande frågor, upprätthålla en god vetenskaplig kvalitet och genomföras etiskt. I ett examensarbete är det viktigt att undvika att informanterna utnyttjas eller såras och att värna om deras konfidentialitet. Informanternas integritet och autonomi ska alltid respekteras och alla informanter ska behandlas lika. Studien bör göra mer nytta än skada. (Henricson, 2012)

Deltagarna informerades både i inlägget (bilaga 1) och i informationstexten (bilaga 2) att det var frivilligt att delta i studien och att de var anonyma, men att citat kan tas med av svarsalternativen. Alla citat som presenteras i resultatet behövs såsom de var skrivna. I informationstexten stod det också att uppgifterna behandlas konfidentiellt och att examensarbetet publiceras på Theseus när det är klart.

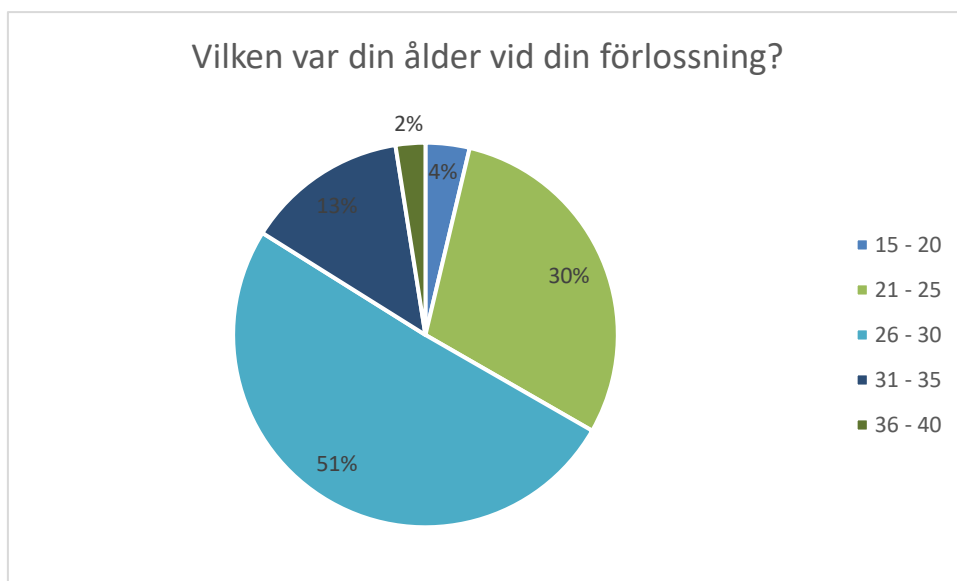
## **6 Resultat**

I det här kapitlet presenteras svaren som gavs i enkäten. Frågorna delas upp i slutna frågor och öppna frågor. De slutna frågorna presenteras med hjälp av diagram. De öppna frågorna presenteras med hjälp av innehållsanalys. Alla frågor var inte obligatoriska.

### **6.1 Resultat av de slutna frågorna**

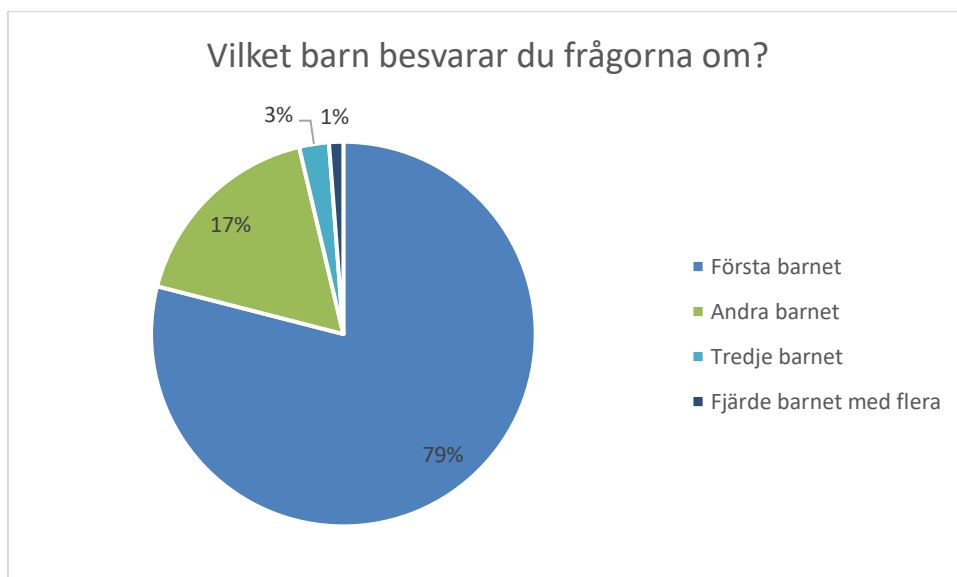
I de slutna frågorna fick föderskorna olika alternativ att välja mellan. På fem av frågorna var det ja eller nej som svarsalternativ, på två av frågorna kunde man fylla i flera alternativ och på fem av frågorna kunde man fylla i ett alternativ av flera olika svarsalternativ. Tio av frågorna var obligatoriska och två var inte det. De två frågorna som inte var obligatoriska noteras i texten och det framkommer även i figurerna hur många som har svarat på frågan (se figur 11 och 15).

Åldern på föderskorna vid förlossningen var mellan 15 – 40 år. 3,7% var mellan 15 - 20 år, 29,6% var mellan 21 - 25 år, 50,6% var mellan 26 - 30 år, 13,6% var mellan 31 - 35 år och 2,5% var mellan 36 - 40 år.



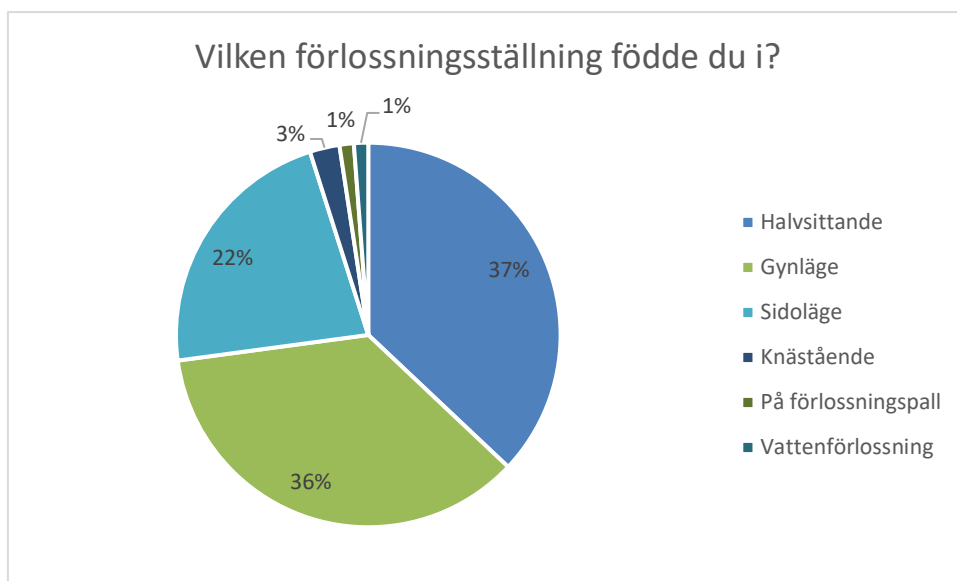
Figur 8. Föderskornas ålder.

79% av föderskorna besvarade frågorna om första barnet, 17,3% besvarade frågorna om andra barnet, och 3,7% besvarade frågorna om tredje eller följande barn.



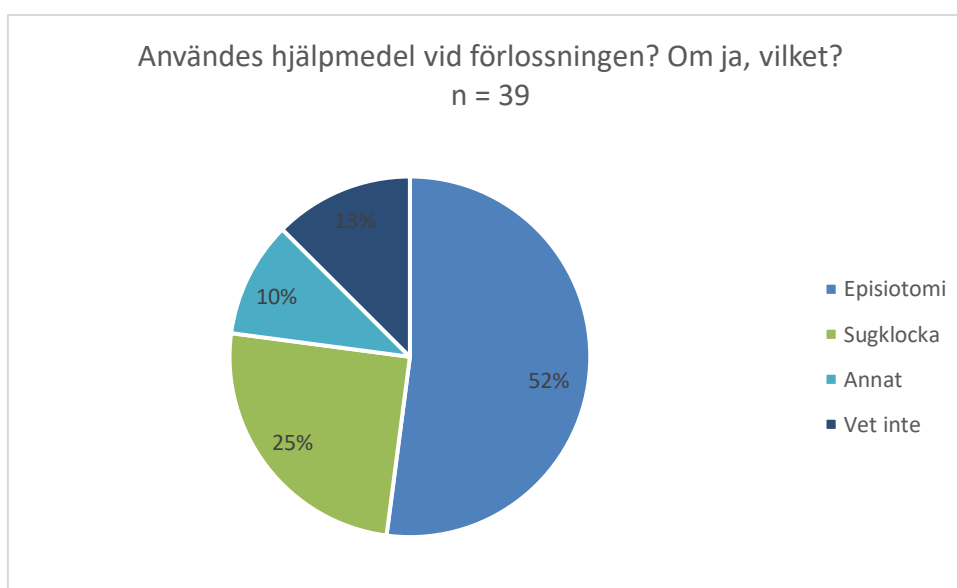
Figur 9. Vilket barn som frågorna blev besvarade på.

På frågan vilken förlossningsställning föderskorna födde i svarade 37% att de förlöste i halvsittande läge, 35,8% svarade gynläge, 22,2% svarade sidoläge, 2,5% svarade knästående, 1,2% svarade på förlossningspall och 1,2% svarade i vatten.



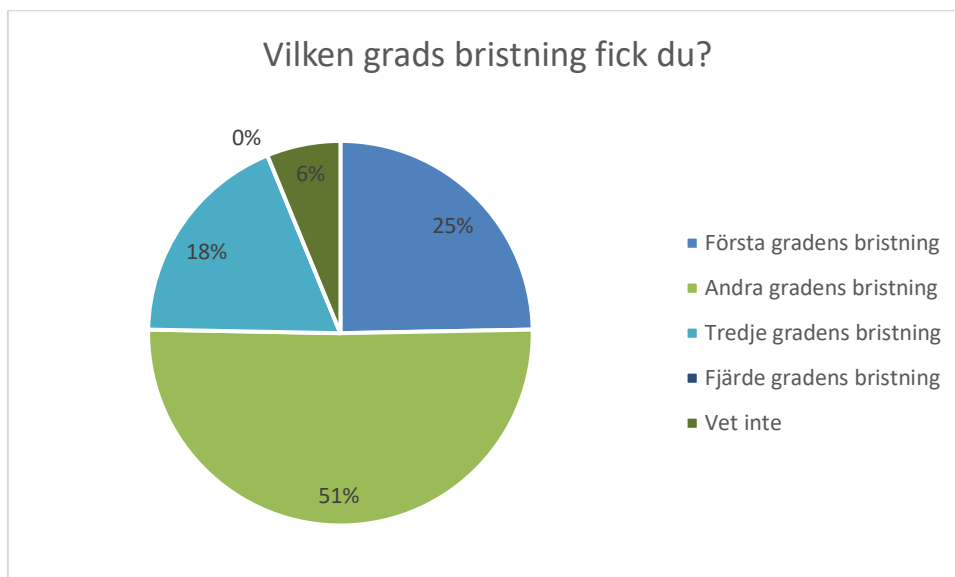
Figur 10. Förlossningsställningar.

På frågan om hjälpmedel användes vid förlossningen fanns möjlighet att fylla i flera svarsalternativ och frågan var inte obligatorisk. 39 svar angavs. Vid 64,1% av dessa förlossningar användes episiotomi, vid 30,8% användes sugklocka, 12,8% valde svarsalternativet "Annat" och resterade 15,4% visste inte om något hjälpmedel hade använts.



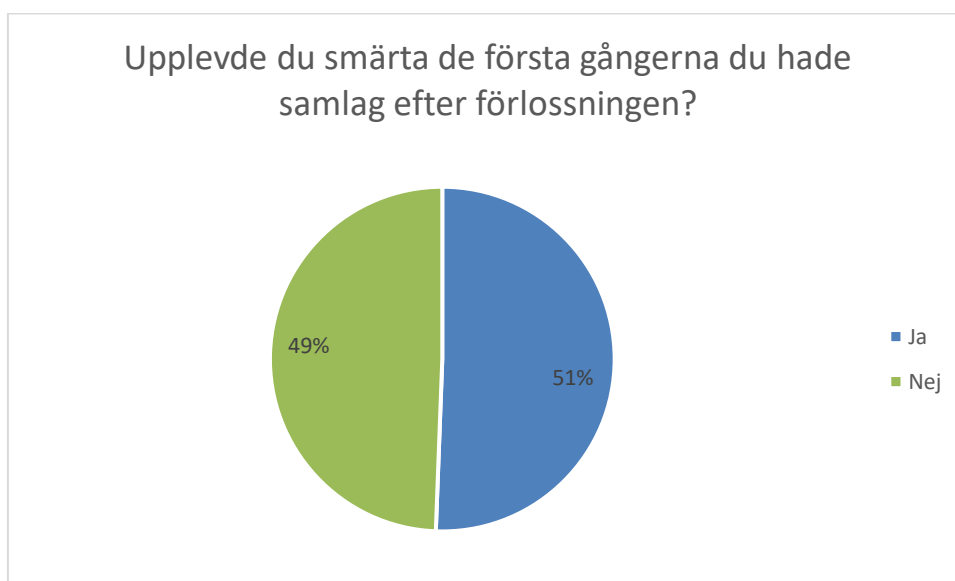
Figur 11. Användning av hjälpmedel.

I frågan som handlade om vilken grads bristning som hade uppstått svarade 24,7% att de fick första gradens bristningar, 50,6% svarade att de fick andra gradens bristningar, 18,5% svarade att de fick tredje gradens bristningar och resterande 6,2% visste inte vilken grads bristning de hade fått. Ingen, 0%, fick fjärde gradens bristningar.



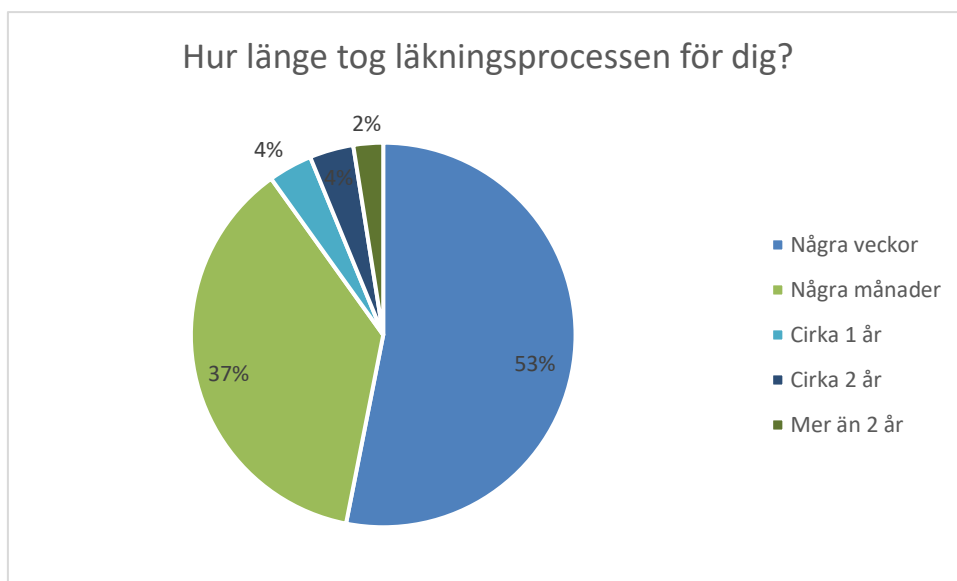
Figur 12. Grader av bristningar.

På frågan om kvinnorna hade upplevt smärta vid samlag de första gångerna efter förlossningen svarade 50,6% ja och 49,4% svarade nej.



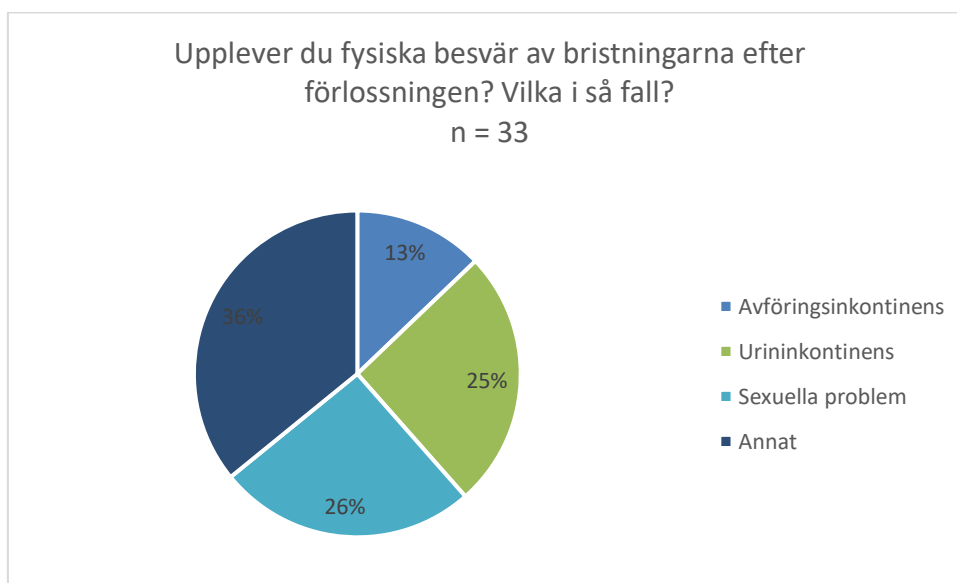
Figur 13. Upplevelse av smärta vid samlag.

På frågan hur länge läkningsprocessen tog svarade 53,1% några veckor, 37% svarade några månader, 3,7% svarade cirka ett år, 3,7% svarade cirka två år och 2,5% svarade mer än 2 år.



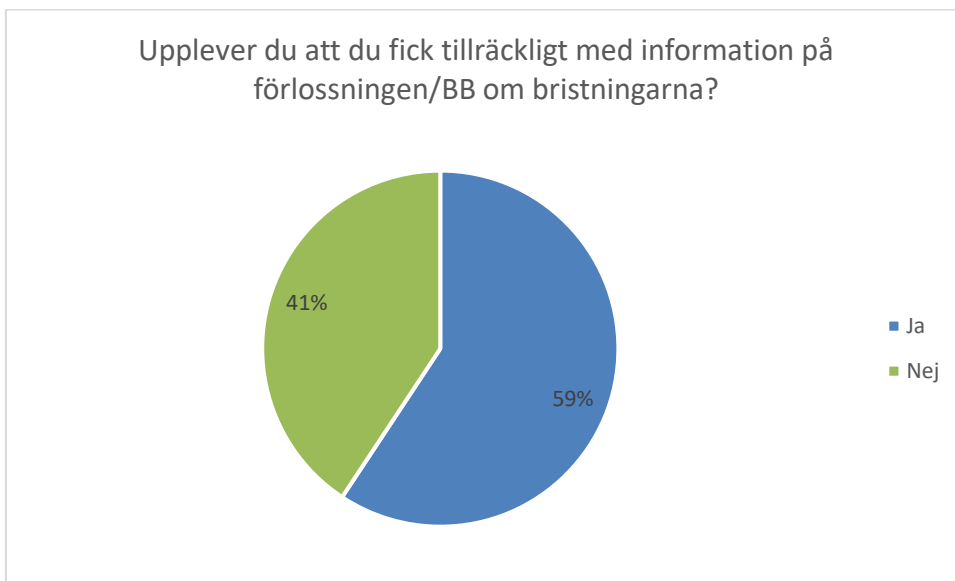
Figur 14. Läkningsprocessens tid.

Frågan om upplevelsen av eventuella fysiska besvär av bristningarna efter förlossningen var inte obligatorisk. 33 svar angavs. Man kunde välja flera svarsalternativ. 15,2% upplevde avföringsinkontinens, 30,3% upplevde urininkontinens, 30,3% upplevde sexuella problem och 42,4% valde alternativet "annat".



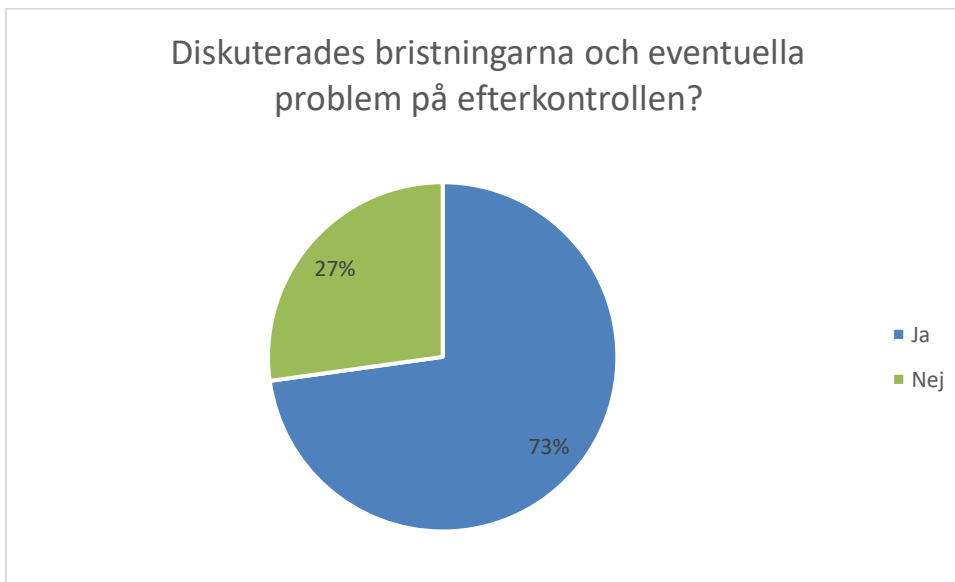
Figur 15. Fysiska besvär efter förlossningen.

På frågan om upplevelsen om tillräckligt med information gavs gällande bristningarna svarade 59,3% ja och 40,7% svarade nej.



Figur 16. Upplevelsen om information som gavs på förlossningen/BB.

På frågan om bristningarna och eventuella problem diskuterades på efterkontrollen svarade 72,8% ja och 27,2% svarade nej.



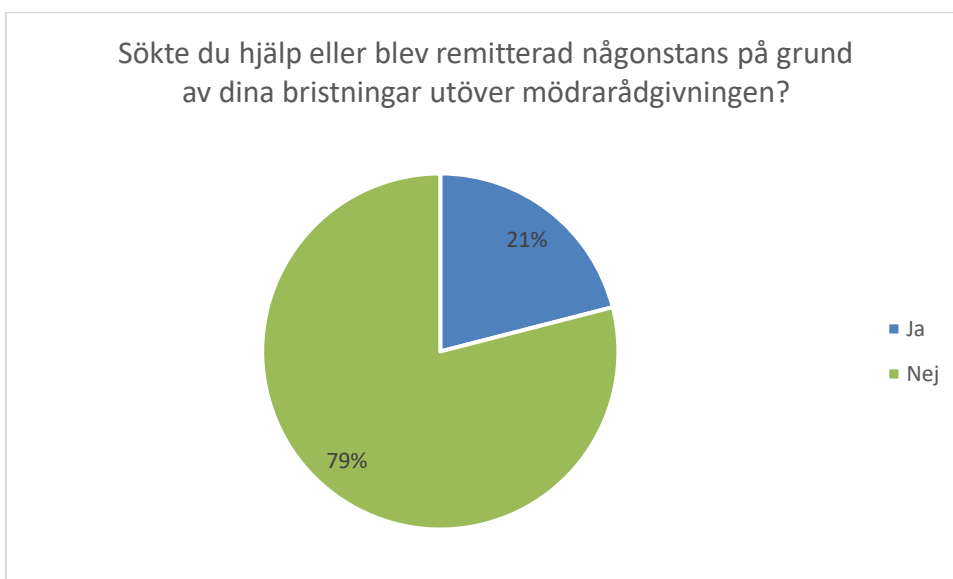
Figur 17. Bristningar och eventuella problem på efterkontrollen.

På frågan gällande upplevelsen om tillräcklig vård och stöd gällande bristningarna från mödrarådgivningen svarade 65,4% ja och 34,6% svarade nej.



Figur 18. Upplevelse kring vård och stöd gällande bristningarna på mödrarådgivningen.

På frågan gällande om kvinnorna sökte hjälp eller vård utöver mödrarådgivningen eller om de blev remitterade någonstans på grund av bristningarna svarade 79% nej och 21% svarade ja.



Figur 19. Vidare hjälp eller remittering på grund av bristningar.

## 6.2 Resultat av de öppna frågorna

Resultaten av de öppna frågorna har delats in i tre kategorier; bristningarnas påverkan på vardagen, mindre vanliga symtom samt upplevelsen av vården och stödet. I varje tema har två eller tre subkategorier utkristalliserats, de anges med **fet** stil.

I enkäten fanns fem öppna frågor. Dessa var:

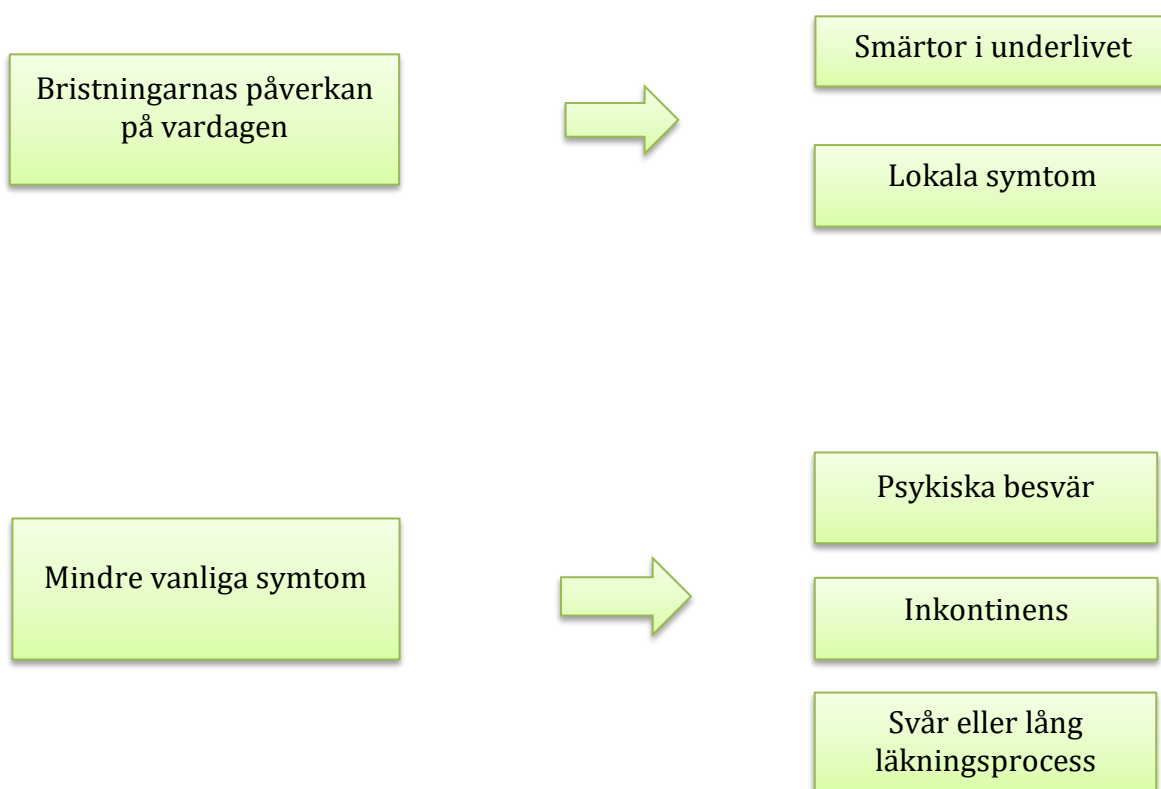
”Påverkades vardagen av bristningarna den första tiden (cirka 2 månader) efter förlossningen? På vilket sätt i så fall?”

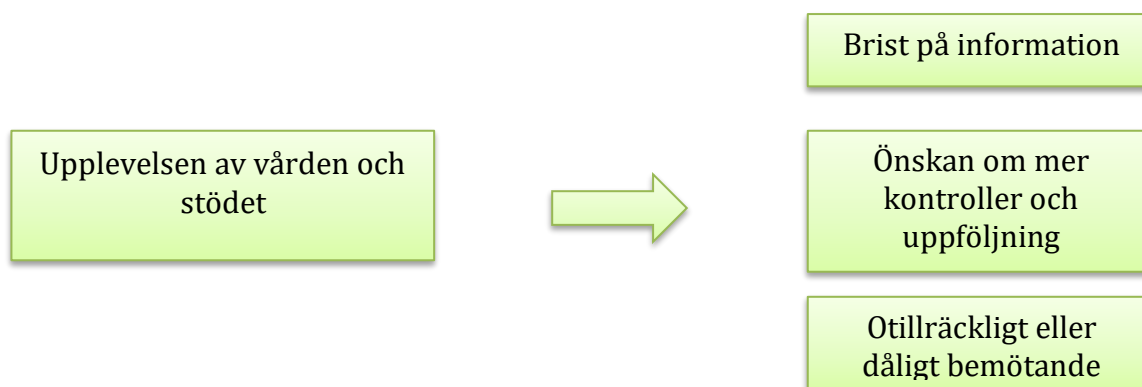
”Hur upplevde du läkningsprocessen av bristningarna?”

”Påverkades du psykiskt av bristningarna på något sätt? På vilket sätt i så fall?”

”Hur upplevde du eventuell vård och stöd kring bristningarna från mödrarådgivningen på efterkontrollen?”

”Om du svarade nej på frågan ovanför, vad skulle du önskat få som du inte fick?”





Figur 20. Kategorierna med dess subkategorier.

### 6.2.1 Bristningarnas påverkan på vardagen

Under kategorin bristningarnas påverkan på vardagen nämns de negativa upplevelsorna av bristningarna. Viktigt att poängtera är att en stor del även tyckte att läkningsprocessen av bristningarna gick bra och var smärtfri. Två subkategorier utkristalliserades; **smärtor i underlivet** och **lokala symtom**.

Under subkategorin **smärtor i underlivet** nämndes ofta smärtor vid lägesändringar eller ansträngning under den första tiden efter förlossningen. Det här kunde i vissa fall leda till andra följder, till exempel problem med amningen på grund av rörelsebegränsning, som var orsakad av smärtor i underlivet. Smärta överlag i underlivet efter förlossningen nämndes också. Det kunde ibland nämnas i samband med vissa specifika situationer, till exempel vid toalettbesök. Smärta vid sex nämndes också några gånger (se figur 13).

*"Jag fick rada upp kuddar och dylikt för att inte belasta mellangården där det gjorde ont."*

*"Jag kunde inte sitta alls 10 dagar efter. Kunde inte gå i trappa. Kunde inte sitta och amma utan kunde bara ligg-amma till en början vilket resulterade i bröstinflammation och IV antibiotika i 10 dagar. "*

*"Smärta i samband med avföring, då bristningen var så nära ändtarmen."*

*"Det "brände" första gångerna vid samlag."*

Under subkategorin **lokala symtom** beskrivs lokala symtom i underlivet. Det var ofta förekommande med ömhet, stramande känslor vid ärret, kliande, svullnad och känslor av att det var spänt.

*”Första tiden var hemsk, eftersom det var sytt fel och spände allt för mycket”*

*”Underlivet var svullet och ömt. Stygnen kliade och på grund av svullnaden och det att flera av stygnen var ganska hårt sydda sprack dem och lämnade mera ärr efteråt”*

### 6.2.2 Mindre vanliga symtom

Under kategorin mindre vanliga symtom nämns symtom som inte var lika ofta förekommande som de i kapitel 6.2.1 var. Dessa indelas i subkategorierna **psykiska besvär**, **inkontinens** och **svår eller lång läkningsprocess**.

Under subkategorin **psykiska besvär** framkom det depression, psykiskt obehag, trauma, social ångest och kroppshat. Saker som nämns som har påverkat insjuknandet med psykiska besvär är att man känt sig rörelsehindrad på grund av bristningarna, inkontinens och ovisshet gällande om bristningarna läker bra. Det framkom också att en del hade önskat få psykiskt stöd efter förlossningen.

*”Läkningsprocessen kändes lång och mentalt påfrestande. Kändes ensamt och erbjöds inte mycket hjälp efteråt så fick söka information själv.”*

*”Kunde inte sitta ordentligt. Var tvungen att ligg-amma. Väldigt ont i slidan. Blev ett trauma och psykiskt tungt och svårt att bearbeta.”*

*”Hade gärna pratat genom det för att bearbeta känslorna.”*

Under subkategorin **inkontinens** nämndes avföringsinkontinens, gasinkontinens, analfissur, urininkontinens, urinläckage och svårigheter med att urinera (se figur 15). Det framkom att inkontinensbesvären hade lett till psykiska besvär några gånger.

*”Otrolig värk. Fick urinera ståendes i duschen 2 första veckorna.”*

*”Jag minns förskräckelsen när jag ca 8 månader postpartum för första gången i duschen kände en hård avföringsklump i rektocelepåsen i bakre slidvägg och var tvungen att sätta mig ner på huk och gräva ur klumpen för hand med fingrarna ur tarmen.”*

*”Ångest över att åka bort hemifrån, ångest över att träffa andra människor p.g.a inkontinens”*

Under subkategorin **svår eller lång läkningsprocess** framkom det att läkningsprocessen kändes långsam och/eller utmanande för en del (se figur 14).

*”Lång! Först 1,5 år senare kändes det nästan läkt.”*

*”Länge, väldigt utmanande i ungefär 2,5 månad.”*

### 6.2.3 Upplevelsen av vården och stödet

Under kategorin upplevelsen av vården och stödet nämns de negativa upplevelsorna av vården och stödet som gavs gällande bristningarna efter förlossningen. Viktigt att poängtera är att en stor del var nöjda med vården och stödet som gavs på mödrarådgivningen (se figur 18). De negativa upplevelsorna av vården och stödet som gavs på mödrarådgivningen delas upp i subkategorierna **brist på information, önskan om mer kontroller och uppföljning** och **otillräckligt eller dåligt bemötande**.

Under subkategorin **brist på information** framkom det en besvikelse över bristen på information som gavs gällande bristningarna. Flera upplevde att de inte hade fått tillräckligt med information om hur bristningarna ska skötas, att det kan göra ont, eventuella problem man kan få, information om vart man ska vända sig om man får problem med bäckenbotten, information om vart man ska söka sig gällande psykiska besvär som uppstod på grund av bristningarna, information gällande vad som hade hänt vid förlossningen och hur omfattande bristningar man hade fått, hur man tränar upp bäckenbotten, att man kan göra ärrmassage samt instruktioner på det. Flera poängterade att information skulle behöva ges innan förlossningen.

*”Det kändes som att de skulle ha kunnat ge mera information. Det finns saker som egentligen var normala men jag trodde att något var fel eftersom jag inte hade fått tillräckligt med information om jag inte frågade.”*

*”Att de hade gått igenom vad som hade hänt och hur jag skulle kunna träna upp detta igen. Jag hade väldigt ont första tiden och fick googla mig fram. Bristningar var aldrig något som någon lag (lade) någon stor vikt på.”*

*”Mer information om hur sköta ärret/bristningen, hur mycket jag var sydd & vilken grad det räknas som.”*

Under subkategorin **önskan om mer kontroller och uppföljning** framkom det att flera hade uppskattat en extra kontroll eller uppföljning innan efterkontrollen eller efter efterkontrollen.

*” Jag upplever överlag att kvinnan lämnas ensam efter efterkontrollen. En uppföljning några veckor eller månader senare hade varit bra.”*

Under subkategorin **otillräckligt eller dåligt bemötande** framkom erfarenheter där kvinnor har blivit dåligt bemötta av olika vårdpersonal, upplevelser som handlar om att man behövt kämpa för att få hjälp eller inte fått någon hjälp alls, nedvärderande kommentarer av vårdpersonal och känslan av att vårdpersonal inte har velat eller kunnat svara på frågor gällande bristningar.

*” Tyvärr var det inget som dom ville åtgärda och det märktes på tonfallet samt kommentaren ”de ska väl synas lite att man fött barn” vilket jag tycker att oprofessionellt när en patient tar upp ett problem och en oro.”*

*” Dåligt. Ingen tog bristningarna på allvar eller kunde svara på mina frågor då det inte stod något annat än andra gradens bristning i journalen. Enda jag minns från förlossningen på läkaren som tillkallades för att sy mig var att en muskel hade gått sönder och yttre bristningar neråt, detta berättades då åt mig men fanns inte till ”pappers” ”*

*” Pga. Dålig läkare var bemötandet inte särskilt empatiskt.”*

## 7 Diskussion

Det här kapitlet delas in i två delar; resultatdiskussion och metoddiskussion. I resultatdiskussionen jämförs svaren jag fick i enkäten med tidigare forskningar. I metoddiskussionen diskuteras styrkor och svagheter med metoden. Metoden granskas för att se om syftet och frågeställningarna blev besvarade med metoden som användes.

### 7.1 Metoddiskussion

I det här kapitlet diskuteras styrkor och svagheter som finns i examensarbetet och i enkäten. En viktig sak att poängtera är att skribenten inte har några tidigare erfarenheter av att göra en studie, vilket påverkar kvaliteten.

Syftet med studien var att undersöka kvinnors upplevelse av bristningar i bäckenbotten efter förlossning och att utforska om mammorna upplevde att de fick tillräckligt med vård och stöd från mödrarådgivningen. Jag ville få in många svar så att jag skulle kunna få en bredare uppfattning om ämnet och därför valdes enkät som datainsamlingsmetod. Jag valde att utföra både en kvantitativ metod i form av beskrivande analys och en kvalitativ metod i form av innehållsanalys, detta för att få både statistiska resultat samt beskrivande erfarenheter och åsikter. Styrkor i datainsamlingen är att jag fick in många svar under en kort tid och att informanterna var så många att deras upplevelser kunde urskiljas från varandra.

Vid de två öppna frågorna där man kunde fylla i flera svarsalternativ fanns svarsalternativet "annat" (se figur 11 och 15). Ursprungligen hade jag velat att det skulle finnas möjlighet att tillägga ett kort svar om man valde alternativet "annat". Det här kunde dock inte utföras tekniskt i enkäten. Det skulle gått att ha två separata frågor där informanterna skulle fått skriva deras upplevelse eller erfarenhet om de valde alternativet "annat", men det här prioriterades bort på grund av att mängden frågor i enkäten skulle blivit för stor enligt skribenten.

Med närmare eftertanke märkte jag att enkätfrågorna kunde varit formulerade på andra sätt för att få mer tydliga och beskrivande svar. Jag märkte att många svar var mycket korta och därav inte så beskrivande, vilket gjorde att jag inte fick fram så mycket information som jag skulle velat ha. Exempel på sådana svar är "lång" eller "svår" där läkningsprocessen

skulle beskrivas. Några svar har jag inte kunnat tolka för att jag inte har förstått vad informanten har menat. Exempel på sådana svar är att någon hade upplevt "tyngdkänsla" av bristningarna, vilket går att tolkas på olika vis. Någon annan hade upplevt att man hade "konstaterat att bristningarna fanns och det diskuterades men inget annat". Vid detta exempel visste jag inte om informanten upplevde det som positivt eller negativt eller möjligtvis neutralt.

Kvinnorna skulle ha fött barn inom de senaste fem åren för att delta i studien. Fem år är relativt lång tid och det kan innebära en risk för att man delvis har glömt vissa symtom eller erfarenheter. Det ska också tas i beaktande att det inte går att garantera att informanterna har förstått alla frågor rätt och svarat enligt deras erfarenhet. I en enkätundersökning som publiceras på sociala medier går det inte heller att garantera att rätt målgrupp har svarat på enkäten.

Två frågor ändrades under perioden jag hade ut enkäten på sociala medier. Jag fick konstruktiv kritik angående de här två frågorna eftersom man borde kunnat fylla i fler alternativ än ett. Frågorna ändrades så att man kunde fylla i fler alternativ. När frågan ändrades hade redan 36/81 personer fyllt i enkäten. Det här bör tas i åtanke när man studerar resultatet av de två öppna frågorna där man kunde fylla i flera alternativ (se figur 11 och 15).

## 7.2 Resultatdiskussion

Resultatet i min studie visade att många kvinnor upplevde en näst intill smärtfri och problemfri läkningsprocess av bristningarna. I min studie svarade 90,1% att läkningsprocessen tog några veckor eller några månader och resterande svarade att det tog allt från cirka 1 år till mer än 2 år. Läkningsprocessen kan vara lång, men bristningarna läker oftast av sig självt (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2021).

Det som var mest återkommande i enkäten var upplevelsen om smärta i underlivet efter förlossningen samt lokala symtom såsom svullnad, sveda, kliande eller skavande känslor, stramhet och obehag i underlivet. Enligt (Martínez-Galiano, o.a., 2019) är det vanligt att drabbas av liknande symtom de första sex veckorna efter förlossningen. Enligt (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020) kan man få skavande känslor i underlivet om ärrbildning har bildats till följd av sutureringen. Ärrbildning till följd av suturering försöker undvikas.

79% av kvinnorna var förstföderskor. 18,5% av kvinnorna fick tredje gradens bristningar och ingen fick fjärde gradens bristningar. Enligt (Barca, o.a., 2021) finns det olika riskfaktorer för att drabbas av tredje eller fjärde gradens bristningar. Dessa inkluderar mammans faktorer, neonatala faktorer och obstetriska faktorer. Mammans riskfaktor är om hon är förstföderska.

Flera informanter upplevde avföringsinkontinens, urininkontinens och sexuell dysfunktion. Dessa symtom kan uppstå till följd av tredje eller fjärde gradens bristningar (Evans, Falivene, Briffa, Thompson, & Henry, 2019). Enligt (Martínez-Galiano, o.a., 2019) kan kvinnor dock uppleva svårigheter att ha samlag efter förlossningen fastän de inte har drabbats av tredje eller fjärde gradens bristningar.

Flera kvinnor upplevde att de inte hade fått tillräckligt med information om bristningarna, både på förlossningsenheten eller BB och på mödrarrådgivningen. Enligt (Olsson, Lind, Rotstein, & Fernando, 2020) ska man informera kvinnan under sutureringsprocessen om hur bristningen ser ut och vilka åtgärder som görs. Kvinnan ska också informeras om att hon ska komma på en tidigare efterkontroll om hon upplever några besvär. Enligt (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015) ska bristningarna kontrolleras och diskuteras på efterkontrollen. Funktionsstörningar såsom inkontinens undersöks och diskuteras. Instruktioner om bäckenbottenträning ges till kvinnan. Kvinnan ska remitteras vidare om behov finns.

En del kvinnor hade upplevt psykiska symtom såsom ångest, trauma, kroppshat och depression till följd av bristningarna och en del uttryckte en önskan om att få psykosocialt stöd. Enligt (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015) ska kvinnans psykiska hälsa bedömas på efterkontrollen med hjälp av observation, diskussion och EPDS- blanketten. Kvinnan ska även remitteras vidare vid behov.

På grund av lidandet som bristningarna kan föra med sig valdes "Den lidande människan" som teoretisk utgångspunkt. En del kvinnor har drabbats av sjukdomslidande på grund av deras smärta. En del kvinnor har drabbats av vårdlidande på grund av att bristningarna har blivit fel sydda eller att de har upplevt att de inte har fått den vård de skulle behövt. En del kvinnor hade också varit med om kränkande situationer, vilket också är ett vårdlidande. En del har även upplevt livslidande på grund av depression eller inkontinens. (Eriksson, 1994)

Resultatet i studien visar att flera kvinnor upplever att man har fått för lite information om bristningarna, både innan, under och efter förlossningen. Jag anser att det här är något som skulle gå att åtgärda med enkla medel. Information på förlossningen och/eller BB ska ges enligt kvinnans individuella bristningar och information borde ges från mödrarådgivningen innan och efter födseln. Med information syftar jag till allt som har att göra med bristningar, det vill säga både hur de kan kännas, hur de kan se ut, vad man kan göra om man har ont, skötselråd, vilka symtom som anses vara naturliga enligt läkningsprocessen och när man ska söka hjälp, och så vidare. Kvinnan ska också ha möjlighet att ställa frågor.

Förhoppningen är att resultatet kan bidra till bättre omständigheter för kvinnor efter förlossningen. Ytterligare forskning kring riskfaktorer, förebyggande åtgärder och undersöknings- och behandlingsmetoder vid bristningar behövs fortfarande. Kompetenta yrkeskunniga behövs också för att uppnå det här.

## 8 Litteraturförteckning

- Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E., & Andersson, U.-B. (2014). *Obstetrik och gynekologi*. Studentlitteratur.
- Region plus. (den 3 Augusti 2017). Hämtat från plus.rjl.se:  
<https://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=22660&nodeId=45034> Oktober 2022
- Fjellvang, H., Richter, L., & Ulfsdottir, H. (2019). *Föda barn: Barnmorskornas guide till din förlossning*. Norstedts.
- Sandin-Bojö, A.-K. (2006). *WHO:s rekommendationer för vård vid normal förlossning*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2021).  
*Förlossningsbristningar - diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. sbu.se.
- Jansova, M., Kalis, V., Rusavy, Z., Zemcik, R., Lobovsky, L., & Laine, K. (den 9 Juli 2013). Modeling manual perineal protection during vaginal delivery. *International Urogynecology Journal*, 25 (1), ss. 65-71.
- Barca, J. A., Bravo, C., Pintado-Recarte, M. P., Cueto-Hernández, I., Ruiz-Labarta, J., Cuñarro, Y., . . . De León-Luis, J. A. (den 21 Juli 2021). Risk Factors in Third and Fourth Degree Perineal Tears in Women in a Tertiary Centre: An Observational Ambispective Cohort Study. *Journal of personalized medicine*, 11 (8), s. 685.
- Evans, E., Falivene, C., Briffa, K., Thompson, J., & Henry, A. (den 16 September 2019). What is the total impact of an obstetric anal sphincter injury? An Australian retrospective study. *International Urogynecology Journal*, 31 (3), ss. 557-566.
- THL. (den 20 December 2021). Hämtat från Institutet för hälsa och välfärd:  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143543/Perinataalitalasto%20%e2%80%93%20synnytt%c3%a4j%c3%a4t%2c%20synnytykset%20ja%20vastasyntyneet%202020.pdf?sequence=9&isAllowed=y> Oktober 2022
- He, S., Jiang, H., Qian, X., & Garner, P. (den 19 Juli 2020). Women's experience of episiotomy: a qualitative study from China. *BMJ open*, 10 (7), ss. e033354-e033354.
- Edqvist, M. (2022). Förebygga bristningar under födseln. i H. Lindgren, K. Christensson, & A.-K. Dykes, *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde*. Studentlitteratur.
- Garner, D. K., Patel, A. B., Hung, J., Castro, M., Segev, T. G., Plochocki, J. H., & Hall, M. I. (den 2 Februari 2021). Midline and Mediolateral Episiotomy: Risk Assessment Based on Clinical Anatomy. *Diagnostics (Basel)*, 11 (2), s. 221.
- Forskningsetiska delegationen. (u.d.). Hämtat från tenk.fi:  
<https://tenk.fi/sv/forskningsfusk> December 2022
- Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*.

- Martínez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., Rubio-Alvarez, A., & Gómez-Salgado, J. (den 17 Januari 2019). Women's Quality of Life at 6 Weeks Postpartum: Influence of the Discomfort Present in the Puerperium. *International journal of environmental research and public health*, 16 (2).
- Klemetti, R., & Hakulinen-Viitanen, T. (2015). *Handbok för mödrarådgivningen: nationell rekommendation*. Institutet för hälsa och välfärd.
- Olsson, A., Lind, C., Rotstein, E., & Fernando, M. (2020). *Bäckenbotten och förlossningsskador*. Gothia utbildning.
- Qiuxia, C., Xiaocui, Q., Aizhen, F., & Yanmei, H. (den 14 Juli 2022). Effect of Prenatal Perineal Massage on Postpartum Perineal Injury and Postpartum Complications: A Meta-Analysis. *Computational and mathematical methods in medicine*, ss. 1-10.

## Bilaga 1



### Inlägg

Hej!

Har du fött barn inom de senaste fem åren och fått bristningar vid förlossningen? Läs vidare i så fall!

Jag heter Linnéa Wester och jag studerar tredje året till hälsovårdare vid YrkesHögskolan Novia i Vasa. Jag skriver mitt examensarbete om bristningar i underlivet vid förlossning. Syftet med studien är att undersöka kvinnors upplevelse av bristningarna efter förlossningen samt deras upplevelse av eventuell vård och stöd av mödrahälsovården.

Studien görs genom ett elektroniskt frågeformulär som är länkad här nedan. Enkäten kan fyllas i om du har fött barn vaginalt inom de senaste fem åren och fått bristningar vid förlossningen. Om du har fött flera barn inom de senaste fem så väljer du att besvara frågorna om en av dina förlossningar, eller så får du självklart fylla i enkäten flera gånger.

Du är helt anonym och det är frivilligt att delta i studien. Enkäten tar 5 - 10 minuter att fylla i. Inlägget tas bort om jag får tillräckligt med svar. Mer information finns i enkäten.

Tack för din medverkan!

## Bilaga 2



### Informationstext

Jag heter Linnéa Wester och jag studerar tredje året till hälsovårdare vid YrkesHögskolan Novia i Vasa. Jag skriver mitt examensarbete om bristningar i underlivet vid förlossning. Syftet med studien är att undersöka kvinnors upplevelse av bristningarna efter förlossningen samt deras upplevelse av eventuell vård och stöd av mödrahälsovården. Enkäten kan fyllas i om du har fött barn vaginalt inom de senaste fem åren och fått bristningar vid förlossningen.

Det är frivilligt att delta i studien och du är helt anonym. Det är bara jag som ser de anonyma svarsresultaten och uppgifterna behandlas konfidentiellt. Citat av svarsalternativen kan tas med i studien. Studien kommer att publiceras på [www.thesis.fi](http://www.thesis.fi) när studien är klar.

Fyll i det svarsalternativ som passar bäst in på dig på de slutna frågorna, och skriv fritt på de öppna frågorna. På alternativfrågorna kan man endast fylla i ett svarsalternativ.

Tack för din medverkan!

Kontakta mig om du har frågor.

Linnéa Wester

[Linwes3@edu.novia.fi](mailto:Linwes3@edu.novia.fi)

0449730803

Handledande lärare:

Anita Wikberg

0447805326

[Anita.wikberg@novia.fi](mailto:Anita.wikberg@novia.fi)

## Bilaga 3

### Enkät

### Bakgrundinformation

Obligatoriskt \*

1. Vilken var din ålder vid din förlossning? \*

15 - 20

21 - 25

26 - 30

31 - 35

36 - 40

41 - 45

46 - 50

2. Vilket barn besvarar du frågorna om? \*

Första barnet

Andra barnet

Tredje barnet

Fjärde barnet med flera

### Bristningar

3. Vilken förlossningsställning födde du i? \*

Halvsittande

Sidoläge

Fyrfota

Knästående

Stående

På förlossningsfall

Gynläge

Annat

4. Användes det hjälpmedel vid din förlossning? Om ja, vilket?

Episiotomi (ett snitt i mellangården så att barnet lättare ska komma ut)

Sugklocka

Annat

Vet inte

5. Bristningarna delas in i grad 1 - 4. Vilken grads bristning fick du? \*

Första gradens bristning

Andra gradens bristning

Tredje gradens bristning

Fjärde gradens bristning

Vet inte

6. Påverkades vardagen av bristningarna den första tiden (cirka 2 månader) efter förlossningen? På vilket sätt i så fall?

---

---

---

---

---

---

7. Upplevde du smärta de första gångerna du hade samlag efter förlossningen? \*

Ja

Nej

8. Hur upplevde du läkningsprocessen av bristningarna? \*

---

---

---

---

---

---

9. Hur länge tog läkningsprocessen för dig? \*

Några veckor

Några månader

Cirka 1 år

Cirka 2 år

Mer än 2 år

10. Upplever du fysiska besvär av bristningarna efter din förlossning? Vilka i så fall?

Avföringsinkontinens (oförmåga att kontrollera avföring)

Urininkontinens (oförmåga att kontrollera urin)

Sexuella problem

Annat

11. Påverkades du psykiskt av bristningarna på något sätt? På vilket sätt i så fall?

---

---

---

---

---

---

**Vård och stöd av mödrahälsovården**

12. Upplever du att du fick tillräckligt med information på förlossningen/BB om  
bristningarna? \*

Ja

Nej

13. Diskuterades bristningarna och eventuella problem på efterkontrollen? \*

Ja

Nej

14. Hur upplevde du eventuell vård och stöd kring bristningarna från mödrarådgivningen  
på efterkontrollen?

---

---

---

---

---

---

15. Upplever du att du fick tillräckligt med vård och stöd gällande bristningarna från  
mödrarådgivningen? \*

Ja

Nej

16. Om du svarade nej på fråga 15, vad skulle du önskat få som du inte fick?

---

---

---

---

---

---

17. Sökte du hjälp eller blev remitterad någonstans på grund av dina bristningar utöver  
mödrarådgivningen? (till exempel till en fysioterapeut eller en gynekolog) \*

Ja

Nej