

En litteraturstudie om att minska lidandet inom förlossningsvården genom att förebygga perineal skada

Rebecca Nummela

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Barnmorska
Identifikationsnummer:	11994
Författare:	Rebecca Nummela
Arbetets namn:	En litteraturstudie om att minska lidandet inom förlossningsvården genom att förebygga perineal skada
Handledare (Arcada):	Annika Niemi
Uppdragsgivare:	Barnmorskeprojektet - kompetensområden inom barnmorskeutbildningen.
<p>Sammandrag:</p> <p>Allvarlig perineal bristning är en komplikation efter en vaginal förlossning, som kan medföra lidande hos kvinnan och leda till en stark inverkan på kvinnans livskvalitet. Syftet med denna studie är att ge mer kunskap till barnmorskor inom förlossningsvården om olika riskfaktorer för den födande kvinnan att få en allvarlig perineal skada under en vaginal förlossning. Frågeställningarna är: ”Vad säger litteraturen om olika riskfaktorer för att få en allvarlig perineal skada?” och ”Vad kan barnmorskan göra för att minimera allvarliga perineala skador?”.</p> <p>Examensarbetet är en kvalitativ litteraturoversikt baserad på 12 vetenskapliga artiklar från olika länder. Artiklarna hittades från databaserna Chinal, Academic searc elite och Science direct. Som datainsamlingsmetod användes systematisk litteratursökning och som data analysmetod användes den kvalitativa innehållsanalysen. Som teoretisk referensram valdes Katie Erikssons teori lidande från boken ”den lidande människan.</p> <p>Redovisningen av resultatet är indelat i 2 huvudkategorier: ”riskfaktorer” och ”barnmorskans roll”. Dessa huvudkategorier delas in i 5 underkategorier: maternella riskfaktorer, neonatala riskfaktorer, obstetriska riskfaktorer, perineal skydd, utbildning och kunskap.</p> <p>Resultatet visade att kvinnor som fått allvarliga perineala skador oftast var förstfödelskor, fött större barn (oftast över 4kg) samt haft en instrumentell förlossning. Barnmorskans roll angående perineal skydd och episiotomi behöver mer forskning för att komma till en slutsats.</p>	
Nyckelord:	Perineal skada, sfinkter ruptur, episiotomi, riskfaktorer.
Sidantal:	53
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Midwife
Identification number:	11994
Author:	Rebecca Nummela
Title:	A literature review about reducing suffering in the maternity care by preventing perineal injury
Supervisor (Arcada):	Annika Niemi
Commissioned by:	Barnmorskeprojektet - kompetensområden inom barnmorskeutbildningen.
<p>Abstract:</p> <p>Severe perineal tears is a complication after a vaginal delivery, that can cause suffering to the woman and lead to strong impact on woman's quality of life. The aim of this study is to provide more knowledge to midwives in the maternity care about different risk factors for the woman giving birth to get a severe perineal injury during a vaginal delivery. The issues are "what does the literature say about different risk factors to get a severe perineal trauma?" and "what can the midwife do to minimize severe perineal traumas?"</p> <p>This thesis is a qualitative literature review based on 12 research articles that were found from the databases Chinal, Academic searc elite and Science direct. As a data collection method used systematic literature search and as a data analysis method used qualitative content analysis. As a theoretical framework was chosen Katie Erikson's theory suffering from the book "den lidande människan".</p> <p>The presentation of results is divided into two main categories: "Risk Factors" and "midwifery role ". These main categories are divided into 5 under categories: maternal risk factors, neonatal risk factors, obstetric risk factors, perineal protection, education and knowledge.</p> <p>The results showed that women with severe perineal injuries were mostly delivering her first child, give birth to a large baby (usually over 4kg) and had an instrumental delivery. Midwives role regarding perineal protection and episiotomy need more research to come to a conclusion.</p>	
Keywords:	Perineal injury, sphincter rupture, episiotomy, risk factors.
Number of pages:	53
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Kättilö
Tunnistenumero:	11994
Tekijä:	Rebecca Nummela
Työn nimi:	Kirjallisuuskatsaus kärsimyksen lievittämisestä ehkäisemällä välilihan vaurioita synnytyksen hoidossa.
Työn ohjaaja (Arcada):	Annika Niemi
Toimeksiantaja:	Barnmorskeprojektet - kompetensområden inom barnmorskeutbildningen.
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Vakava välilihan repeämä on komplikaatio synnytyksen jälkeen, joka voi aiheuttaa naiselle kärsimystä ja voi vaikuttaa suuresti naisen elämänlaatuun. Tämän tutkimuksen tarkoitus on antaa lisää tietoa äitiyshuollon kättilöille eri riskitekijöistä, joista synnyttävä nainen voi saada vakavan väliliha repeämän synnytyksen yhteydessä. Tutkimuksen kysymykset ovat: ”Mitä kirjallisuus sanoo eri riskitekijöistä jotka voi aiheuttaa vakavan väliliha repeämän?” ja ”mitä kättilö voi tehdä jotta minimoisi riskin vakaviin välilihan repeämiin?”.</p> <p>Opinnäytetyö on laadullinen kirjallisuuskatsaus, joka perustuu 12. tieteellisestä artikkelista eri maista. Artikkelit löytyvät tietokannoista Chinal, Academic searc elite ja Science direct. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsauksen hakua ja tietojen analysointimenetelmänä käytettiin laadullista sisällön analyysia. Teoreettiseen viitekehukseen valittiin Katie Erikssonin teoria kärsimys kirjasta ”den lidande människan”.</p> <p>Tulosten esittely on jaettu kahteen pääkategoriaan: "Riskitekijät" ja "kättilön rooli". Nämä pääryhmät on jaettu viiteen alakategoriaan: äidin riskitekijät, vastasyntyneiden riskitekijät, obstetriset riskitekijät, välilihan tukeminen, sekä koulutus ja osaamisen.</p> <p>Tulokset osoittavat, että naiset, jotka saivat vakavan väliliha repeämän, ovat yleensä; ensisynnyttäjiä, synnyttäneet isomman vauvan (yleensä yli 4kg) sekä käyneet läpi synnytyksen jossa oli käytetty imukuppia tai pihtejä. Jotta voidaan tehdä johtopäätöksiä koskien kättilön roolia välilihan tukemisesta ja episiotomiasta, tarvitaan enemmän tutkimuksia.</p>	
Avainsanat:	Välilihan vamma, sulkijalihaksen repeämä, episiotomy, riskitekijät.
Sivumäärä:	53
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

FÖRORD	7
1 INLEDNING	8
2 BAKGRUND	10
2.1 Förlossningens olika faser.....	10
2.2 Utdrivningsskedet.....	10
2.3 Perineal skydd.....	12
2.4 Perineal bristning.....	13
2.4.1 Sfinkter ruptur.....	14
2.5 Episiotomi.....	15
2.5.1 Historisk perspektiv.....	16
2.5.2 När används episiotomi.....	16
3 PROBLEMFÖRMULERING	17
3.1 Syfte & frågeställningar.....	17
3.2 Forskningsdesign.....	18
4 FORSKNINGSETIK	19
5 TEORETISKT PERSPEKTIV	20
5.1 Lidande.....	20
5.2 Vårdlidande.....	20
6 METOD	22
6.1 Kvalitativ forskning.....	22
6.1.1 Induktiv innehållsanalys.....	22
6.2 Datainsamling.....	23
6.3 Litteraturöversikt.....	26
7 RESULTAT	34
7.1 Vad säger litteraturen om olika riskfaktorer för att få en perineal skada?.....	35
7.1.1 Maternella riskfaktorer.....	35
7.1.2 Neonatala riskfaktorer:.....	36
7.1.3 Obstetriska riskfaktorer.....	37
7.2 Vad kan barnmorskan göra för att minimera allvarliga perineala skador?.....	40
7.2.1 Perineal skydd.....	40
7.2.2 Utbildning och kunskap.....	41
7.3 Sammanfattning av resultatet.....	43

8	DISKUSSION	44
8.1	Resultatdiskussion i relation till vårdlidande.....	47
9	KRITISK GRANSKNING	48
	Källor	50
	Bilagor	54
	Bilaga 1.....	54

FÖRORD

Jag vill rikta ett stort tack till min första handledare Pernilla Stenbäck och min andra handledare Annika Niemi för god handledning, samt till min familj och vänner som ställt upp med att vara barnvakt till min son och uppmuntrat mig under denna långa och lärorika process.

Rebecca Nummela

April, 2014

1 INLEDNING

Under barnmorskestudierna har jag blivit speciellt intresserad av utdrivningsskedet och det som händer under den tiden. Barnmorskan har en viktig roll under förlossningens andra skede som är utdrivningsskedet. Jag har haft praktik på både förlossningsavdelningen och på barnsängsavdelningen. Under förlossningspraktiken har jag sett olika graders bristningar och episiotomi klipp. På barnsängsavdelningen ser man hur kvinnorna lider av deras smärtor från allvarliga bristningar eller episiotomier och kan inte njuta av deras första tid med barnet lika mycket som de mammorna med mindre bristningar. Därför blev jag intresserad av vad jag som blivande barnmorska kan göra för att göra mitt allt för att undvika att kvinnan skall få en allvarlig bristning eller onödiga episiotomi klipp i mellangården, som orsakar ett så stort lidande för henne.

Över 60 % av alla vaginalt förlösta kvinnor får en perineal bristning eller en episiotomi utförd under förlossningen. Allvarliga perineala bristningar representerar en signifikant komplikation av normal förlossning med en stark inverkan på livskvaliteten. Därför har barnmorskan en viktig roll under utdrivningsskedet att bevaka perineum och göra allt som står i hennes makt för att hindra perineal skada. Det är viktigt att barnmorskan och obstetrikern känner till de olika orsakerna och riskfaktorerna som kan ge upphov till perineal skada. Barnmorskan skall ha goda kunskaper om episiotomi när, hur och om detta skall utföras samt hur perineal skydd utförs aktivt. (Fernando, Ruwan 2007 s.8)

Förekomsten av allvarliga perineala bristningar (3. och 4. graden) i Finland år 2011 var 0,9%. Finland har mindre antal allvarliga bristningar än andra Nordiska länder. (Ryttyläinen-Korhonen et al. 2012) Vikten av att aktivt utöva perineal skydd och utföra episiotomi är ett mycket aktuellt ämne och diskuteras ofta i Finland samt i övriga världen. Om detta ämne finns mycket aktuell forskning som gjorts på 2000-talet.

Examensarbetet hör till barnmorskeprojektet - kompetensområden inom barnmorskeutbildningen.

ORDFÖRKLARING

Episiotomi	=	Klipp i mellangården under utdrivningsskedet
Perineum	=	Mellangården
Allvarlig perineal skada	=	3. och 4. grads bristning. Mellangården och anal sfinktern har brustit partiellt eller fullständigt.
Instrumentell förlossning	=	Sugklocke eller tångförlossning. Läkaren hjälper med hjälp av sugklocka eller tång, barnet att födas.
Epidural bedövning	=	Ryggbedövning, en effektiv smärtlindring under förlossningen, som ges av narkosläkare.
Pudendus bedövning	=	En bedövning som man får via slidan och bedövar bäckenbotten. Effektiv smärtlindring i utdrivningsskedet.
Oxytocin	=	värkstimulerande medicin, kan användas som antingen förlossningsinduktion eller för att främja förlossningen.
Introitus	=	Vaginal öppningen.
Skulderdystoci	=	Förlossningskomplikation som innebär att fostrets axlar sitter fast när huvudet är framfött

(THL 2012)

2 BAKGRUND

För att fördjupas i ämnet har artiklar, böcker och forskningar studerats inom detta område. Som bakgrundslitteratur till denna studie har används den svenska barnmorskeboken Lärobok för barnmorskor och den finska barnmorskeboken Kätilötyö.

För att läsaren skall få en djupare förståelse om ämnet som behandlas i arbetet, kommer det i bakgrunden att presenteras fakta om förlossningen och framför allt utdrivningsskedet, perineal skydd och perineala bristningar samt episiotomi.

2.1 Förlossningens olika faser

Förlossning är en fysiologisk process och den indelas i tre olika faser. Den första fasen börjar med öppningsskede, det betyder att livmodermunnen ska öppnas och bli fullt utvidgad och barnets förekommande del har kommit ner på bäckenbotten. Andra skedet kallas för utdrivningsskedet och börjar när livmodermunnen är fullvidgad och mamman känner krystimpulser för att börja krysta ut barnet. När barnet är fött så börjar det tredje skedet som kallas efterbördsskedet då moderkakan fortfarande sitter fast i livmodern. Efterbördsskedet tar vanligtvis ungefär en halvtimme och det räknas från att barnet har fötts tills moderkakan är framfödd. (Faxelid et al. 1993 s.177)

I denna studie förklaras inte om alla förlossningens olika faser utan specialiseras på förlossningens andra fas utdrivningsskedet eftersom denna fas har ett direkt samband med mellangårds skador.

2.2 Utdrivningsskedet

Utdrivningsskedet är förlossningens andra skede och den börjar när modermunnen är fullvidgad till 10cm men barnets bjudande del kan fortfarande kännas högt uppe i bäckenet så det är viktigt att inte börja och krysta för tidigt utan låta barnets bjudande del sjunka ner och vänta tills mamman får krystningsimpulser. Man kan börja med att mamman får krysta så som det känns bra för henne, så att barnets huvud kommer neråt

och aktiv krystning bör påbörjas först när huvudet trycker på mellangården. Andra skedet avslutas med att barnet föds fram. (Paananen et al. 2009 s.253-254)

Det är vanligt att förstföderskor krystar i längre tid än omföderskor, i ungefär en timme, men sällan så mycket längre. Medan omföderskorna sällan behöver krysta längre än 30 minuter. Det är viktigt att när mamman ska krysta ut barnet så att hon och barnmorskan är i en sådan ställning så att barnmorskan har översikt över mellangården så att barnmorskan kan stödja och kontrollera barnets födsel och stödja mellangården. Barnmorskan hjälper mamman att hitta en bra ställning. Man får hjälp att krysta och det fungerar bäst om mamman håller andan med stängd mun medan hon trycker neråt. (Grennert, Lars 2013)

Det finns två olika sätt att krysta på:

Oforcerad krystning: det menas att mamman själv styr förlossningens andra fas. Hon börjar krysta då hon känner att impulsen kommer och tar en paus emellan impulserna. Krystningsimpulserna varierar från två till fem per sammandragning.

Forcerad krystning: betyder att istället för att mamman själv styr andra skedet så är det barnmorskan som berättar till mamman hur och när hon ska krysta. Med forcerad krystning så krystar mamman längre och krystar under hela kontraktionen, det leder till ett snabbare förlopp. Ibland kan det hända att mamman inte har några krystningsimpulser eller om barnet måste födas snabbt kan forcerad krystning vara nödvändigt. (Faxelid et al. 1993 s.206)

Om barnmorskan leder föderskan att krysta för tidigt kan det leda till att föderskans krafter tar slut och det kan leda till att man måste avsluta förlossningen med en sugklocka. (Paananen et al. 2009 s.254)

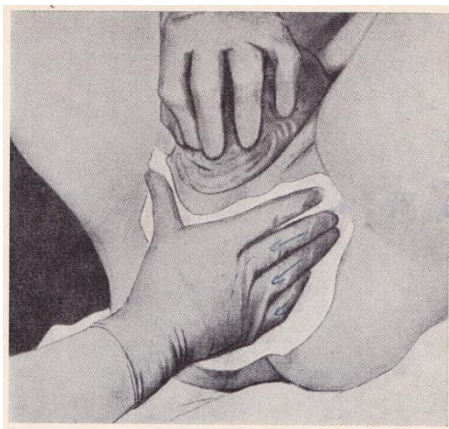
2.3 Perineal skydd

Vid förlossningens andra skede då kvinnan krystar och innan huvuden som sagt ”skär igenom”, som betyder att hjässan och pannan föds fram över perineum, så är perineum hög och utspänd och det är lätt att inspektera. Om mellangården börjar se spänd ut och börjar blekna, så kan detta vara ett tecken på risk för att brista. (Faxelid et al. 1993 s.207-208)

Under tiden mamman krystar och barnet föds fram lite i taget så håller barnmorskan en hand på barnets huvud och trycker emot så att huvudet inte föds fram för fort och med för kraftigt tryck. Med perineal skydd menas att när barnmorskan stödjer huvudet och huvudet lotsas ut försiktigt så att trycket inte är så kraftigt mot perineum och den andra handen håller barnmorskan på perineum så att hon ger extra stöd mot det kraftiga trycket. Hur barnmorskan utför perineal skydd är bra att känna till och detta används som regel aktivt. Perineal skydds utförande är viktigt för att förhindra III och IV gradiga bristningar. (Paananen et al. 2009 s.256-257)

Under utdrivningsskedet finns det olika tekniker för barnmorskan att hålla sina händer för att stödja framfödandet. Dessa tre tekniker är de vanligaste.

”Hands-on” tekniken betyder att barnmorskan trycker emot med sin vänstra hand på det framfödande barnahuvudet för att reglera hastigheten under framfödandet och för att behålla huvudet flekterat. Samtidigt har barnmorskan sin högra hands insida format som en u-bokstav mot perineum och trycker lätt emot under huvudets framfödande. (Ryttläinen-Korhonen et al. 2012)



Figur 1. ”Hands-on” tekniken. Bild från boken Synnytysopin oppikirja kättilöille. (Soiva,Keijo. 1968 s.99)

Vid "hands-off" tekniken iakttar barnmorskan krystningsfasens framgång och stödjer endast vid behov huvudets framfödande. Vid behov kan barnmorskan hjälpa huvudet och skulderna att rotera och hjälpa skuldrornas framfödande.

"Hands-poised" tekniken betyder att barnmorskan inte håller några händer alls på det framfödande barnhuvudet eller på perineum, men är beredd att vid behov trycka emot om huvudet föds fram för fort. (Ryttyläinen-Korhonen et al. 2012)

Det finns delade meningar med hur viktigt det är att utföra perineal skydd. Vissa sjukhus tycker att det är av primär betydelse och andra sjukhus tycker att barnmorskan inte alls skall störa huvudets och kroppens framfödande. (Paananen et al. 2009. s.256)

2.4 Perineal bristning

Med perineal bristning menas en skada som uppstår när trycket från barnets bjudande del (oftast huvudet) gör att perineum tänjs ut maximalt och slutligen brister när den bjudande delen föds fram. Bristningen utgår från introitus mot perineum. (Aitola & Uotila 2005 s.1095-1099) Bristningens storlek delas in från I:a grads till IV:e grads bristning. Barnmorskan får se grad I och II. (Fixelid et al. 1993 s.210) Gynekologen syr oftast i operationssalen III:e och IV:e grads bristningar. (Fernando, Ruwan 2007)

I:a gradens bristning är en bristning i vaginalslemhinnan, introitus och/eller i perineum, men inte i underliggande vävnad.

II:a gradens bristning är en bristning i vaginalslemhinnan, introitus, hud och muskler i perinealvävnaden, men inte i analsfinktern.

III:e gradens bristning är en bristning i yttlig vävnad, muskler i perineum och analsfinktern, men inte i rektalslemhinnan.

IV:e gradens bristning är en bristning in i rektalslemhinnan (totalruptur).

(Fixelid et al. 1993 s.210)

2.4.1 Sfinkter ruptur

Med sfinkter ruptur menas III eller IV grads bristning. Att få en sfinkter ruptur efter en ”lyckad” vaginalförlossning är en alvarlig komplikation. Ett stort antal kvinnor lider permanent av anal inkontinens efter denna sorts skada. (Laine et al. 2009)

Riskerna för att få en total sfinkter ruptur är oftast en felaktig bjudning av barnets huvud eller instrumentell förlossning. Felaktig dragning med sugklocka kan orsaka sfinkter ruptur. När en bristning i sfinktern uppstår brister nervfibrerna och försvagar analkanalens funktion. (Fernando, Ruwan 2007)

III:e och IV:e grads bristningar involverar ändtarmsmuskeln och därför skall de alltid sutureras av en erfaren läkare. Detta skall utföras i en operationssal med god belysning, rätt utrustning och goda aseptiska förhållanden. Bra smärtlindring är viktigt (spinal-, epiduralbedövning). En kombinerad vaginal och rektal examination behövs för att exkludera en sfinkter skada. Trots professionell kirurgisk suturering av sfinktern håller den inte lika bra som en normalt fungerande sfinkter. (Fernando, Ruwan 2007)

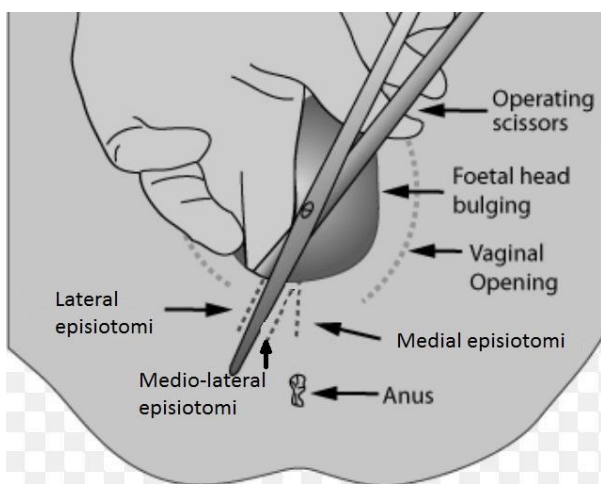
Förekomsten av en III:e eller IV:e grads bristning i Finland år 2011 var 0,9 %. Förekomsten av bristningar varierar avsevärt mellan olika sjukhus. III:e och IV:e gradens bristningar har blivit vanligare i Norden. Finland har mindre antal allvarliga bristningar än andra Nordiska länder, samt mindre än en del andra länder i Europa. (THL 2012) Trots detta är ökningen av allvarliga bristningar i Finland oroande. (Ryttyläinen-Korhonen et al. 2012)

En stor andel kvinnor med III:e eller IV:e grads bristning får kvarstående besvär efter förlossningen, som t.ex. inkontinens för gas. (Socialstyrelsen 2001) Kliniskt sett är det endast ett fåtal kvinnor som får en total sfinkter ruptur. Ibland kan det vara så att endast en liten del av sfinktern är involverad men även detta kan leda till analinkontinens. (Aitolta & Uotila 2005)

Trauma under förlossningen kan leda till anal inkontinens genom en direkt sfinkter ruptur. 50 % av kvinnor som fått anal sfinkter ruptur under förlossningen hade fått anal inkontinens, smärtor i mellangården och sexuell dysfunktion. (Gerdin et al. 2007)

2.5 Episiotomi

Episiotomi betyder ett klipp i mellangården. Det är ett kirurgiskt ingrepp där vaginan utvidgas för att underlätta förlossningen. Episiotomi blir aktuell om mellangården inte ger efter tillräckligt eller man misstänker att vävnaden kommer att brista. Ingreppet utförs med sax under lokalbedövning. (THL 2012)



Figur 2. Bild på episiotomi klipp. Redigerad av Rebecca Nummela.

De mest kända episiotomi typerna är medialt, medio-lateralt eller lateralt. En medial episiotomi (ett rakt klipp) utgår från mitten av perineum och rakt ner mot anus. Medio-lateral episiotomi (sneda klipp) utgår från mitten av perineum snett (oftast mot höger sida) i en 45 gradig vinkel. Lateral episiotomi görs oftast till höger ungefär klockan sju-åtta och snett neråt. I Finland används lateral episiotomi. Raka klipp ökar risken för totalruptur men anses ge mindre blödning och smärta p.g.a. att perineal kroppens mitt är mindre infiltrerad av blodkärl och nerver. (Rytyläinen-Korhonen 2013)

Indikationen för episiotomi skall diskuteras med kvinnan innan den utförs och anteknas i journalen efteråt. Den vanligaste indikationen för episiotomi är akut hotande fosterasfyxi d.v.s. att barnet inte får tillräckligt med syre och måste framföras snabbt. (Faxelid et al. 1993 s.208)

Statistiken visar att utförandet av klipp i mellangården (episiotomi) har minskat. Under åren 2010-2011 utfördes episiotomi på var femte kvinna som födde vaginalt. År 2001 gjordes episiotomi på 37 % av alla vaginalt förlösta kvinnor. Efter det har utförandet av

episiotomi gått ner. År 2011 utförs episiotomi på 22% av alla vaginalt förlösta kvinnor, av dem var 46% förstföderskor. (THL 2012)

2.5.1 Historisk perspektiv

Episiotomins historia börjar redan under 1700-talet. Åtgärden blev rutinmässig först under 1920 talet när förlossningarna flyttades från hemmet till sjukhusets förlossningsavdelning och användandet av tången ökade. De som var emot rutinmässig episiotomi fick inget gehör och åtgärdens popularitet ökade och var som högst under 1980-talet. (Halmesmäki, Erja 2000 s.1797)

Enligt THL:s statistik har episiotomi utförandet minskat år efter år , men mellangårdens III och IV gradiga rupturer har varit ungefär detsamma de senaste åren. (THL 2012)

2.5.2 När används episiotomi

Episiotomi utförs endast då det finns en klar indikation för ingreppet. Klippet kan vara befogat då fostret är i fara, t.ex. hotande fosterasfyxi och förlossningen måste påskyndas. (Paananen et al. 2009 s.258) Bedöms vävnaden runt introitus som stram och rigid är episiotomi en relativt vanlig indikation vid vaginal prematur förlossning, då barnet vid långvarigt tryck mot huvudet löper en ökad risk för intrakraniella blödningar. (Faxelid et al. 1993 s.2008)

Ibland kan orsaken till episiotomi vara tidigare perineala skador som t.ex. stora bristningar eller mycket ärrig vävnad. Orsaken till klipp kan även vara fostrets felinställda bjudning. En uttröttad mor kan ibland vara orsaken till att episiotomi utförs, för att spara på krafterna. (Paananen et al. 2009 s.258)

Risk för stor vävnadsskada p.g.a. instrumentell förlossning som användande av sugklocka eller tång kan vara en indikation för episiotomi. Vid sätesförlossning kan episiotomi behövas för att försäkra sig om att huvudet som kommer sist skall rymmas. Episiotomi utförs först när den bjudande fosterdelen trycker mot mellangården. (Paananen et al. 2009 s.258-9)

3 PROBLEMFORMULERING

Perineal skada som uppstår i samband med förlossning kan medföra stora problem för kvinnan t.ex. smärtor i perineum som medför obehag och kan leda till sexuella dysfunktioner såsom smärtor vid samlag. Ett annat stort problem är bristande muskelfunktion som kan leda till cervixframfall samt tarm och urin inkontinens. (Fernando, Rwan 2007)

Mellangårdsskador innebär ett stort hälsovårdsproblem som involverar tusentals kvinnor. Ökande medvetenhet om dessa förlossningskomplikationer får en del kvinnor att kräva kejsarsnitt fast det inte finns några medicinska indikationer till det. (Fernando, Rwan 2007)

Barnmorskan som är ansvarig för den normala förlossningen måste ha tillräckliga kunskaper om hur perineal skada kan förebyggas på ett aktivt sätt, samt känna till vilka riskfaktorer som kan leda till allvarliga perineala skador.

3.1 Syfte & frågeställningar

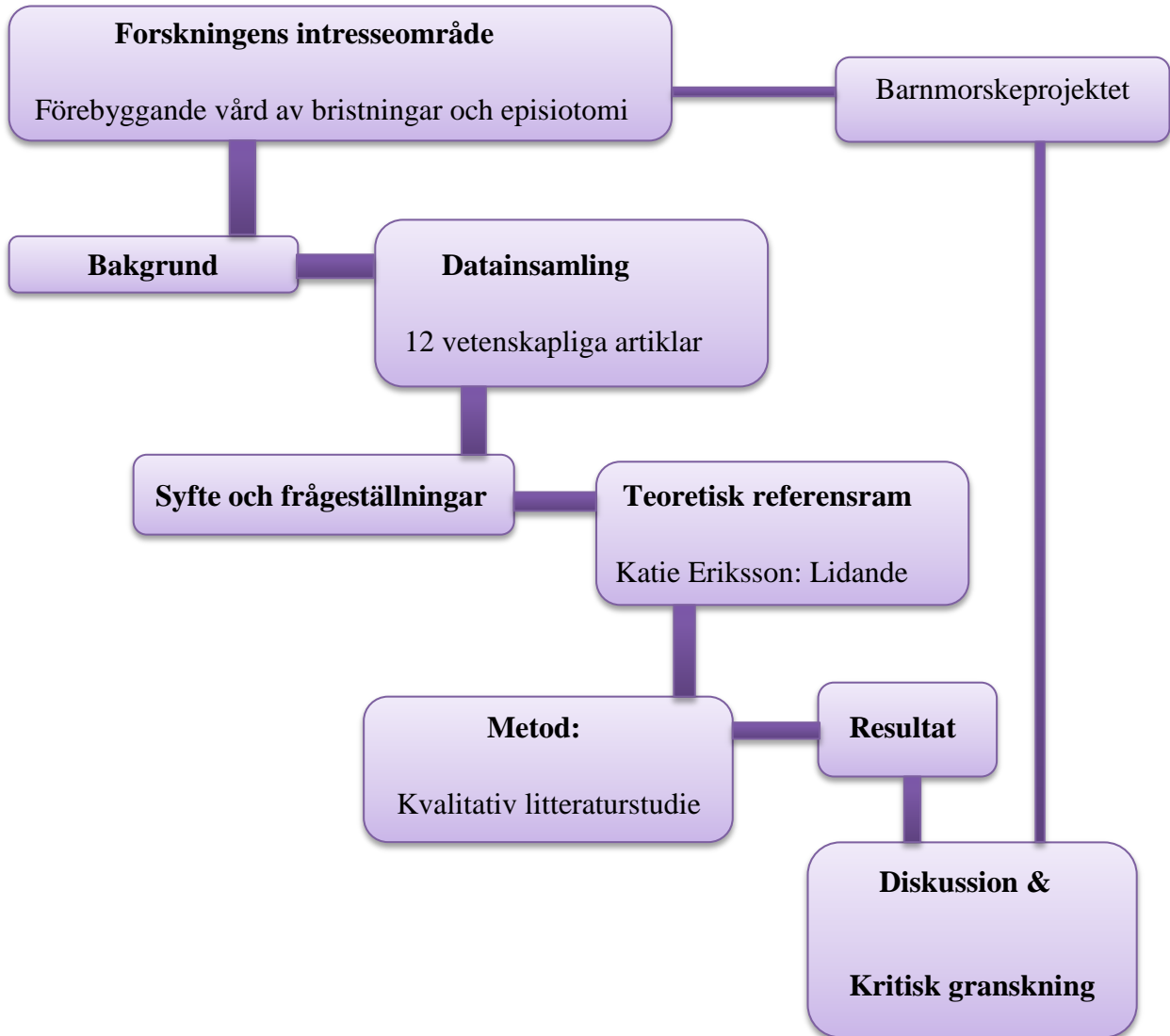
Syftet med denna studie är att ge mer kunskap till barnmorskor inom förlossningsvården om olika riskfaktorer för den födande kvinnan att få en allvarlig perineal skada under en vaginal förlossning. En allvarlig perineal skada medför ofta lidande för kvinnan och därför är det viktigt att barnmorskan kan göra allt för att minska risken för allvarlig perineal skada.

1. Vad säger litteraturen om olika riskfaktorer för att få en allvarlig perineal skada?
2. Vad kan barnmorskan göra för att minimera allvarliga perineala skador

3.2 Forskningsdesign

Arbetsprocessen började med att leta bakgrund till intresseområdet som var förebyggande vård av bristningar och episiotomi. Studien valdes att göras från barnmorskornas synvinkel. Vetenskapliga artiklar söktes från olika databaser och till slut blev det 12 vetenskapliga artiklar. Efter genomgång av litteraturen och artiklarna formulerades syftet upp och två centrala frågeställningar. Till den teoretiska referensramen passade Katie Erikssons teori lidande. Materialet analyserades med den kvalitativa innehållsanalysmetoden på ett induktivt sätt. I resultatet framkom svaret på syftet och frågeställningarna. Studien tillhör projektet " barnmorskeprojektet - kompetensområden inom barnmorskeutbildningen".

Figur 3. Design



4 FORSKNINGSETIK

I studien används god vetenskaplig praxis. Det hör till att forskaren iakttar ärlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet under hela forskningstiden med dokumentering och resultatpresenteringen. Det är viktigt att forskaren tar hänsyn till arbeten gjorda av andra forskare och deras forskning med resultat, så att deras studie respekteras. Hänsyn till etiken inom detta yrkesområde har denna studie observerat. (Arcada 2012)

I omvårdnaden är kroppens integritet en central betydelse. Kroppen har ett egenvärde och en moralisk betydelse, den hör ihop med personen och identiteten. Vi har en plikt att inte skada eller kränka kroppen. Kroppen skall behandlas den med respekt, hänsyn och finkänslighet. Vid omvårdnaden är det viktigt att vårdaren uppfattar sig som en gäst i patientens revir med att ta hänsyn och visa omdöme. (Sarvimäki&Stenbock-Hult 2008 s. 142-143)

Förlossningen är en mycket intim händelse för den födande kvinnan. Därför är det viktigt att barnmorskan har respekt för den fysiska integriteten. Den mänskliga kroppens integritet är en del av den födande kvinnans människovärde och värdighet, så om man kränker kvinnans kroppsliga integritet så kränker man samtidigt personens människovärde. (Sarvimäki&Stenbock-Hult 2008 s. 142)

Förlossningsupplevelsen är för kvinnan samt hennes partner en väldigt stor och känslfull upplevelse. Barnmorskans uppgift är att hjälpa och vägleda den födande kvinnan på ett säkert och värdigt sätt genom förlossningen. En god förlossnings etiska grunder är att ta hänsyn till kvinnan och ge henne värdighet och respekt, självbestämmande, likvärdigt behandling, rättvis behandling samt professionellt omhändertagande. (Etene 2010)

Förlossningen är en intim situation och en mycket känsloladdad upplevelse för den födande kvinnan. Många kvinnor är rädda för att få en allvarlig perineal skada så därför är det viktigt att barnmorskan inom förlossningsvården har goda kunskaper om olika riskfaktorer samt hur allvarlig perineal bristning kan undvikas. Barnmorskans uppgift är att stödja och ge saklig information till kvinnan för att lugna henne. En professionell barn-

morska kan aldrig lova att patienten inte kommer att brista men hon kan lova kvinnan att göra allt hon kan för att undvika allvarliga perineala skador.

5 TEORETISKT PERSPEKTIV

I studien används vårdteoretikern Katie Erikssons teori lidande som teoretisk referensram. Det finns teorier om lidande enligt Erikssons bok Den lidande människan kom det upp vårdlidandets olika former som kopplas med ämnet i denna studie. I detta kapitel förklaras teorierna lidande och vårdlidande.

5.1 Lidande

Sedan 1940-talet visade begreppet lidande tecken på att det skulle försvinna och det ersattes med termer som t.ex. smärta, ångest och sjukdom. Man kan ändå se en utveckling med att begreppet lidande återinförs i litteraturen. Begreppen lidande och smärta är inte synonyma, det kan finnas ett lidande utan smärta och smärta kan förekomma utan lidande. Det finns en negativ och en positiv dimension av lidande. Motsatsen till lidande är lusten. (Eriksson 1994 s.19-20)

Lidandet är en del av livet och för att leva innebär det att människan också lider. Lidandet innebär någonting ont men bara människan själv som genomgår lidandet kan beskriva sitt lidande. (Eriksson 1994 s.11)

5.2 Vårdlidande

Med vårdlidande avses hur lidandet upplevs i relation till själva vårdsituationen. Det kan ses som ett onödigt lidande som bör med alla hjälpmedel elimineras. (Eriksson 1993 s.12-13) Vårdlidande har olika former som är; kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt, utbliven vård.

Kränkning av patientens värdighet kan ske t.ex. vid tilltal eller slarv då det gäller intima zoner, eller personliga frågor. Alla människor har samma värde och värdighet. Patienten kan uppleva sig värdelös på grund av skam och skuld. Att kränka patientens värdighet innebär lidande för patienten, därför är det vårdarens uppgift att ge möjligheten till patienten att känna sin fulla värdighet och förhindra kränkning.

Fördömelse och straff hör samman. I fördömelse är det vårdarens uppgift att avgöra vad som är rätt eller fel med tanke på patienten. Vårdaren kan bedöma vad som vore bäst för patienten men patienten har alltid frihet att själv välja. Att nonchalera patienten kan orsaka en djup förnedring för patienten. t.ex. inte samtala med patienten eller uppleva att patienten är svår eller besvärlig.

Maktutövning menar att med att vårdaren berövar den andres frihet med att tvinga patienten att göra handlingar som den inte skulle göra av sin egen vilja som t.ex. att vårda- ren inte tar på allvar sin patient är ett sätt att utöva makt och det kan ge patienten en känsla av maktlöshet.

Utbliven vård eller icke vård kan betyda att vårdaren inte kan se och bedöma vad patienten behöver. Utbliven vård kan bestå av mindre förseelser och slarv till direkt medvetet vanvård. Utbliven vård är ett sätt att utöva makt över en maktlös det innebär alltid en kränkning av människans värdighet.

(Eriksson 1993 s.87-93)

Vårdlidande innehåller vårdetik och god vård och om man medvetet strävar efter god vård med kärlek och ansvar för den andre kan man lätt eliminera det onödiga lidandet i vården. (Eriksson 1993 s.98)

Med att kunna lindra lidandet som vårdare kan vi skapa en vårdkultur där patienten känner sig välkommen, respekterad och vårdad. Vi kan skapa en vårdkultur med att visa respekt och ta patientens värdighet till synes i situationer där patienten måste utföra sina mest intima behov. (Eriksson 1994 s.95)

6 METOD

Metoden som används i denna studie är en litteraturstudie, det har i denna studie innefattat litteratur inom förlossningens utdrivningsskede och vetenskapliga artiklar rörande rupturer och episiotomi. Artiklarna har studerats för att få svar på forskningsfrågorna och nå fram till studiens syfte.

6.1 Kvalitativ forskning

Kvalitativ innehållsanalys process är mestadels använd i sjuksköterske studier. (Elo&Kyngäs 2007) En kvalitativ metod kan kallas som en öppen metod. Strukturering av information sker efter att data har insamlats och under analysarbetet.

Hur kvalitativ data samlas in:

1. Problemställning
2. Insamling av data
3. Analys (kategorisering och strukturering)

Inom forskningsmetodiken säger man att insamlandet av kvalitativa data är ett induktivt förhållningssätt till datainsamling. Det innebär att data insamlas på ett öppet sätt.

(Jacobssen 2007 s.49)

6.1.1 Induktiv innehållsanalys

I denna studie valdes att göra en kvalitativ induktiv innehållsanalys. Materialet som blev 12 vetenskapliga artiklar lästes noggrant igenom. Huvudkategorierna indelades i två grupper utifrån frågeställningarna och efter att materialet bearbetades så kom det upp 5 underkategorier.

I en induktiv innehållsanalys som en forsknings metod är att systematiskt och objektivt beskriva och kvantifiera fenomen. I analysen går man igenom dessa faser:

1. Kategorisera
2. Fylla kategorierna med innehåll
3. Hur många gånger ett problemställning nämns
4. Jämföra observationer, söka efter skillnader och likheter.
5. Söka förklaringar till skillnader.

(Jacobssen 2007 s.139)

6.2 Datainsamling

I detta stycke presenteras hur datainsamlingen har skett. I litteraturstudien används 12 vetenskapliga artiklar gällande ämnet. Sökning av vetenskapliga artiklar gjordes genom Arcadas Nellyportal från databaserna chinal, sciense direct och academic searc elite med följande sökord: childbirth, labour, perineum, rupture, in Finland, episiotomy, hands-off, perineal protektion.

Artiklarna söktes och studerades mellan december 2012 och mars 2014. När artiklarna börjades söka så hittades flertal artiklar och de 5 bästa valdes med. När artikel sökning- en fortsattes år 2014 så hittades många nya studier som är gjorda och publicerade under år 2013. Många rubriker lästes under datainsamlingen och de rubriker som verkade in- tressanta och relaterade till ämnet öppnades och abstraktet lästes igenom. Artiklarna är publicerade mellan år 2007-2013. Till slut blev det 12 artiklar som valdes med. Artik- larna handlade om perineal skada, sfinkter ruptur, perineal skydd och episiotomi.

De artiklar som valdes bort var pga. att de inte var relaterade till mitt ämne. De handlade om suturering eller var riktade till doktorer. Även artiklarna som handlade om förloss- ningsrådsla och rädsla för att brista valdes bort.

Nedanför presenteras hur valda artiklarna hittades.

Tabell 1. Litteratursökning

Databas	Sökord	Avgräns gräns- ning	Antal träffar	valda artik- lar	Titlar på valda artiklar
Science direct	Rupture child- birth AND in Finland	Journals →	235	1	1.Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades.
Science di- rect	Perineum AND childbirth	2006 → Journals	480	2	1.Risk factors and manage- ment of obstetric perineal injury 2.Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth
Cinahl	Rupture AND in Finland	-	5	1	1.High episiotomy rate from obstetric anal sphincter rup- tures: A birth register-study on delivery intervention pol- icies in Finland. 2. The increased incidence of obstetric anal sphincter rupture – An emerging trend in Finland.
Cinahl	Episiotomy	Full text peer re- viewed	54	3	1.Risk factors for birth- related perineal trauma: a cross-sectional study in a

birth centre.

2. Obstetric anal sphincter injury risk factors and the role of the mediolateral episiotomy.

3. The role of maternal age and episiotomy in the risk of anal sphincter tears during childbirth.

Academic searc elite	episiotomy AND birth	Full text peer re- viewed	102	2	1. Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture 2. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery.
Academic searc elite	hands-off AND birth	full text peer re- viewed	1	1	1. Hands on or hands off the perineum: a survey of care of the perineum in labour.
Academic searc elite	perineal protec- tion	Full text peer re- viewed	5	1	1. Modeling manual perineal protection during vaginal delivery

6.3 Litteraturöversikt

Nedanför presenteras artiklarna mera ingående så att läsaren ska få en klarare bild vad artiklarna behandlar om.

Artikelt 1: High episiotomy rate from obstetric anal sphincter ruptures: A birth register-study on delivery intervention policies in Finland.

**Sari Räisänen, Katri Vehviläinen-Julkunen, Mika Gissler & Seppo Heinonen.
Scandinavian Journal of Public Health 2011**

Syftet med studien var att bedöma effekterna av sjukhusets episiotomi policy i obstetrik och anal sfinkter rupturer och risker hos enkelbörda vaginala förlossningar i Finland mellan 1997 och 2007. Metoden som användes i studien var en observation, retrospektiv, invånare baserad register studie. I alla 424297 kvinnor var förlösta på sjukhus med mer än 1000 förlossningar årligen. Av kvinnorna var 183409 förstföderskor och 240888 omföderskor. Kvinnorna delades in i tre grupper baserade på hur hög frekvens episiotomier som utförts de senaste 11 åren. Därefter separerades kvinnorna beroende på om de var förstföderskor eller omföderskor. Den lägsta och den högsta frekvensen blev jämförda med sjukhusen med episiotomi utförande. Resultatet visade att under studie perioden minskade användandet av episiotomi från året 1997 då det var 42 %, till år 2007 då det var 29 %. Men det var väsentliga skillnader mellan olika sjukhus och obstetrisk anal sfinkter skada ökade från år 1997 då det var 0,2 %, till år 2007 då det var 0,9%. Resultatet visade också att episiotomi hos förstföderskor oftare utförts på de sjukhus där episiotomi används mer. (Räisänen et al. 2011 s.457-463)

Artikel 2: The role of maternal age and episiotomy in the risk of anal sphincter tears during childbirth.

**Eva Gerdin, Gudlaug Sverrisdottir, Amal Badi, Björn Carlsson & Wilhelm Graf.
Australian and New Zealand Journal of obstetrics and Gynaecology 2007**

I denna studie valdes av 57943 vaginala förlossningar, 565 kvinnor med partiell eller total sfinkter ruptur ut och dessa jämfördes med 565 kvinnor som inte hade haft någon sfinkter skada, med avseende på att finna olika riskfaktorer. Resultatet visade att födelsevikt förstföderska, användande av oxytocin stimulering, instrumentell förlossning, malpresentation, episiotomi och dysfunktionella värkar var signifikant sammanhörande med en sfinkter skada. Även analgetika såsom epidural och pudendus blockat hade en signifikant ökad risk för analskada. Moderns ålder skilde sig inte mellan fall och kontroll gruppen, men efter att justera grupperna efter paritet och ålder fann man ett klart samband med sfinkter skada och högre ålder. Episiotomi mer än dubblade risken av sfinkter skada när förlossningen inte var instrumentell. När instrumentell förlossning kombinerades med episiotomi var inte sfinkter skada längre någon större riskfaktor. (Gerdin et al. 2007 s.286-290)

Artikel 3: Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades.

Katariina Laine, Mika Gissler & Jouko Pirhonen.

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2009

Frekvensen av anal sfinkter rupturer tros ha ökad det senaste decenniet I Danmark, Norge, Sverige och Finland, men det finns signifikanta skillnader i frekvensen mellan länderna. Syftet var att jämföra frekvensen av anala sfinkter rupturer mellan de fyra Nordiska länderna och diskutera orsakerna till denna utveckling. Sfinkter rupturer är registrerade i det nationella födelse och sjukhus registerna i de Nordiska länderna. Data från dessa register var samlad från Danmark, Finland, Norge och Sverige. Frekvensen av antalet sfinkter rupturer var beräknade som procentandelar av alla vaginala förlossningar och antalet kejsarsnitt var exkluderade. Resultatet av anala sfinkter rupturer var

signifikant högre i tre av länderna Danmark 3,6 %, Norge 4,1 % och Sverige 4,2% i jämförelse med Finland 0,6%. Trenden var klart en ökning från tidigt 1970 tal i alla länder. I sammanfattningen kom det upp att deras hypotes var att förändringar av olika rutiner under värdarbetet kan vara en orsak till denna ökning. Högre episiotomi frekvens i Finland kan vara en anledning. De antar också att aktivt utföra perineal skydd kan ha mist sin betydelse i de tre Nordiska länderna, medan den klassiska metoden av att aktivt utöva perineal skydd fortfarande används i Finland. (Laine et al. 2009 s.71-75)

Artikel 4: The increased incidence of obstetric anal sphincter rupture – An emerging trend in Finland.

**Sari Räisänen, Katri Vehviläinen-Julkunen, Mika Gissler & Seppo Heinonen.
Preventive Medicine 2009**

Syftet med denna studie var att beskriva senaste trender i prevalens och riskfaktorer av obstetriska anala sfinkter rupturer under 1997 och 2007 i Finland. De analyserade ett population-baserat register med 514741 kvinnor med singel vaginal förlossning noterade i det Finskamedicinska födelseregistret. Förstföderskor 2315 av kvinnorna och omföderskor 534 av kvinnorna med anal sfinkter ruptur jämfördes med 215463 förstföderskor och 296429 omföderskor kvinnor som inte haft sfinkter ruptur. I resultatet förekom att av anala sfinkter rupturer ökade från 0,5 % under 1997-1999 till 1,8 % under 2006-2007 bland förstföderskor och från 0,1 % under 1997-1999 till 0,3 % under 2006-2007 bland omföderskor. Den enda tänkbara orsaken till det ökande antalet sfinkter rupturer var sugklocke förlossningar som förklarade ungefär 9 % av det ökande antalet sfinkter rupturer. Det nuvarande obstetriska utövandet är inte optimalt för att skydda perieum och reflekterar över behovet av att standardisera förlossningsvården. (Räisänen et al. 2009a s.535-540)

Artikel 5: Hands on or hands off the perineum: a survey of care of the perineum in labour.

Ruben Trochwz, Malcom Waterfield & Robert M. Freeman.

International Urogynecol Journal 2011

”Hands off” perineum tekniken är allmänt förekommande vid skötsel av ett utdrivningskede. Det verkar som att det finns ett tidssamband mellan ökad användning av ”hands off” perineum under krystningsfasen och minskad mängd utförda episiotomier med ett ökat antal sfinkter skador. Syftet var att fastställa hur vanligt utövandet av ”hands off” perineum är. Metoden var en observations post enkät studie av 1000 barnmorskor i England utfördes där huvudsyftet var att inhämta och uppskatta antalet barnmorskor som använde sig av antingen ”hands on” eller ”hands off”. Resultatet blev 607 enkäter som besvarades, 299 barnmorskor föredrog ”hands off” metoden. Mindre erfarna barnmorskor föredrog mer sannolikt att använda ”hands off”. En högre andel av barnmorskor som tillhörde gruppen ”hands off” skulle aldrig utföra episiotomi för någon annan indikation än fosterpåverkan. Hypotesen var att det kan finnas möjligt konsekvens med ett ökat antal obstetriskt anala skador. (Trochez et al. 2011 s.1279-1285)

Artikel 6: Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture.

Sari Räisänen, Katri Vehviläinen-Julkunen, Mika Gissler & Seppo Heinonen.

Acta Obstetricia et Gynecologica 2009

I studien var syftet att identifiera riskfaktorerna för obstetrisk anal sfinkter ruptur bristning. Totalt 514741 kvinnor med singelgraviditet och vaginalt förlösta mellan 1997-2007 i Finland. 2315 förstföderskor och 534 omföderskor med obstetrisk anal sfinkter bristning blev jämförda med förstföderskor och omföderskor som ej haft anal sfinkter ruptur med att använda sig av stegvis logistisk regressionsanalys. Resultatet blev att episiotomi minskade sannolikheten med att få obstetrisk anal sfinkter ruptur för förstföderskor men inte för omföderskor. Det största riskfaktoren bland förstföderskor och omföderskor var tång förlossning, födelsevikt över 4000g, sugklocke-assisterad förloss-

ning, bjudningsfel och förlängd aktiv krystningsfas. Episiotomi var associerad med minskad risk för sfinkter ruptur i sugklocke assisterande förlossningar. Resultatet stöder restriktiv användande av episiotomi, därför att 909 utförande episiotomier skyddar endast mot en sfinkter ruptur hos förstföderskor. Motsvarande uppfattning bland sugklocke-assisterande förlossningar hos förstföderskor var 66, detta gynnar ett rutinmässigt utförande av episiotomier vid sugklocke assisterade förlossningar. (Räisänen et al. 2009b 1365-1372)

Artikel 7: Modeling manual perineal protection during vaginal delivery

Magdalena Jansova, Vladimir Kalis, Zdenek Rusavy, Robert Zemcik, Libor Lobo-visky & Katariina Laine.

International Urogynecol Journal 2013

I studien jämfördes "hands-on" perineal skydd och "hands-off" förlossnings tekniker. Jämförelsen gjordes genom att använda sig av de grundläggande principerna för mekanik och bedömande spänningen av perineal strukturer genom att använda en ny biomekanisk modell av perineum. I studien mättes också effekterna av tummen och pek-fingrets tryck. Metoden med studien var att "hands-off" och två varianter av "hands-on" manuellt perineal skydd användes. För att efterlikna en vaginal förlossning använder man sig av en biokemisk modell. Det framfödande huvudomfångs mått var så att det var stramt och spänt mot perineum under den efterliknande vaginala förlossningen. Resultatet blev att spänningsfördelningen med "hands-on" metoden visade att när man använder sig av manuellt perineal skydd, var värdet av den högsta spänningen minskat med 39 % och med 30 jämförelse med "hands-off". Så "hands-on" manuellt perineal skydd kanske kan hjälpa till att reducera obstetrisk perineal trauma. (Jansova et al. 2013 s.65-71)

Artikel 8: Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth

Vasileios Pergialiotis, Dimitrios Vlachos, Athanasios Protopapas, Kaliopi Pappa & Georgios Vlachos.

International Journal of Gynecology and Obstetrics 2013

Allvarliga perineal bristningar representerar en signifikant komplikation av normal förlossning med en stark inverkan på livskvaliteten. Syftet med denna studie var att identifiera faktorer som leder till uppkomsten av allvarliga perineal bristningar. Metaanalysen inkluderade 22 olika studier. I resultatet kom det fram att kvinnor som fått allvarliga perineal skador hade oftare fött större barn genomsnittlig skillnad (192,88g), hade oftare fått episiotomi eller hade haft en operativ vaginal förlossning (sugklocka eller tång). Användande av epidural bedövning, förlossningsinduktion och värkstimulerande var också mer vanligt förekommande bland de kvinnor som fått perineal skador. Olika faktorer bidrar till uppkomsten av perineal bristningar. Framtida studier bör konsekvent utvärdera alla undersökta paramentrar för att avgöra deras eventuella inbördes förhållande. (Pergialiotis et al. 2013 s.6-14)

Artikel 9: Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre.

Flora MB da Silva, Sonia MJV de Oliveira, Debra Bick, Ruth H osava, Esteban F Tuesta & Maria LG Riesco.

Journal of Clinical Nursing 2012

Riskfaktorer för förlossnings relaterade perineal trauma omfattar episiotomy, moderns ålder, etnologi, paritet och förlossnings ingripande såsom användning av oxytocin, moderns position vid framfödandet av barnet och barnets födelsevikt. Genom att förstå mer om dessa faktorer kan stödet och skötseln av en vaginal förlossning förhindra spontana perineal trauman, samt minska initiativet till rutinmässigt utförande av episiotomi. Syftet med denna studie var att identifiera maternella nyfödhets och obstetriska faktorer samhörande med förlossnings relaterade perineal trauma i ett självständigt födelse cent-

rum. Data var insamlat retrospectivt från en självständig födelse centrum i Brasilien under 2006-2009. Det var 1079 födslar under studien. Paritet, användning av oxytocin, moderns position vid framfödandet och barnets födelsevikt var sammanhörande med andra gradiga bristningar och episiotomi. Efter justering för paritet oxytocin, moderns position under utdrivningsskedet och födelsevikten hos barnet påverkas perinealt utfall endast hos förstfödorskor. I sammanfattningen kom det upp att använda sig av upprättstående läge under framfödandet och undvika användandet av oxytocin kan minska risken för perineala bristningar och behovet av att utföra episiotomi. (Flora et al. 2012 s.2209-2218)

Artikel 10: Obstetric anal sphincter injury risk factors and the role of the mediolateral episiotomy.

Lin Chieh Wu, Rahul Malhotra, John Carson Allen Jr., Desiree Lee, Thiam Chye Tan & Truls Ostbye.

Maternal-Fetal Medicine 2013

Med denna studie ville utredas om riskfaktorer för obstetrisk anal sfinkter skada och dess frekvens mellan 2006-2010 i ett regionalt undervisnings sjukhus i Australien. Bestäm huruvida det finns ett samband mellan minskat antal obstetrisk anal sfinkter ruptur och ett ökat antal medio-lateral episiotomier. Alla 7314 vaginala förlossningar från 2006-2010 var inkluderat från sjukhus Geelong Hospital, Barwon Helth, Victoria, Australia. Resultatet blev att riskfaktorer för obstetrisk anal sfinkter skada inkluderade förstfödorskor, instrumentell förlossning, barnets födelsevikt över 4kg. Det finns ett signifikant samband mellan en ökning av medio-lateral episiotomi utförande från 12,56% till 20,10% och en reduktion av sfinkter ruptur antalet över en 5 års period. Klara riskfaktorer för sfinkter ruptur inkluderar förstfödorska, stort barn och instrumentell förlossning. Det fanns ett signifikant samband mellan ökat antal medio-lateral episiotomier och minskat antal sfinkter rupturer. (Chieh et al. 2013 s.1249-1256)

Artikel 11: Risk factors and management of obstetric perineal injury.

Ruwan Fernando

Obstetrics, gynecology and reproductive medicine 2007

Perineal skada som uppstår i samband med vaginal förlossning är en viktig etiologisk faktor i utvecklingen av perineal smärta, sexuell dysfunktion, prolapser och störningar i tarm och urinblåsans funktioner. Genom att föredra sugklocka istället för tång förlossning, begränsad användning av episiotomi, att suturera en anal sfinkter skada av en erfaren läkare och att selektivt utföra kejsarsnitt på dessa kvinnor kan vara till förmån för att förebygga komplikationer. Mer fokuserad träning av barnmorskor och läkare i perineums och anal sfinkters anatomi och suturerings teknik. Detta behövs för att minimera lidandet som är förknippat med inadekvat suturering eller missade bristningar. Framtida forskning måste utreda vägar att förutsäga och minimera allvarliga perineala skador och hanteringen av efterföljande graviditet och förlossning av kvinnor som tidigare har fått en sfinkter ruptur. (Fernando, Ruwan. 2007 s.17-18)

Artikel 12: Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery.

Emily Twidale, Kristin Cornell, Nicholas Litzow & Anne Hotchin.

Australian and New Zealand Journal of obstetrics and Gynaecology 2012

I Singapore, en utvecklad nation i Asien, genomgår en relativt hög andel kvinnor episiotomi. Syftet med denna studie var att bedöma riskfaktorer och barnmorske-rapporterade orsaker till att utföra episiotomi på kvinnor som genomgår en vaginal förlossning hanterade av barnmorskor och ta reda på sambandet mellan episiotomi och graden av perineal bristning. Deltagarna inkluderade 77 barnmorskor från en förlossningsavdelning i Singapore. Resultatet blev att förstföderskor, mammor med indisk härkomst hög födelsevikt och äldre barnmorskor var associerade med episiotomi. Det vanligaste barnmorske-rapporterade orsaken till episiotomi bland förstföderskor var just att de var förstföderskor

(55,1%) och bland omföderna var det fosterpåverkan (20,0%) och dåliga krystvärkar (20,0%). Alla kvinnor med episiotomi fick minst en andra gradig perineal skada jämfört med 27,1% bland kvinnorna som inte fått episiotomi. Det flesta barnmorske rapporterade orsakerna för episiotomi var inte överensstämmande med internationella riktlinjer. Kvinnor utan episiotomi hade mindre bristningar än de med episiotomi. Övningsprotokoll och utbildningsprogram behövs för att ändra på episiotomi utövat. (Twidale et al. 2012 s.17-20)

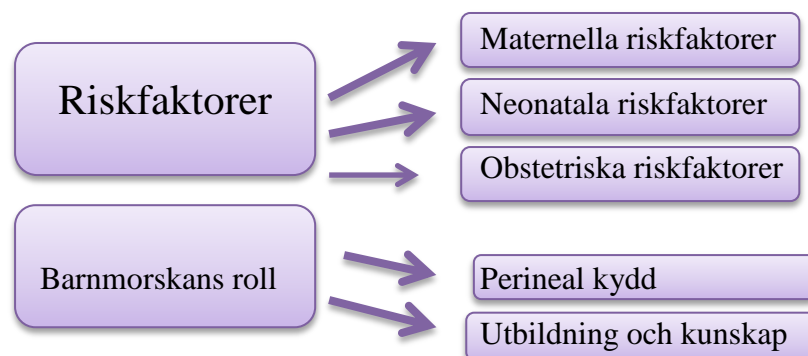
7 RESULTAT

I detta kapitel presenteras resultatet med hjälp av den kvalitativa innehållsanalysen. (Jakobssen. 2007. s. 49) Data analysen har bestått av tre faser. Först har artiklarna lästs igenom för att få en förståelse av dem. Sedan har artiklarna tolkats och förståelsen fördjupats av dem. (Dalhberg. 1993. s.89) För att hitta svaren på forskningsfrågorna och därmed få en helhet av resultaten från de 12 vetenskapliga artiklarna, omvandlades materialet till olika kategorier. Redovisningen av resultatet är indelat i 2 huvudkategorier och 5 underkategorier.

Huvudkategorin som svarar på fråga 1 är: riskfaktorer.

Huvudkategorin som svarar på fråga 2 är: barnmorskans roll.

Figur 4. Kategoriseringen av resultatet.



7.1 Vad säger litteraturen om olika riskfaktorer för att få en perineal skada?

Nedanför presenteras resultatet som svarar på forskningsfrågan nummer 1. Resultatet indelas i huvudkategorin riskfaktorer som består av tre underkategorier: maternella riskfaktorer, neonatala riskfaktorer, obstetriska riskfaktorer.

7.1.1 Maternella riskfaktorer

Paritet och ålder:

Kvinnor över 37 år löper en signifikant högre risk för en anal sfinkter ruptur när barnets födelsevikt är under 4000g. När födelsevikten var lika eller mer än 4000g hade kvinnans ålder mindre betydelse. (Gerdin et al. 2007) Medelåldern på förstföderskor har stigit i alla Nordiska länder, i Finland år 2010 ligger medelåldern på 28,2 år hos förstföderskor. (THL 2012)

Att en högre ålder (över 37 år) hos den födande kvinnan ökar risken för sfinkter ruptur kan bero på ökad bräcklighet i muskulaturen och minskad elasticitet i bindväven med ökad ålder.(Gerdin et al. 2007)

Den största riskfaktorn för att få en perineal skada är att vara förstföderska. I en finsk studie av Räisänen et al. visade resultatet att 0,6 % av alla kvinnor (514 741) som medverkade i studien hade fått en sfinkter ruptur. Av dessa var 81 % förstföderskor. (Räisänen et al. 2009b)

En kvinna som fött ett eller flera barn vaginalt hade mer sannolikt en hel perineum eller en 1-gradig bristning vid nästa vaginala förlossning. (Flora et al. 2012)

Förlossnings ställning

Det finns bevis för att föda i upprätt ställning kan vara associerat med större risk för perineal skada. En Cochrane-granskning har visat att, med det möjliga undantaget av ökad blodförlust, förlossning i upprätt ställning har inga påvisbara skadliga effekter på mamman eller barnet. Nuvarande evidens på effekten av olika förlossnings ställningar är resultatet lös och det är därför förslaget att den födande kvinnan skall uppmuntras till att föda i vilken förlossnings ställning som är bekvämast för henne. (Fernando, Ruwan 2007)

7.1.2 Neonatala riskfaktorer:

Födelsevikten:

Födelsevikt över 4kg är associerad med allvarliga perineal bristningar. Detta beror på ett större huvudomfång hos barnet, förlängt värkarbete och ett svårare framfödande, speciellt om förlossningen är instrumentell. Ett stort barn kan sannolikt också förstöra fascia bärarna i bäckenbotten och orsaka stretch skador på bäckenbotten och på pudendus nerven. Även efter ett riskfritt framfödande av huvudet kan skulderdystosi orsaka perineal och anal sfinkter trauma. (Fernando, Ruwan 2007)

I studien Pergialiotis et al. visar resultatet att barnets födelsevikt var signifikant högre hos de kvinnor som fått en allvarlig perineal skada. Den genomsnittliga vikten var 192,88g högre hos de barnen vars mammor hade fått en allvarlig perineal bristning. (Pergialiotis et al. 2013)

Flora MB da Silva et al. fann i sin studie att barns födelsevikt över 3500g eller större innebar en högre risk för förstföderskor att få en perineal skada. (Flora et al. 2012)

Fosterhuvudets inställning:

Med vidöppna bjudningar menas att fostrets huvud föds fram med ansiktet uppåt istället för ansiktet neråt, framstupa kronbjudning. (Paananen et al. 2009 s.215-217) Dessa vidöppna bjudningar samt andra felinställda bjudningar ökar huvudomfånget och därmed risken för anala sfinkter rupturer (Räisänen et al. 2009b)

7.1.3 Obstetriska riskfaktorer

Instrumentella förlossningar:

Med instrumentella förlossningar menas sugklocke-assisterade förlossningar eller tång förlossningar. (Paananen et al. 2009)

Anala sfinkter rupturer ökade från 0,5% under 1997-1999 till 1,8% under 2006-2007 bland förstföderskor, och från 0,1% under 1997-1999 till 0,3% under 2006-2007 bland omföderskor. Det enda tänkbara orsaken till det ökande antalet sfinkter rupturer var sugklocke förlossningar som förklarade ungefär 9% av det ökade antalet sfinkter rupturer. (Räisänen et al. 2009a)

Orsak till bristningar kan vara instrumentell förlossning såsom sugklocka eller tång förlossning. Oftast utförs dessa akut och barnet måste framskaffas fort vilket innebär att vävnaderna inte hinner tänjas ut tillräckligt och därmed ökar risken för bristningar. Även en episiotomi kan fortsätta att brista och bli en sfinkter ruptur. (Ryttyläinen-Korhonen et al. 2012)

I studien av Räisänen et al. framkom det att episiotomi var associerad med mindre risk för sfinkter ruptur i sugklocke assisterade förlossningar. Detta gynnar ett rutinmässigt utförande av episiotomi vid sugklocke assisterade förlossningar. (Räisänen et al. 2009b)

Förlängt värkarbete:

En känd riskfaktor för perineal skada är ett förlängt värkarbete eftersom perineum svullnar och blir ödematös. Även ett långt krystnings skede ökar risken för ruptur. Ett påskyndat krystskede (forcerad krystning) kan leda till att vävnaderna inte hinner tänja ut tillräckligt vilket medför större risk för perineal skada. Om barnets huvud föds fram väldigt snabbt utan att barnmorskan håller emot kan även detta orsaka en större perineal skada. (Fernando, Ruwan 2007)

I studien Räisänen et al. visade resultatet att en förlängd krystningsskede mer än 61 minuter ökade risken för sfinkter ruptur (Räisänen et al. 2009b)

Episiotomi:

Om att utföra episiotomi för att förhindra sfinkter ruptur är en öppen fråga och under ständig debatt. Nuförtiden rekommenderas en begränsad användning av episiotomi eftersom detta visas ha ett flertal fördelar samt mindre suturering och mindre komplikationer. (Gerdin et al. 2007)

Frekvensen av anala sfinkter rupturer har ökat det senaste decenniet i Danmark, Norge, Sverige och Finland. I den finska studien som gjorts av Laine et al. visar resultatet av anala sfinkter rupturer var signifikant högre i tre av länderna, Danmark 3,6 %, Norge 4,1 % och Sverige 4,2 % i jämförelse med Finland 0,6 %. Trenden var klart en ökning från tidigt 1970 tal i alla länder. I sammanfattningen kom det upp att deras hypotes var att förändringar av olika rutiner under värkarbetet kan vara en orsak till denna ökning. Högre episiotomi frekvens i Finland kan vara en anledning. (Laine et al. 2009)

Episiotomi är kanske det mesta använda operativa ingrepp under en förlossning. Meningen med att utföra en episiotomi är att undvika trauma på barnets huvud, förkorta krystfasen och undvika allvarliga perineala bristningar. Ingen studie har visat någon skyddande effekt av en medial episiotomi (rakt klipp), men ett flertal studier har påvisat ett starkt samband mellan episiotomi och risken för sfinkter ruptur. Effekten av medio-lateral episiotomi är mer omtvistad. (Gerdin et al. 2007)

I den svenska studien av Gerdin et al. visade resultatet att episiotomi mer än dubblerade risken för sfinkter ruptur när det inte var någon instrumentell förlossning, men kombinerat med instrumentell förlossning, var episiotomi inte längre någon riskfaktor. (Gerdin et al. 2007)

I studien av Trochez et al. visade resultatet att mindre erfarna barnmorskor föredrog mer sannolikt att använda hands-off". En högre andel av barnmorskorna som tillhörde gruppen "hands-off" skulle aldrig utföra episiotomi för någon annan indikation än fosterpåverkan. (Trochez et al. 2011)

I en finsk studie av Räisänen et al. visade resultatet att episiotomi minskade sannolikheten med att få en sfinkter ruptur hos förstföderskor men inte för omföderskor. Trots

detta så gör de en sammanfattning som stödjer restriktiv användning av episiotomi därför att 909 utförda episiotomier skyddar endast mot en sfinkter ruptur hos förstföderskor. (Räisänen et al. 2009b)

I studien Pergialiotis et al. var episiotomi utfört signifikant oftare bland de kvinnor som fått en allvarlig perineal skada. I samma studie fann även att raka klipp oftare ledde till sfinkter skada än medio-laterala episiotomier. (Pergialiotis et al. 2013) Det finns stark evidens mot att använda en medial episiotomi (rakt klipp) på grund av dess associering med ökat antal allvarliga perineala skador. (Twidale et al. 2012)

I studien som gjorts i Asien visade det sig att den vanligaste orsaken till att göra episiotomi var att kvinnan var förstföderska 55,1 % och fosterljudpåverkan 15,3 %. Bland omföderskorna var fosterljuds påverkan 20 % och uttröttad mor 20 %. I studien kom det också fram att kvinnor som får en episiotomi utförd löpte större risk att få en allvarlig perineal skada. (Chieh et al. 2013)

I studien av E.Twidale et al. fann man ett signifikant samband mellan ökat antal medio-laterala episiotomier och minskat antal allvarliga perineal skador. Episiotomins betydelse för att förhindra allvarlig sfinkter skada är vida omdiskuterad. Viss forskning tyder på att en medio-lateral episiotomi är ett verktyg för att minska allvarlig perineal skada. (Twidale et al. 2012)

Kvinnor som fått en episiotomi utförd under sin första förlossning löper en större risk att få en 2 gradig bristning under nästa förlossning. (Flora et al. 2012)

Läkemedel (oxytocin och bedövningar):

I Gerdin et al studien visade det sig att barnets födelsevikt, förstföderska, användande av oxytocin stimulering, instrumentell förlossning, malpresentation, episiotomi och dysfunktionella värkar var signifikant sammanhängande med en sfinkter skada. Även analgetika såsom epidural och pudendus blockad hade en signifikant ökad risk för analskada. (Gerdin et al. 2007)

I en studie visade resultatet att kvinnor med allvarliga perineal skada oftare fått sin förlossning igångsatt med läkemedel samt fått värkstimulerande under förlossningen. Kvinnor med allvarlig perineal skada hade fått epidural bedövning oftare än de som inte fått någon allvarlig bristning (Pergialiotis et al. 2013)

Studien som Flora Mb da Silva et al gjort visade det sig att kvinnor som fått oxytocin som värkstimulerande under värkarbetet i större grad fick en episiotomi utförd. Kvinnor som inte fick Oxytocin värkstimulering under förlossningen fick oftare endast en 1.-gradig bristning. (Flora et al. 2012)

Gerdin et al. antyder också på en ökad risk av sfinkter ruptur när epidural bedövning används hos förstfödorskor. En möjlig orsak kan vara att smärtan, som normalt har den funktionen att den larmar när perineum översträcks, är borta pga. bedövningen. (Gerdin et al. 2007)

7.2 Vad kan barnmorskan göra för att minimera allvarliga perineala skador?

Nedanför presenteras resultatet som svarar på forskningsfrågan nummer 2. Resultatet indelas i huvudkategorin barnmorskans roll som består av två underkategorier: ”Perineal skydd” och ”utbildning och kunskap”.

7.2.1 Perineal skydd

Den Finska studien gjord av Laine et al visar att Finland har ett signifikant mindre antal sfinkter ruptur än de övriga Nordiska länderna. Forskarnas hypotes i denna studie antar att aktivt utförande av perineal skydd kan ha mist sin betydelse i de tre Nordiska länderna, medan den klassiska metoden med att aktivt utöva perineal skydd fortfarande används i Finland. (Laine et al. 2009)

Trochez et al har i sin studie funnit en hypotes om att det finns ett samband mellan ökad användning av ”hands-off” perineum under krystfasen och minskad mängd utförande av

episiotomier med ett ökat antal sfinkter skador. De kom även fram till att mindre erfarna barnmorskor föredrog mer sannolikt att använda ”hands-off”. (Trochez et al. 2011)

I samma studie kom upp att det var ett statistiskt signifikant samband mellan fler års yrkeserfarenhet och metoden att använda ”hands-on” perineum. Detta betyder att mer erfaren personal föredrar att använda ”hands-on” tekniken. I studien gjordes en slutsats om att det finns många faktorer under ett värkarbete och förlossning som påverkar det slutliga resultatet av perineala skador och att ”hands-off” kan vara en bidragande faktor. (Trochez et al. 2011)

I studien Jansova et al. jämfördes ”hands-on” manuellt perineal skydd och ”hands-off” förlossningsteknikerna. Jämförelsen gjordes genom att använda sig av de grundläggande principerna för mekanik och bedömde spänningen av perineala strukturer genom att använda en ny biomekanisk modell av perineum. Även effekterna av tummen och pek-fingrets tryck mättes. Studien sammanfattades med att ”hands-on” manuellt perineal skydd kan hjälpa till att minska perineal skada. (Jansova et al. 2013)

7.2.2 Utbildning och kunskap

Mer fokuserad träning och utbildning av barnmorskor och doktorer i perineums och anal sfinkterns anatomi och hur en perineal skada diagnostiseras behövs för att minimera lidandet av bristfällig suturering eller missade bristningar. Framtida forskning måste ta upp olika sätt att förutsäga och minimera allvarliga perineala skador och skötsel av efterföljande graviditet och förlossning efter att ha haft en sfinkter skada. (Fernando, Ruwan 2007)

En ökad medvetenhet bland kvinnor om förlossnings trauman såsom allvarliga perineala skadors uppkomst efter en vaginalförlossning har lett till att vissa kvinnor begär att få ett elektivt kejsarsnitt trots att det inte finns någon medicinsk indikation för detta. Ett elektivt kejsarsnitt är dock associerad med en fyrdubbel risk för komplikationer för kvinnan i jämförelse med en vaginal förlossning. Med hänsyn till dessa fakta, behöver barnmorskan samt obstetriken fokuserad utbildning för att identifiera och handskas med

kvinnor som är en hög risk grupp för att få förlossningskomplikationer och därigenom återupprätta kvinnans förtroende för vaginal förlossning. (Fernando, Ruwan. 2007)

Medvetandet och utbildning om olika riskfaktorer för att få allvarlig perineal skada kan vara av betydelse i vår strävan att minska antalet sfinkter skador. (Gerdin et al. 2007) Det behövs mer forskning på betydelsen av att utöva perineal skydd samt olika förlossnings ställningars betydelse för att hindra uppkomsten av perineal skada. (Laine et al. 2009)

Att lära ut bättre förlossnings rutiner till hela personalstyrkan ger en reduktion av allvarlig perineal skada. Att sakta ner farten på det framfödande barnets huvud är en klassisk rekommendation för att förhindra perineal skada. Att hålla en hand på barnets huvud under framfödandet är ett sätt att göra det på. Att instruera den födande kvinnan att inte krysta saktar ner farten på framfödandet av huvudet. Med att kombinera dessa två förfarandena kan man uppnå en god kontroll av framfödandet av barnets huvud. (Laine et al. 2009)

Räisänen et al. sammanfattar sin studie med att reflektera över att det nuvarande obstetrisk utförandet inte är optimalt för att skydda perineum och reflekterar över behovet av att standardisera förlossningsvården. Evidensbaserade metoder bör främjas. (Räisänen et al. 2009a)

I studien av Trochez et al. visade det sig att nyutexaminerade barnmorskor hade dåliga kunskaper i att utföra och suturera episiotomier samt att diagnostisera allvarlig perineal bristningar. (Trochez et al. 2011)

7.3 Sammanfattning av resultatet

Det finns många olika riskfaktorer som bidrar till uppkomsten av perineal skada. Resultatet på första forskningsfråga om olika riskfaktorer, visar att den största riskfaktorn för att få en perineal skada är att vara förstföderska. Orsaken till att så många förstföderskor brister är pga. inadekvat perineal elasticitet när den bjudande dosterdelen (oftast huvudet) föds fram. (Räisänen et al. 2009b) Kvinnor som föder stora barn med en födelsevikt över 4kg löper en signifikant högre risk för att få en allvarlig perineal skada än om barnets födelsevikt är under 4kg. Detta beror på ett större diameteromfång av den bjudande fosterdelen (oftast huvudet). (Gerdin et al. 2007)

Resultatet visade även att instrumentell förlossning är en känd riskfaktor för perineal skada. Oftast utförs dessa akut pga. hotande foster asfyxi och barnet måste framföras fort vilket innebär att vävnaderna inte hinner tänjas ut tillräckligt pga. den ökade hastigheten av framfödandet. (Ryttyläinen-Korhonen et al. 2012)

Även analgetika såsom epidural, värkstimulerande läkemedel oxytocin hade en signifikant ökad risk för analskada. (Gerdin et al. 2007) Andra kända riskfaktorer för perineal skada är ett förlängt värkarbete, ett långt krystningsskede mer än 61min, forcerad krystning, felinställda bjudningar, samt kvinnans ålder. (Räisänen et al. 2009b)

Episiotomins betydelse för att förhindra allvarlig perineal skada är vida omdiskuterad. Viss forskning tyder på att en mediolateral episiotomi är ett verktyg för att minska allvarlig perineal skada. (Twidale et al. 2012) Medan annan forskning visar att episiotomi mer än dubblade risken för sfinkter ruptur när det inte var någon instrumentell förlossning. (Gerdin et al. 2007)

Resultatet på andra forskningsfråga om barnmorskans roll, visade att en ökad användning av ”hands-off” perineum under krystfasen ökade antalet sfinkter skador och att ”hands-on” manuellt perineal skydd kan hjälpa till att minska perineal skada, för att när barnmorskan stödjer framfödandet så att vävnaderna hinner tänjas ut och det kan minska risken för att brista. (Trochez et al. 2011 & Jansova et al. 2013) Barnmorskans roll angående perineal skydd och episiotomi behöver mer forskning för att komma till en slutsats.

8 DISKUSSION

Syftet med denna studie var att ge mer kunskap till barnmorskor inom förlossningsvården om olika riskfaktorer för den födande kvinnan att få en allvarlig perineal skada under en vaginal förlossning. Sedan ville jag också veta vad barnmorskan kan göra aktivt att minimera risken för allvarlig perineal skada. Att få efter en lyckad vaginal förlossning få veta att man fått en allvarlig perineal skada är en stor sorg för kvinnan och medför oftast lidande för henne, det kräver avancerad kirurgisk kompetens för att åtgärda skadan och undvika tarm inkontinens. Ca 4% av de kvinnor som fått en allvarlig perineal skada lider av ihållande fekal inkontinens. Ca 35% lider av gas inkontinens. (Pergialiotis et al. 2013.)

För att nå resultatet definierades två forskningsfrågeställningar som besvarades bra. Till den första forskningsfrågan: ”Vad säger litteraturen om olika riskfaktorer för att få en allvarlig perineal skada?”, hittades många artiklar och massor med olika resultat om olika riskfaktorer och många artiklar kom upp med samma riskfaktorer. Det finns många olika faktorer som bidrar till uppkomsten av perineal skada. De tre största riskfaktorerna är att vara förstföderska, en instrumentell förlossning och föda ett stort barn. Graviditetens längd tas inte upp som en riskfaktor men det bör tas i beaktning att ett överburet barn kan vara större och därmed innebära en högre risk för allvarlig perineal skada (Flora et al. 2012)

Den andra forskningsfrågan var svårare att besvara. Forskningsfrågan var att vad kan barnmorskan göra för att minimera allvarliga perineala skador? Att utöva ett aktivt perineal skydd alltså hands-on är en enkel metod som oftast inte upplevs som obehaglig eller negativ av den krystande kvinnan. Det vi vet av forskningen är att trycket mot perineum minskar signifikant med att utöva ”hands-on” metoden. Mer forskning behövs dock för att dra slutsatser (Jansova et al. 2013) Det finns en del studier om perineal skydd, med fokusering på möjliga fördelar av perineal massage under några veckor före förlossningen, oforserad krystning och sidoläge under utdrivningsskedet, men mera studier behövs för att dra några slutsatser. (Räisänen et al. 2009b)

Det är också svårt att dra slutsatser angående olika förlossningsställningar och risken för allvarlig perineal skada. Men de vi vet att upprätta ställningar minskar användandet av oxytocin och gör att värkarbetet förkortas. Att föda i upprätt ställning minskar risken för episiotomi. Att föda i en upprätt ställning och minska användandet av oxytocin skulle kunna reducera risken för perineal skada och minska antalet episiotomier. (Flora et al. 2012)

Det visar sig att barnmorskorna över uppskattar behovet av att utföra episiotomi. Den enda vedertagna orsaken till att utföra episiotomi är hotande foster asfyxi. Att utföra en episiotomi bara på grund av att kvinnan är förstföderska är inte någon vedertagen orsak men om man är förstföderska och det blir t.ex. en instrumentell förlossning då rekommenderas användandet av episiotomi. (Chieh et al. 2013)

Att få en episiotomi utförd påverkar inte bara kvinnans dagliga liv utan det kan även påverka hennes sexuella liv. Kvinnor som fått en episiotomi utförd erfar oftare emotionella och sexuella komplikationer än de kvinnor som inte fått episiotomi utförd under förlossningen, och det medför ett lidande i kvinnans liv. (Flora et al. 2012) Det är viktigt att diskuteras med kvinnan om episiotomi och antecknas i journalen efteråt. (Faxelid et al.) Många kvinnor vet inte ens att de fått en episiotomi utförd förrän efter förlossningen. (Pergialiotis et al. 2013) Episiotomi kan utföras akut och kvinnan är oftast mycket smärtpåverkad, då kan informationen bli bristfällig så det är viktigt att gå igenom varför episiotomi klippt utfördes.

Episiotomi tekniken diskuteras ofta. Evidensen visar att raka klipp oftare leder till sfinkter skada. Lateral episiotomi är mindre förknippat med sfinkter skada. Besvären och komplikationerna efter en lateral episiotomi är betungande för kvinnan. Därför rekommenderas inte rutinmässigt utförande av lateral episiotomi. (Pergialiotis et al. 2013.) Som en summering kan det rekommenderas att restriktivt använda sig av lateral episiotomi under spontan vaginal förlossning. Det rekommenderas att utföra episiotomi under en sufklocke assisterad förlossning och under en vidöppen bjudning för att skydda anal sfinktern bland förstföderskor. Eftersom sfinkter skador har ökat är det särskilt viktigt att utföra ett aktivt perineal skydd vid en förlängd krystningsfas och med ett väntat

stort barn över 4kg. Det finns evidens som stryker att det är förmånligt att utföra episiotomi pga. dessa orsaker. (Räisänen et al. 2009b)

I denna studie togs inte kvinnans ursprung upp som en riskfaktor. I en av mina artiklar som utförs i USA Michigan visade resultatet att svarta kvinnor mer sällan fick allvarlig perineal skada. Det visade sig att svarta kvinnor hade en hel perineum efter förlossningen dubbelt så ofta som en vit kvinna. En kvinna med asiatisk ursprung löper en ökad risk för perineal skada (Flora et al. 2012)

Denna studie är gjord ur barnmorskans synvinkel. Det skulle ha varit intressant att som ett annat alternativ ha skrivit ur kvinnans synvinkel och om hennes upplevelser. Kvinnor som har haft en jobbig förlossning och fått en allvarlig perineal bristning kan bli förlossningsrädd. Dessa kvinnor behöver professionell hjälp av vårdpersonalen för att komma över sin rädsla. Anal inkontinens och dess inverkan på kvinnans dagliga liv är ett annat intressant ämne som medför mycket lidande för kvinnan.

Att som nybliven mor få veta att hon fått en allvarlig perineal bristning är en stor sorg för kvinnan. Att få veta att någonting i ens kropp har gått sönder och vad detta kommer att innebära medför en ovisshet och väcker många frågor. I förlossningsvården är det därför viktigt att barnmorskan ger god och saklig information till kvinnan och på ett sådant sätt så att hon förstår. Som vårdare skall vi sträva efter att ge god vård med kärlek. På detta sätt kan barnmorskan minska lidandet för kvinnan.

Förhoppningsvis får vi mer kunskap och utbildning om detta i framtiden så att allvarliga perineala bristningar kan minska.

8.1 Resultatdiskussion i relation till vårdlidande

I syftet togs det upp att en allvarlig perineal skada medför lidande för kvinnan och därför är det viktigt att barnmorskan kan göra allt för att minska risken för allvarlig perineal skada. I detta kapitel jämförs resultatet av materialet i relation till den teoretiska referensramen.

Den teoretiska referensramen som är Katie Erikssons teori vårdlidande delas upp i fyra former som stöder studiens resultat väl. Vårdlidandets former är: Kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning och utebliven vård. Alla av dessa former kan kopplas samman med resultatet.

En situation där *kränkning av patientens värdighet* är påtagande t.ex. efter förlossningen om den födande kvinna har fått en stor ruptur i underlivet och den skall diagnostiseras och hon ligger i gyn läge, i rummet är det mycket människor som kommer och titta på rupturen. Patienten kan känna sig värdelös på grund av skam och skuld och det är en kränkning för patientens värdighet och det innebär ett lidande för henne. (Eriksson, 1994 s.87)

Fördömelse och straff kan ske under utdrivningsskedet när assisterande barnmorska avgör vad som är rätt eller fel för patienten t.ex. ber patienten att ändra ställning mot patientens vilja så att barnmorskan lättare kan inspektera perineum och utöva perineal skydd. (Eriksson 1994 s.91)

Maktutövning sker när barnmorskan klipper en episiotomi utan att informera eller fråga den födande kvinnan om lov. En annan situation där maktutövning är märkbar är när barnmorskan inspekterar allvarliga perineal bristningar och undersöker rektum utan att informera patienten först. Maktutövning sker då barnmorskan utövar sin makt och berövar den andres frihet med att göra handlingar som patienten själv inte skulle vilja att de skulle ske. Ett annat exempel på maktutövning är efter förlossningen när den födande kvinnan är trött och helt utmattad och vill bara bli lämnad ifred, då vill barnmorskan inspektera och suturera bristningen som även det är smärtsamt för kvinnan. En del kvin-

nor vill att bristningen skall lämnas osuturerad men oftast vill barnmorskan suturera bristningen även grad I och II. (Eriksson. 1994 s. 92)

Utebliven vård eller icke vård kan ske vid t.ex. feldiagnostisering av bristning. För orutinerade barnmorskor kan det vara svårt att se skillnaden mellan 2.- och 3.- gradig bristning. Barnmorskan kan suturera fel och detta medför komplikationer för kvinnan. En felsuturerad sfinkter kan leda till feases inkontinens som medför ett stort lidande för kvinnan. Det är viktigt att konsultera annan erfaren personal eller läkare om osäkerhet av diagnostisering av sfinkter skada. Utebliven vård innebär alltid en kränkning av människans värdighet. (Eriksson 1994 s.92-93)

9 KRITISK GRANSKNING

Arbetet planerades noggrant enligt reglerna för vetenskapliga arbeten och tillvägagångssätten valdes enligt litteraturstudiens kriterier. Studien är genomförd enligt god vetenskaplig praxis för studier vid Arcada. Den kvalitativa innehållsanalys metoden fungerade bra i mitt arbete. Det fanns mycket pålitliga artiklar gällande riskfaktorer för att få en perineal skada. Det var svårare att hitta bra artiklar gällande barnmorskans roll, som t.ex. hands-on eller hands-off. Därför var det svårt att komma till en slutsats gällande den andra forskningsfrågan. Artikelsökningen begränsades så att de äldsta artiklarna som jag hade hittat med valdes bort och nya studier hittades från år 2013. Därmed blev det så att äldsta artikeln är gjord 2007, och angås artiklarna vara aktuella. Alla artiklarna var skrivna på engelska.

Rubrikerna i arbetet motsvarar dess innehåll. Till bakgrunden valde jag barnmorskeböckerna från Sverige och Finland, så att läsaren får en inblick av arbetet som helhet. Tabellerna och figurerna är gjorda för att läsaren skall lättare kunna förstå bakgrunden och datainsamling samt kategoriseringen av resultatet. Forskningsfrågorna besvarades bra. Katie Erikssons lidande var ett bra val som den teoretiska referensramen och passade bra ihop med arbetets ämne och resultat.

En av arbetets utmaningar var en stressig tidspress. Tiden har inte alltid räckt till. När jag väl kom på det jag ville skriva om och fick syftet klart utformat så har jag arbetat väldigt intensivt och målinriktat. Jag har tyckt om mitt ämne och det har varit intressant och lärorikt att fördjupa sig i detta viktiga område. Jag fick en ny handledare mitt i arbetsprocessen som delvis försvårade processen eftersom de handledde på två olika sätt och hade olika åsikter. Att arbeta tillsammans med en skolkamrat hade nog underlättat arbetet, då hade jag haft någon att dela mina tankar med och fått någon annans synvinkel på ämnet. Arbetet hade nog sett annorlunda ut då.

Det som förvånade mig var att Finland har så få allvarliga perineal bristningar i jämförelse med de andra Nordiska länderna. Vad detta egentligen beror på är fortfarande oklart för mig. Inga klara svar finns i de olika artiklarna jag gått igenom. Det finns endast olika hypoteser angående fler episiotomier samt att barnmorskor utövar ett aktivt perineal skydd oftare i Finland än i de andra Nordiska länderna. I några av mina artiklar nämndes det att unga och oerfarna barnmorskor oftare inte utövar ett aktivt perineal skydd samt fel diagnostiserar bristningar oftare än vana barnmorskor. Dessa saker skrämmer mig. Det är klart att man som nyutexaminerad barnmorska vill göra allt för att undvika allvarliga perineal bristning samt på detta sätt minska lidandet för kvinnan.

Det jag kan ge som rekommendation till att fortsätta forskning är:

- Olika förlossningsställningar och dess inverkan på perineala skador.
- Hur kan omföderskan som tidigare haft en allvarlig perineal skada eller episiotomi förhindra en 2-gradig bristning vid nästa förlossning.
- Hands-on eller hands-off

Framtida studier bör också konsekvent undersöka olika parametrar för att avgöra deras inbördes förhållanden. T.ex. att en kvinna som fått sitt värkarbete inducerat med läkemedel, fått en epidural som leder till sämre värkar och får därför värkstimulerande samt får ett förlängt värkarbete och ett långt krystskede. I detta fall finns det många parametrar som tyder på ökad risk för allvarlig perineal skada. (Pergialiotis et al. 2013)

KÄLLOR

1. Aitola, Petri & Uotila, Jukka. 2005. *Peräaukon sulkijalihaksen repeämä synnytyksessä*. Duodecim. vol 121. s. 1095-1099.
2. ARCADA. 2002. *God vetenskaplig praxis I studier vid arcada*. Tillgänglig: http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/481 Hämtad. 29.3.2014.
3. Chieh; Lin, Malhotra; Rahul, Carson; John, Lie; Desiree, Chye; Thiam, Ostbye; Truls. 2013. *Risk factors and midwife reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery*. Arch Gynecol obstet. Vol. 288:1249-1256.
4. Dahlberg; Karin. 1993. *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Studentlitteratur.
5. Elo, Satu & Kyngäs, Heli. 2007. *The qualitative content analysis process*. Journal of advanced nursing, 62: 107-115.
6. Eriksson, Katie. 1993. *Möten med lidanden. Vårdforskning*. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo akademi.
7. Eriksson, Katie. 1994. *Den lidande människan*. Liber utbildning.
8. Etene. 2010. *Synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettiset perusteet*. Hämtad. 10.5.2014. Tillgänglig: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17300&name=DLFE-589.pdf
9. Faxelid, E. Hogg, B. Kaplan, A. & Nilssen, E. 1993. *Lärobok för barnmorskor*. Studentlitteratur, Lund.

10. Fernando, Ruwan 2007. *Risk factors and management of obstetric perineal injury*. *Obstetrics, gynecology and reproductive medicine*, 17:8.
11. Flora; MB, Oliveira; Sonia, Bick; Debra, Osava; Ruth, Tuesta; Esteban & Riesco; Maria. 2012. *Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre*. *Journal of clinical nursing*. Vol. 21: 2209-2218.
12. Gerdin, E. Sverrisdottir, G. Badi, A. Carlsson, B. & Graf, W. 2007. *The role of maternal age and episiotomy in the risk of anal sphincter tears during childbirth*. *Australian and New Zealand Journal of obstetrics and gynecology*, 47: 286-290.
13. Grennert, Lars. 2013. *1177 vårdguiden*. Hämtad 15.5.2013. Tillgänglig: <http://www.1177.se/Tema/Gravid/Forlossning/Kejsarsnitt/Snabb-forlossning/>
14. Halmesmäki, Erja. 2000. *Välilihaa ei pidä leikata*. *Duodecim*. vol. 116. s.1797-1798.
15. Heino, Anna & Gissler, M. *Pohjoismaiset perinataali tilastot 2010*. THL. Hämtad 23.3.2014. Tillgänglig: http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr07_12.pdf
16. Jacobsen, Dag Ingvar. 2007. *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Studentlitteratur.
17. Jansova; Magdalena, Kalis; Vladimir, Rusavy; Zdenek, Zemcik; Robert, Lobovsky; Libor, Laine; Katariina. 2013. *Modeling manual perineal protection during vaginal delivery*. *Int urogynecol journal*. Vol 25:65-71.

18. Laine, K. Gissler, M. & Pirhonen, J. 2009. *Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades*. European journal of obstetrics and reproductive biology, 146: 71-75.
19. Paananen, U. K. Pietiläinen, S. Ruissi-Lehto, E. Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 2009. *Kätilötyö*. Helsinki: edita publishing oy.
20. Pergialiotis; Vasileios, Vlachos; Dimitrios, Protopapas; Athanasios, Pappa; Kalliopi & Vlachos Georgios. 2013. *Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth*. International journal of gynecology and obstetrics. Vol. 125: 6-14.
21. Ryttyläinen-Korhonen, K. Mietola-Koivisto, T. & Ruissi-Lehto, E. 2012. *Välilihan repeämien ehkäisy – systemaattinen katsaus välilihan hieronnasta ja välilihan manuaalisesta tukemistekniikoista*. Tutkiva hoitotyö, vol 10 s.2
22. Ryttyläinen-Korhonen, K. Ruissi-Lehto, E & Mietola-Koivisto, T. 2013. *Välilihan leikkaustekniikka ja leikkauksen yhteys välilihan repeämiin*. Kätilölehti vol 2 s. 15-17.
23. Räisänen, S. Vehviläinen-Julkunen, K. Gissler, M. & Heinonen, S. 2009a. *The increased incidence of obstetric anal sphincter rupture – An emerging trend in Finland*. Preventive medicine, 49: 535-540
24. Räisänen, S. Vehviläinen-Julkunen, K. Gissler, M. & Heinonen, S. 2009b. *Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture*. Acta obstetrician et gynecologica, 88: 1365-1372.
25. Räisänen, S. Vehviläinen-Julkunen, K. Gissler, M. & Heinonen, S. 2011. *High episiotomy rate from obstetric anal sphincter ruptures: A birth register-study on delivery intervention policies in Finland*. Scandinavian Journal of public health, 39:457-463.

26. Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina. 2008. *Omvårdandens etik. Sjuk-sköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm: Liber AB.
27. Soiva, Keijo. 1968. *Synnytyopin oppikirja kätilöille*. Helsinki: Werner söderström oy.
28. Socialstyrelsen. 2001. *Handläggning av normal förlossning*.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11427/2001-123-1_20011231.pdf
29. THL. 2012. *Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain 2010–2011*.
Hämtad 20.3.2014. Tillgänglig:
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103098/Tr27_12.pdf?sequence=1
30. Trochez, R. Waterfield, M. & Freeman, R. M. 2011. *Hand on or hands off the perineum: a survey of care of the perineum in labour*. The international urogynecological journal, 22: 1279-1285.
31. Twidale; Emily, Cornell; Kristin, Litzow; Nicholas & Hotchin; Anne. 2012. *Obstetric anal sphincter injury risk factors and the role of the mediolateral episiotomy*. Australian and New Zealand Journal of obstetrics and Gynaecology. Vol. 53:17-20

BILAGOR

Bilaga 1

Analyserade artiklarna

Artiklens titel	Syfte	Metod	Resultat
High episiotomy rate from obstetric anal sphincter ruptures: A birth register-study on delivery intervention policies in Finland.	Studiens syfte var att att bedöma effekterna av sjukhusets episiotomi policy i obstetrik och anal sfinkter rupturer och risker hos enkelbörda vaginala förlossningar i Finland mellan 1997 och 2007.	En observation, retrospektiv, invånar baserad register studie.	Studiens resultat var att under studie perioden minskade användandet av episiotomi, men det var väsentliga skillnader mellan olika sjukhus. Obstetrisk anal sfinkter skada ökade. Resultatet visade att förstföderskor som hade fått episiotomi utförd och fött på ett sjukhus där episiotomi ofta utfördes.
The role of maternal age and episiotomy in the risk of anal sphincter tears during childbirth.	Att finna olika riskfaktorer för sfinkter ruptur.	57943 vaginala förlossningar, 565 kvinnor med partiell eller total sfinkter ruptur ut och dessa jämfördes med 565 kvinnor som inte hade haft någon sfinkter skada.	Födelsevikt förstföderska, användande av oxytocin stimulering, instrumentell förlossning, malpresentation, episiotomi och dysfunktionella värkar var signifikant

			sammanhörande med en sfinkter skada.
Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades.	att jämföra frekvensen av anala sfinkter rupturer mellan de fyra Nordiska länderna.	En ekologisk register studie.	Frekvensen av anala sfinkter rupturer var högre i tre länder jämförelse med Finland.
The increased incidence of obstetric anal sphincter rupture – An emerging trend in Finland.	Att beskriva senaste trender i prevalens och riskfaktorer av obstetriska anala sfinkter rupturer under 1997 och 2007 i Finland.	De analyserade ett population-baserat register.	Förekomsten av anala sfinkter rupturer ökade under studietiden.
Hand on or hands off the perineum: a survey of care of the perineum in labour.	Att fastställa hur vanligt utövandet av "hands off" perineum är.	En observations post enkät studie.	607 av barnmorskor svarade på enkäten och 299 av dem föredrog "hands-off" metoden.
Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture	Att identifiera riskfaktorer för obstetrisk anal sfinkter bristning.	Retrospektiv invånar-baserad register studie.	En episiotomi minskade sannolikheten med att få obstetrisk anal sfinkter bristning för förstföderskor men inte för omföderskor.

Modeling manual perineal protection during vaginal delivery.	Jämförelse av "hands-on" manuellt perineal skydd och "hands-off" förlossnings teknikerna.	Metoden med studien var att "hands-off" och två varianter av "hands-on" manuellt perineal skydd användes.	Med "hands-on" visades att spänningen minskade så det kan kanske minska obstetrisk perineal trauma.
Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth	Att identifiera faktorer som leder till uppkomsten av allvarliga perineal bristningar.	En prospektiv och retrospektiv observations studie	Kvinnor som hade fött större barn, fått episiotomi, epiduralbedövning, förlossningsinduktion, värkstimulerande eller instrumentell förlossning hade oftare fått perineal skada.
Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre.	Att identifiera maternella, nyfödets och obstetrisk faktorerna sammanhörande med födelse relaterade perineal trauma i ett självständigt födelse centrum.	En tvärsnitt studie.	Paritet, användande av oxytocin under förlossningen, moderns position vid framföddandet, barnets födelsevikt var sammanhörande med II grads bristning och episiotomi.
Obstetric anal sphincter injury risk factors and the role of the mediolateral episiotomy	Att utreda riskfaktorer för sfinkter rupturer mellan 2006-2010 i Australien.	en retrospektiv observations studie.	Riskfaktorer för sfinkter rupturer: förstföderskor, instrumentell förlossning, barnets födelsevikt över 4kg.

Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery.	att bedöma riskfaktorer och barnmorske-rapporterade orsaker till att utföra episiotomi på kvinnor som genomgår en vaginal förlossning	77 barnmorskor från en förlossningsavdelning i Singapore.	Riskfaktorer för episiotomi: förstföderskor, mammor med indisk härkomst hög födelsevikt och äldre barnmorskor var associerade med episiotomi.
---	---	---	---