

Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Godkänt och examinerat: 2019-07-19

Livet efter förlossningen

Förlossningsskador ur kvinnors perspektiv

Life after childbirth

Childbirth injury out of women's perspective

Författare: Elena Zava & Amanda Zuckerman

Handledare: Joachim Eckerström, Högskoleadjunkt

Handledare: Elina Scheers Andersson, Högskoleadjunkt

Examinator: Monir Mazaheri, Högskolelektor

SAMMANFATTNING

BAKGRUND: Bland förlossningsskador är de vanligaste beskrivna symtomen urin- och fekalinkontinens, smärta under samlag och mellangårdssmärta efter bristningar och suturer. För dom kvinnor som söker vård för långvariga besvär är rutinerna för uppföljning, utredning och behandling av förlossningsskador bristfällig.

SYFTE: Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelser av en förlossningsskada och mötet med vården.

METOD: En allmän litteraturöversikt baserat på sex artiklar med kvalitativa data.

RESULTAT: Två kategorier och fem underkategorier presenteras; Att leva med förlossningsskador- fysiska och emotionella begränsningar i vardagen, normalisering av förlossningsskador och Möte med vården- bristande information och uppföljning, bemötandet från vården.

SLUTSATSER: Kvinnor normaliserar idag sina besvär efter en förlossning vilket medför att de inte söker hjälp. Stigmat kring besvären är också en bidragande faktor till att kvinnor undviker att kontakta vården. De upplever också sig som avfärdade av vårdpersonal och en känsla om att inte bli tagna på allvar. Vårdpersonal bör informera kvinnorna om de berörda besvären som kan uppkomma och ge information var de kan söka hjälp.

NYCKELORD: Bristningar, förlossningsskador, kvinnors hälsa, perineal trauma, vaginal förlossning.

ABSTRACT

KEYWORDS: Childbirth injury, perineal trauma, perineal tear, vaginal birth, women's health.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	i
ABSTRACT	ii
INTRODUKTION	6
BAKGRUND	7
Klassificering av bristningar	7
Går det att undvika sfinkterskador vid förlossning?	7
Konsekvenser av en förlossningsskada	8
Eftervården idag för kvinnor med en förlossningsskada	9
STIGMATISERING	10
PROBLEMFÖRMULERING	11
SYFTE	11
METOD	11
Design	11
Urval	12
Datainsamling	12
Dataanalys	14
Etiska aspekter	16
RESULTATREDOVISNING	17
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	24
SLUTSATS	26
REFERENSER	27

INTRODUKTION

Förlossningsskador till följd av en vaginal förlossning är vanligt förekommande inom svensk förlossningsvård (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2016). Enligt en opinionstext publicerad i dagens samhälle, beskriver många kvinnor som drabbats av svåra förlossningsskador haft till följd långa sjukskrivningar, och en eftervård som nästan är obefintlig (Nilsson och Kummelfeldt, 2018). I en annan artikel beskriver doktoranden Susanne Åhlund från Karolinska Institutet och en av åhörarna till Octavia Wisemans presentation under ICMs andra dag, att en inspektion av underlivet är den bästa smärtlindringen en kvinna kan få efter en förlossningsskada (Björkman, 2017). Att få en ordentlig undersökning och bli lyssnad på är första steget för att kvinnan ska få möjligheten att läka. Författarna till detta examensarbete personliga erfarenheter, observationer i sociala medier har tillsammans med verksamhetsförlagda utbildningar skapat ett intresse att ta reda på hur kvinnor upplever en förlossningsskada, samt hur vården kring förlossningsskador ser ut idag.

BAKGRUND

Idag lever ett stort antal kvinnor med förlossningsskador. Mellan 75–85 procent av alla kvinnor som föder vaginalt får bristningar i slemhinna och/eller mellangården (perineum) (Steen & Diaz, 2018). Vaginala och perineala bristningar samt andra skador på bäckenbotten hos kvinnor som föder vaginalt, kan orsaka lidande både på kort och lång sikt. De direkta skadorna på muskler, nerver och bindvävsstrukturer orsakar inte bara smärta utan även defekter som senare kan leda till urinläckage, avföringsläckage, tarmtömningssvårigheter, framfall av vaginalväggarna och sexuell dysfunktion (Steen, 2013). Bristningar varierar i omfattning, därför har man valt att dela in dem i grader från I-IV för att underlätta en samstämmighet vid diagnostisering (Bolin, Edqvist, Olsson, Uustal, Orrskog, Tegerstedt, & Weichselbraun, 2017).

Klassificering av bristningar

Grad I-IV

Grad I bristning är den vanligaste typen av bristning och omfattar slidans hud och slemhinna. Dessa behöver inte sys och kan läka relativt snabbt. Grad II bristning är perianala rupturer, det vill säga de sträcker sig utanför vaginalöppningen och ut i mellangården där de skadar musklerna i mellangården, men också hud och slemhinna. Dessa skador måste sys, annars kommer stödet i bäckenbotten vara nedsatt (Steen, 2013).

Sfinkterskador kallas grad III-IV bristningar som går ända till den yttre av ändtarmens ringmuskler (Steen, 2013). Ändtarmen omges av två ringmuskler, en inre och en yttre ringmuskel. En ringmuskel kallas sfinkter, därav skadans namn. Grad III-IV bristning omfattar både muskler i bäckenbotten och ändtarmens slutmuskel och är en total ruptur av sfinktern och kallas även obstetrisk anal sfinkter skada (OASIS) eller Severe Perineal Trauma (SPT). I engelskan har OASIS uppfattats av drabbade kvinnor som en opassande förkortning för att beskriva deras perineala trauma och därför används nu även alternativet SPT (Steen & Diaz, 2018).

Går det att undvika sfinkterskador vid förlossning?

Trots att en förlossning handläggs helt korrekt, utan riskfaktorer, kan kvinnor ändå drabbas av sfinkterskador. Vävnadens elasticitet varierar och en del kvinnor har därför lättare att brista än andra. Det är därför osannolikt att det går att förebygga alla sfinkterskador, men det är viktigt att skadorna diagnostiseras och sutureras korrekt för att förhindra komplikationer. Många barnmorskor och läkare i Sverige är medvetna om riskerna och arbetar med att förebygga, diagnostisera och behandla dessa skador (SBU, 2016).

Risikfaktorer och förebyggande metoder

Enligt SBU (2016) är de främsta riskfaktorerna för sfinkterskador att vara förstföderska, instrumentell förlossning, hög födelsevikt hos barnet, avvikande fosterlägen och att vara infibulerad (könsstympad). Övervikt och fetma under graviditet har visats sig vara en riskfaktor för komplikationer under graviditet och vid förlossning (Voldner, Frøslie, Haakstad, Bø, Henriksen, 2009). Andra riskfaktorer är igångsättning av förlossning, epiduralbedövning och episiotomi (klipp i mellangården) (Steen, 2012).

Det används olika metoder i syfte att minska bristningar vid förlossning. Alla har inte vetenskapligt stöd för att de fungerar. Dock har det rapporterats att användandet av varma kompresser runt mellangården vid utdrivningsskedet minskar smärta och obehag, samt minskar antalet sfinkterskador (Steen, 2012; SBU, 2016). Förlossningsställningar, så som att ligga på sidan och att stå framåtlutad på knä med händer som stöd, har också visat sig vara fungerande metoder i syfte att undvika bristningar (Steen, 2012). Andra metoder som används är perineal massage med gel runt vävnad och muskler för att öka elasticiteten (Steen, 2012). Det är viktigt att detta görs av utbildad personal och i samtycke med den förlösande kvinnan. Även ballongkateter används för att successivt tänja vaginalöppning innan förlossning. Dock finns inget vetenskapligt stöd för att någon av dessa metoder fungerar (Steen, 2012).

Perinealskydd

Syftet med perinealskydd är att det ska underlätta kontrollen av hastigheten vid förlossningsförloppet av huvudets passage och tillåta mjukdelarna att tänjas successivt och möjliggöra styrning av barnet i bäckenaxelns riktning. Önskan är att minska rörelseenergin som riktas mot perineums vävnader vid utdrivningen och undvika att huvudet föds fram för snabbt. Barnmorskan eller den förlösande läkaren kan med händerna utföra ett manuellt perinealskydd. Med ena handen håller man emot barnets huvud och med den andra handen stöds mellangården för att styra framfödandet (SBU, 2016; Steen, 2012).

En annan typ av perinealskydd är ett modifierat Ritgens handgrepp. Det innebär att man trycker på barnets huvud med den vänstra handen för att kontrollera hastigheten av huvudets bjudning. Samtidigt använder man tummen och pekfingeret på högerhanden för att stödja mellangården medan långfingeret används för att fatta barnets haka (SBU, 2016).

Konsekvenser av en förlossningsskada

Inkontinens

Inkontinens efter barnafödelse kan utlösa läckage vid fysiska aktiviteter som att motionera, nysa eller hosta. Kvinnor kan även känna överdrivna trängningar eller ett behov att urinera mer än åtta gånger per dag (Steen, 2013). En studie av Collings & Norton (2004), där 20 kvinnor med inkontinensbesvär, beskrev en tredjedel av kvinnorna att de kunde uppleva lika stora emotionella, sociala, psykiska och fysiska effekter av sitt mående som liknande vid en kronisk sjukdom. Kvinnorna beskrev att fekal inkontinens fick de att känna skam, stress, generell smärta, ett undvikande av sexuellt umgänge, ångest, avsky, nedstämdhet, isolering och dålig självkänsla vilket resulterar i att kvinnorna valde att dölja sina besvär (Collings &

Norton, 2004; Tucker, Clifton & Wilson, 2014). Kvinnor kan uppleva upprördhet eller hopplöshet av att behöva bli begränsade med sina klädval och användandet av inkontinensskydd skadar en avsaknad av friheten som varit i det sociala och sexuella umgänget (Collings & Norton, 2004; Tucker et al., 2014). Kvinnor känner oro inför att inleda nya relationer för sina besvär och att de inte längre känner sig attraktiva utan som 'smutsiga och äckliga' (Collings & Norton, 2004; Tucker et al., 2014). Enligt Tucker et al. (2014) vill helst inte drabbade kvinnor diskutera fekal inkontinens öppet och därmed kan hämmas att inleda ämnet med vårdpersonal. Det rapporteras däremot att kvinnor gärna vill bli frågade om besvär för att vårdpersonal ska uppmärksamma detta för att bryta deras tystnad och stigma (Tucker et al., 2014). Även kvinnor med urininkontinens kan tycka att det är en normal företeelse efter att ha förlöst vaginalt (Kao, Hayter, Hinchliff, Tsai & Hsu, 2015). För att hantera sin vardag gör kvinnor kompromisser, uppoffringar till och med förnekar även sin inkontinens med strävan att återgå till det normala med sin kropp (Tucker et al., 2014). Dessa besvär behöver normaliseras både av samhället och vårdpersonal för att bryta stigmatiseringen (Wagg, 2018).

Smärta

Smärta i mellangården är ofta relaterat till sutureringen och stygnen, vilket kan upplevas som det mest negativa med barnafödelse (Steen & Diaz, 2018). I studien av Salmon (1999) har kvinnor som upplevt mellangårdssmärta i eftervården inte blivit undersökta eller inte fått mer smärtlindring och istället blivit tillsagda att det är en 'normal obekvämlighet' att föda barn. Att uppleva mellangårdssmärta en längre tid efter förlossningen beskrivs som frustrerande av kvinnor för att inte kunna utföra aktiviteter utan att känna smärta (Salmon, 1999). I en studie om kvinnors välbefinnande efter en perineal skada, rapporterar de hur perineala skador kan påverka kvinnors sociala, mentala och fysiska mående negativt, vilket också kan påverka kvinnans relation till barnet, partner och familjemedlemmar (Steen & Diaz, 2018). Enligt Steen (2012) upplever runt 20% av kvinnor som haft bristningar smärta under samlag tre månader efter förlossningen. Att återuppta sexuellt umgänge med sin partner skapar ångest och oro för kvinnor i rädsla att det ska göra ont (Williams, Lavender, Richmond & Tincello, 2005).

Eftervården idag för kvinnor med en förlossningsskada

Kvinnan undersöks efter förlossningen för att åtgärda eventuella skador på bäckenbotten. De rutiner som används vid upptäckta vaginala och perineala bristningar och sfinkterskador varierar i Sverige. Grad I-II sys vanligtvis av en barnmorska under lokalbedövning efter förlossningen. Bristningar som omfattar analfinktern, Grad III-IV och andra komplicerade bristningar, sys av läkare (SBU, 2016).

Enligt socialstyrelsens nationella kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning följer de flesta sjukhusen upp de kvinnor av bristningsgrad III-IV. Oftast erbjuds de kvinnor återbesök hos läkare och sjukgymnast från sjukhusen, vilket kvinnor med bristningsgrad I-II inte gör. De kvinnor som drabbats av bristningsgrad I-II erbjuds vanligtvis eftervård hos en

barnmorska inom mödravården. I vissa regioner finns specialistmottagningar för bäckenbottensskador. Vid dessa mottagningar vårdas och behandlas patienter med olika former av urin- och avföringsinkontinens, förlossningsskador och framfall (Socialstyrelsen, 2017). En viktig åtgärd är bäckenbottenträning, genom övningar som ska stärka musklerna som håller uppe bäckenbotten och det område vars muskler som finns runt slida, urinrör och ändtarm. Dessa övningar består av att hitta rätt muskler, knipa och slappna av för att sedan upprepa dessa flera gånger (Kao et al., 2015). I en svensk studie där 98 kvinnor med inkontinensbesvär efter en förlossning deltog visade det sig att bäckenbottenträning hade en god effekt (Fridén, Nordgren, Wilander, Wiklund & Åhlund, 2013).

Bristningsregistret startade 2014 för att identifiera kvinnor som har besvär av förlossningsbristningar och erbjuda uppföljning vid behov. Det kan användas för att följa upp alla förlossningsbristningar och klipp. Registret ska också skapa ett underlag för nationell jämförelse och forskningsutveckling inom området förlossningsbristningar och indirekt förbättra handläggningen av bristningar genom att efterfråga hur de diagnostiseras och sutureras (Bolin et al, 2016). Trots dessa åtgärder bedömer majoriteten av landstingen och regionerna att det finns behov av förändringar när det gäller uppföljning, diagnostik och behandling av komplikationer till följd av bristningar i bäckenbotten. Idag finns stora skillnader mellan olika landsting och regioner när det gäller den vård som erbjuds kvinnor med mer omfattande bristningar efter förlossning (Socialstyrelsen, 2017) I Socialstyrelsens (2017) kartläggning beskriver SFOG:s representanter att det finns ett stort mörkertal med kvinnor som har förlossningsskador men som inte upptäcks och kvinnor som inte söker vård på grund av att de inte känner till att de kan få hjälp.

Stigmatisering

Stigma är ett begrepp som enligt Scheff (2014) som bör hellre kontextualiseras än användas som ett inländskt ord. Ordet kan definieras när beteende eller sociala element markeras av skam eller misstro (Scheff, 2014). Enligt Skärsäter (2014) kan detta betyda för individen vad som anses negativt i sociala kontexter och förknippas med utstötning och att inte betraktas som normal från omgivningen. Detta inkluderar även individens attityd om sig själv som normal i kontext till sin omgivning. Denna attityd grundar sig i en rädsla för omgivningens reaktioner vilket kan innebära att personer inte söker hjälp (Skärsäter, 2014). Författaren (Scheff, 2014) diskuterar att begreppet skam behöver få en mer betydande roll i rollen om stigmatisering. I de två studierna (Collings & Norton, 2004; Tucker et al., 2014) om fekal inkontinens efter en förlossningsskada tas detta begrepp upp av kvinnorna som en essentiell känsla för ens situation. De kvinnor som drabbats av en förlossningsskada besitter rädsla utav att bli avfärdade vilket gör att många inte sökt vård. Skadorna och besvären som kan medfölja efter barnafödelse kan kvinnan tycka varit självförvållande över att hennes egen prestation var otillräcklig vilket leder till känslor av skuld och skam.

PROBLEMFORMULERING

Det är ett stort antal kvinnor som får rupturer i varierande grad efter en vaginal förlossning och det finns ett mörkertal bland kvinnor som lever med besvären som kan medfölja. Många kvinnor anser att deras skador efter en förlossning är ett accepterat tillstånd och därmed normaliseras besvären, vilket blir en barriär för att sedan söka vård. För kvinnan att leva med inkontinens, långvarig mellangårdsmärta eller smärta under samlag skapar en negativ livskvalité, vilket gör att många lider i det tystnad vilket påverkar kvinnans självkänsla negativt, samt relationen till sitt/sina barn, partner och andra familjemedlemmar. Det är bristande av övergripande rutiner kring diagnosticering, utredning och behandling hur förlossningsskador följs upp. Således är det relevant med en litteraturstudie avseende kvinnors upplevelser av förlossningsskador och deras möte med vården för förbättring av kvinnors och vårdpersonals förståelse i ämnet.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelser av en förlossningsskada och mötet med vården

METOD

Design

Föreliggande studie är en allmän litteraturöversikt av vetenskapliga artiklar med kvalitativdata. En litteraturöversikt beskrivs tillföra en aktuell överskådning vilket innebär den rådande forskningsläget i den valda ämnesområde (Polit & Beck, 2017). En litteraturöversikt är en beskrivning eller kartläggning av det berörda området med en begränsad mängd forskning (Forsberg & Wengström, 2016). Polit & Beck (2017) menar att en litteraturöversikt är en lämplig metod att välja för att skapa en överblick inom rådande kunskapsläge eller identifiera ett problem inom sjuksköterskans arbetsområde. Kvalitativa studier använder en framträdande design där forskaren tar pågående beslut och baseras på verkliga fenomen av främst deltagarnas självrapporterade upplevelser (Polit & Beck, 2017). Eftersom föreliggande studie grundar sig i upplevelser valdes denna kvalitativa studier för en vidare förståelse i kvinnors upplevelser.

Urval

Det inhämtades sex artiklar till resultatet ur databaserna Cinahl och PubMed (Kristensson, 2014). Litteraturoversikten fokuserade på förlossningsskador och för att skapa ett mer begränsat och urval av artiklar formulerades inklusions- och exklusionskriterier. Data som insamlats i översikten är enbart från primärkällor då enligt Polit & Beck (2017) primärkällor är de mest pålitliga vid forskningsgranskning eftersom det är originalet från forskarens material, därför exkluderades systematiska litteraturoversikter och ytterligare sekundärkällor.

Inklusionskriterier för artiklarna var att det skulle innefatta en kvalitativ design med fokus på kvinnornas perspektiv, att deltagarna haft en vaginal förlossning och befinner sig postpartum perioden efter förlossningen. Polit & Beck (2017) beskriver att artiklar med den övergripande strukturen av introduktion, metod, resultat, syfte och diskussion [IMRAD] vilket skapar en tydlig struktur och underlättar förståelsen för läsaren, vilket också togs till hänsyn vid inkluderingen för att minimera missstolkningar. Ett första urval av artiklarna var att avgränsa de artiklarna vars titlar innehöll tydliga kopplingar till studiens syfte ex. perineal trauma och women's experience. Ytterligare lästes artiklarnas abstrakts för att finna relevans till ämnet. Vid gallring av forskning har artiklar med abstrakts, engelskt skrivna och peer reviewed, alltså en referensgranskad artikel med granskat material innan accepterat till en vetenskaplig publikation, valts ut för relevans av vetenskaplig trovärdighet (Kristensson, 2014). Inga geografiska avgränsningar genomfördes i sökningarna för att kunna få ett globalt perspektiv på upplevelser där hänsynstagande togs åt kulturella skillnader. Systematiska felkällor, även kallat bias, är enligt Polit & Beck (2017) någon form av influenser som förvränger studiens resultat har författarna till föreliggande arbete försökt att undvika genom att förhålla sig objektivt till studiens process och kritisk granska artiklarna.

Datainsamling

Vid sökandet efter artiklar användes Cinahl och PubMed som är vedertagna databaser för relevans inom omvårdnad och medicinsk vetenskap (Polit & Beck, 2017). De artiklar vi inte haft tillgång till i de nämnda databaserna har sökts upp i Google Scholar (ibid.). Det har även använts snöbollsurval för att finna artiklar vilket innebär att inkluderade studiers referenslista granskas grundligt för att finna artiklar som uteblev databassökningen, artiklarna kontrollerades sedan för referensgranskning i Cinahl (Kristensson, 2014). I Cinahl användes mest fritextsökningar men även MeSH termer från Cinahl subject heading list, PubMed är enbart fritext. Indexorden i vår sökning var begränsade då begreppen inte fanns tillräckligt många indexerade i ordlistan och då kan fritextsökningar passa bättre in till undersökningsfrågans nyckelbegrepp (Kristensson, 2014). Fördelen med att använda fritextsökningar är att det ökar mottagligheten och genererar fler artiklar. Med en ökad känslighet i sökning kan det generera ökat antal träffar av irrelevanta artiklar i förhållande till frågeställningen (Kristensson, 2014). Trunkering har använts vid gallring i sökhistoriken då

intressanta artiklar har stjärnmarkerats på papper och sedan lästs igenom, utifrån detta grundas antal lästa artiklar (Polit & Beck, 2017). I tabell 1. är det markerat med asterix(*) vilka artiklar som används inom det angivna tidsspannet, även i sökning #1 i tabell 1. har subject: major heading (MH) används för vaginal birth. Det finns beskrivet i tabell 1 hur vi använt oss av booleska söktermer som är AND/OR/NOT, avgränsningar, antal sökträffar och inkluderade artiklar. Dessa var sökorden som användes: *vaginal birth, adverse effects, perineal trauma, women's experience, help seeking, health service.*

Tabell 1. Databassökning.

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Antal artiklar	Antal läsbara abstracts, peer reviewed, engelska, *inom tidsspann	Antal lästa abstracts	Antal inkluderade artiklar (* är presenterade i resultatet)
#1 Cinahl	15/12-18	*Vaginal birth (MH) AND adverse effects (MeSH)	888	668	161 /*18 (MH)	5	3 (2*, 6*, 9*)
#2 Cinahl	29/1-19	Perineal trauma (fritext)	349	263	*95	18	3 (2*, 4*)
#3 Cinahl	29/1-19	#2 AND women's experience (fritext)	13	10	8	6	3 (2*, 4*)

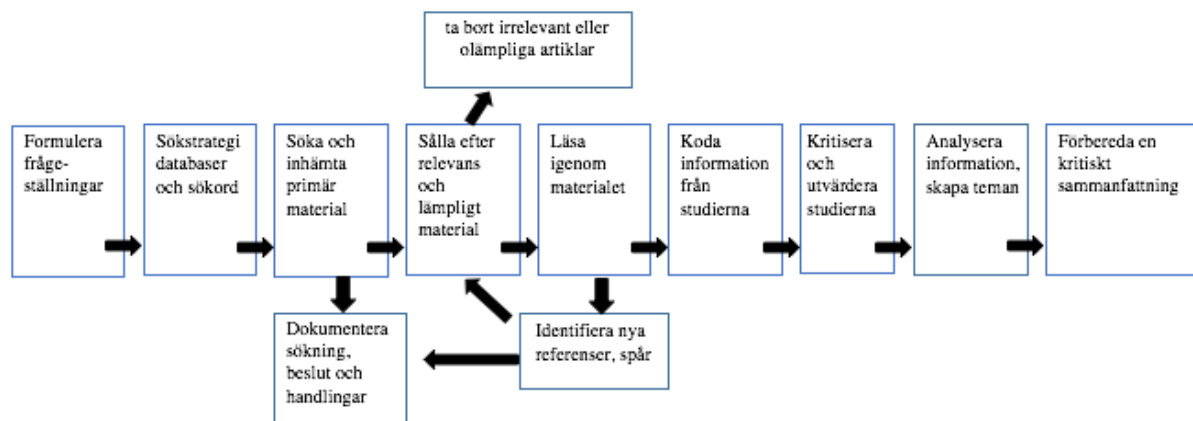
#4 PubMed	31/1-19	perineal trauma AND health service (index)	130	130	*80	9	3(4*)
#5 PubMed	7/2-19	Perineal trauma AND help seeking (index)	2	2	2	1	1 (*3)

Dataanalys

För tillvägagången med dataanalysen användes Polit och Beck (2017) niostegsmodell. I första steget formulerade vi syftet till föreliggande litteraturöversikt. I andra steget gjordes en plan om tillvägagången med databassökningen, där databaserna Cinahl och PubMed valdes och bärande begrepp eller sökord utformades. I tredje steget sökte vi efter användbara källor och skrev ner sökhistoriken på de relevanta träffarna där inkluderade artiklar uthämtades ifrån, i tabell 1 finns detta dokumenterat. Sedan gallrade vi bland källorna och tog fram de artiklar som var relevanta till syftet och läste igenom dessa, dom artiklar med kvantitativdata ansågs irrelevanta och borttogs. Enbart primärkällor inkluderas som enligt Polit och Beck (2017) är lämpligast applicerbart i en litteraturstudie. Primärkällor beskrivs som en studie forskaren skrivit och genomfört själv, medan sekundärkällor är beskrivningar av andras resultat alltså en litteraturstudie (Polit & Beck, 2017). Artikel nummer fem som finns dokumenterat i tabell 2a. även tabell 2c (*bilaga 1*) hittades via snöbollsurval och kontrollerades med en databassökning i Cinahl. I fjärde steget var det 16 artiklar som valdes ut för kvalitetsgranskning, hela artikeln lästes igenom och noggrannast av artikelns syfte, urval, datainsamling, analys och resultat enligt en granskningsmall från SBU (2014). Detta användes som ett hjälpmedel för kvalitetsgranskning som rekommenderas av Bahtsevani, Nilsson, Sandström & Willman (2016). Den mall som används är ”Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser” där artiklarna granskats enskilt och i dialog. Mallen bestod av frågor och fyra svarsalternativ “Ja”, “Nej”, “Oklart” eller “Ej tillämpligt” och avslutningsvis med att fylla artikeln relevans efter en helhetsbedömning med “Ja”, “Nej, eller “Inte relevant”. Alla artiklar var engelskt skrivna och vid läsning kan det uppstå språkliga barriärer vilket innebär en risk för systematiska fel i kvalitetsgranskningen. Sex artiklar valdes in till resultat som presenteras i tabell 1 med asterix (*) och tabell 2a. med relevanta områden markerat för artiklarna. De artiklar som valdes in bedömdes vara utav hög och medelhög

kvalité och som svarade lämpligast till syftet (Kristensson, 2014). Sedan i femte och sjätte lästes de utvalda artiklarna av båda författarna för att sammanfatta och öka förståelsen för informationen från materialet. En tabell skapades för artiklarna som inkluderades i resultatet av artiklarnas attribut (se *bilaga 1*) utformat av (Kristensson, 2014) för att ytterligare kritiskt, jämföra och granska kontrasten av relevansen. I sjunde steget utvärderades studierna med ett kritiskt förhållningssätt för att sedan enligt åttonde steget analysera och skapa teman utifrån artiklarna. Detta presenteras i tabell 2b av kategorierna *att leva med förlossningsskador*, och *möte med vården*, samt tillhörande underkategorier *fysiska begränsningar i vardagen*, *emotionella begränsningar i vardagen*, *normalisering av förlossningsskador*, *bristande information och uppföljning* och *bemötandet från vården*. Det presenteras även i tabell 2a vilka artiklar som innehåller de befintliga kategorierna. I nionde steget förberedes en slutgiltig kritisk sammanfattning som resulterade till denna litteraturöversikts resultatdel.

Polit och Beck's (2017) Niostegs modell för en allmän litteraturstudie.



Etiska aspekter

Helsingforsdeklarationen är generell forskningsetisk riktlinje som antogs enligt World Medical Association [WMA] (2018) år 1964 och är i första hand säkerhetsställa patientens omsorg, hälsa, välmående och rättigheter istället för vetenskapens och samhällets intressen. De fyra centrala etiska principerna är följande: Autonomiprincipen, Nyttoprincipen, Icke skada-principen och Rättvisepincipen. Det medför alltid risker och fördelar med medicinsk forskning och interventioner, det måste ske en riskberäkning innan studien verkställs och ständigt uppföljas. Innan studien äger rum ska alltid deltagarna transparent få information om syftet, konfidentialitet, anonymitet, risker och fördelar för att sedan frivilligt kunna ge sitt samtycke (Kristensson, 2014). Författarna till föreliggande studie har tagit hänsyn till dessa principer vid granskning av alla inkluderade artiklar i studien. Det har även tagit till hänsyn att inte förvanska de inkluderade artiklarnas innehåll och är etiskt godkända som följer Helsingfors deklarationen.

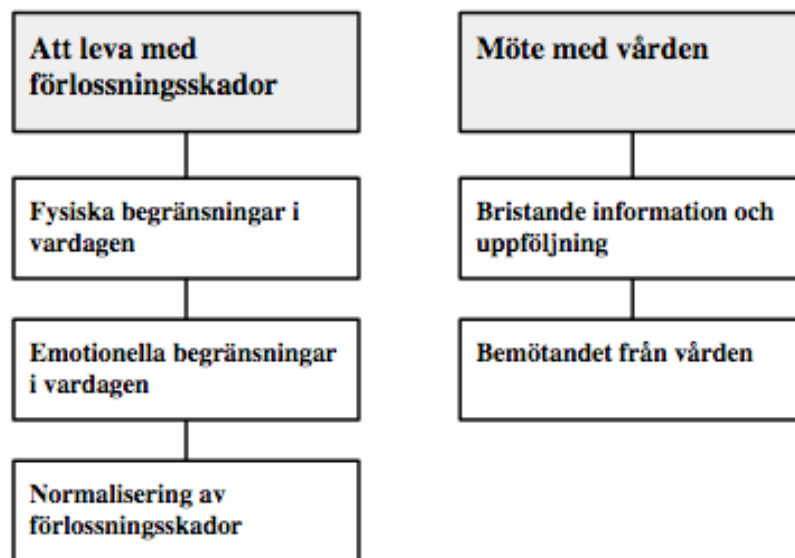
Tabell 2a. Resultatmatris

Temat: Artiklar:	Möte med vården	Att leva med förlossningsskador	Normalisering av förlossningsskador	Fysiska / emotionella begränsningar i vardagen
1. Beale, B., Jackson, D., O'Reilly, R & Peters, K. (2009).	X	X	X	X
2. Dahlen, H., Priddis, H., & Schmied, V. (2014).	X	X	X	X
3. Lindqvist, M., Persson, M., Nilsson, M., Uustal, E., & Lindberg, I. (2018).	X	X		X
4. Thompson, S., & Walsh, D. (2015).		X	X	X
5. Way. (2012).			X	X
6. Whapples, E. (2014).	X	X	X	X

RESULTATREDOVISNING

Från de inkluderade studierna identifierades två kategorier: Att leva med förlossningsskador och Möte med vården. Dessa två kategorier har underkategorier som behandlar kvinnors fysiska- och emotionella begränsningar i vardagen, normalisering av förlossningsskador, vårdpersonals bemötande samt bristande information och uppföljning från vården. Kategorier och underkategorier presenteras under i tabell 2b.

Tabell 2b. Översikt av kategorier och underkategorier.



Att leva med förlossningsskador

Enligt Lindqvist, Persson, Nilsson, Uustal, & Lindberg (2018) beskriver kvinnor, två månader efter en OASIS skada, att de kände en stark oro och frustration över att deras kroppar förändrats till att vara oförutsägbara och okontrollerbara. I samma studie beskrev över tusen kvinnor som deltog att de led av inkontinens och smärta och upplevde det som fysiska och psykiska begränsningar, samt att många av deras förväntningar på sitt nya familjeliv krossats.

Fysiska begränsningar i vardagen

De främsta fysiska besvären efter en förlossningsskada beskrevs vara inkontinens och smärta, besvären var av varierande omfattning och grad. För vissa upphörde smärtan redan en kort tid efter förlossningen medan andra upplevde kraftig smärta under längre perioder (Beale, Jackson, O'Reilly & Peters, 2009; Dahlen, Priddis, & Schmied, 2014; Lindqvist et al.,

2018; Whapples, 2014). Kvinnorna beskrev att den konstanta smärtan gjorde det svårt att sitta, stå, och gå, vilket begränsade deras rörlighet och förmåga att ta hand om spädbarn eller hushåll. Vidare berättade de att en stor del av smärtan var relaterad till suturerna och att de upplevde en lättnad efter att stygnen tagits bort (Lindqvist et al., 2018; Thompson & Walsh 2015). I en studie beskriver en kvinna sin smärta såhär: *I've never had that before. I don't even know what it is, my down below hurt me so much when I try to move or sit down. I can't explain. Horrendous shooting pains in my vagina* (Whapples, 2014, s.708). På grund av komplikationer, sekundära till OASIS, ökade smärtan och belastningen för de drabbade kvinnorna och bidrog till en oväntad försämring av deras livskvalitet. Dessa komplikationer kunde vara till exempel infektioner i suturerad vävnad, urinvägsinfektion, hemorrojder eller blödningar (Lindqvist et al., 2018). Även toalettbesöken beskrevs ge upphov till så pass mycket stress och ångest att kvinnorna sköt upp behovet av att gå på toaletten så länge det gick (Beale et al., 2009; Lindqvist et al., 2018; Whapples, 2014). Detta ledde ofta till förstoppning som i sin tur resulterade i ytterligare smärta och en rädsla för att krysta och sätta press på de suturerade områdena. Detta skapade en negativ spiral med ytterligare lidande av fortsatt förstoppning och smärta. Flera av kvinnorna beskrev även en obehagskänsla av tyngd, som att vaginan var på väg att 'falla ut' (Lindqvist et al., 2018).

I flera studier framkom det att kvinnorna som led av inkontinens upplevde en skam över att inte kunna hålla sig. En oro över att inte känna om de behöver gå på toaletten, eller att känslan inte var konsekvent i förhållande till huruvida blåsan var full eller inte (Dahlen et al., 2014; Lindqvist et al., 2018; Whapples, 2014; Way, 2012). Upplevelsen av en oförutsägbar och okontrollerbar kropp innebar att de aktiviteter som tidigare tagits för givet, nu blivit komplicerade och svåra, vilket medförde ytterligare begränsningar i kvinnornas sociala liv (Dahlen et al., 2014; Lindqvist et al., 2018; Whapples, 2014). Begränsningarna uttrycktes genom att kvinnorna undvek de fysiska aktiviteter som inte gick att hantera genom att till exempel bära inkontinensprodukter eller undvek att lämna hemmet för att inte hamna i generande situationer. Denna typ av krishantering blev en naturlig del av kvinnornas vardagliga liv (Dahlen et al., 2014; Lindqvist et al., 2018; Whapples, 2014). I en studie beskriver en kvinna känslorna kring urinläckage:

With the haemorrhoids, because with that you can actually get leakage, so again, you have to like wear a pad, so you don't get a mark on your underwear. With the incontinence, the other day, I was sick and I vomited and I lost control of my bladder at the same time and it was a lot [of urine] that time ... and I just felt, I don't know what I felt, angered at that is what happened (Beale et al., 2009, s. 2016).

En annan kvinna rapporterade att hon slutat att dricka vätska dagtid och en annan berättade att hon anpassade sina ärenden och utflykter till ställen baserat på deras tillgång till toalett (Whapples, 2014). Många kvinnor avslöjade omfattande problem med urin och/eller fekal inkontinens. Känslan att behöva rusa till toaletten för att inte bajsas på sig, gjorde att de alltid såg till att sova nära ett badrum eller använda stora bindor både dag och natt. Vidare avslöjade

kvinnorna upplevelser av att ofrivilligt släppa gas innehållandes avföring. Att sakna kontroll över sin kropp uppfattades som svårt att prata om och var den främsta orsaken till att de undvek att utföra många dagliga aktiviteter (Dahlen et al., 2014; Lindqvist et al., 2018). Många upplevde smärta på grund av friktion längs ärrvävnaden men kunde även känna oro över hur till exempel inkontinens eller infektioner kunde påverka den sexuella upplevelsen (Beale et al., 2009; Lindqvist et al., 2018). Vidare nämnde en studie (Dahlen et al., 2014) att kvinnor kan behöva ta smärtstillande läkemedel både innan och efter samlag för att ens kunna genomföra akten. För vissa har samlag beskrivits som en viktig del av deras relation med sin partner, för andra beskrevs det som ett åtagande, de gjorde sin 'plikt' att uppfylla sin partners sexuella behov.

Emotionella begränsningar i vardagen

I studien av Lindqvist et al. (2018) berättade kvinnorna om sina upplevelser, två månader efter en OASIS skada. Alla som upplevde inkontinens och smärta beskrev hur det, förutom fysiska begränsningar, också ledde till emotionella begränsningar, samt en rad krossade förväntningar av sitt nya familjeliv. Enligt flera av studierna så sker stora förändringar i det sexuella jaget för kvinnor som har upplevt bristningar av tredje graden eller mer. De beskriver en känsla av rädsla som är relaterad till det okända, liknande den kvinnor har inför samlag för första gången (Beale et al., 2009; Whapples, 2014). I studien av Whapples (2014) beskriver en kvinna hur hennes rädsla inför att ha samlag resulterade i att hon avstod helt från sin partner: *"I won't even go near him at the moment because I'm too scared having had the stitches."* (Whapples, 2014, s.709). Kvinnorna beskrev också en rädsla för att bli gravida igen och hur det oundvikligen kommer att leda till ytterligare en förlossning (Dahlen et al., 2014). De beskrev även en känsla av att inte vara en bra mamma eller partner, vilket påverkade deras självförtroende och självkänsla (Dahlen et al., 2014). Den skam över att leva med inkontinens tillsammans med sämre självförtroende och självkänsla kunde resultera i att kvinnorna isolerade sig (Lindqvist et al., 2018; Dahlen et al., 2014). De beskrev hur de undvek besök av familj och vänner på grund av rädslan att läcka, vilket kunde leda till pinsamma situationer (Lindqvist et al., 2018; Dahlen et al., 2014). De redovisades även i studien av Lindqvist et al. (2018) att kvinnor som genomgått allvarigare fall av bristningar också lett till depression i olika grad, så som posttraumatisk stress, panikångest och självmordstankar. Känslor av orättvisa och att inte kunna känna igen sig själv var relaterade till deras skador och den problematiska återhämtningen.

Normalisering av förlossningsskador

I tre studier beskriver flertal kvinnorna normaliseringen kring förlossningsskador (Whapples, 2014; Beale et al., 2009; Dahlen et al., 2014). I en av studierna uttryckte fem av tio deltagare att de inte besvärades av sina skador, trots att det visade sig att det var ett problem i deras liv. En kvinna beskrev hur hon rationaliserade sina besvär såhär: *"I suppose it's because I don't run everywhere and it's not happening every 5 minutes in the day I'm not considering that it is impacting on my life."* (Whapples, 2014, s.710). De kvinnor som levde

med långvariga besvär beskrev hur de överkom detta genom att de anpassade deras nya livssituation och med tiden accepterade att deras kropp inte längre fungerade som innan förlossningen. Man rättfärdigade sina förlossningsskador som en naturlig konsekvens av barnafödandet (Beale et al., 2009; Dahlen et al., 2014; Whapples, 2014). Kvinnorna upplevde att de inte blev tagna på allvar och ett vanligt argument från släkt och vänner, enligt Beale et al. (2009) var att det besvär som har drabbat kvinnor genom alla tiderna och inte var något unikt. En kvinna i studien beskrev sin frustration:

And you know what really annoys me, really to the point where I just want to scream is that if you try and talk to someone about it including your Mum or even some of your friends, especially the older women. They say like, 'women have been doing it for many years, you know, they have managed so, can't you?' (Beale et al., 2009, s. 2017).

Kvinnor upplevde även en normaliserande attityd från vårdens sida, att vårdpersonal försäkrat kvinnan om att hennes symtom var normala efter en förlossning (Beale et al., 2009). Att eftervården fokuserade på barnets hälsa och kvinnans anpassning till sin nya roll som mamma. Men att det fanns litet intresse för kvinnors hälsa efter förlossningen (Beale et al., 2009). Några kvinnor upplevde att när de väl tog upp sina symtom ignorerade vårdpersonalen deras omfattning av problem och trodde inte på att deras situation var så illa som de beskrev (Lindqvist et al., 2018).

Möte med vården

Bristande information och uppföljning

Många av kvinnorna upplevde att de inte hade fått tillräckligt med information om sina förlossningsskador (Dahlen et al., 2014; Thompson & Walsh, 2015; Whapples, 2014). Två studier tar upp hur mödravården misslyckats med att informera kvinnorna om vilka komplikationer förlossningsskadorna kunde ge och vilka åtgärder som fanns (Thompson & Walsh 2015; Dahlen et al., 2014). Enligt Way (2012) beskrev elva kvinnor att beroende på hur mycket kunskap och information de fått, tillsammans med det stöd de upplevde att de hade under förlossningsprocessen, var avgörande för hur deras uppföljning med vården såg ut. I samma studie beskrevs det två kvinnorna däremot uppmärksammade den förberedande informationen om bristningar, och önskade helst att hålla informationen okänt för att det skulle vara svårt att hantera den oförväntade smärtan efter förlossningen (Way, 2012). Kvinnorna som fått allvarigare grad av bristning, fick mer information och råd av vården än de kvinnor som fått mildare förlossningsskador (Dahlen et al., 2014). Den information som gavs direkt efter förlossningen om deras skador, kunde upplevas av kvinnorna som svår att förstå, ta till sig eller så var informationen otillräcklig (Dahlen et al., 2014; Thompson & Walsh, 2015).

Bemötandet från vården

Kvinnornas upplevelser över att ha blivit ignorerade av vården, handlade främst om att vårdpersonalen inte lyssnade på dem och att deras besvär förminskades, bortförklarades eller var feldiagnostiserade. Detta resulterade i osäkerhet, frustration och skuld över att inte kunna hantera situationen (Beale et al., 2009). I två studier (Beale et al., 2009; Lindqvist et al., 2018) beskrev kvinnorna, hur avfärdandet från vårdpersonalen upplevdes som att de inte blev tagna på allvar. Kvinnorna beskrev hur de var tvungna att själva kämpa för att hitta rätt vård och hjälp, och blev ofta hänvisade till andra vårdenheter (Lindqvist et al., 2018). En kvinna beskrev hur hon tillslut inte orkade med att bli vidare hänvisad så här:

First, I had to call here and there to finally get a referral to another clinic....! At the end, you just don't have the energy to try more and instead just try to put up with it (Lindqvist et al., 2018, s. 25)

Att vårdpersonal vidare hänvisade kvinnorna bidrog till ytterligare frustration, besvikelse och förtvivlan för de som sökt vård (Lindqvist et al., 2018). De uppfattade att vården för förlossningsskador, saknade specifika behandlingsåtgärder (Dahlen et al., 2014; Beale et al., 2009). Istället kunde kvinnorna uppleva en 'plåstereffekt' där de fick felaktiga behandlingar eller ingen vård alls (Dahlen et al., 2014). Enligt Beale et al. (2009) beskrev en kvinna bemötandet från vårdpersonal att det upplevdes som tvivelaktigt:

With the first baby I did actually go back to the doctor and said 'Look I am still not very happy' and the response from the doctor 'Yeah, well it is never going to be the same bottom again' and that was the response. (Beale et al., 2009, s. 2017)

Detta resulterade i att kvinnorna i studien (Beale et al., 2009) kände att de blev bemötta utan gehör från vårdpersonal. Att vårdpersonal inte hade lyssnat och därmed blev de inte tagna på allvar, vilket gjorde att de som orkade behövde upprepa proceduren av vårdsökande (ibid.). Utbildning av vårdpersonal och kvinnor, skulle leda till att fler sökte sig till vården för att få hjälp med postnatale problem (Beale et al., 2009).

Enligt Whapples (2014) upphör normalisering genom en utökning av barnmorskans roll. Detta i kombination med att det skapas en bättre struktur för remisshantering av postnatale skador, med syftet att tydligare signalera till kvinnorna att de kan få hjälp för sina problem och inte behöver lida i det tysta (Whapples, 2014).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Denna litteraturöversikt består av kvalitativdata för att lämpligast få förståelse för människors upplevelser, fenomen och empiri utefter det forskningsområdets syfte (Forsberg & Wengström, 2013). Vilket stärker studien validitet genom att data mäter vad som avses med studiens syfte (Polit & Beck, 2017). Det som kan anses en svaghet vid kvalitativ forskning är risken för misstolkningar av forskaren av de subjektiva bedömningarna från deltagarna (ibid.). Det kan även finnas en bristande transparens av hur deltagare valts ut och vara svårt att replikera undersökningen vid avseende till dess generaliserbarhet till miljöer och grupper (ibid.). Det kan även anses en svaghet att inga kvantitativa artiklar inkluderades, denna typ av vetenskaplig metodik skulle kunnat ge vår översikt möjlighet att objektivt granska och generalisera fenomen (Polit & Beck, 2017). Vid datainsamlingens process svarade inga kvantitativa artiklar mot studiens syfte därmed inkluderades de inte. En ytterligare metod som var möjligt att utföra var en empirisk intervjustudie, det skulle kunna ge en djupare förståelse med sinnesintryck och ge författarna till det föreliggande arbetet möjlighet att tolka kvinnors upplevelser om förlossningsskador (Polit & Beck, 2017). Detta diskuterades sinsemellan men vore realistiskt med tanke på tidsramen inom den aktuella kursen. Vi ansåg att en litteraturöversikt var lämpligast metod både för att granska den aktuella forskningen kring frågeställningen och för en realistisk tidsram för kursen vilket kan anses vara en fördel.

Sökningarna gjordes först i Cinahl sedan i PubMed, då de är vedertagna databaser för omvårdnad och medicinskt inriktade. Sökningar gjordes även i PsycINFO men utan nya relevanta sökträffar, därmed redovisas inte PsycINFO i datainsamlingen. Den heltäckande litteratursökningen redogörs i tabell 1. Flera sökningar användes än de som redovisas, där sökord som childbirth injury, postnatal injury, incontinence, perineal tear, health service, nursing och delivery injury testades utan relevanta träffar. Vid sökning sträckte sig tidsspannet av tidigare forskning endast till år 1991. Användandet av trunkering för att underlätta dokumentationen av sökhistoriken kan anses vara en styrka för översikten (Polit & Beck, 2017). Datainsamlingen avslutades när flertal olika sökningar gjordes utan att hitta ytterligare relevant forskning och datamättnad ansågs uppnådd. Att alla artiklar var referatgranskade även kallat peer reviewed vilket innebär att en ämnesexpert inom området läser och granskar arbetet för att bedöma vetenskapligheten, vilket är en styrka för vår översikts validitet (Polit & Beck, 2017). Det som kan försämra studiens validitet att översikten har en begränsad mängd antal forskning som stödjer syftet. Ett snöbollsurval betyder att för den föreliggande studien har referenser blivit inhämtade från en andra artiklars referenser för att få en tillräcklig datamättnad. Artikel (Way, 2012) som inhämtades via detta urval kontrollerades via Cinahl databas för referatgranskning. Vilket kan anses som en svaghet då det finns en risk att författarna i studien används sig avsiktligt av den inkluderade referensen (Forsberg & Wengström, 2013). Att författarna till översikten haft tillgång till begränsat mängd relevant forskning kan vara en svaghet för att det kan leda till felaktiga slutsatser (Forsberg & Wengström, 2013). Vi anser att trots den begränsade mängd forskning

skulle det vara oetiskt att bortgå från studiens syfte eftersom det är ett viktigt ämne som berör många kvinnor som påverkas och är i behov av omvårdnad.

Insamlingen av 16 artiklar för resultatet kvalitetsgranskades efter SBU:s granskningsmall (2014) för kvalitativ forskning till låg, medelhög eller hög kvalitet, utefter relevansen i artikelns; syfte, urval, datainsamling, analys och resultat. Denna typ av bedömning hade inte en form av poängsystem utan lämnar det öppet till föreliggande arbete för tolkning av relevans och kan skapa en subjektiv bedömning vilket kan anses en svaghet. Mallen har däremot en beskrivning om relevans vad som ska finnas i de olika områdena som författarna till översikten tolkade subjektivt och i diskussion vilket kan vara stärkande. Sex artiklar valdes att inkluderas, bortfallet berodde antingen på att artikelns urval samt datainsamling inte svarade emot vårt syfte. Två artiklar bedömdes ha hög kvalitet, och fyra till medelhög, vilket kan anses en styrka till studien. Att det har använts Polit & Beck (2017) niostegs analysmodell för datainsamling och analys, kan anses en styrka för översikten.

Inga geografiska avgränsningar valdes däremot är alla studier i resultatet från hög inkomst länder av västerländsk bakgrund. Tre studier var ifrån Storbritannien (Thompson & Walsh, 2015; Way, 2012; Whapples, 2014), två studier från Australien (Dahlen et al., 2014; Beale et al., 2009) och en studie från Sverige (Lindqvist et al., 2018). Samtliga studier påvisade att kvinnorna var omkring medelålders 25–45 år där kvinnorna fött barn i västerländska kulturer. Ingen av studien påtalade att en variation av etnicitet bland deltagarna. Hälften av studierna (Dahlen et al., 2014; Whapples, 2014; Way, 2012) var begränsade geografiskt till stadspopulation och inkluderade inte socioekonomiska grupper. Två av studierna (Beale et al., 2009; Thompson & Walsh, 2015) har variation demografiskt bland deltagarna. Fyra av artiklarna (Beale et al., 2009; Dahlen et al., 2014; Way, 2012; Whapples, 2014) använde av ett avsiktligt urval av deltagarna. En artikel (Thompson & Walsh, 2015) hade enbart inklusionskriterier för deltagarna och är varierande i socioekonomisk och demografisk bakgrund för deltagarna. Den svenska artikeln (Lindqvist et al., 2018) rekryterade sina deltagare från bristningsregistret utan geografisk, demografisk eller socioekonomisk avgränsning av deltagarna. Att mätningarna i data påvisar homogenitet i studierna medför detta en karaktärisering av låg variation (Polit & Beck, 2017). Författarna för den föreliggande översiktens anser att det kan försvaga resultatets överförbarhet och generaliserbarhet, då målgruppen i studierna inte är speciellt varierade förhållandevis till att barnafödelse och förlossningsskador förekommer globalt vilket kan försämra översiktens reliabilitet eftersom det inte fanns någon global avgränsning (Polit & Beck, 2017).

Författarna har försökt att stärka denna översikts validitet genom att kritiskt granska och värdera den mängd data som finns. Det som kan ses som styrka är de varierade av stadier efter förlossningen kvinnorna befinner sig i studierna. Två studier omfattade några veckor efter förlossningen (Way; 2012; Thompson & Walsh, 2015), två studie två till sex månader efter förlossningen (Lindqvist et al., 2018) och två studier med varierade tidsspann efter barnafödelse som varierade från månader till år (Dahlen et al., 2014; Beale et al., 2009). En ytterligare skillnad är att hälften av studierna (Beale et al., 2009; Dahlen et al., 2014; Lindqvist et al., 2018) baserade sitt urval av deltagare på kvinnor med bestående besvär av

förlossningsskador. Tre av studierna (Thompson & Walsh, 2015; Whapples, 2014; Way, 2012) var enbart urvalet baserat på kvinnor som förlöst vaginalt, dock har alla studier inkluderat ett urval av vaginala förlossningar. Detta gav skillnader att jämföra om kvinnors upplevelser i postpartum perioden vilket kan ses som en styrka till den föreliggande översikten. Trovärdigheten för den kvalitativa forskningen har bedömts vara uppnåelig i samtliga artiklar presenterade i resultatet vilket stärker studiens reliabilitet (Polit & Beck, 2017).

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att belysa kvinnors upplevelser kring förlossningsskador och mötet med vården. Kvinnornas upplevelser av en förlossningsskada är långt ifrån dom förväntningar som finns och få är förberedda på de negativa effekterna skadorna orsakar. Förutom de fysiska och emotionella besvär som smärta, inkontinens, isolering och depression, så är även normalisering och stigmatisering ett hinder i kvinnornas postnatala vård. Det framkom även i resultatet att kvinnorna uppfattade att de fått bristande information, feldiagnostiseringar och att de inte känner att deras besvär blir tagna på allvar från vårdpersonal.

Kvinnor med förlossningsskador upplever en rädsla inför att söka vård och känner att de inte bli tagna på allvar när de väl söker vård. Oftast normaliseras dessa skador, då kvinnors förväntningar av vaginal förlossning kan resultera i förlossningsskador. Den rådande omvårdnadsprocessen för postnatal vård anses vara bristfällig (Dahlen et al., 2014; Whapples, 2014). Detta kan styrkas från tidigare studie där kvinnor beskriver att bristen på information om förlossningsskador kunde vara en bidragande faktor till att de kände ångest och en rädsla inför att bli gravida igen (Williams et al., 2005). Genom att erbjuda en mer jämlik eftervård för alla kvinnor skulle fler få hjälp för sina besvär efter en förlossning.

I tidigare forskning beskrivs stigmatiseringen kring inkontinens vara orsaken till att kvinnorna ofta dolde sina besvär genom att isolera sig (Collings & Norton, 2004). Kvinnorna pratade om inkontinens som en anledning till att omgivningen skulle känna avsky mot dom, och det skulle resultera i att de då blev utfrysade (Collings & Norton, 2004). Stigmatisering tillsammans med normaliseringen kring inkontinens, menar studien, bidrar till att kvinnor drar sig ifrån att söka vård (Wagg, 2018). I tidigare forskning beskrivs det att kvinnorna känner en rädsla och skam över att inte våga prata öppet om inkontinens vilket var en ledande orsak till stress, isolering, dålig självkänsla och ytterligare depressiva symtom (Collings & Norton, 2004). Dessa negativa känslor har även beskrivits i andra studier av förlossningsskadade och främst av OASIS skadade (Dahlen et al., 2014; Tucker et al., 2014; Lindqvist et al., 2018).

Genom att stärka musklerna som håller uppe bäckenbotten och som finns runt ändtarmen, urinrör och slidan minskar risken för inkontinens och kan stärka kvinnans sexuella hälsa samt välmående (Kao et al., 2015; Fridén et al., 2013). Detta skapar en ansvars känsla för kvinnor

vilket däremot kan skapa en besvikelse över sin egen oförmåga att utövat övningar tillräckligt ofta (Thompson & Walsh, 2015; Whapples, 2014). I en studie av Arkel, Torell, Rydhög, Rikner, Bachmeier, Gutke, Fagevik & Olsen (2017) ifrågasätter författarna den bristfälliga evidensen bakom bäckenbottenträning vilket oftast blir föreskrivet under och efter graviditeter. Särskilt nämner författarna att det ger ingen fullvärdig effekt med bäckenbottenträning för fekal inkontinens som är ett globalt problem. Författarna till det här examensarbetet anser att sjuksköterskan kan göra stor skillnad för kvinnor genom att informera hur man utför, frekvensen, hur det ska kännas och varför man ska utföra bäckenbottenträning såsom rekommenderat av Whapples (2014). Samt informera vart de kan vända sig vid ihållande besvär och vad som kan göras om det inte går att utföra eller är för smärtsamt med övningarna (Whapples, 2014).

Diskussionen kring förlossningsskador och bemötandet från vården är ett aktuellt ämne idag. Kvinnor har i generationer fött barn och det är inget nytt att det genererar i skador som kan ge besvär. Däremot kan man idag tyda en förändrad uppfattning av synen på förlossningsskador. Vad man förr ansåg tillhöra konsekvenser av en förlossning, anser man idag vara ett resultat av kvinnors ohälsa. Bristningsregistret är ett sådant bevis på att man inte förens idag uppmärksammas detta. Genom att identifiera vetenskapliga kunskapsluckor (bilaga 2) för förlossningsskador uppmuntrar SBU (2016) till forskning inom ämnesområdena. Efter Socialstyrelsen (2017) kartläggning bedömdes det att det behövs mer kunskap och utbildning för personal i hela vårdkedjan om sjukdom, diagnostik, behandling och uppföljning av bristningar vid bäckenbotten. De flesta brister i vården för kvinnor efter förlossningen bedöms vara ostrukturerade och kräver organisationsförändringar i landstingen, vilket skapar en ojämlik vård över landstingen. Även att det behövs mer kunskapsstöd i form av riktlinjer och rekommendationer för att skapa en mer personcentrerad, säker, tillgänglig och jämlik vård nationellt (Socialstyrelsen, 2017). Här har sjuksköterskor en stor uppgift till att förbättra bemötandet av kvinnor med förlossningsskador. Att ta de på allvar och vara lyhörda för deras besvär och mående efter en förlossning resulterar i att fler kvinnor kan fångas upp och får den hjälp de behöver.

Författarna för det föreliggande arbetet har diskuterat eventuella aspekter varför det finns bristande forskning och evidensbaserad diagnostik samt behandling för förlossningsskador. Att vara gravid och att föda barn anses inte vara ett sjukdomstillstånd, framförallt inte en vaginal förlossning som ska vara den naturliga processen. Därav kan kvinnor normalisera deras skador och inte uppsöka vård i samma utsträckning. Författarinnan Abascal (2006) påpekar den negativa trenden att fler kvinnor önskar kejsarsnitt utav rädsla för komplikationer och smärta vilket innebär en vårdkostnad. Idag ska förlossningsvården vara personcentrerad och utgå från kvinnans önskemål fast en vaginal förlösning uppmanas från barnmorskor vid ett komplikationsfritt skede (Abascal, 2006). Enligt Hommel (2016) är värdegrunden för omvårdnad att främja till patientens hälsa och att hålla ett moraliskt ansvar för att värna om de mänskliga rättigheterna.

SLUTSATS

Kvinnor idag normaliserar deras besvär efter en förlossning vilket är en barriär för att söka vård. Stigmatiseringen kring vissa besvär är också en bidragande faktor till att det kvinnor undviker att ta kontakt med vården. De upplever också när de söker vård att de blir avfärdade av vårdpersonalen och en känsla av att de inte blir tagna på allvar vid uppsökandet av vård. Vården bör utöka ansvaret att informera kvinnor om de besvär som kan uppkomma efter en förlossning och ge tydlig hänvisning vart de kan få hjälp vid besvär. Författarna önskar som klinisk implikation att eftervården, förlossningen och andra vårdenheter ger korrekt diagnostisering och behandling för förlossningsskador. Att vården och information skall utgå utifrån riktlinjer, för jämlik vård för förlossningsskadade. Författarna vill uppmuntra till vidare forskning inom området för att säkerställa kvinnors hälsa och stärka deras livskvalité.

REFERENSER

De artiklar som inkluderades i resultatet är markerade med asterix (*)

Abascal, G. (2006). *Att föda: en barnmorskas tankar, råd och erfarenheter*. (4. uppl.) Stockholm: Månocket.

Arkel, E., Torell, K., Rydhög, S., Rikner, Å., Bachmeier, H., Gutke, A., & Fagevik Olsén, M. (2017). Effects of physiotherapy treatment for patients with obstetric anal sphincter rupture: a systematic review. *European Journal of Physiotherapy*, 19(2), 90–96. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1080/21679169.2016.1263872>

Bahtsevani, A., Nilsson, R., Sandström, B & Willman, A. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (4., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

*Beale, B., Jackson, D., O'Reilly, R & Peters, K. (2009). Women's experiences of recovery from childbirth: focus on pelvis problems that extend beyond the puerperium. *Journal of Clinical Nursing*, 18(14), 2013–2019. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/j.1365-2702.2008.02755.x>

Björkman, S. (2017). *Nya grepp för att åtgärda förlossningsskador*. Vårdfokus. Hämtat den 2019-15/07 från/ <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2017/juni/icm-nya-grepp-for-att-atgarda-forlossningsskador/>

Bolin, M., Edqvist, M., Olsson, A., Uustal, E., Orrskog, M., Tegerstedt, G., & Weichselbraun, M. (2017). *Bäckenbotten utbildning*. Hämtat den 2018-11-15 från/ <http://backenbottenutbildning.se/index.php/utbildningsmaterial/klassificering-av-bristningar>

Collings S, & Norton C. (2004). Women's experiences of faecal incontinence: a study. *British Journal of Community Nursing*, 9(12), 520–523.

*Dahlen, H., Priddis, H., & Schmied, V. (2014). Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 14(1), 32. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1186/1472-6874-14-32>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. rev. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Fridén, C., Nordgren, B., Wiklander, E-L, Wiklund, I. & Åhlund, S. (2013). Is home-based pelvic floor muscle training effective in treatment of urinary incontinence after birth in primiparous women? A randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, (92), 909–91. Doi: 10.1111/aogs.12173

Hommel, A. (2016). *Värdegrund för omvårdnad* (2. Rev och utök uppl.). Stockholm: Svensk sjuksköteförening. Hämtat den 2019-12/2 från/

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Kao, H-T., Hayter, M., Hinchliff, S., Tsai, C-H., & Hsu, M-T. (2015). Experience of pelvic floor muscle exercises among women in Taiwan: a qualitative study of improvement in urinary incontinence and sexuality. *Journal of clinical nursing*, 24, 1985-1994. Doi: 10.1111/jocn.12783

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

*Lindqvist, M., Persson, M., Nilsson, M., Uustal, E., & Lindberg, I. (2018). 'A worse nightmare than expected' - a Swedish qualitative study of women's experiences two months after obstetric anal sphincter muscle injury. *Midwifery*, 61, 22-28.

Nilsson, M. & Kummerfeldt, M. (2018). Många förlossningsskador, men obefintlig eftervård. Hämtat den 2018-12-16 från/

<https://www.dagenssamhalle.se/debatt/manga-forlossningsskador-men-obefintlig-eftervard-23531>

Polit, D. F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10. Utg.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Salmon D. (1999). A feminist analysis of women's experiences of perineal trauma in the immediate post-delivery period. *Midwifery*, 15(4), 247-256.

Scheff, T. (2014). Toward a concept of stigma. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(7), 724-725. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1177/0020764014547311>

Skärsäter, I. (red.). (2014). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2017). *Vård efter förlossningen: En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter en förlossning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat den 2018-25/11 från/ <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20592/2017-4-13.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2016). *Behandling av förlossningsskador som uppkommit efter vaginal förlossning: en kartläggning av systematiska översikter*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); SBU-rapport nr 250. ISBN 978-91-85413-93-5.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativa forskningsmetodik: patientupplevelser*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtat den 2019-20-1 från/
https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

Steen, M. (2012). Risk, recognition and repair of perineal trauma. *British Journal of Midwifery*, 20(11), 768–772. Retrieved from
<http://search.ebscohost.com.till.biblextern.sh.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,shib&db=ccm&AN=104434615&site=ehost-live>

Steen M. (2013). Promoting continence in women following childbirth. *Nursing Standard*, 28(1):49-57. doi:10.7748/ns2013.09.28.1.49.e7510.

Steen, M., & Diaz, M. (2018). Perineal trauma: A women's health and wellbeing issue. *British Journal of Midwifery*, 26(9), 574–584. doi: 10.12968/bjom.2018.26.9.574

*Thompson, S., & Walsh, D. (2015). Women's perceptions of perineal repair as an aspect of normal childbirth. *British Journal of Midwifery*, 23(8), 553–559.
<http://search.ebscohost.com.till.biblextern.sh.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,shib&db=ccm&AN=109823364&site=ehost-live>

Tucker, J., Clifton, V., & Wilson, A. (2014). Teetering near the edge; women's experiences of anal incontinence following obstetric anal sphincter injury: an interpretive phenomenological research study. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 54(4), 377–381. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/ajo.12230>

Voldner, N., Frøslie, KF., Haakstad, L-A., Bø, K., Henriksen, T. (2009). Birth complications, overweight, and physical inactivity. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. (88): 550-555. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1080/00016340902818162>

Wagg, A. (2018). Why incontinence gets no respect: an international and multidisciplinary perspective. *Australian & New Zealand journal continence journal*, 24(1), 4-6.
<http://web.b.ebscohost.com.till.biblextern.sh.se/ehost/detail/detail?sid=99b4c75d-aab9-44fe-adfd-2fb2daba49ed%40pdc-v-sessmgr05&vid=4&bdata=JkF1dGhUeXBIPWNvb2tpZSxpcCxzaGliJnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%253d%253d&lg=1&bdata=JkF1dGhUeXBIPWNvb2tpZSxpcCxzaGliJmxhbmc9c3Ymc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=129193041&db=ccm>

*Way, S. (2012). A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: Expectations, reality and returning to normality. *Midwifery*, 28(5), e712-9. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1016/j.midw.2011.08.011>

*Whapples, E. (2014). Do women who have encountered vaginal childbirth experience long

term incontinence or perineal pain? *British Journal of Midwifery*, 22(10), 706–715.
<http://search.ebscohost.com.till.biblextern.sh.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,shib&db=ccm&AN=103914779&site=ehost-live>

World health organization. (2013). *Postnatal care of the mother and newborn*. Geneva: World health organization. Hämtat den 2019-13-3 från/
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1

Williams, A., Lavender, T., Richmond, D.H. & Tincello, D-G. (2005). "Women's Experiences After a Third-Degree Obstetric Anal Sphincter Tear: A Qualitative Study". *Birth: Issues in Perinatal Care*, 32(2), 129–136.

BILAGOR

Bilaga 1

Tabell 2c. Artikelmatris (Kristensson, 2014)

Författare	Land/År	Design/ Metod	Syfte	Urval/ inkludering/ exkludering	Datansamling/ Analys	Resultat	Gradering
1. Beale B, O'Reilly, Peters K, & Jackson D.	Australien 2009	Kvalitativ Narrativa data Fenomenologisk studie	build understanding of women's recovery experiences in the presence of continued pelvic problems extending beyond the puerperium.	N=10 Avsiktligt urval av kvinnor med barn 6v- 5år. Inklusionskriterier är att upplevt minst ett av symtomen: inkontinens, pelvis smärta, hemorroider, prolaps, dyspareuni, anal eller tarmproblem Rekryterade från publicerad media och broschyrer på BVC	Djupgående intervjuer 1-2 timmar Två intervjuer utfördes på distans och åtta stycken närvarande intervjuer Tematisk analys Fenomenologisk reflektion	Huvudteman Rädsla för intimitet Att klara av en oförutsägbar kropp Befinna sig undergiven Känna sig avfärdad och under validerad	Hög
2. Dahlen, Priddis & Schmied.	Australien 2014	Kvalitativ Feministiskt perspektiv	explore how women experience and make meaning of living with SPT (severe perineal trauma)	Snöbollsurval N=12 Kvinnor som haft en grad 3- 4 bristning Flygblad och internet rekrytering	Djupgående intervjuer	Huvudteman Den övergivna modern En krossad saga Ett fullständigt annorlunda normalt Subteman Sårbar och utelämnad "jag kände mig som en köttbit" "om dom bara hade sagt till mig" En bruten kropp Att uppnå en vaginal förlossning En kontaminerad okontrollerad kropp Dom levde alltid lyckliga efter Definiera en ny mening av sig själv	Medelhög

<p>3.</p> <p>Lindqvist. Persson. Nilsson. Uustal, & Lindberg.</p>	<p>Sverige 2018</p>	<p>Kvalitativ Frågeformulär med öppna svarsalternativ</p>	<p>explores women's experiences of the first two months after OASIS with a focus on problematic recovery.</p>	<p>N=1248 (n=2955tot)Grad 3-4 bristning inkluderas, grad 1-2 exkluderas (n=114), inhämtat information från GynOp registret, rekryterade därefter deltagande via internet eller post</p>	<p>Formulär med öppna frågor delades ut mellan 1 jan 2014- 31 dec 2016 Kvalitativ analys</p>	<p>Temat: mard förv</p> <p>Huvu Att möt: fysisl psyko begrän</p> <p>Att le kros förvän</p> <p>Naviger vårdk</p> <p>Subt Att ha som en följes</p> <p>Att inkor</p> <p>Att li mer svåri;</p> <p>Känslor isol</p> <p>Att h tilläg fys kompli</p> <p>Känslor vara t</p> <p>Förlita st</p> <p>Känslor allt ska av</p> <p>Att inte på a</p>
<p>4.</p> <p>Thompson, & Walsh.</p>	<p>Storbritannien 2015</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk etiologi</p>	<p>explore women's perceptions of perineal repair as an aspect of normal childbirth</p>	<p>N=11 1 månad postpartum I-II grads bristning</p>	<p>Ostrukturerade intervjuer hemma hos deltagare, tematisk analys.</p>	<p>Huvu Myster perineal</p> <p>Perinea och öve till mo</p> <p>Barnn unde läknin helt 'n upple</p>

Bilaga 2

<p>5. Way.</p>	<p>England 2012</p>	<p>Kvalitativ grounded theory</p>	<p>to explore the feelings, perceptions and experiences of women in relation to their perineum following childbirth in the early postnatal period.</p>	<p>N=11 (N=6 först föderskor, N=5 omföderskor) vaginala förlossningar</p>	<p>Dagboks-anteckningar där deltagarna själva antecknade intervjuer</p>	<p>Huvud Sträva normal Subt Förber inför de Upplä ovär Anpass verkli Ta sig till det Återhär sig</p>
<p>6. Whapples</p>	<p>England 2014</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>determine whether women are suffering ill health in the 3–6 month postnatal period, in particular, incontinence or perineal pain, and offer suggestions to improve current service provision.</p>	<p>N=10 Inkludering: haft en vaginal förlossning. Befintlig postpartum 3-6v.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>Huvud och sub <i>Smärta</i> a)Pos b)Ana c)Smä <i>Sexuell</i> : a)Dysj b)Avhä <i>Inkontin</i> a)Be b)Nödv sor skyn c)Ofull töm d)Liv föränd e)Norm f)St inkon <i>Vårdper ansvar</i> a)Olä remissh b)Olä förklari <i>Stöd/har</i> a) skul haft m b)Pos depre <i>Bäcken träning/</i> a)räda BBT prol b)oförr göra kor c)När/l g</p>

De viktigaste områdena av kunskapsluckor enligt SBU (2016).

1	Diagnostik av förlossningsskador		Övrigt: Specifika skador på köns- stympade
2	<u>Prevention</u> – åtgärder under förlossning för att minska risken för förlossningsskador		
3	Behandling av grad 2-bristningar	Behandling av grad 3- och/eller grad 4 bristningar	
5	Behandling av skada på levatormuskeln		
6	Behandling av fistlar mellan urinblåsa och vagina ell er tarm och vagina		
7	Behandling av samlagssmärta		
8	Behandling av analinkontinens		
9	Behandling av skada orsakad av klipp		