



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA**

# **ALLT ÄR NORMALT**

Vilka erfarenheter har individer med förlossningsbristning av vården postnatalet? – en systematisk litteraturstudie

**Julia Lidberg  
Solvind Hammar**

---

Examensarbete:	15 hp
Program/kurs:	Barnmorskeprogrammet / Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2020
Handledare:	Herborg Holter. Med dr, Leg. Barnmorska
Examinator:	Malin Bogren. Doktor, Leg. Barnmorska

## Förord

Vi vill börja med att tacka Herborg Holter, som stöttat oss med god handledning genom hela processen, inte minst när det kändes motsträvigt. Vi riktar också tacksamhet till närstående och kurskamrater som hjälpt oss med korrekturläsning och bidragit med goda synpunkter. Slutligen ett tack till varandra för ett fint samarbete där vi kompletterat varandra.

## Sammanfattning

Titel svensk:	Allt är normalt - Vilka erfarenheter har individer med förlossningsbristning av vården postnalt? – en systematisk litteraturstudie
Examensarbete:	15 hp
Program/kurs:	Barnmorskeprogrammet / Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2020
Handledare:	Herborg Holter Med dr, Leg. Barnmorska
Examinator:	Malin Bogren Doktor, Leg. Barnmorska
Nyckelord:	Förlossningsbristning, Återhämtning, Möte med vården, Kvinnors erfarenheter, Personcentrerad vård, Eftervård

**Bakgrund:** Majoriteten som föder vaginalt drabbas av bristning. Det kan medföra olika komplikationer och påverka den fysiska och psykiska hälsan på lång sikt. Barnmorskan har en central roll i eftervården för att främja återhämtningen av dem som drabbats av perinealskador. Statliga myndigheter rapporterar brister i eftervården. Det är inte studerat om individen upplever att mötet med vården kan påverka deras återhämtning, ett samlat aktuellt kunskapsläge kring ämnet behövs för att kunna förbättra eftervården.

**Syfte:** Att undersöka vilka erfarenheter individer med förlossningsbristning har av mötet med vården postnalt och om det påverkar deras återhämtning.

**Metod:** En systematisk litteraturstudie med kvalitativa artiklar. Databaserna PubMed och Cinahl användes för datainsamling. Totalt sju kvalitetsgranskade artiklar inkluderades. Dataanalys genomfördes utifrån en induktiv innehållsanalys.

**Resultat:** Det var totalt 1918 deltagare i de inkluderade artiklarna. Fyra huvudkategorier identifierades vid dataanalys; "Brist på kunskap hos kvinnor", "Otillgänglig vård", "Vårdgivarens bemötande påverkar återhämtningen" och "Att gå vidare". Utifrån dessa kategorier framkom det att det var avgörande för kvinnors återhämtning att träffa rätt person inom vården. Denna nyckelperson var för många kvinnor svår att finna på grund av vårdens otillgänglighet, både i form av svårigheter att navigera i vården samt att finna adekvat individuell information och behandling. Istället möttes många kvinnor av vårdgivare som förminskade och normaliserade deras besvär. Vilket kunde skapa känslor som frustration och skam och ledde till en ökad ensamhet och isolering.

**Slutsats:** Föreliggande studie bistår med viktig kunskap för barnmorskor om hur individens återhämtning efter bristning påverkas av mötet med vården. Resultatet påvisar att individens återhämtning främjas av ett personcentrerat bemötande. Det finns behov av förändringar i eftervården såsom att skapa en tillgänglig och personcentrerad vård. Detta skulle kunna möjliggöra att fler individer får hjälp och bidra till bättre återhämtning och livskvalitet.

## Abstract

Title:	This is normal - Individuals with obstetric perineal injuries and their encounters with health care - a systematic literature review
Thesis:	15 hec
Program/Course:	Postgraduate Diploma in Midwifery Science/Reproductive and Perinatal health
Level:	Second cycle
Semester/year:	St/2020
Supervisor:	Herborg Holter PhD. Reg Midwife
Examiner:	Malin Bogren PhD. Reg. Midwife
Keywords:	Obstetrical perineal injury, Recovery, Health care encounters, Women's Experience, Person-centered care, Postnatal care

**Background:** Obstetric perineal injuries affect a large number of individuals after vaginal childbirth. It can cause various complications and affect long-term psychological and physiological health. In postnatal care, the midwife's role is central to the recovery of those who suffer from perineal injuries. State research reports challenges in postnatal care. No research on if the individual's encounters with health care affect their recovery has been done. To improve recovery, knowledge about this topic is vital.

**Aim:** To examine what experiences individuals with obstetric perineal injury have when encountering postnatal health care and how it might affect their recovery.

**Method:** A systematic literature review with qualitative articles, using the databases PubMed and Cinahl. Seven articles were included. Data was analyzed using inductive content analysis.

**Results:** A total number of 1918 participants were included. Four main themes were identified; "Lack of knowledge among women", "Inaccessible health care", "Health care impacts recovery" and "Moving on". It emerged that meeting the right person within the health care was vital to women's recovery. This key person was often hard to find due to lack of accessibility in health care, in terms of difficulties navigating and finding appropriate and individual care and information. Instead, many women experienced that health care professionals minimized and normalized their problems. This generated feelings of frustration and shame, which led to increased loneliness and isolation.

**Conclusion:** The results provide an important insight for midwives in how encounters with health care can affect the recovery from a perineal injury. They also show that person-centered care can encourage individuals' recovery and that the health care is in need of developments to make it more individualized and accessible. This would help more individuals with their problems and improve their recovery and quality of life.

## Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Förlossningsbristning.....	1
Klassifikation av bristning .....	2
Diagnostisering av bristning .....	3
Komplikationer efter bristning.....	3
Vård efter förlossning .....	4
Barnmorskemottagning.....	4
Bristningsregistret .....	5
Behov av förändringar .....	5
Osäkerhet hos barnmorskor.....	6
Kompetensbeskrivning för barnmorska.....	6
Personcentrerad vård .....	7
Problemformulering.....	8
Syfte .....	8
Metod .....	9
Design.....	9
Urval .....	9
Datainsamling .....	9
Strategi för datainsamling .....	10
Urvalsprocess.....	10
Kvalitetsgranskning .....	11
Dataanalys .....	12
Val av analysmetod.....	12
Analysprocessen .....	12
Forskningsetiska överväganden.....	13
Resultat.....	14
Inledning .....	14
Brist på kunskap hos kvinnor .....	16
Bristande information .....	16
Stigma och tystnad.....	17
Otillgänglig vård.....	17
Bristande vårdkedja .....	17
Söker inte vård .....	18

Vårdgivarens bemötande påverkar återhämtningen .....	19
Att bli förminskad .....	19
Att hitta rätt person .....	20
Att gå vidare .....	20
Hitta egna strategier .....	20
En ny vardag .....	21
Psykisk ohälsa .....	21
Diskussion .....	22
Metoddiskussion .....	22
Syfte .....	22
Design .....	22
Datainsamling .....	22
Urval .....	23
Kvalitetsgranskning .....	23
Dataanalys .....	24
Etik .....	24
Resultatdiskussion .....	25
Brist på kunskap hos kvinnor .....	25
Otillgänglig vård .....	26
Vårdgivarens bemötande påverkar återhämtningen .....	26
Att gå vidare .....	28
Slutsats .....	29
Referenslista .....	30
Bilaga 1 Exkluderade artiklar .....	36
Bilaga 2 Översikt av inkluderade artiklar .....	37
Bilaga 3. Urval från artikelgranskning av inkluderade studier .....	41
Bilaga 4. Dataextraktion .....	46
Bilaga 5. Dataanalys .....	47

## Inledning

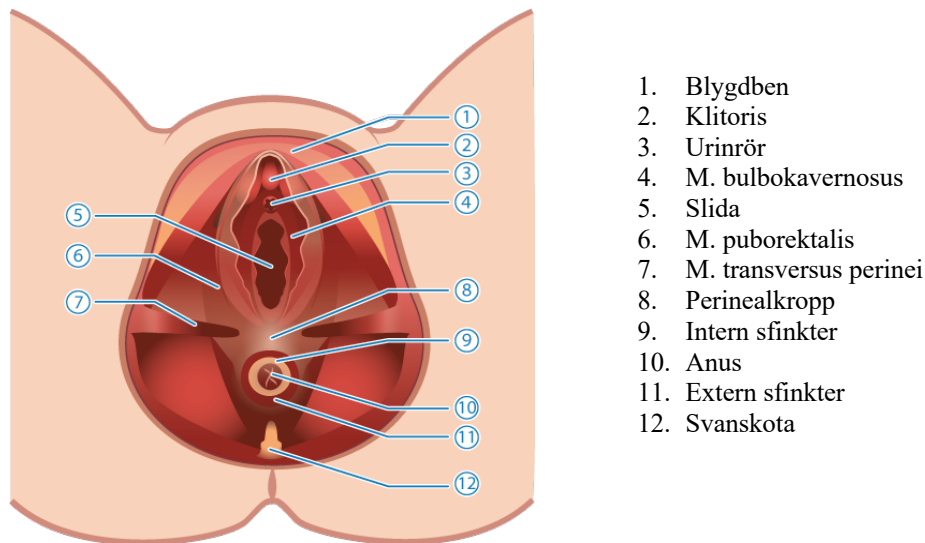
Det pågår en samhällsdebatt idag kring förlossningsvården och eftervården i Sverige. Flera individer vittnar om hur deras problem efter förlossning inte tas på allvar utan normaliseras. Grupper på sociala medier skapas för att de med besvär inte ska känna sig ensamma. Det pågår en kamp i syfte att bryta tabut och ge en ökad förståelse för dem som inte fått den hjälp de behövt. Majoriteten av de som genomgår vaginal förlossning drabbas av förlossningsbristning och det anses vara normalt för en förstföderska att få en grad II-bristning, vilket skulle kunna påverka bilden av skadan som okomplicerad. De mer omfattande bristningarna, grad III-IV, har det forskats en del kring och arbetet med att förebygga dessa är implementerat i förlossningsvården. Enligt den senaste nationella rapporten är kunskapsluckorna fortfarande omfattande. Det är oklart hur vanliga besvären är efter en normal grad II-bristning och hur många skador som missas vid den vanliga kliniska examinationen, såsom inre levatorskador. En förutsättning för att barnmorskor ute i verksamheterna rättvist ska kunna möta individer som söker för besvär, är att det finns förståelse för och kunskap om vad de går igenom.

## Bakgrund

### Förlossningsbristning

Förlossningsbristningar definieras genom gradering I-IV beroende på dess omfattning och benämns ofta som grad I-IV-bristning, där grad I-bristning är den minst omfattande (SFOG, 2020). I Sverige är grad II-bristning den vanligaste bristningen och ungefär fyra till fem procent drabbas av skada som involverar någon av analsfinktrarna, ändtarmens slutmuskelatur (Socialstyrelsen, 2017). Förstföderskor har större risk att drabbas av mer omfattande bristning (Edqvist, Hildingsson, Mollberg, Lundgren & Lindgren, 2017).

Vid beskrivning av grad III-IV-bristningar kommer begreppet "mer omfattande bristning" att användas genomgående i föreliggande studie. Vid beskrivning av grad I-II-bristningar, kommer begreppet "mindre omfattande bristning" att användas. Ordet "bristning" kan anses vara förminskande i förhållande till de skador som många individer drabbas av. Lämpligare ord skulle kunna vara obstetrisk perinealtrauma eller perinealskada, såsom det ibland används på engelska. Den term som vanligtvis används i Sverige är dock bristning och den kommer därför att användas i föreliggande studie för att inte förvirra läsaren. Det kan dessutom vara av vikt att skilja på "förlossningsbristning" och "förlossningsskada", då förlossningsskada kan definieras som en bristning som inte har suturerats eller diagnostiserats korrekt och som gett upphov till kvarstående besvär. I föreliggande studie kommer "skada" eller "bristning" att användas vid syftning på den bristning som uppstått vid förlossning, oavsett följderna efter den.



**Figur 1**

Förlossningsbristning är den vanligaste komplikationen till följd av vaginal förlossning (Edqvist m.fl., 2017). Figur 1 (SBF & Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi [SFOG], u.å.) illustrerar de anatomiska delar som en bristning kan involvera. I perinealkroppen (se 8) möts flera muskelfästen (se 4, 6, 7, 11) såsom figur 1 illustrerar. Perineum, eller mellangården, är vävnaden mellan slida (5) och anus (10).

### **Klassifikation av bristning**

Klassificeringarna enligt SFOG (2020) lyder:

Grad I: involverar skada på hud eller slemhinna i vulva eller vagina.

Grad II: involverar skada på perineala muskler/fästen utan engagemang av ändtarmsmuskel.

Grad II-bristningar klassificeras efter omfattning;

- a) "Liten grad II", omfattar mindre än halva perinealkroppen.
- b) "Medelstor grad II", omfattar mer än halva perinealkroppen.
- c) "Stor grad II, med nedre vaginalbristning", omfattar perinealkroppen samt bristningar upp till fyra cm långa och djupare än två cm i nedre delen av vagina.
- d) "Stor grad II, med hög vaginalbristning", omfattar perinealkroppen och bristningar som är över fyra cm långa och djupare än två cm, samt att den sträcker sig till övre delen av vagina.
- e) har unilateral skada på musculus levator ani.
- f) har bilateral skada på musculus levator ani.

Grad III: är en sfinkterruptur som involverar skador både på perineum och yttre eller, och inre analsfinktern, uppdelat i olika grader;

C) Mindre än halva externa sfinkter är involverad.

D) Mer än halva den externa sfinktern är skadad utan engagemang av den interna sfinktern.

E) Skada på både externa och interna sfinktern.



F) Enbart skada på den interna sfinktern.

Grad IV: innebär fullväggsskada som genomgår perineum, analsfinktrar och tarmvägg i analkanalen som kan fortsätta upp i rektum.

### **Diagnostisering av bristning**

För att bristningar ska kunna följas upp och för att kunna ge adekvat vård och behandling vid skada, är korrekt diagnos en förutsättning (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering [SBU], 2018). Efter vaginal förlossning inspekteras förlossningskanalen av barnmorskan för att identifiera eventuell bristning och dess omfattning (Olsson, 2016). Det är rekommenderat att två barnmorskor bedömer bristningen och vid minsta osäkerhet ska läkare eller mer erfaren kollega kontaktas. Vid en mindre omfattande bristning kan barnmorskan suturera den på förlossningssalen. Är det en mer omfattande grad II-bristning eller en grad III-IV-bristning, ska den sutureras på operationssal av läkare. Enligt Olsson (2016) ska rektalpalpation utföras för att kunna bedöma om skadan involverar rektum. Detta utförs också när vaginalbristningen är djup för att upptäcka skador på den rektovaginala fascian. Socialstyrelsens rapport (2017) visar att majoriteten av Sveriges sjukhus, men inte alla, har skriftliga rutiner där rektalpalpation skall utföras som standard efter vaginal förlossning.

### **Komplikationer efter bristning**

Bristning kan vara en riskfaktor för psykisk ohälsa postnatalt (Ayers, Bond, Bertullies & Wijma, 2016). Både individens fysiska och emotionella välmående kan påverkas på lång sikt efter bristning (Edqvist m.fl., 2017). I en översiktsartikel av Crookall, Fowler, Wood och Slade (2018) sammanställdes aktuellt forskningsläge över hur en bristning kan påverka kvinnors psykiska välmående. Totalt inkluderades elva kvalitativa och 22 kvantitativa artiklar. I studien vittnas det om att det behövs mer kunskap om hur kvinnors livskvalitet och vardag påverkas av de besvär som uppstått efter bristning. Det framkommer att det finns kunskapsbrist i vården gällande detta. En annan studie beskriver att det är viktigt att vidare undersöka kvinnors återhämtning efter bristning då många kvinnor känner sig oförberedda inför de fysiska och psykiska förändringarna som uppstått efter förlossning (Martin, Horowitz, Balbierz & Howell, 2014).

Williams, Herron-Marx och Hicks (2007) anser att det råder en bild av att kvinnor med mindre bristning, eller de med intakt perineum, inte har besvär efter förlossning. De uppmärksammas därför inte av vårdgivare och får felaktig behandling eller råd. Williams m.fl. (2007) påtalar att det råder en brist på kunskap och forskning kring perineala besvär relaterat till mindre bristning då fokus har legat på de mer omfattande bristningar. Detta var slutsatserna i en engelsk enkätstudie av Williams m.fl. (2007), där förekomsten av kvarstående besvär efter bristning undersöktes. I studien besvarade totalt 482, av de 2100 kvinnor som tillfrågades om att delta i studien, en enkät ett år efter sin vaginala förlossning. Kvinnorna hade antingen intakta perineum eller olika grader av perinealskador, vilka definierades som antingen spontana (grad I-III) eller efter klipp. I studien definierades postnatala besvär relaterat till bäckenbotten så som perinealsmärta, gas-, urin- eller avföringsinkontinens, besvär med

läkning, hemorrojder och dysfunktionellt sexliv. De dysfunktionella symtom som var relaterade till det sexuella samlivet beskrevs som minskad lubrikation, minskad känsla under samlag, ytlig eller djup dyspareuni, för slapp eller trång slida, samt oönskad gas- urin- eller avföringsläckage under samlag. Resultatet visade att över hälften av kvinnorna (54,4 procent) hade minst ett symtom relaterat till dysfunktionellt sexuellt samliv och 53,8 procent hade stressinkontinens (urin) ett år efter förlossning. En del av kvinnorna (9,9 procent) hade haft avföringsinkontinens någon gång den senaste månaden. Av de kvinnor som drabbats av bristning hade ungefär en tredjedel (32,6 procent) perinealsmärta. Kvinnor med mindre omfattande skada hade signifikant fler perineala besvär än de kvinnorna med intakt perineum och överlag så började kvinnor med bristning ha samlag senare än de med intakt perineum. Något som poängteras i studien var att gruppen med intakt perineum hade nydebuterade besvär, såsom urininkontinens (19,5–34,8 procent), dyspareuni (25,3 procent) och gasinkontinens (13,8 procent).

## Vård efter förlossning

### **Barnmorskemottagning**

De första sex veckorna efter förlossning definieras som den postnatala perioden (SBF, 2018). Nyblivna föräldrar kan behöva extra stöttning den första tiden efter förlossning eftersom det kan vara en stor omställning (Ransjö-Arvidson, Sjödin & Widström, 2014). För att den nya familjen ska få god och säker vård, samt underlätta för att de ska få en positiv upplevelse av den, är det viktigt att hela vårdkedjan från barnmorskemottagning, förlossningen till BVC kan samverka (Ransjö-Arvidson m.fl., 2014). För den nyförlösta individen sker normala förändringar efter förlossning, både hormonella och fysiska, som med gott socialt stöd oftast är övergående (Nordström & Wiklund, 2014).

Alla individer i Sverige ska sex till tolv veckor efter förlossning erbjudas ett eftervårdsbesök hos barnmorska på barnmorskemottagning, enligt det medicinska basprogrammet för graviditet och eftervård (SFOG, 2018). Dessförinnan bör ett telefonsamtal för en kort avstämning med familjen göras. Besöket, även kallat efterkontroll, skall bland annat innehålla samtal om individens, samt eventuell partners, förlossningsupplevelse och livsstilsfrågor. Det ska erbjudas preventivmedelsrådgivning, amningsstöd, samt gynekologisk undersökning. Även en utvärdering av det psykiska hälsotillståndet ska utföras. Vid den gynekologiska undersökningen skall barnmorskan inspektera slemhinnor och eventuell bristning, samt utvärdera bäckenbottenfunktion genom individens knipförmåga. För att förebygga inkontinens eller sexuella problem bör information och instruktioner om bäckenbottenträning med knipövningar lämnas ut. Om barnmorskan bedömer en svag bäckenbottenfunktion bör ett återbesök planeras för uppföljning efter tre till sex månader.

Enligt Arkel, Neymark Bachmeier, Rikner, Rydhög och Torell (2013) rekommenderas bäckenbottenträning som förstahandsval vid urininkontinens och det finns en fördel i att träningen påbörjas redan under graviditeten, för att knipet lättare ska hittas postnatalet. En vecka efter förlossning kan lättare knipövningar startas och som sedan kan förstärkas efter

ungefär en månad, men det ska inte vara smärtsamt. Enligt Arkel m.fl. (2013) bör individer med sfinkterruptur få träffa fysioterapeut redan på BB med uppföljning sex till åtta veckor postnalt. De ska då få specifika frågor gällande eventuella besvär relaterat till dysfunktion i bäckenbotten, såsom blås- och tarmfunktion och sexuella samlivet. Enligt Socialstyrelsen (2017) erbjuder inte alla sjukhus återbesök hos läkare för de som drabbats av en mer omfattande bristning, men de flesta gör det och i vissa fall även besök hos fysioterapeut.

### **Bristningsregistret**

Ett kvalitetsregister för bristningar startades i Sverige år 2014, i syfte att identifiera individer som har besvär efter bristning och för att kunna erbjuda dem uppföljning vid behov (Socialstyrelsen, 2017). Sedan bristningsregistret startade har endast mer bristning registrerats, vilket har skapat förutsättningar för läkare och barnmorskor att få återkoppling, samt att sjukhusen har kunnat följa upp sina medicinska resultat. Detta har möjliggjort att sjukhusen har kunnat arbeta för att minska dessa skador, vilket också har skett sedan registrets start. Även möjlighet att använda data från registret till forskning finns.

Den första januari, 2020, presenterade SFOG (2020) en fördjupad klassificeringen av grad II-bristningar för att förbättra uppföljningen och diagnostiseringen av dem. Innan den kom sammanfördes alla former av grad II-bristningar till en diagnoskod (SFOG, 2020). Detta kan ha medfört att de mer omfattande grad II-bristningarna har förbisetts, då variationerna i dess omfattning skiljer sig stort (SBU, 2018). Bristningsregistret är klart för att kunna börja registrera och följa upp grad II-bristningar, vilket är en framtida målsättning men som i nuläget inte är i gång (Socialstyrelsen, 2017). I år bedömde Socialstyrelsen (2020) att informationen om grad II-bristningar från registret var för bristfällig för att statistisk skulle kunnat ha redovisats.

### **Behov av förändringar**

En nationell rapport från Socialstyrelsen (2017) påvisar att det finns många brister i eftervården. Dels råder det en brist i kontinuiteten, med glapp i vårdkedjan och en otydlighet i vart individen ska vända sig efter utskrivning från förlossningssjukhuset. Socialstyrelsen bedömning är att det krävs förändringar i eftervården för att den ska bli mer patientcentrerad, tillgänglig, säker och jämlik i hela landet.

SBU (2019) utsåg en arbetsgrupp på 14 personer, bestående av vårdgivare och kvinnor med perinealskador, för att utforma en sammanställning över vilka forskningsfrågor som bör prioriteras när det kommer till perinealskador och behandlingen av dem. Enligt rapporten borde det prioriteras att undersöka effekten av en attitydförändring hos vårdgivare gällande perinealskador utifrån ett patientperspektiv. Likaså vad effekten blir av en tydligare vårdkedja med information om vart individer ska vända sig vid komplikationer, samt om en fördjupad och mer grundlig undersökning vid efterkontrollen kan leda till förbättrad återhämtning. I rapporten uttalas också att det är viktigt att satsa på kunskapshöjande åtgärder för att förbättra vårdgivares bedömningar av perinealskador. Det innebär att forskning bör bedrivas med fokus på grad II-bristningar, separat från de mer omfattande bristningarna. Det finns, till exempel,

inte tillräckligt med kunskap om hur grad II-bristningar bäst behandlas, både vid suturering direkt efter förlossning men även i ett senare skede (SBU, 2019). Det finns inte heller någon vetenskapligt fastställd behandling för levatorskador, som är vanlig bäckenbottenskada vid vaginal förlossning (SBU, 2018). De missas dessutom ofta vid diagnostisering.

### **Osäkerhet hos barnmorskor**

I en enkätundersökning i Sverige (Vårdförbundet, 2018), som 562 barnmorskor besvarade, visar det sig att majoriteten av barnmorskorna vill ha mer kunskap om bäckenbottenmuskulaturens anatomi och funktion. Var femte barnmorska känner sig inte trygga med att suturera, framför allt inte vid de mer omfattande grad II-bristningarna. Majoriteten av barnmorskorna meddelar att de sällan eller aldrig får återkoppling på när de suturerat.

I en engelsk studie av Andrews, Sultan, Thakar och Jones (2006) framkommer det hur erfarna barnmorskor felaktigt diagnostiserar perinealskador. Det var 173 av 241 kvinnor som deltog i studien som förlöstes av barnmorska, varav 30 kvinnor fick en mer omfattande bristning. Endast fyra av dem diagnostiserades korrekt. En hade identifierats felaktigt som en grad I-bristning, resterande som grad II-bristningar. Liknande missbedömningar utfördes bland de kvinnor som blivit förlösta av läkare, där enbart en av 29 blev korrekt diagnostiserad som grad II-IV av barnmorskan. Dolda analsfinkterrupturer är de som inte kan upptäckas vid klinisk examination och är enligt Andrews m.fl. (2006) sällsynta. Enligt studien är de flesta analsfinkterrupturer bedömningsbara vid klinisk examination. Det noterades i studien att ingen barnmorska utförde rektalpalpation.

### **Kompetensbeskrivning för barnmorska**

Att inneha kompetens kan innebära att ha lagstadgad behörighet, erforderliga kvalifikationer och förmåga för att utöva viss befattning (Dalén, 1964). Kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska i Sverige utfärdas av Svenska Barnmorskeförbundet [SBF] (2018). Syftet med den är att tydliggöra rollen för den enskilda barnmorskan och ge rekommendationer för barnmorskans professionella kompetens samt ansvar inom kompetensområdet reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. Kompetensbeskrivningen är grundad i en internationell etisk kod för barnmorskor:

*... kod som tar hänsyn till kvinnor som personer med fullständiga mänskliga rättigheter, söker rättvisa för alla människor och jämlikhet när det gäller tillgång till hälsovård, baseras på ömsesidig respekt och tillit och tar hänsyn till varje människas eget värde. (SBF, 2018, s. 4).*

I Sverige är sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter [SRHR] en mänsklig rättighet (Socialstyrelsen & Folkhälsomyndigheten, 2014). En del av barnmorskans kompetensbeskrivning innefattar ett främjande arbete med SRHR och vården före, under och efter förlossning (SBF, 2018). Barnmorskans arbete är därför viktig för att uppnå FN:s 17 globala mål för hållbar utveckling där några av delmålen är att minska mödradödligheten och

tillgängliggöra reproduktiv hälso- och sjukvård för alla (United Nations Development Programme, 2015).

Genom att utgå från ett etiskt perspektiv som människovärdesprincipen, kan barnmorskan bidra till att stödja individens autonomi, självbild och integritet oavsett vem det är (SBF, 2018). Det råder höga krav på att varje barnmorska självständigt tar ansvar för att stödja sitt arbete på vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att ha förståelse för olika kulturella aspekter som kan komma till uttryck i arbetet. Barnmorskan ska vara normmedveten och möta varje individ jämlikt, i den kontext individen är och utifrån enskilda behov.

En del av barnmorskans hälsofrämjande och förebyggande arbete kan vara att stärka personens egen kontroll över sin hälsa, till exempel genom att ge kompetensbaserad information och kunskap om egenvård (SBF, 2018). Det handlar också om att barnmorskan ska ha kompetens att förebygga problem som kan leda till psykisk eller fysisk ohälsa. Det innebär att barnmorskan ska kunna upptäcka avvikelser och komplikationer och utifrån det kunna ge råd eller göra en bedömning av vilka åtgärder som är relevanta. Enligt kompetensbeskrivningen ska barnmorskan ha kompetens att identifiera vaginala bristningar och bäckenbottenskador, samt avgöra om det finns behov av uppföljning av dem.

## Personcentrerad vård

Personcentrerad vård har valts som teoretisk referensram i föreliggande studie, då det utgår från att se varje person som enskild individ och ge vård utifrån individens egen berättelse och behov (Ekman & Norberg, 2015). Detta anses vara nödvändigt för att kunna förstå vilka erfarenheter individer har som drabbats av bristning och kommer att appliceras genomgående i resultatdiskussion.

Personcentrerad vård utgår från individens berättelse (Ekman & Norberg, 2015). Med berättelsen som utgångspunkt kan vårdgivaren få förståelse för hur besvären påverkar individens vardag och tillsammans skapa en vårdplan utifrån individens enskilda behov. Den mest centrala delen inom personcentrerad vård är att skapa en förtroendefull relation, ett partnerskap, för att individen ska känna sig bekväm med att berätta om sina intima problem och våga visa sina svagheter. Partnerskapet medför också att individen känner sig respekterad och förstörd. Balansgången kan vara svår mellan att få en detaljerad berättelse samtidigt som individens integritet bevaras (Ekman & Norberg, 2015). Det krävs att vårdgivaren är lyhörd för att kunna skapa förståelse och bli medveten om individens vilja och kunskap om sig själv (Dahlberg & Ekman, 2017). En förutsättning för personcentrerad vård är att individen inte reduceras till sin sjukdom, utan ses som expert på sitt eget tillstånd och sin personliga upplevelse, medan vårdgivaren ska stå för den professionella kunskapen om sjukdomar, vård och behandling (Ekman & Norberg, 2015).

## Problemformulering

Många som föder vaginalt drabbas av någon form av bristning. Det kan medföra olika former av komplikationer och påverka den fysiska och psykiska hälsan på lång sikt. Tidigare forskning har påvisat hur vården brister, både kunskapsmässigt och organisatorisk. Det råder fortfarande okunskap kring vilken behandling som kan vara mest lämplig och många perinealskador kan fortfarande diagnostiseras felaktigt. I eftervården har barnmorskan en central roll i att bemöta och stödja de som drabbats av bristning. För att kunna göra det, är det viktigt att barnmorskan har kunskap om hur perinealskador bedöms, hur de ska följas upp och vilka komplikationer som kan uppstå. Det finns forskning som undersöker individers upplevelser efter bristning, dock finns ingen samlad forskning kring hur barnmorskans bemötande kan påverka individers upplevda känsla av återhämtning efter bristning, oavsett vilken grad. Detta är därför betydelsefullt att undersöka för att möjliggöra att fler individer ska mötas med personcentrerad vård och mötas efter sina individuella behov.

## Syfte

Syftet är att undersöka vilka erfarenheter individer med förlossningsbristning har av mötet med vården postnatalet och om det påverkar deras återhämtning.

## Metod

### Design

För att kunna besvara syftet valdes en systematisk litteraturstudie som metod, då tanken var att undersöka det aktuella kunskapsläget och vad den rådande forskningen visade (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). En systematisk litteraturstudie innebär att systematiskt söka och analysera kvalitetsgranskade artiklar. Resultatet av litteraturen inom ett ämnesområde sammanställs och presenteras sedan för att ge en översikt av kunskapsläget. För att möjliggöra att föreliggande studie skulle utföras korrekt, lästes validerade metodböcker gällande systematiska litteraturstudier noggrant igenom före start av datainsamling.

### Urval

För en kvalitativ frågeställning kan PEO-formatet användas för att identifiera de nyckelkomponenter som resultaten i artiklarna ska visa (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Formatet kan också användas för att ta fram inklusions- och exklusionskriterier. PEO i föreliggande studie var:

P (Population): kvinnor med förlossningsbristning

E (Exposure): återhämtning, mötet med eftervården

O (Outcome): upplevelse och erfarenhet

Inklusionskriterierna var: kvalitetsgranskade originalartiklar, att deltagarna genomgått vaginal förlossning och drabbats av förlossningsbristning, att deltagarnas erfarenheter eller upplevelser av vården och, eller sin återhämtning efter förlossningsbristning beskrivits, att den postnatale perioden definierades utifrån tiden då deltagarna kommit hem från förlossningssjukhuset, samt att artiklarna erhållit etiskt godkännande från etikprövningsnämnd. För att undvika att missa relevanta artiklar sattes inga begränsningar för när artiklarna publicerats, i vilket land som forskningen var utförd eller hur lång tid som passerat efter förlossning och när studien utfördes.

Artiklar som exkluderades var översiktsartiklar, artiklar på annat språk än svenska eller engelska, om de inte fanns tillgängliga i fulltext, att bristningar inte definierades eller att den postnatale perioden enbart beskrevs under BB-perioden.

### Datainsamling

För att säkerhetsställa att rätt sökord skulle användas, kontrollerades olika indextermer och eventuella synonymer, detta för att möjliggöra en omfattande sökning som både var sensitiv och specifik (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Det innebär att sökningen ska fånga in så många relevanta artiklar som möjligt inom området och undvika irrelevanta artiklar (Rosén, 2017). Av samma anledning användes index-termerna i fritextsökning. De olika synonymerna kombinerades med boolesk logik, såsom "AND" och, eller "OR". De tre sökblock som

skapades och hur de använts, finns illustrerat i tabell 1. Även de filter som använts ses i tabell 1. De databaser som ansågs vara relevanta och där sökningarna utfördes, var PubMed och Cinahl. Orsaken var att artiklar inom medicin och, eller omvårdnad kan finnas publicerade där, samt att databaserna var tillgängliga. Sökningen utfördes först i PubMed därefter i Cinahl för att minska risken för dubletter.

### Strategi för datainsamling

De sökblock som användes baserades på nyckelkomponenter i föreliggande studies syfte (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Dessutom utfördes en testsökning och sökblocken korrigerades därefter för att möjliggöra en sensitiv och specifik sökning, som skulle kunna ge studien hög trovärdighet. Därför fastställdes också inklusions- och exklusionskriterierna och PEO innan datainsamlingen påbörjades. Avgränsningar är viktiga för att erhålla vetenskapliga artiklar av hög kvalitet.

**Tabell 1.** Sökningsförfarande

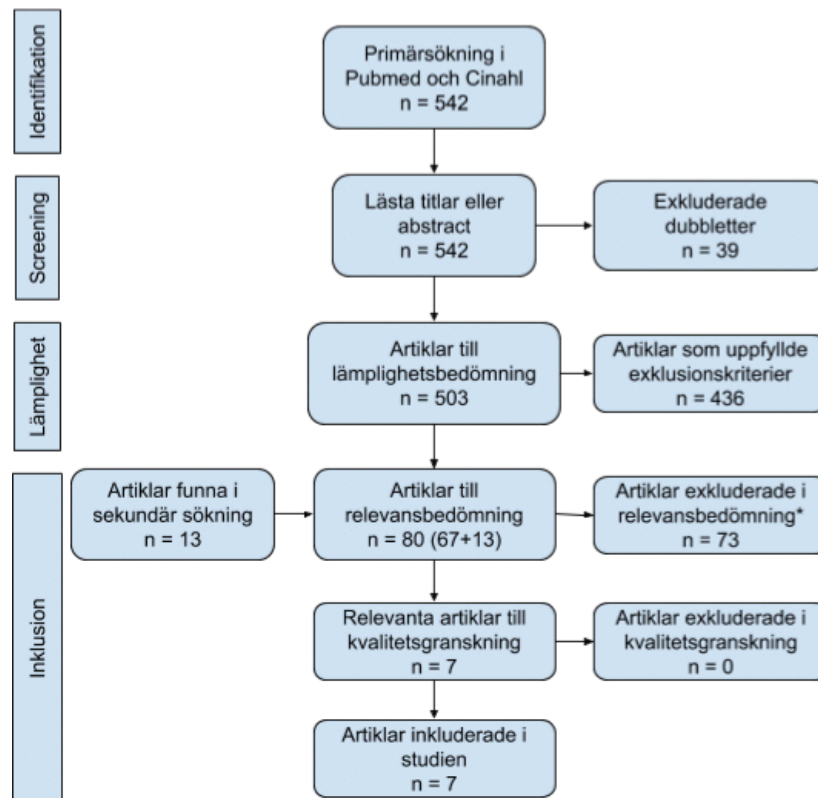
Databas och datum	Sök-block med boolesk logik		Filter	Antal träffar
PUBMED, 20-04-02	#1	(laceration OR lacerations) OR (rupture OR ruptures) OR (tear OR tears) OR (perineal trauma) OR (perineum injuries) OR ("perineal morbidity") OR (recovery)	abstract, English, Swedish, human, female	200 750
PUBMED, 20-04-02	#2	postpartum OR postnatal OR (obstetric labor complications) OR ("after childbirth") OR ("post-delivery period")	abstract, English, Swedish, human, female	97 872
PUBMED, 20-04-02	#3	(Quality of life) OR (childbirth experience) OR (attitude to health) OR ("women's experience*")	abstract, English, Swedish, human, female	407 722
PUBMED, 20-04-02	#1 AND #2 AND #3		abstract, English, Swedish, human, female	469
CINAHL, 20-04-02	#1 AND #2 AND #3		peer-reviewed, English, Swedish, human, female Exclude medline-records	73

### Urvalsprocess

När primärsökningen resulterade i en relevant mängd artiklar, utfördes första urvalet i två steg. Första steget var en grov gallring efter titel och abstract, nästa steg var att bedöma återstående artiklar i fulltext. För att stärka den interna validiteten i urvalet och minska risken för bias utfördes dessa steg först enskilt, sedan gemensamt (Mårtensson & Fridlund, 2017). Även en sekundär sökning utfördes i referenslistor för att minimera risken att missa relevanta artiklar och för att bredda sökningen ytterligare (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Urvalsbias undveks genom att alla artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna bedömdes efter relevans. Totalt 80 stycken artiklar relevansbedömdes i fulltext, de artiklar som exkluderades hade till exempel enbart studerat symptom eller fokuserade inte på vaginala förlossningar. Exempel på exkluderade artiklar finns presenterade i bilaga 1. De sju artiklar som således blev kvar, kvalitetsgranskades enligt mall av Caldwell, Henshaw och Taylor (2011). I PRISMA flödesdiagram (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016) demonstreras hur



resultatartiklar togs fram, se figur 2. De artiklar som valdes ut för analys har markerats med \* i referenslistan och en sammanfattning av dessa återfinns i bilaga 2.



Figur 2. Flödesdiagram över framtagning av data

## Kvalitetsgranskning

En validerad granskningsmall från Caldwell m.fl. (2011) valdes för att värdera samtliga artiklar som ansågs vara relevanta för studien. Totalt finns 18 frågor i kvalitetsbedömning av Caldwell m.fl. (2011), där varje fråga kan få 0–2 poäng. Frågorna kan besvaras med antingen: Ja: 2 poäng, Delvis: 1 poäng eller Nej: 0 poäng, där maxpoängen är 36. De artiklar som bedömdes ha hög kvalitet behövde uppnå minst 32 poäng i kvalitetsgranskningen, artiklar som bedömdes ha medelhög kvalitet hade mellan 27–32 poäng, hade en artikel under 27 poäng bedömdes kvaliteten som låg. Skulle en artikel ha fått 18 poäng eller lägre, så skulle den ha uteslutits ur studien eftersom kvaliteten på de inkluderade artiklarna i en systematisk litteraturstudie är grunden för kvaliteten på den slutsats som kan dras från studien (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). För att validera kvalitetsgranskningen, som är en komplicerad process, bör artiklarna värderas av två oberoende personer (Rosén, 2017). Artiklarna granskades först enskilt och därefter fördes en diskussion kring granskningarna, för att sedan gemensamt fastställa den slutgiltiga poängen för varje artikel. Samtliga inkluderade artiklar bedömdes ha medelhög eller hög kvalitet. Poängsumman för varje inkluderad artikel återfinns i bilaga 2. Ett exempel på kvalitetsbedömning enligt Caldwell m.fl. (2011) för tre av de inkluderade artiklarna presenteras i bilaga 3.

## Dataanalys

### Val av analysmetod

Eftersom artiklar som publiceras kan få begränsat med utrymme eller antal ord att publicera, kan kvalitativa artiklar få ett mer kortfattat resultat (Dahlberg, 2014). När flera nyanser av data kan vara svåra att få fram, kan en innehållsanalys vara en lämplig metod (Dahlberg, 2014). En induktiv innehållsanalys ansågs mest rimligt i föreliggande studie eftersom de inkluderade artiklarna inte var tillräckligt lika varandra för att kunna utföra en metasyntes, som annars hade kunnat vara ett alternativ (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016), samt kan en induktiv ansats vara lämplig när det inte finns tillräckligt med forskning inom ämnet (Elo & Kyngäs, 2008).

### Analysprocessen

För att skapa grundlig förståelse och skapa olika dimensioner av de perspektiv som presenterades i resultatet, lästes resultatdelen igenom flertalet gånger (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). I det andra steget markerades varje ord eller mening av resultatet i originalartikeln som skulle kunna besvara syftet i föreliggande studie. Varje enhet färgkodades efter det ämne den bedömdes beröra. Varje färgkodad textenhet extraherades sedan från artikeln till tillhörande tabell för dataextraktion, se exempel i bilaga 4, i det ämne den ansågs tillhöra för att ge en överskådlig bild. De olika ämnena i föreliggande studie var återhämtning och mötet med vården. För att tydligt kunna redovisa hur data har extraherats från varje inkluderad artikel, så noterades den sida, kolumn och rad som data hämtades från i respektive artikel. För att öka validitet av resultatet utformades en sammanställning av all extraherad data i tabeller, se exempel i bilaga 5 (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Det var viktigt de extraherade textenheterna inte blev för små då det finns risk för fragmentering (Elo & Kyngäs, 2008). Textenheterna översattes därefter från engelska till svenska.

Koder som beskrev innehållet i textenheterna skapades sedan frikostigt, för att identifiera olika aspekter av den data som extraherats (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Likheter och olikheter i koder jämfördes och därigenom skapades mer sammanfattande underkategorier. I detta steg sällades vissa uttryck eller ord bort från de extraherade textenheterna som ansågs vara irrelevanta. De underkategorier som liknade varandra samlades sedan i bredare kategorier, huvudkategorier. Om några av huvudkategorier nästintill var identiska, kunde de tas bort (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Det lades vikt vid att skapa beskrivande kategorier som kan generera kunskap om innehållet (Elo & Kyngäs, 2008).

Samtliga steg av analysprocessen utfördes individuellt för att sedan diskuteras gemensamt (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Förändringar utfördes därefter när det var nödvändigt. Detta för att minska risken för systematiska analysfel och möjliggöra hög validitet av analysmetoden. För att säkerhetsställa att valda under- och huvudkategorier speglade alla viktiga delar av resultatet i artikeln, lästes resultatdelen om igen och eventuella förändringar genomfördes, dock behövdes inga större justeringar utföras. Varje steg i dataanalysen upprepades för varje inkluderad artikel. Resultaten från de inkluderade artiklarna

syntetiserades och presenteras i resultatdelen av föreliggande studie (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). För att öka pålitligheten presenteras resultaten med citat från de inkluderade artiklarna (Elo & Kyngäs, 2008).

## Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiska överväganden bör utföras före, under och efter en studie (Juth & Helgesson, 2018). Risker för deltagarnas autonomi och integritet värderades inför föreliggande studie. Genom att enbart inkludera redan publicerade artiklar som erhållit etiskt godkännande från etikprövningsnämnd, ansågs risken liten för att inskränka på deltagarnas autonomi och integritet (World Medical Association [WMA], 2013). Dessutom var deltagarna anonyma och eventuell känslig data hade avidentifierats. Information om samtycke och etiska överväganden bör finnas beskrivet i de inkluderade artiklarna, vilket det också var.

Nyttan med föreliggande studie skulle kunna bidra med ökad kunskap och förståelse, som för en individ skulle vara värdefullt och kunna påverka hälsan positivt samt ge ökad livskvalitet. För att kunna applicera resultatet i vården, krävs ett tillförlitligt resultat (WMA, 2013). Kunskap kring metod och studiedesign för en systematisk litteraturstudie inhämtades därför inför start av studien. För att uppnå god vetenskaplig kvalitet utfördes kvalitetsgranskning av samtliga inkluderade artiklar. Artiklar med låg kvalitet skulle ha uteslutits.

Hela forskningsprocessen i föreliggande studie redovisades på ett strukturerat sätt för att följa god forskningssed (Vetenskapsrådet, 2011). Varje steg motiverades och resultatet bearbetades noggrant för att det inte skulle bli missvisande eller förvanskat. För att säkerställa att resultatet av föreliggande studie skulle uppvisa god evidens och vara tillförlitlig, utfördes reflektioner kring förförståelsens möjliga effekt på tolkning av data (Dahlberg, 2014; Blomberg, 2018). Intentionen var att hela tiden behålla en öppenhet vid datainsamling och dataanalys (Dahlberg, 2014). För att inte dra förhastade slutsatser i tolkning eller förståelse av data som analyserades, utfördes analysen tålmodigt för att låta ny förståelse växa fram. Med tålmodighet menas att pausa och reflektera över innehållet under analysprocessen gång.

# Resultat

## Inledning

Resultatet är baserat på totalt sju artiklar, utifrån vilka erfarenheter individer med bristning har av mötet med vården och om det påverkar deras återhämtning. Artiklarna är från Sverige, Storbritannien och Australien med totalt 1918 deltagare, varav 1507 deltagare hade grad III-bristning. De flesta av deltagarna var över 25 år och deltog inom ett år efter den förlossning där de drabbats av bristning. En sammanställning av samtliga inkluderade deltagare och deras demografi ses i tabell 6. Dataanalysen av de inkluderade artiklarna resulterade i fyra huvudkategorier med sammanlagt nio underkategorier, se tabell 5. Ett övergripande tema som kom fram under analysen var ”Vården brister”, vilket tydligt gestaltas i de olika huvudkategorierna. Under ”Brist på kunskap hos kvinnor” beskrivs hur kvinnor inte har fått den information de var i behov av, vilket skapade en känsla av isolering och ensamhet. Mötet beskrivs vidare som en tystnad mellan vårdgivaren och kvinnan, vilket kunde skapa orealistiska förväntningar på återhämtning samt svårigheter att tala öppet om upplevda besvär. ”Otillgänglig vård” beskriver hur kvinnor upplevde vården som otillgänglig och svårnavigerad. Den beskriver avsaknad av uppföljning och svårigheter i att hitta rätt person som kunde hjälpa kvinnorna. Under ”Vårdgivarens bemötande påverkar återhämtningen” beskrivs hur det var avgörande för kvinnor att träffa rätt person inom vården för att kunna återhämta sig från sitt trauma. Slutligen beskriver ”Att gå vidare” hur kvinnor på olika sätt lämnades att gå vidare genom att hitta egna strategier för att återfå kontroll över sin vardag, samt hur de påverkades psykiskt.

**Tabell 5.** Kategorier som skapades genom dataanalys

TEMA	Huvudkategori	Underkategori
Vården brister	Brist på kunskap hos kvinnor	Bristande information
		Stigma och tystnad
	Otillgänglig vård	Bristande vårdkedja
		Söker inte vård
Vårdgivarens bemötande påverkar återhämtningen	Att bli förminskad	Att bli förminskad
		Att hitta rätt person
Att gå vidare	Hitta egna strategier	Hitta egna strategier
		En ny vardag
		Psykisk ohälsa

**Tabell 6.** Demografi av samtliga deltagare i de inkluderade artiklarna

Totalt antal: 1918 kvinnor	Antal kvinnor	
Typ av bristning:	Grad I	Ej definierat
	Grad II	12
	Grad III	1507
	Grad IV	390
	Episiotomi	3
	Ej definierat	6
Ålder:	19-56 år, varav:	
	<25 år	175
	> 25 år	1738
	Ej definierat	5
Paritet:	Förstföderskor	20
	Omföderskor	19
	Ej definierat	1879
Land studien är utförd i:	Sverige	1873
	Storbritannien	23
	Australien	22
Tid efter skadan:	7 veckor -12 år, varav:	
	<1 år	1256
	1-2 år	641
	> 2 år	11
	Ej definierat	10

## Brist på kunskap hos kvinnor

### **Bristande information**

Fem av sju artiklar (Herron-Marx, Williams & Hicks, 2007; Lindqvist, Persson, Nilsson, Uustal & Lindberg, 2018; Priddis, Schmied & Dahlen, 2014; Tucker, Clifton & Wilson, 2014; Wiseman, Rafferty, Stockley, Murrell & Bick, 2019) visar på hur bristen på information från vården kunde bidra till känslor som maktlöshet och utsatthet. Majoriteten av kvinnorna i dessa studier fick inte information om omfattningen av sin bristning, som enligt vissa kunde leda till psykisk ohälsa. Det varierade stort bland kvinnorna hur mycket information de fått gällande tillgång till aktuella behandlingar och eventuella symtom de kunde få till följd av sin skada. Isolering och känslan av att besvären bara var något som de fick leva med, förstärktes av att aldrig ha hört talas om besvären efter bristning.

*It's probably the thing I'm most unhappy about... I don't think I'll probably ever really know what happened, like how I tore and exactly, like, was it a small tear? Or a deep tear? Where was it? ... I have absolutely no understanding. (Wiseman m.fl., 2019, s.85).*

*I must admit, it was only until I got the questionnaire from yourselves that I realized that there is help about it. Because I never read or heard anything about it, I just thought it was something that you had to deal with yourself... it was like this problem didn't exist. (Herron-Marx m.fl., 2007, s. 330).*

I tre av sju artiklar (Herron-Marx m.fl., 2007; Lindqvist m.fl., 2018; Wiseman m.fl., 2019) talade kvinnorna specifikt kring att de önskat fler praktiska råd för att kunna förbereda sig inför den postnatale perioden. De önskade dels hygienråd men likaså råd om amningsställningar för att underlätta amningen då vissa positioner kunde vara för smärtsamma. Att bäckenbottenträning var viktigt var kvinnorna medvetna om, men de önskade en uppföljning i resultatet av träningen eftersom de upplevde instruktionerna som bristfälliga och svårigheter i att veta om de gjorde rätt. Att inte få någon uppföljning eller stöd i träningen medförde att många slutade, andra visste inte hur länge de skulle fortgå med träningen eller när de uppnått ett bra resultat.

*It was impossible to sit and breastfeed because of pain. If I'd known from the start that I could lie down and breastfeed, it would have saved me lots of tears and feeling of being insufficient. (Lindqvist m.fl., 2018, s. 25).*

Det framkommer i tre av sju artiklar (Priddis m.fl., 2014; Lindqvist m.fl., 2018; Lindqvist, Lindberg, Nilsson, Uustal & Persson, 2019) hur bristen på information kunde skapa orealistiska förväntningar. Att kvinnorna hade mer smärta än förväntat kunde bidra till mycket frustration. De kunde också bli chockade när kroppen inte återhämtade sig som förväntat efter förlossning och att de saknade kontroll över basala kroppsliga funktioner. Eftersom många kvinnor hade förväntat sig full återhämtning, var det svårt att acceptera förändringarna efter förlossning. De uppgav att vården måste bistå med mer realistisk information kring kroppens återhämtning.

*It's been eight weeks since the delivery now, and I want to be able to be with my husband. But it just isn't possible. It hurts so much that I want to scream!!* (Lindqvist m.fl., 2018, s. 25).

### **Stigma och tystnad**

Fem av sju artiklar (Herron-Marx m.fl., 2007; Lindqvist m.fl., 2018; Priddis m.fl., 2014; Tucker m.fl., 2014; Wiseman m.fl., 2019) visade att en anledning till att det var svårt för vissa kvinnor att tala om sina besvär de fått efter sin bristning, var att ingen annan heller talade öppet om det eftersom det kändes tabubelagt. På grund av stigma skämdes vissa kvinnor över sina besvär och kände att det var genant att prata om, både med vårdgivare och partner, vilket kunde påverka relationen till partnern. Att få mod och våga prata med sin partner kunde däremot lätta på den börda de bar på.

*Like when you're a kid if you pooh your pants, there's this kind of stigma that you're dirty and lazy. And even when you're an adult every time it happened, I was just like- oh this is filthy, I'm in my twenties and I can't control myself. I didn't want to talk to anybody about it, I didn't even want to talk to the doctor about it.* (Priddis m.fl., 2014, s. 5-6).

Kvinnorna talade om hur frustrerande och upprörande det var att inte kunna prata med någon om sina besvär. Vissa uttryckte att det kändes som om vårdgivaren undvek ämnet istället för att ge det stöd de hade behövt. Till exempel framkom det att vissa kvinnor trodde att analinkontinens var normalt efter vaginal förlossning och att de kunde hålla sina besvär hemliga i väntan på information och stöd från vårdgivaren. Det uttrycktes en önskan om att eftervården kunde ha mer fokus på perinealbesvär, till exempel genom att aktivt ställa frågor till dem. Deltagarna uttryckte att tystnaden innebar att de kände sig mer isolerade och att de fick fortsätta leva i skam, eftersom de inte fick tillgång till den vård de hade behövt. Vissa kvinnor beskrev att även om de hade tagit mod till sig och berättat för en vårdgivare, så kunde omfattningen av deras besvär ändå bli ignorerat.

*I suppose they do ask generally about your health, but they don't specifically talk about your pelvic floor and I think that would have helped. They would expect you to raise it with them, that's the impression I got.* (Herron-Marx m.fl., 2007, s. 329).

### **Otillgänglig vård**

#### **Bristande vårdkedja**

I fem av de sju inkluderade artiklarna (Herron-Marx m.fl., 2007; Lindqvist m.fl., 2018; Lindqvist m.fl., 2019; Priddis m.fl., 2014; Salmon, 1999) uttryckte kvinnorna att de inte visste vart de skulle vända sig för att få hjälp och att det var helt upp till dem själva att hitta rätt vård. Att navigera sig fram bland olika vårdprofessioner och kliniker var både svårt och tidskrävande. En del kvinnor beskrev detta sökande som väldigt energikrävande i en redan ansträngd situation. De fick ofta söka upprepade gånger, utan garantier på att finna den hjälp de hade behov av. Kvinnorna hade önskat att åtminstone få ett telefonnummer eller en rekommendation för att kunna kontakta någon. Den bristande tillgängligheten på önskat stöd medförde att vissa kvinnor tappade förtroendet för vården.

*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 m.fl., 2018, s. 25).*

Tre av sju artiklar (Herron-Marx m.fl., 2007; Lindqvist m.fl., 2018; Lindqvist m.fl., 2019) påvisade att kvinnorna uttryckte behov av bättre uppföljning postnalt, både före och efter efterkontrollen. De upplevde att de lämnades ensamma med många frågor, vilket skapade en påfrestande osäkerhet. Då vissa upplevde att det var för lång tid till den planerade efterkontrollen, tog de istället själva kontakt med vården. Även om de flesta önskade att en utökad eftervård skulle innebära fler fysiska möten, hade en del kunnat nöja sig med ett telefonsamtal som en första kontakt efter förlossning.

*So many questions and I was left all alone and no follow-up or contact from you. I felt that was difficult. (Lindqvist m.fl., 2018, s. 25).*

### **Söker inte vård**

Det framkom i fyra av sju artiklar (Herron-Marx m.fl., 2007; Lindqvist m.fl., 2018; Tucker m.fl., 2014; Wiseman m.fl., 2019) att kvinnor inte alltid sökte vård för sina besvär, vilket kunde bero på olika anledningar. En del kvinnor ansåg inte att deras besvär var stora nog för att kontakta akutsjukvården, trots att de kände sig desperata efter hjälp då besvären kunde vara både fysiskt och psykiskt påfrestande. Andra kvinnor ansåg att deras besvär var en del av barnafödandet och därför inte var något som läkaren skulle belastas med. Det fanns en önskan om att få kontakt med någon som var specialiserad kring deras besvär, men eftersom de inte hade kännedom om det fanns någon, sökte de inte heller efter hjälp. Många led i det tysta och kunde vänta tills efterkontrollen med att lyfta sina besvär med barnmorskan, även om det kändes som en alldeles för lång väntan.

*I wish there would have been somebody else there instead of going to a doctor because you think it's not as serious as being ill or anything. It would have been good if there was somebody that you could go to. I would definitely have gone to them. (Herron-Marx m.fl., 2007, s. 329).*

I fem av sju artiklar (Herron-Marx m.fl., 2007; Lindqvist m.fl., 2019; Priddis m.fl., 2014; Salmon, 1999; Wiseman m.fl., 2019) diskuteras orsaker såsom att tidigare smärtsamma erfarenheter från sutureringen och den upplevda kvaliteten av suturering, kunde vara anledningar till att kvinnorna inte sökte vård på nytt. Likaså bad vissa kvinnor aldrig om ytterligare uppföljning trots att den gynekologiska undersökningen aldrig hade erbjudits eller inte kändes ordentligt utförd. Detta trots att vissa kvinnor hade kvarstående besvär och misstankar om att de kunde var feldiagnostiserade.

*Because of what's happened, the first thing I'm afraid of is the stitches. I would be, like, terrified of being stitched again. (Wiseman m.fl., 2019, s. 86).*



En del kvinnor avstod från att testa nya behandlingar då de inte ville riskera att deras problem eventuellt skulle bli värre. Vissa uttryckte att de krävde garantier från sjukvården på total läkning om de skulle våga gå igenom en operation för att reparera sin förlossningsskada. Det skapade en stor förtvivlan och frustration när de inte kunde få de önskade garantierna. En del kvinnor sökte inte heller vård eftersom de var rädda för att bli kritiserade av sjukvården, då de kände sig misslyckade när de inte utfört bäckenbottenträningen som rekommenderat.

*I wanted the doctor that I met at the follow-up to promise me, like with a contract, that this would never happen again. (Lindqvist m.fl., 2019, s. 39).*

## Vårdgivarens bemötande påverkar återhämtningen

### Att bli förminskad

När kvinnorna talade om sin återhämtning efter förlossningsbristning, så berättade en stor del av dem att de kände sig förminskade på grund av de reaktioner de fått från vården när de sökt vård för sina besvär. I fyra av sju studier (Herron-Marx m.fl., 2007; Lindqvist m.fl., 2018; Lindqvist m.fl., 2019, Salmon, 1999) talade många kvinnor om hur de upplevde att vården inte uppfattade hur allvarliga deras besvär var. Dels kunde deras oro bli ignorerad eller förminskad, dels kunde deras besvär normaliseras. Vissa upplevde att de inte blev trodda på även om de kände att något var fel och bad om hjälp.

*I explained over and over again my incredible pain, but it was as if they didn't care, that my problems were not big enough or serious enough... EVERYTHING was just perfectly normal... (Lindqvist m.fl., 2018, s.26).*

Kvinnorna kände sig förminskade när vårdgivare ansåg att deras besvär var en normal del av läkningsprocessen och att kvinnornas klagan bara var ett tecken på deras oförmåga att hantera den. Förutom att känna sig förminskade, så kunde det dåliga bemötandet bidra till att kvinnorna kändes sig enormt ensamma med känslor av förtvivlan och besvikelse. Att inte bli lyssnad på eller att bli missförstådd av vårdgivare kunde skapa depressiva känslor.

*At my six-week postnatal check I was told all was well... I was so frustrated. I could not walk any distance without severe pain. I never took the baby out in the pram, I could just about to stand to wash up or do the ironing (though still in pain) ... Two months later I was still in pain only to be told at a consultation with a midwife, you're bound to be sore, you've just had a baby, what do you expect? (Salmon, 1999, s. 252).*

Eftersom de inte blev tagna på allvar när de sökte hjälp, fick kvinnorna inte alltid adekvat vård. Det berodde på vem kvinnorna hamnade hos om de skulle behöva kämpa för att få adekvat vård. När deras besvär normaliserades eller avvisades, kunde kvinnorna få uppfattningen att det inte fanns något att göra åt saken. Flera år efteråt kunde det fortfarande vara upprörande att prata om sina erfarenheter av vårdens bemötande. Det dåliga bemötandet kunde också göra att kvinnorna tappade förtroendet till och att de kände sig svikna av vården.

*I still get upset. On a day-to-day basis, it's moved from being on my mind all the time to occasionally.* (Salmon, 1999, s. 253).

I tre av sju artiklar (Herron-Marx m.fl., 2007; Priddis m.fl., 2014; Wiseman m.fl., 2019) beskrevs hur kvinnorna kunde lägga skulden antingen helt på sig själva eller på vården för vilken bristning eller besvär de hade fått. Det bemötande som kvinnorna fått när de sökt vård för sina besvär, kunde påverka vem som fick skulden.

*... I guess it does make me really sort of upset, I felt I did everything right, but then my body didn't follow through with what would happen.* (Priddis m.fl., 2014, s. 8).

### **Att hitta rätt person**

Fyra av sju artiklar (Lindqvist m.fl., 2018; Lindqvist m.fl., 2019; Priddis m.fl., 2014; Tucker m.fl., 2014) påvisar att när kvinnorna hittade rätt person i vården och därmed fick ett bra bemötande kände de sig omhändertagna och trygga. Att bli mött med tålmod och förståelse innebar en känsla av lättnad, som om de blev befriade från en tung börda men skapade även tillit. För att kunna återhämta sig efter sitt trauma var det avgörande för kvinnorna att träffa rätt person inom vården som kunde erbjuda adekvat vård och stöd, samt hjälpa dem att hitta adekvata behandlingar. Det var först när de träffade en stöttande och hjälpsam vårdgivare som de kunde påbörja både sin mentala och fysiska återhämtning. Detta kunde bidra till att kvinnorna fick modet att återuppta sitt sexliv och möjliggöra för att de skulle knyta samman kropp och själ igen. För att kunna återfå kontroll över sina liv och bygga upp sin självkänsla igen så behövde kvinnorna bli hörda.

*Finally, I got hold of this fantastic midwife who not only understood my situation but could give me adapted advice on how to feel better. At last, I felt that someone did believe in me...*" (Lindqvist m.fl., 2019, s. 40).

### **Att gå vidare**

#### **Hitta egna strategier**

I sex av sju artiklar (Herron-Marx m.fl., 2007; Lindqvist m.fl., 2018; Lindqvist m.fl., 2019; Priddis m.fl., 2014; Salmon, 1999; Tucker m.fl., 2014) beskrevs det hur kvinnorna tillslut gav upp sitt sökande efter adekvat vård. Istället försökte de finna egna strategier för att kunna återfå kontrollen över sina liv igen.

*... You know what? If these doctors that I've spoken to, and they've got no answer, then there's obviously no answer. So deal with it.* (Priddis m.fl., 2014, s. 7).

Kvinnorna anpassade sig till sin nya situation på olika vis. Vissa hittade strategier som gjorde att de kunde gå vidare och därmed upplevde sig återhämtade. Andra kvinnor utvecklade strategier som gjorde att de undvek sociala sammanhang för att slippa pinsamma olyckor. Dessa kvinnor upplevde sig inte återhämtade utan beskrev det istället som att de fick kompromissa med sin livsstil och offra mycket av sitt gamla liv. Detta bidrog till en ökad

isolering som framkallade mycket ilska, frustration och sorg och därmed en nedsatt livskvalitet.

*Since I cannot move normally, I am very bound to the home and cannot live a normal life with activities, normal daily tasks and meeting other people, which has a negative impact on me. (Lindqvist m.fl., 2018, s. 24).*

### **En ny vardag**

I samtliga artiklar (Herron-Marx m.fl., 2007; Lindqvist m.fl., 2018; Lindqvist m.fl., 2019; Priddis m.fl., 2014; Salmon, 1999; Tucker m.fl., 2014; Wiseman m.fl., 2019) beskrev kvinnorna hur de utvecklade en acceptans för sina besvär och att det kunde påverkas av vilket stöd som de fått. En del kvinnor accepterade sina besvär utifrån att det var något alla kvinnor behövde stå ut med efter barnafödande. Att resultatet av förlossningen var att de fick ett barn, gjorde att vissa kvinnor inte alls såg sina besvär som ett problem och därmed accepterade dem utan ifrågasättande. Andra beskrev det mer som att de tvingades till att acceptera problemen som en del i att vara kvinna. Det var mer vanligt att kvinnor som hade levt längre med sin bristning hade accepterat vad som hänt och därmed anpassat sin vardag efter det.

*I take the view that it is a consequence of having a baby; that your body is never the same again. But it is worth it; I don't mind paying the price because it is not really a handicap.... I wouldn't say this is a problem, it is just a bit different to what it was before (Herron-Marx m.fl., 2007, s. 330).*

### **Psykisk ohälsa**

I fyra av sju artiklar (Lindqvist m.fl., 2018; Lindqvist m.fl., 2019; Tucker m.fl., 2014; Wiseman m.fl., 2019) framkom det att besvären påverkade kvinnorna psykiskt. De fysiska attributen såsom att kroppen kunde kännas föräldrad och skadad, kunde påverka deras självkänsla och kroppsuppfattning. Dessutom hade de en ökad oro för sin hälsa och framtid. Ovissheten om de någon gång kunde bli fullt återställda gjorde att vissa kvinnor utvecklade depressiva känslor och ångest. Vissa kvinnor uttryckte också att de hade behövt mer stöd av vården för att kunna bearbeta sina traumatiska erfarenheter relaterat till sin bristning.

*I feel low some days because I can't live a normal life socially, do daily activities, exercise and so on. Some days I also have panic attacks. (Lindqvist m.fl., 2018, s. 24).*

De besvär som kvinnorna hade fick vissa att känna att de absolut inte ville ha fler barn eller/och att de fruktade tanken på att bli gravida igen. För att överhuvudtaget våga bli gravid igen så krävde vissa kvinnor en garanti från sjukvården på att aldrig bli skadade igen i samband med förlossning, vilket de inte kunde få. Andra kvinnor krävde att få kejsarsnitt.

*I cannot stop thinking about if I were to become pregnant and have to give birth again. Right now, it feels unthinkable and I have panic just thinking about having to go through this again. (Lindqvist m.fl., 2018, s. 24).*

## Diskussion

### Metoddiskussion

#### Syfte

För att formulera ett omfattande men samtidigt specifikt syfte, undersöktes vilka aspekter som ansågs vara intressanta och var det fanns en kunskapsbrist, där en studie kunde ge mer information till barnmorskor (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). För att undvika bias formulerades öppna frågor utan antaganden och inte frågor som skulle ha kunnat besvarats med ett enkelt ja eller nej.

#### Design

Då kännedom om att forskningsläget på området var begränsat, var den ursprungliga avsikten att utföra en systematisk litteraturstudie med integrativ design (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Under testsökningen återfanns dock inga kvantitativa artiklar, vilket föranledde till att föreliggande studie enbart inkluderade artiklar med kvalitativ ansats. Eftersom föreliggande studies syfte var att undersöka erfarenheter, ansågs det vara rimligt att inkludera kvalitativa artiklar. En systematisk litteraturstudie med kvalitativa artiklar kan ses som en fördel då sjukvården kan nyttja resultatet för att upprätthålla ett personcentrerat och holistiskt bemötande.

Enligt den kompetensbeskrivning som SBF (2018) utfärdat ska barnmorskan vara normmedveten. Av samma anledning har substantivet "individ" använts genomgående i föreliggande studie för att inkludera alla individer oavsett könstillhörighet. Deltagarna i de inkluderade artiklarna har dock benämnts som kvinnor och substantivet "kvinna" används därmed i resultat och resultatdiskussion för att hänvisa till deltagarna i de inkluderade studierna.

#### Datainsamling

En systematisk litteraturstudie kan ha flera begränsningar (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). För att minska risken för urvalsbias samt för att öka trovärdigheten av resultatet, utfördes datainsamling, urvalsprocess och kvalitetsgranskning först separat och därefter gemensamt (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Mårtensson & Fridlund, 2017).

Databaserna PubMed och Cinahl valdes för datainsamling, då de var tillgängliga och är omfattande. Det finns risk att vissa relevanta artiklar kan ha missats då sökningen inte utfördes i flera databaser och eftersom vissa artiklar inte var tillgängliga via universitetsbiblioteket (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Chansen för detta ansågs dock vara liten eftersom forskningsområdet är smalt och litet. En bias skulle kunna vara att artiklar från särskilda länder kan prioriteras för publicering av vissa databaser. Huruvida det är så gällande de två databaser som valdes för föreliggande studie är oklart. Sökningen utfördes i PubMed först, för att lättare kunna utesluta dubletter i Cinahl. Det upptäcktes dock att

dubletter trots detta dök upp, vilket kan ha gett ett missvisande resultat gällande antalet enskilda artiklar.

### **Urval**

Ett inklusionskriterie var att artiklarna skulle vara publicerade på engelska eller svenska, vilket skulle kunna ge upphov till språkbias (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Det vill säga, det finns en risk att relevanta artiklar skrivna på andra språk än svenska och engelska kan ha missats, vilket skulle kunna påverka resultatet.

Trots de strategier som vidtogs finns risk att sökningen inte var tillräckligt omfattande. För att undvika att relevanta artiklar skulle missas, utfördes en sekundär, så kallad manuell sökning, i referenslistor till relevant litteratur (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Antalet artiklar som granskades var relativt stort dock resulterade det inte i att fler artiklar inkluderades, vilket skulle kunna bekräfta att den primärsökning som utfördes var tillräckligt omfattande. I primärsökningen presenterades de flesta av de artiklar som stötts på i referenslistor till relevant litteratur, vilket skulle kunna vara ett tecken på att sökningen gav tillräckligt med relevanta artiklar.

### **Kvalitetsgranskning**

Då förutsättningen för ett överförbart resultat med hög pålitlighet i en systematisk litteraturstudie är baserat på kvaliteten av de inkluderade artiklarna, användes en validerad mall (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Efter en grundlig kvalitetsgranskning var bedömningen att samtliga inkluderade artiklar hade medelhög till hög kvalitet, vilket stärker resultatets trovärdighet.

Hur representativt resultatet i föreliggande studie är kan vara svårt att uttala sig om. Resultatet kan vara representativt för de individer som har kvarstående besvär, dock är det svårt att uttala sig om det är representativt för alla individer som drabbas av bristning. En styrka är att nästan 98 procent av deltagarna är i Sverige och det var totalt 1918 deltagare inkluderade, vilket stärker argument för att resultatet är överförbart till en svensk kontext.

### ***De inkluderade artiklarnas begränsningar***

En del av analysprocessen i flera av de inkluderade artiklarna var att låta deltagarna själva läsa resultatet av analysen och eventuella förändringar utfördes därefter. Detta ökar trovärdigheten av resultatet i dessa artiklar (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Mårtensson & Fridlund, 2017).

Något som kan påverka resultatets trovärdighet var de urvalsmetoder som de inkluderade artiklarna haft. Till exempel kan snöbollsurval medföra att kvinnor med liknande erfarenheter överväger att delta i studien, dessutom finns det en risk att de kvinnor som är mer påverkade av sina besvär eller har kvarstående besvär, är mer benägna att medverka än andra (Parahoo, 2014). Denna risk fanns i de två svenska artiklarna, där personliga kommentarer från bristningsregistret användes för datainsamling. Andra urvalsmetoder som använts var att

kvinnorna noggrant valts ut utifrån sina besvär, vilket också skulle kunna göra att resultatet i föreliggande studie inte är överförbart på kvinnor med god återhämtning eller de utan besvär.

Att vissa blev kontaktade genom att de hade deltagit i en tidigare studie, innebär att de kvinnor som var tillgängliga var därmed de som inkluderades i studierna, vilket riskerar att ge urvalsbias och därmed missvisande bild av resultatets trovärdighet. Att de två artiklar med störst antal deltagare använt sig av kommentarer från ett register, kan även innebära en risk för misstolkning för vad kvinnorna vill uttrycka, då det inte finns utrymme för vidare frågor som det hade funnits en större möjlighet till vid intervjustudie.

### **Dataanalys**

Att resultatet från de inkluderade artiklarna misstolkas är en risk vid systematiska litteraturstudier (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). För att undvika detta utfördes dataanalysen i föreliggande studie individuellt, för att sedan diskuteras gemensamt. De kategorier som tagits fram jämfördes för att säkerställa att alla delar är representerade. En styrka som föreliggande studie anses ha, är att det inte blev ett överflöd av kategorier efter avslutad analys, något som hade kunnat tyda på en otillräcklig analys (Elo & Kyngäs, 2008).

En del av analysprocessen var att översätta de extraherade textenheterna från engelska till svenska. Vid översättning och tolkning av data finns en risk för misstolkning då engelska inte är modersmålet. Då resultatdelarna har lästs vid upprepade tillfällen och analysprocessen har inneburit att upprepade gånger gå tillbaka till grundkällan i resultatdelarna, så har förhoppningsvis risken för misstolkning minskat.

För att öka trovärdighet och överförbarhet av resultatet från dataanalysen i föreliggande studie, valdes en innehållsanalys som metod baserat på Bettany-Saltikov och McSherry (2016) och artikeln av Elo och Kyngäs (2008). De steg i analysprocessen som presenterades där följdes noggrant, på ett öppet och reproducerbart sätt för att minska risken för fel. Samt presenteras ett exempel på hur analysen gått till i bilaga 4, för att öka trovärdigheten (Elo & Kyngäs, 2008). Det kan dock vara svårt att få en djupare insikt i resultatet eftersom det finns risk för att vad en person säger, skiljer sig från vad personen faktiskt menar (Dahlberg, 2014). Att det kan vara begränsat utrymme vid publikation kan innebära att viktig information går förlorad (Elo & Kyngäs, 2008). När resultatet presenteras används citat för att visa på pålitlighet, däremot kan analysen möjligen anses vara inkomplett om för många citat används. Det upplevs inte föreligga ett behov av att använda fler citat än vad som gjorts, analysen kan därför tänkas vara tillräcklig. Citaten valdes att inte översättas till svenska, då det kan medföra risk för misstolkning om citaten översätts fel.

### **Etik**

Det vore inte etiskt försvarbart att förvrida resultatet, vilket kan ske i systematiska litteraturstudier (Ekbom, 2018). Den egna förförståelsen har tagits i beaktande och gemensamt diskuterats för att kunna tolka resultatet så ärligt som möjligt. Återkommande läsning och granskning av resultatet har därför utförts gemensamt och upprepade gånger för

att minimera risken att förvrida resultatet och därmed inte följa god forskningssed. God forskningssed har beaktats i föreliggande studie genom att alla inkluderade artiklar har etiskt godkännande av etikprövningsnämnd. I alla utom en inkluderad artikel, fanns information att deltagarna givit sitt samtycke och frivilligt deltagit i studien. Att den informationen inte fanns uttryckligen i artikeln, innebar lägre poäng vid kvalitetsgranskningen eftersom det kan innebära viss etisk ovarsamhet.

## Resultatdiskussion

Det övergripande temat ”Vården brister” tyder på att trots vissa goda exempel fungerar inte eftervården i det stora hela. De erfarenheter som presenteras i resultatet i föreliggande studie var bland annat att det var avgörande för många kvinnor att träffa rätt person inom vården för att kunna återhämta sig efter sin bristning. Det var dock svårt att finna denna nyckelperson på grund av att vården upplevdes otillgänglig, både svårt att navigera i och att finna adekvat, individuell information. Många gånger möttes kvinnorna av vårdgivare som inte lyssnade på dem eller normaliserade och förminskade deras besvär. Detta kunde skapa känslor som frustration och förtvivlan och bidrog till ökad ensamhet och isolering.

### **Brist på kunskap hos kvinnor**

Det framkommer i resultatet att ett övervägande antal kvinnor inte fick tillräckligt med information gällande omfattningen av deras bristning. De saknade även kunskap om vilka symtom eller besvär som kan uppstå till följd av den. Okunskapen kring vilka besvär som kunde uppstå lämnade kvinnorna oförberedda och ensamma. Det upplevdes som ett stigmatiserat ämne att ta upp även hos vårdgivare, något som isolerade kvinnorna ytterligare.

I Sverige är sexuell hälsa en del av den reproduktiva hälsan och en mänsklig rättighet (Socialstyrelsen & Folkhälsomyndigheten, 2014). Det kan anses finnas ett visst ansvar hos barnmorskan att skydda individens sexuella hälsa genom att upprätta ett klimat där samtal kring sexuell hälsa främjas. Enligt Olsson, Lind, Rotstein och Fernando (2020) kan ett sätt att möjliggöra detta vara att börja prata om stigmatiserande ämnen redan under graviditeten och även involvera eventuell partner i detta. Det kanske finns en föreställning om att för mycket information skulle vara skrämmande och skapa mer oro, men det skulle snarare handla om att barnmorskan kan bemöta eventuella rädslor och förväntningar som individen har (Olsson m.fl., 2020).

Precis som i studien av Martin m.fl. (2014), framkommer det även i föreliggande studies resultat att flera kvinnor kände sig oförberedda och hade orealistiska förväntningar på sin återhämtning efter förlossning, många förväntade sig full återhämtning efter sex till åtta veckor. Eftersom det är en del av barnmorskans hälsofrämjande arbete att ge information och råd för att stärka kvinnans kontroll över sin egen hälsa (SBF, 2018), bör fler samtal och mer information, till exempel om läkningsprocessen efter bristning, ges för att bättre förbereda individerna. Såsom att den sista fasen av sår läkningen (mognadsfasen) kan pågå upp till ett år eller mer och att en utvärdering av kroppens återhämtning inte kan utföras förrän tidigast 9–

12 månader efter förlossning (Olsson m.fl., 2020). Det kan också diskuteras vilken bild det skapar att den postnatala perioden definieras som sex till åtta veckor efter förlossning.

Även om en fysioterapeut bör följa upp en grad III-IV-bristning så kan barnmorskan stötta individen och ge information och undervisning om bäckenbottenträning under graviditet, för att hen lättare ska hitta rätt knip efter förlossning (Arkel m.fl., 2013; Olsson m.fl., 2020). Om barnmorskan följer upp detta, kanske det kan leda till att färre slutar med träningen och att den utförs på rätt sätt. Ytterligare en orsak till att följa upp bäckenbottenträningen är att träningen inte hjälper om individen redan har en överspänning i bäckenet eller om oupptäckta skador finns, utan snarare skulle göra det värre (Olsson m.fl., 2020).

### **Otillgänglig vård**

Resultatet i föreliggande studie påvisar att många kvinnor upplevde det svårt att veta vart de skulle vända sig med sina besvär postnalt, något som bekräftas i andra studier (Martin m.fl., 2014). Det framkom att kvinnorna sökte vård upprepade gånger utan att få hjälp, alternativt så förminskade de sina problem och sökte därför inte vård alls utan väntade på sin tid till efterkontrollen. Detta bidrog till känslan av ensamhet och kunde skapa ett tyst lidande. Socialstyrelsen (2017) bekräftar detta fynd i sin rapport, där bedömning är att en statlig översyn av hela vårdkedjan behövs för att utveckla vården före, under och efter förlossning. Det påvisas även i rapporten att uppföljningen skiljer sig åt mellan olika regioner. Eftersom mycket ansvar verkar ligga på individen, enligt resultatet i föreliggande studie, bör det ske en förändring så att ansvaret istället hamnar hos vårdgivaren att ta kontakt och att hänvisa vidare till annan profession eller boka ytterligare uppföljning om så behövs.

Precis som Socialstyrelsen (2017) bedömde, så bör en nationell översyn på eftervården utföras så att vården blir mer jämställd. Detta skulle kunna medföra att vårdkedjan blir mer personcentrerad då barnmorskan kan utföra en individuell vårdplan tillsammans med individen (Ekman & Norberg, 2015). Individer som inte talar svenska eller som kommer från en annan kultur än den svenska, kan bli extra utsatta i det som upplevs som en komplicerad "vårdjungle" och därmed bli mer isolerade med sina besvär, något som barnmorskan bör ha i åtanke i mötet redan under graviditet. För att flera ska söka vård vid besvär och inte förminska besvären, borde barnmorskan ge tydlig och upprepad information om vad som är normalt eller inte (Buurman & Lagro-Janssen, 2013).

### **Vårdgivarens bemötande påverkar återhämtningen**

Det framkommer tydligt i resultatet hur mycket vårdens bemötande påverkade kvinnorna, både positivt och negativt. De barnmorskor som arbetar efter personcentrerad vård, skapar ett partnerskap genom att vara närvarande och ta del av individens berättelse (Ekman & Norberg, 2015), vilket kan bidra till god återhämtning eftersom individen känner sig sedd och respekterad. Något som påvisas i resultatet av föreliggande studie är att kvinnorna kände tillit och lättnad när de mötte en stöttande barnmorska. Den etiska koden för barnmorskor (SBF, 2018) skulle kunna tolkas vara en naturlig del av personcentrerad vård. Eftersom det innebär



att de möter varje individ med respekt och hänsyn, samt utifrån individuella behov och i den kontexten som denne befinner sig i (SBF, 2018). Det ska bidra till att individen får tillit till barnmorskan och stärker dennes självbild samt stödjer autonomi och integritet (SBF, 2018), vilket resultatet i föreliggande studie också tyder på. När barnmorskan utgår från personcentrerad vård genom att vara lyhörd och låta individen vara expert på sin egen upplevelse (Dahlberg & Ekman, 2017), möjliggörs att adekvat stöd och hjälp kan erbjudas, något som kan bidra till ökad livskvalitet. Socialstyrelsens (2017) bedömning intygar att en mer personcentrerad vård krävs för en förbättrad eftervård.

Orsakerna till att kvinnor inte bemöttes utifrån personcentrerad vård, enligt resultatet i föreliggande studie, kan diskuteras. Oavsett orsak verkade inte kvinnorna känna sig mer lugna och trygga av att deras besvär eller symtom, som de sökte hjälp för, normaliserades. Det bidrog snarare till att de kände sig svikna och förminskade samt att det skapade mer psykisk ohälsa. Att inte lyssna på individen, att inte ta hen på allvar och avvisa, kan snarare ses som ett brott mot barnmorskans kompetensbeskrivning och etiska kod (SBF, 2018). Det ska inte ha någon betydelse vem individen råkar hamna hos utan alla ska få tillgång till adekvat stöd och hjälp. Om barnmorskan inte innehar den kunskap som krävs, så ska individen hänvisas till rätt instans.

En orsak till det dåliga bemötandet skulle kunna bero på okunskap hos barnmorskan. I studien av Andrews m.fl. (2006) påvisas hur missbedömningar av perinealskador görs av erfarna barnmorskor, vilket kan innebära att den drabbade kvinnan inte får adekvat vård och uppföljning, eftersom en korrekt diagnos är en förutsättning för det (SBU, 2018). Starten av bristningsregistret har möjliggjort datainsamling för forskning, vilket kan ha stor betydelse för att påverka den attityd som verkar råda hos barnmorskor. Då kvinnors oro och besvär nonchaleras, framför allt vid mindre perinealskador. Det råder en kunskapsbrist gällande perinealbesvär (Williams m.fl., 2007) och svenska barnmorskor efterfrågar mer kunskap om bäckenbottens anatomi och funktion (Vårdförbundet, 2018). Att barnmorskor känner att de har tillräckligt med kunskap och kompetens bör därför anses som en viktig prioritering för att kunna utveckla förlossnings- och mödrahälsovården. Detta så att alla individer får den uppföljning, information och bemötande som de har rätt till för optimal återhämtning.

Eftersom forskning på levatorskador saknas (SBU, 2018), kan en ny utökad klassificering av grad II-bristningar, som inkluderar levatormuskulatur, förhoppningsvis innebära att vårdgivare får mer kunskap om levatorskador så att fler skador upptäcks och fler kvinnor får adekvat behandling.

De mer omfattande bristningarna anses ofta vara mer allvarliga än mindre omfattande bristningar, det anses därför vara viktigt att undersöka om effekten av en attitydförändring kan förändra bemötandet för individer som drabbats (SBU, 2019). Större delen av kvinnorna i föreliggande studie hade grad III-IV-bristning, trots det möttes kvinnorna av vårdgivare som inte lyssnade eller litade på dem. Så möjligen är inte problemet alltid okunskap eller attityden

hos barnmorskan eller graden av bristning utan något annat. En möjlig orsak skulle dels kunna vara att vissa individer har dolda skador, men det vore värdefullt att utforska detta vidare.

### **Att gå vidare**

Resultatet i föreliggande studie visar att kvinnor fick utveckla egna strategier för att hantera kvarstående besvär och för att kunna gå vidare. De mindre lyckade strategierna kunde resultera i att de var tvungna att kompromissa och offra stora delar av det liv som de var vana vid, vilket ledde till ökad isolering. Dock framkommer det också att vissa kvinnor upplevde att de hade återhämtat sig genom att ha utvecklat strategier. Studier (Ayers m.fl., 2016; Crookall m.fl., 2018) visar att många upplever att deras besvär efter bristning har lett till en försämrad livskvalitet. Detta kan även tydas i föreliggande studie, oavsett om de upplevde att de hade återhämtat sig eller inte. Barnmorskan har en viktig roll då hen ibland är den enda som träffar individen postnatalt och ska bedöma vilka behov som finns. En del av rollen är att förebygga problem som kan leda till psykisk och fysisk ohälsa (SBF, 2018). Om vården hade fångat upp dessa individer tidigare, hade de kanske fått en faktisk återhämtning och förbättrad livskvalitet.

Det är intressant att reflektera över hur barnmorskans attityd till besvär efter bristning kan påverka individens egen attityd. Det borde aldrig leda till, såsom resultatet i föreliggande studie visar, att kvinnor tvingas till att "stå ut" med sina besvär, utan barnmorskan borde finnas där för att hjälpa individen att acceptera och gå vidare. Vissa kvinnor accepterade sina besvär som en del av barnafödande och att det var värt det för att få ett barn. Det kunde leda till att kvinnan gick vidare, kände sig återhämtad och upplevde god livskvalitet (även om symtom fanns kvar). Det verkar som att återhämtningen kan påverkas av om individen ser sina besvär som en naturlig följd av barnafödande eller om hen skuldbelägger sig själv för att skadan uppstod. Att tro att besvären var något de fick leva med på grund av att den egna kroppen inte var tillräckligt bra eller att de hade kunnat göra mer för att undvika skada, kunde leda till sämre acceptans.

Barnmorskan som möter individen postnatalt borde förklara förlossningsförloppet för individen för att stärka självbilden och tilliten till den egna kroppen, utan att normalisera eventuella besvär. Det kan vara en poäng att understryka att hen inte är ensam om att få besvär, i syfte att minska eventuell skam eller känsla av ensamhet. Det är viktigt att vårdgivaren kan skilja på postpartumdepression och posttraumatisk stressyndrom för att kunna stötta individer som lider av psykisk ohälsa efter förlossning (Ayers m.fl., 2016). Barnmorskan bör uppmärksamma de som är i behov av psykologkontakt och erbjuda kontaktuppgifter eftersom individers psykiska hälsa kan påverkas på lång sikt efter en bristning (Edqvist m.fl., 2017).

## Slutsats

Resultatet i föreliggande studie visar att eftervården bör utvecklas för att möta individens enskilda behov och att många kvinnor är i behov av mer uppföljning än vad efterkontrollen kan erbjuda. Om ett fysiskt möte inte är möjligt så skulle det ge en viss trygghet med ett telefonsamtal, enligt vissa kvinnor. En utökad eftervård skulle också kunna innebära att vårdgivare undviker att missa isolerade individer med kvarstående besvär som egentligen kan åtgärdas eller förebyggas. Det kan på grund av stigma eller okunskap om besvär efter förlossning, finnas ett stort mörkertal av individer som lever med kvarstående besvär. Förändringar bör ske för att barnmorskan ska ha utrymme att bedriva den vård som behövs och som hen önskar. Om barnmorskan ska kunna hjälpa de som söker vård, måste det också finnas instanser att hänvisa individen till. Det vore också intressant att djupare undersöka vad barnmorskor anser är viktigt, alltså vilka behov som finns för att kunna förbättra eftervården.

Resultatet i föreliggande studie visar hur individers återhämtning efter förlossningsbristning kunde påverkas av det bemötande de fick. När de bemöttes utifrån en personcentrerad vård, blev de respekterade och lyssnade på, vilket främjade deras återhämtning. Studier såsom denna kan tas i beaktning för att påverka attityder och öka kunskapen hos barnmorskor, samt utveckla eftervården. Barnmorskor får inte nonchalera eller normalisera en individs besvär och måste ge budskap baserat på vetenskaplig evidens. Forskning på hur individer med grad II-bristningar upplever sin återhämtning utifrån symtom och besvär är nödvändig. Den nya klassificeringen av grad II-bristningar gör det även möjligt att kunna jämföra hur individers upplevelser skiljer sig åt utifrån skadans omfattning. Intervjustudier kan ge möjlighet till att fördjupa förståelsen för individens upplevelse och besvär efter bristning, vilket skulle kunna bidra till att förändra attityden hos vårdgivare. Vidare gör den nya klassificeringen det möjligt att påbörja den forskning kring levatorskador som idag saknas. För att öka kunskapen ytterligare bör utbildningen för barnmorskestudenter utvecklas för att blivande barnmorskor ska få mer kunskap i hur de ska bedöma, följa upp och suturera bristningar.

Hur det är möjligt att kunskapsluckorna fortfarande är otroligt omfattande är oförståeligt och skulle kunna diskuteras vidare utifrån ett genusperspektiv. Om en oväntad skada skulle uppstå vid ett annat ingrepp, såsom vid en elektiv kirurgisk procedur, skulle det vara fullkomligt orimligt att patienten inte får information om vad som inträffat och erbjudas uppföljning för detta. Det är positivt att problemen kring eftervården och individers upplevelser av bristningar börjat uppmärksammas inom klinisk verksamhet och förhoppningsvis kommer det ske förändringar inom en snar framtid.

## Referenslista

- Andrews, V., Sultan, A. H., Thakar, R., & Jones, P. W. (2006). Occult anal sphincter injuries - myth or reality? *BJOG: an international journal of obstetrics and gynecology*, *113*(2), 195–200. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00799.x>
- Arkel, E., Neymark Bachmeier, H., Rikner, Å., Rydhög, S., & Torell, K. (2013). Riktlinjer för sjukgymnastisk behandling av patienter med sfinkterruptur. Hämtad 20-04-15 från Fysioterapeuterna: <https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/kliniska-riktlinjer/dokument/lrs-riktlinjer-for-sjukgymnastisk-behandling-av-patienter-med-obstetrisk-analsfinkterruptur.pdf>
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The etiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological medicine*, *46*(6), 1121–1134. doi: 10.1017/S0033291715002706
- Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step guide*. 2nd ed. London: McGraw-Hill Education/Open University Press.
- Blomberg, K. (2018). Kvalitativ metod. I O. Nyrén, M. Garwicz, M. Shoshan, & K. Nilsson (Red.), *Grunderna för ett vetenskapligt förhållningssätt inom medicinen* (s. 253-266). Stockholm: Liber.
- Buurman, M. B., & Lagro-Janssen, A. L. (2013). Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. *Scandinavian journal of caring sciences*, *27*(2), 406–413. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01044.x>
- Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. *Nurse Education Today*, *31*(8), e1-e7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.025>
- Crookall, R., Fowler, G., Wood, C., & Slade, P. (2018). A systematic mixed studies review of women's experiences of perineal trauma sustained during childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, *74*(9), 2038-2052. doi: 10.1111/jan.13724
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlberg, K., & Ekman, I. (2017). Att bli lyssnad på och förstå patientens berättelse- några teoretiska utgångspunkter. I K. Dahlberg, & I. Ekman (Red.), *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård: att bli lyssnad på och förstådd* (s. 23-41). Stockholm: Liber
- Dalén, U. (1964) Bonniers Lexikon 8. Stockholm: AB Nordiska Uppslagsböcker.

- Edqvist, M., Hildingsson, I., Mollberg, M., Lundgren, I., & Lindgren, H. (2017). Midwives' Management during the Second Stage of Labor in Relation to Second-Degree Tears- An Experimental Study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *44*(1), 86–94. <https://doi.org/10.1111/birt.12267>
- Ekbohm, A. (2018). Vetenskaplig oredlighet - praktiska aspekter. I O. Nyrén, M. Garwicz, M. Shoshan, & K. Nilsson (Red.), *Grunderna för ett vetenskapligt förhållningssätt inom medicinen* (s. 295-301). Stockholm: Liber
- Ekman, I., & Norberg, A. (2015). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå* (s.29-60). Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* *62*(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- \* Herron-Marx, S., Williams, A., & Hicks, C. (2007). A Q methodology study of women's experience of enduring postnatal perineal and pelvic floor morbidity. *Midwifery*, *23*(3), 322–334. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.04.005>
- \*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. doi: 10.1016/j.midw.2018.02.015
- \*Lindqvist, M., Lindberg, I., Nilsson, M., Uustal, E., & Persson, M. (2019). "Struggling to settle with a damaged body" - A Swedish qualitative study of women's experiences one year after obstetric anal sphincter muscle injury (OASIS) at childbirth. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, *19*, 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.11.002>
- Juth, N., & Helgesson, G. (2018). Forskningsetik. I O. Nyrén, M. Garwicz, M. Shoshan, & K. Nilsson (Red.), *Grunderna för ett vetenskapligt förhållningssätt inom medicinen* (s. 267-294). Stockholm: Liber.
- Martin, A., Horowitz, C., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2014). Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Maternal and child health journal*, *18*(3), 707–713. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1297-7>
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421-436). Lund: Studentlitteratur AB.
- Nordström, L., & Wiklund, I. (2014). Puerperium - fysiologi och handläggning. I H. Hagberg, K. Maršál, & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 123-126). (2., [uppdaterade] uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, A. (2016). Förlossningsskador och suturering. I H. Lindgren, K. Christensson, & A. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa* (s. 509-521). Lund: Studentlitteratur.

- Olsson, A., Lind, C., Rotstein, E., & Fernando, M. (2020). *Bäckenbotten och förlossningsskador. Handbok för barnmorskor*. Stockholm: Gothia Fortbildning AB.
- Parahoo, K. (2014). *Nursing research, principles, process and issues*. Hampshire: Macmillan Press Ltd
- \* Priddis, H., Schmied, V., & Dahlen, H. (2014). Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC women's health*, 14(1), 32.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-32>
- Ransjö-Arvidson, A., Sjödin, M., & Widström, A. (2014). Föräldra-barn-interaktion, amning och stöd efter födelsen. I H. Hagberg, K. Marsál, & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 577-587). (2., [uppdaterade] uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 375-387). Lund: Studentlitteratur AB.
- \* Salmon, D. (1999). A feminist analysis of women's experiences of perineal trauma in the immediate post-delivery period. *Midwifery*, 15(4), 247–256.  
<https://doi.org/10.1054/midw.1999.0182>
- Socialstyrelsen. (2017). *Vård efter förlossning. En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning*. Hämtad 2020-04-09 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-4-13.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2018*. Hämtad 2020-05-29 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-2-6622.pdf>
- Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. (2014). *Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Hämtad 20-04-14 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2014-10-26.pdf>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2018). *Prioriterade forskningsområden inom prevention, diagnostik och behandling av förlossningsskador*. Hämtad 2020-04-14 från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/prioritering-av-vetenskapliga-kunskapsluckor/prioriterade-forskningsomraden-inom-prevention-diagnostik-och-behandling-av-forlossningsskador/>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2019). *Prioritering av vetenskapliga kunskapsluckor. Fördjupad prioritering av forskningsfrågor om förlossningsskador hos kvinnan*. Hämtad 2020-04-13 från

[https://www.sbu.se/contentassets/a7f1858fa01848a8a110929fdd52c4ac/prioritering\\_forskningsfragor\\_forlossningsskador\\_kvinnan\\_smf\\_2019.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/a7f1858fa01848a8a110929fdd52c4ac/prioritering_forskningsfragor_forlossningsskador_kvinnan_smf_2019.pdf)

- Svenska Barnmorskeförbundet [SBF]. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 20-04-09 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>
- Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi [SFOG]. (u.å.). *Bäckenbottenutbildning. Anatomi och fysiologi vid bristning*. Hämtad 20-04-15 från <http://backenbottenutbildning.se/index.php/utbildningsmaterial/klassificering-av-bristningar/anatomi-bristning>
- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi [SFOG]. (2018). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa. Rapport nr 76, publicerad 2008: reviderad 2018*. Hämtad 2020-04-08 från <https://www.sfog.se/start/arg-rapporterdiagnosbok/>
- Svenska Föreningen för Obstetrik och Gynekologi [SFOG]. (2020). *Diagnoshandbok för kvinnosjukvården 1997: reviderad 2020* (6:e sjätte uppl.). Hämtad 2020-04-13 från [https://www.sfog.se/natupplaga/NY\\_Diagnob1251a05-6ff5-4f49-b4c8-a6f9271bae9d.pdf](https://www.sfog.se/natupplaga/NY_Diagnob1251a05-6ff5-4f49-b4c8-a6f9271bae9d.pdf)
- \* 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. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 54(4), 377–381. <https://doi.org/10.1111/ajo.12230>
- United Nations Development Programme. (2015). *Mål 3 Hälsa och Välbefinnande*. Hämtad 20-04-06 från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/>
- Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Hämtad 2020-03-23 från <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forsknings-sed.html>
- Vårdförbundet. (2018). *Många vill lära sig mer*. Hämtad 2020-03-20 från <https://www.vardfokus.se/tidningen/2018/nr-11-2018-11/manga-vill-lara-sig-mer/>
- Williams, A., Herron-Marx, S., & Carolyn, H. (2007). The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*, 23(4), 392-403. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.12.006>
- \* Wiseman, O., Rafferty, A. M., Stockley, J., Murrells, T., & Bick, D. (2019). Infection and wound breakdown in spontaneous second-degree perineal tears: An exploratory mixed methods study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 46(1), 80–89. <https://doi.org/10.1111/birt.12389>

World Health Organization [WHO]. (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 28–31 January 2002, Geneva*. Hämtad 20-04-14 från [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sh/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/)

World Medical Association [WMA] (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subject. *JAMA*. 310(20), 2191-2194. doi: 10.1001/jama.2013.281053



# Bilagor

## Bilaga 1 Exkluderade artiklar

Tabell 2. Exempel på exkluderade artiklar

Exkluderad artikel	Orsak
Shoorab, N. J., Mirteimouri, M., Taghipour, A., & Roudsari, R. L. (2019). Women's Experiences of Emotional Recovery from Childbirth-Related Perineal Trauma: A Qualitative Content Analysis. <i>International Journal of Community Based Nursing &amp; Midwifery</i> , 7(3), 181–191. <a href="https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.30476/IJCBNM.2019.44993">https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.30476/IJCBNM.2019.44993</a>	Undersöker inte erfarenheter av mötet med vården
Martin, A., Horowitz, C., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2014). Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. <i>Maternal and Child Health Journal</i> , 18(3), 707-713. doi: 10.1007/s10995-013-1297-7	Definierar inte bristningar.
Priddis, H.S., Schmied, V., Kettle, C., Sneddon, A., & Dahlen, H.G. (2014). "A patchwork of services"--caring for women who sustain severe perineal trauma in New South Wales--from the perspective of women and midwives. <i>BMC pregnancy and childbirth</i> , 14, 236. doi: 10.1186/1471-2393-14-236	Fokus på barnmorskors upplevelser av att ge vård till kvinnor med bristning. Information från kvinnorna används mest för att ge kontrast till eller stärka de kommentarer som barnmorskor lämnat.
Samarasekera, D.N., Bekhit, M.T., Wright, Y., Lowndes, R.H., Stanley, K.P., Preston, J.P., ... Speakman, C.T. (2008). Long-term anal continence and quality of life following postpartum anal sphincter injury. <i>Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland</i> , 10(8), 793-799. doi: 10.1111/j.1463-1318.2007.01445.x	Ansågs ha för smalt resultat för att kunna användas till analys. Undersökte framförallt symptom efter bristning.
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. <i>Birth (Berkeley, Calif.)</i> , 32(2), 129-136. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.00356.x	Undersöker symptom efter bristning och inte tillräckligt om mötet med vården och främst på BB.
Way, S. (2012). A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: expectations, reality and returning to normality. <i>Midwifery</i> , 28(5), e712-e719. <a href="https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.08.011">https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.08.011</a>	Ansågs ha för bristfälligt resultat för att kunna använda till resultat. Fokuserar främst på BB.

## Bilaga 2 Översikt av inkluderade artiklar

Tabell 3. Sammanfattning av inkluderade artiklar

Artikelreferens, land, studiekvalitet enligt Caldwell m.fl. (2011)	Studiedesign, metod och syfte	Urval	Genomförande	Resultat
Lindqvist m.fl. (2018) SVERIGE Hög kvalitet: 35 poäng	Kvalitativ studie med induktiv innehållsanalys.  Syfte: Att utforska kvinnors erfarenheter av de första två månaderna efter OASIS (obstetric anal sphincter muscle injury) med fokus på en problematisk återhämtning.	Personliga kommentarer från 1248 kvinnor med OASIS, hämtades från nationella bristningsregistret i Sverige, mellan 1 januari 2014 - 31 december 2016.	En induktiv innehållsanalys användes för att analysera och tolka data stegvis. Analysen diskuterades noggrant och i fokusgrupp med fyra kvinnor med OASIS för att bekräfta fynden.	Kvinnorna blev frustrerade på grund av bristande information och uppföljning från vården. Att försöka hitta adekvat vård var helt upp till kvinnorna, vilket gjorde den redan stressfulla situationen mer påfrestande. Många kände sig oförberedda på sina besvär, vilket både skapade fysiska och psykiska påfrestningar. Förväntningar på familjelivet och samlivet med partnern krossades.
Lindqvist m.fl. (2019) SVERIGE Hög kvalitet: 35 poäng	Kvalitativ studie med induktiv innehållsanalys.  Syfte: Att utforska kvinnors erfarenheter relaterat till återhämtningen, ett år efter OASIS.	625 kvinnor (vilka haft OASIS sedan ungefär ett år) som mellan 1 januari 2014 - 31 december 2016 lämnade personliga kommentarer i det nationella bristningsregistret i Sverige.	En manifest och latent induktiv innehållsanalys användes för att finna olikheter.	Det första året efter bristningen, beskrev kvinnorna som en svår tid att hantera. Brist på stöd och adekvat vård, lämnade kvinnorna ensamma i att gå vidare utifrån en ny mer begränsad vardag. Bristningen skapade mycket oro för framtiden och de hade flera fysiska och psykiska problem. Några av kvinnorna fann tillslut en vårdgivare som lyssnade på dem, vilket stärkte återhämtningen.

Fortsättning tabell 3. Sammanfattning av inkluderade artiklar

Artikelreferens, land, studiekvalitet enligt Caldwell m.fl. (2011)	Studiedesign, metod och syfte	Urval	Genomförande	Resultat
<p>Herron-Marx m.fl. (2007)</p> <p>ENGLAND</p> <p>Hög kvalitet: 34 poäng</p>	<p>En retrospektiv Q-metodologisk studie med utforskande teknik inom en konstruktivistisk ram.</p> <p>Syfte: Att utforska kvinnors erfarenheter av kvarstående bäckenbotten- och perineala besvär i postnatala perioden</p>	<p>Totalt 14 kvinnor, 12-18 månader postnalt, som tidigare deltagit i en studie kring bäckenbotten- och perinealbesvär.</p> <p>Med tillgängligheturval skickades en inbjudan ut där 14 kvinnor var intresserade och svarade vid båda tillfällena.</p>	<p>Studien utförde samtliga fem steg av Q-metoden genom att börja med individuella semistrukturerade intervjuer. Deltagarna själva fick gå igenom de uttalanden som skapades.</p>	<p>Kvinnorna kunde uppleva otillräckligt stöd och information från vården. De blev istället bemötta av vårdgivare som normaliserade och minimaliserade deras problem. Att ingen alls pratade om problemen skapade en tabu och skam över att delge sig av sina besvär. Detta skapade ytterligare ensamhet och isolering. Bristen på adekvat vård lämnade kvinnorna att stå ut och acceptera sina besvär. Vissa fann egna strategier för att kunna gå vidare.</p>
<p>Salmon (1999)</p> <p>ENGLAND.</p> <p>Hög kvalitet: 33 poäng</p>	<p>Kvalitativ studie med feministisk ansats.</p> <p>Syfte: Att delge erfarenheter om postnatala perioden från kvinnor med bristning.</p>	<p>Genom ett snöbollsurval rekryterades sex kvinnor som drabbats av bristning efter förlossning. Tid från förlossning till deltagande i studie var max fem år.</p>	<p>Ostrukturerade intervjuer med mycket liten påverkan från forskaren utfördes. Alla deltagare fick läsa analysen av sin intervju för att validera data.</p>	<p>Behovet av stöd från vårdgivaren var viktigt under tiden de återhämtade sig från trauma. Kvinnorna upplevde att den smärtsamma sutureringen efter förlossningen påverkade deras fortsatta upplevelse av mötet med vården och återhämtning. Otillgänglig vård och brist på information gjorde att kvinnorna upplevde att de fick stå ut med besvären och att acceptera det som en del av barnafödandet. Kvinnorna upplevde att vårdgivarna normaliserade och avvisade deras problem, vilket skapade ångest och ensamhet.</p>

Fortsättning tabell 3. Sammanfattning av inkluderade artiklar

Artikelreferens, land, studiekvalitet enligt Caldwell m.fl. (2011)	Studiedesign, metod och syfte	Urval	Genomförande	Resultat
<p>Wiseman m.fl. (2019)</p> <p>SOUTH OF ENGLAND</p> <p>Medelhög kvalitet: 31 poäng</p>	<p>Mixed method där den kvalitativa delen hade fenomenologisk ansats.</p> <p>Den kvalitativa delen av artikeln analyseras i föreliggande studie. Därmed fokuseras det enbart på denna del fortsättningsvis.</p> <p>Syfte: Att utforska kvinnors erfarenheter av sårruptur eller infektion relaterat till mindre omfattande bristning.</p>	<p>Det var ett avsiktligt urval på kvinnor som under de senaste tre månaderna drabbats av grad II-bristning efter förlossning och som haft infektion eller sårruptur.</p> <p>Totalt 5 kvinnor av 828 kvinnor, som drabbats av grad II-bristning under perioden 1 juli 2014 - 31 mars 2015 och utvecklade infektion eller fått sårruptur, uppfyllde kriterierna för intervju.</p>	<p>Till en början utfördes en prospektiv observationsstudie för att identifiera kvinnor som drabbats av en grad II-bristning efter förlossning.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer. Tematisk analysmetod användes för att tolka data.</p>	<p>Kvinnorna upplevde brist på information från vårdgivare gällande sin skada och önskade mer omhändertagande under postnatala perioden. De upplevde att det fanns en kunskapsbrist hos vårdgivaren för att bedöma infektionen och bristningen. Många sökte inte vidare uppföljning trots att det aldrig riktigt fick en ordentlig gynekologisk undersökning. Kvinnorna upplevde att det var svårt att berätta om sina problem på grund av skam och eller icke respektfullt bemötande av vårdgivaren. Resultatet visar också att bemötandet de fick från vårdgivaren påverkade deras syn på vem som hade skulden för infektionen eller bristningen.</p>

Fortsättning tabell 3. Sammanfattning av inkluderade artiklar

Artikelreferens, land, studiekvalitet enligt Caldwell m.fl. (2011)	Studiedesign, metod och syfte	Urval	Genomförande	Resultat
<p>Priddis m.fl. (2014)</p> <p>AUSTRALIEN</p> <p>Medelhög kvalitet: 30 poäng.</p>	<p>Kvalitativ studie med feministiskt perspektiv.</p> <p>Syfte: Att undersöka hur kvinnor med omfattande bristning, upplever livet med sin skada och hur de skapar mening i livet.</p>	<p>Inlägg i sociala medier mellan oktober 2011 och april 2012 användes för att nå ut till kvinnor med omfattande bristning. Rekrytering utfördes även genom snöbollsurval.</p> <p>Totalt 12 kvinnor deltog i studien.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer "face-to-face" med "open-ended" frågor, utfördes för att samla in data.</p> <p>En tematisk analysmetod användes sedan för att analysera och tolka data.</p>	<p>Kvinnorna fick varierande information om sin skada och vilken behandling som fanns att tillgå, vilket gjorde att de kände sig utsatta och sårbara. Vårdgivarens bemötande, var direkt kopplat till hur det upplevde sin återhämtning. Förväntningar de haft innan på familjelivet förstördes, vilket påverkade livet och vardagen. De överraskades även av att återhämtningen inte gick så snabbt eller fullt ut som förväntat. Detta skapade skam och isolering.</p>
<p>Tucker m.fl. (2014)</p> <p>AUSTRALIA</p> <p>Medelhög kvalitet: 27 poäng</p>	<p>Kvalitativ metod med fenomenologisk ansats.</p> <p>Syfte: Att tolka och förklara inverkan på livskvalitet efter OASIS samt kvinnors erfarenhet av analinkontinens.</p>	<p>Tio kvinnor som efter OASIS hade symtom på analinkontinens i varierande grad valdes avsiktligt.</p>	<p>Semistrukturerade "open-ended" intervjuer utfördes, där kvinnorna fick berätta sina levda erfarenheter av att leva med analinkontinens.</p> <p>Data analyserades med tematisk analys.</p>	<p>Vårdgivarens tystnad om symtom och information kring bristningen, skapade frustration och skam hos kvinnorna. Vidare ledde det till ensamhet och isolering. Dels över förlusten av sin gamla sociala vardag, men också över påverkan på det sexuella samlivet. Analinkontinensen hade en betydande påverkan på kvinnornas psykiska hälsa. Kvinnorna önskade att bli lyssnade på av vården för att kunna återfå sin självkänsla och kontroll över livet.</p>

## Bilaga 3. Urval från artikelgranskning av inkluderade studier

Tabell 4. Artikelgranskning

Frågor för kvalitativa studier vid kvalitetsgranskning av Caldwell m.fl. (2011) ↓		Lindqvist m.fl. (2019).	Priddis m.fl. (2014).	Tucker m.fl. (2014).
1.	Does the title reflect the content?	Ja, 2 poäng. Den indikerar på studiens fokus.	Ja, 2 poäng.	Ja, 2 poäng.
2.	Are the authors credible?	Ja, 2 poäng.  Samtliga forskare beskrivs tillhöra diverse universitet och avdelningar som är relevanta för forskningen. De bör därmed inneha professioner eller akademiska titlar som är relevanta.	Delvis, 1 poäng.  Adress till en av tre författare uppges, ingen professionell titel kan finnas, det kan tolkas som att huvudförfattaren har passande akademiska kvalifikationer då adressen leder till ett universitet.	Ja, 2 poäng.  Samtliga forskare anges ha koppling till universitet och avdelningar som är relevanta för syftet med studien.
3.	Does the abstract summarize the key components?	Ja, 2 poäng.  Innehåller alla väsentliga delar.	Ja, 2 poäng.	Ja, 2 poäng. Samtliga delar är välbeskrivna och sammanfattade.
4.	Is the rationale for undertaking the research clearly outlined?	Ja, 2 poäng.  Det beskrivs tydligt, med rubrik, vad orsaken är och för behovet av studien.	Delvis, 1 poäng.  Orsaken framkommer i kontrast till den bristande kunskap som finns idag. Däremot läggs ingen vikt vid detta.	Ja, 2 poäng.  Syftet motiveras med hänsyn till tidigare studier och bristande kunskap kring ämnet.
5.	Is the literature review comprehensive and up to date?	Ja, 2 poäng. Då denna studie är relativt ny kan bakgrunden vara kombinerat med senare forskning och även äldre forskning. Då det inte finns mycket studerat på området så anses det att den översiktsstudien som utförts trots allt är aktuell. Det är en omfattande översikt.	Delvis, 1 poäng. Det råder en brist på kunskap kring ämnet, därmed är det svårt att ha en utförlig bakgrund kring detta. I artikeln framgår kortfattat olika delar som berör ämnet med den litteratur som då fanns tillgänglig. Artikeln är sex år gammal och referenser som används kan vara äldre än så.	Delvis, 1 poäng.  Den anses inte vara helt omfattande även om viktiga delar tas upp med forskning som är då studien utfördes var relativt aktuell.
6.	Is the aim of the research clearly stated?	Ja, 2 poäng.	Ja, 2 poäng.	Ja, 2 poäng.

**Fortsättning tabell 4. Artikelgranskning**

Frågor för kvalitativa studier vid kvalitetsgranskning av Caldwell m.fl. (2011) ↓		Lindqvist m.fl. (2019).	Priddis m.fl. (2014).	Tucker m.fl. (2014).
7.	Are all ethical issues identified and addressed?	<p>Ja, 2 poäng.</p> <p>Den är godkänd av "Ethical Board at Linköping University". De benämner att data är hämtad från ett register där deltagande är frivillig. Deltagarna i registret är informerad om att deras kommentarer kan komma att användas i forskning så att de därmed godkänner deltagande i eventuella studier. Det framgår också att de när som helst kan avbryta deltagande i registret utan att uppge orsak. All data är anonym och kan inte härledas till någon deltagare.</p>	<p>Ja, 2 poäng.</p> <p>Uppger informerat consent och hur noggrant det utfördes. Det söktes etiskt tillstånd som blev beviljad av University of Western Sydney Human Research Ethics Committee. Pseudonymer används för att bevara deltagarnas anonymitet. Information gavs till deltagarna om anonymitet och studiens syfte. Eftersom snöbollsurval användes, kan det tolkas som att deltagarna deltog frivilligt.</p>	<p>Nej, 0 poäng.</p> <p>Etiskt godkänd av University of Adelaide Human Research Ethics Committee och Human Research Ethics Committee. Det saknas dock information kring om deltagarnas frivillighet och om de har fått samtycke för deltagande.</p>
8.	Is the methodology identified and justified?	<p>Ja, 2 poäng.</p>	<p>Ja, 2 poäng.</p>	<p>Ja, 2 poäng.</p>
9.	Are the philosophical background and study design identified and the rationale for choice evident?	<p>Delvis, 1 poäng.</p> <p>Design är tydligt beskrivet och väl motiverat, det vill säga för att kunna utforska variationer i de olika erfarenheterna. Däremot saknas filosofisk bakgrund.</p>	<p>Ja, 2 poäng.</p> <p>Ett feministiskt perspektiv används för att utforska deltagarnas erfarenheter i världen utifrån genus. Detta för att möjliggöra skillnad för marginaliserade grupper och värdesätta kvinnors röster. Studiedesignen är en kvalitativ tolkningsmetod med "face to face" intervjuer. Det anses rimligt för att uppnå studiens syfte.</p>	<p>Ja, 2 poäng.</p> <p>En fenomenologisk ansats har använts till denna kvalitativa studie. Den motiveras genom att förklara hur en djupare förståelse för olika personers erfarenheter kan tolkas. Det anses vara relevant för syftet.</p>
10.	Are the major concepts identified?	<p>Ja, 2 poäng.</p> <p>Mer omfattande bristning beskrivs, samt tidigare forskning om upplevelser och kontraster till detta.</p>	<p>Ja, 2 poäng.</p> <p>Det framkommer tydligt, såsom, bristning, kvinnors erfarenheter och vilken påverkan bristning kan ha på livet.</p>	<p>Ja, 2 poäng.</p> <p>Både analinkontinens och OASIS förklaras och beskriver hur det kan påverka en människas liv.</p>



**Fortsättning tabell 4. Artikelgranskning**

Frågor för kvalitativa studier vid kvalitetsgranskning av Caldwell m.fl. (2011) ↓		Lindqvist m.fl. (2019).	Priddis m.fl. (2014).	Tucker m.fl. (2014).
11.	Is the context of the study outlined?	<p>Ja, 2 poäng.</p> <p>Data har inhämtats från ett nationellt register för perinealskador. Denna är tydligt beskriven och användningen motiveras starkt då den täcker 85 procent av alla födselar i Sverige.</p>	<p>Delvis, 1 poäng.</p> <p>Det uppges att tiden och platsen för intervjuerna var lämpliga för deltagarna. Det framkommer inte mer om kontexten. Däremot anges att forskaren som utför intervjuerna har drabbats av mer omfattande bristning och berättar detta för deltagarna, för att bli en "insider".</p>	<p>Ja, 2 poäng.</p> <p>Det område som forskningen utgår från anges vara ett storstadsområde där populationen anses vara multikulturell och socialt utsatta. Platsen för intervju anses vara bekvämt för deltagarna.</p>
12.	Is the selection of the participants described and sampling method identified?	<p>Ja, 2 poäng.</p> <p>Inklusionskriteriet var att kvinnorna drabbats av omfattande bristning efter förlossning och har skrivit egna kommentarer till registret. Detta motiveras tydligt. Bortfall och överförbarhet diskuteras, det är en stor studie då 625 kvinnor inkluderas i studien (1962 kvinnor identifierades ha drabbats av svår skada).</p>	<p>Ja, 2 poäng.</p> <p>Dels kontaktas forskaren av deltagarna efter att ha läst ett inlägg på social media eller genom rykten från en barnmorska. Därmed blev det ett snöbollsurval, genom att kvinnorna berättade för andra kvinnor om studien. Kvinnorna ska ha haft en omfattande bristning efter vaginal förlossning, vilket känns relevant för att uppnå studiens syfte. Det uppges att datainsamlingen fortsatte tills att mättnad uppnåts, och det blev mättat efter intervjuer med 12 kvinnor. Däremot beskrivs inget bortfall.</p>	<p>Ja, 1 poäng.</p> <p>Deltagarna anses ha relevanta erfarenheter. Rekrytering av deltagare pågick tills dess att mättnad ansågs vara uppnått. Det bedömdes vara mättat vid tio deltagare.</p>
13.	Is the method of data collection auditable?	<p>Ja, 2 poäng.</p> <p>De har beskrivit hur de har fått tillgång till registret och hur de har gått tillväga för att få fram data för de som uppfyller inklusionskriterier.</p>	<p>Ja, 2 poäng.</p> <p>Forskaren beskriver noggrant hur datainsamlingen utförts.</p>	<p>Ja, 2 poäng.</p> <p>Öppna semistrukturerade intervjuer som spelades in. Känslor som uttrycktes noterades.</p>

**Fortsättning tabell 4. Artikelgranskning**

Frågor för kvalitativa studier vid kvalitetsgranskning av Caldwell m.fl. (2011) ↓		Lindqvist m.fl. (2019).	Priddis m.fl. (2014).	Tucker m.fl. (2014).
14.	Is the method of data analysis credible and confirmable?	Ja, 2 poäng.  De använder en vedertagen analysmetod och väl beskrivet hur framtagande av olika teman gått till. Det finns även presenterat i en tabell. Det uppges att samtliga teman har diskuterats och att data har upprepade gånger lästs igenom.	Delvis, 1 poäng.  En "tematisk" analysmetod används för att tolka resultatet, vilket har beskrivits och anses en trovärdig metod. För en utförligare beskrivning av analysmetoden, kan en tabell ha varit användbar.	Ja, 1 poäng.  En tematisk analysmetod används, där det också finns en referens. Genom en hermeneutisk cirkel utförs analysen och förståelsen förändras. Däremot nämns ingenting om förförståelsen.
15.	Are the results presented in a way that is appropriate and clear?	Ja, 2 poäng.  Det är ett grundligt resultat med citat från intervjuerna. Det är tydligt uppdelat med flera rubriker och underrubriker.	Ja, 2 poäng.  Det är tydligt och enkelt presenterat med konsekvent användning av underrubriker. Det framkommer tydligt vilka ord som är från deltagarna och vilka ord som är från forskaren.	Delvis, 1 poäng.  Enbart ett citat från intervjuerna är med i resultatet, vilket anses vara en brist. Däremot är resultatet väl beskrivet med flera underrubriker om än, kortfattat.
16.	Are the results transferable?	Ja, 2 poäng.  Det är en stor studie som har fångat upp kvinnor från olika delar av landet. Det kan diskuteras, vilket också görs i studien, vilken benägenhet en person har att delta med tanke på sin erfarenhet.	Delvis, 1 poäng.  Om resultatet sätts i samma kontext som studien utförts så anses resultatet vara överförbart. Det kan vara orsaker såsom kulturella skillnader, sociodemografiska skillnader som kan påverka överförbarheten.	Delvis, 1 poäng.  Det skulle kunna vara applicerbart på kvinnor i liknande situation med samma bakgrund. Då borde det vara mer väl beskrivet. Däremot verkar resultatet stämma överens med annan liknande forskning.
17.	Is the discussion comprehensive?	Ja, 2 poäng.  Den är omfattande och resultatet jämförs med annan forskning. Även metoden diskuteras tydligt.	Ja, 2 poäng.  Det är en omfattande diskussion kring varje tema som tagits upp i resultatet. Studiens resultat jämförs med tidigare forskning. Här diskuteras även eventuella brister med studien.	Delvis, 1 poäng.  Bedöms vara ganska kortfattat men i relation till studien i övrigt så anses det vara rimligt.

**Fortsättning tabell 4. Artikelgranskning**

Frågor för kvalitativa studier vid kvalitetsgranskning av Caldwell m.fl. (2011) ↓		Lindqvist m.fl. (2019).	Priddis m.fl. (2014).	Tucker m.fl. (2014).
18.	Is the conclusion comprehensive?	<p>Ja, 2 poäng.</p> <p>Bygger på resultatet och påvisar att ytterligare forskning behövs och att vården behöver förbättras. Eventuella begränsningar diskuteras i metoddiskussionen.</p>	<p>Ja, 2 poäng.</p> <p>Den slutsats som anges bygger på tidigare forskning och det resultat som framkommit i studien. Rekommendationer för fortsatt forskning beskrivs och argumenteras för.</p>	<p>Delvis, 1 poäng.</p> <p>Är begränsad. Ytterligare forskning bedöms vara nödvändig. Begränsningar i studien beskrivs någorlunda. En viktig poäng är hur etnisk bakgrund kan påverka resultatet.</p>
TOTAL POÄNG:		35/36	30/36	27/36

## Bilaga 4. Dataextraktion

För varje artikel utformas en tabell för dataextraktion med information om sida, kolumn och rad i artikelns resultat där extraktionen skett. Data som extraheras placeras under det ämne som den bedömes tillhöra. Den inkluderade artikeln av Herron-Marx, Williams och Hicks (2007) tas som exempel nedan.

### ÄMNE 1: Mötet med vården

Sida	Kolumn	Rad	Extraherad data	Kod
329	1	3-6	"A dominant theme within this factor was the lack of support and care received from health-care professionals."  Översättning: Bristen på vård och stöd från vårdgivare var dominant i denna grupp.	Brist på stöd

### ÄMNE 2: Återhämtning

Sida	Kolumn	Rad	Extraherad data	Kod
330	4	1-3	"However, some women, while seemingly accepting of the problem, felt that it was more something that all women had to 'put up with'."  Översättning: Vissa kvinnor som till viss del accepterat sina problem, kände att det var mer något som kvinnor vad tvungna att stå ut med.	Stå ut

## Bilaga 5. Dataanalys

Här visas exempel på hur textenheter har extraherats, översatts, kodats och hur kategorier har skapats. Samtliga textenheter i bilaga 5 är tagna från Priddis, Schmied och Dahlen (2014), som heter ”Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study”.

Textenhet	Översättning	Koder	Underkategori	Huvudkategori
<p>“... women feel vulnerable, exposed and disempowered throughout the labour and birth, suturing, and postpartum period and how these feelings are a direct result of the actions of their health care providers.”</p> <p>“The majority of the women who participated in the study reported that they were often not told about the extent of their perineal trauma.”</p> <p>“The amount of information and education that women reported receiving regarding the perineal trauma they had sustained, potential symptoms that may develop as a result of perineal morbidity, and access to ongoing treatment varied and contributed to their feelings of being abandoned.”</p>	<p>Känslor som sårbarhet, utsatthet och maktlöshet är ett direkt resultat av vårdgivares agerande under värbete, förlossning, suturering och postnatalperioden.</p> <p>Majoriteten av kvinnorna fick inte information om omfattningen av deras bristning.</p> <p>Det varierade bland deltagarna hur mycket information eller kunskap de fick gällande potentiella symtom efter bristning</p> <p>Det varierade bland deltagarna hur mycket information eller kunskap de fick gällande tillgång till aktuella behandlingar.</p>	<p>Bemötande, Brist på information, Brist på information gällande skada, symtom postnalt, gällande aktuella behandlingar, Brist på stöd, Kan bidra till skam, Kvinnor blir inte sedda, Kvinnor kan känna sig sårbara, utsatta, maktlösa under tiden postnalt, Otillgänglig vård, Rätten till information om sin kropp, Tillgång till vård, Tystnad, Vårdkedja brister, Vårdgivares agerande påverkar kvinnorna, Övergiven</p>	<p>Bristande information</p>	<p>Brist på kunskap hos kvinnor</p>

Textenhet	Översättning	Koder	Underkategori	Huvudkategori
<p><i>"Primiparous women often described the level of pain as unexpected, and they were unsure as to whether or not the pain that they were experiencing was a normal level of pain following a vaginal birth."</i></p> <p><i>"Multiparous women compared the pain, either negatively or positively, to previous experiences."</i></p> <p><i>"Women had an expectation that there would be a full recovery and their body would bounce back to normal."</i></p> <p><i>"When this did not happen, they voiced their surprise at the toll birth took on their body and felt more realistic information needed to be given about this."</i></p> <p><i>"Some women described feeling shocked at how basic bodily functions were no longer in their control... This was compounded by the lack of information and education that the majority of women received and the way it collided with their expectation of what would happen following birth."</i></p>	<p>Förstföderskor tyckte att det var svårt att avgöra om den perinealsmärta de hade postnatalet var normal eller inte och det gjorde mer ont än vad de hade förväntat sig.</p> <p>Omföderskor jämförde sin perinealsmärta med tidigare erfarenheter, om det var antingen bättre eller sämre.</p> <p>Kvinnorna förväntade sig att de skulle återhämta sig helt och håller och att deras kropp skulle bli helt normal igen.</p> <p>De överraskades över hur förlossningen hade påverkat deras kroppar och uppger att mer realistisk information kring detta var nödvändigt.</p> <p>Den chocken som vissa upplevde över att sakna kontroll över basala funktioner i kroppen berodde på att de haft andra förväntningar och att de inte hade fått tillräckligt med information.</p> <p>Förväntan på att det skulle kännas normalt igen efter sex veckor, både av dem själva och partner (vid samlag).</p>	<p>Brist på information, Bristande stöd, Chock över verkligheten, Förstföderska, Förväntar sig full återhämtning, Förväntningar, Involvera partner, Kan jämföra med tidigare erfarenhet, Kräver mer information, Känsla av otillräcklig, Livskvalitet, Lättare att avgöra, Oförberedd, Okunskap, Omföderskor, Orealistiska förväntningar, Övántad nivå av smärta, Parets sexliv, Perinealsmärta, Stigma, Vad är normalt, Verkligheten blev inte som de förväntat sig, Återhämtning, Överraskade</p>	<p>Orealistiska förväntningar</p>	<p>Brist på kunskap hos kvinnor</p>

Textenhet	Översättning	Koder	Underkategori	Huvudkategori
<p><i>“Women often used the word embarrassed to describe how they felt about symptoms that they experienced as a result of SPT (sphincter perineal tear).”</i></p> <p><i>”They felt that there was a stigma associated with incontinence.”</i></p> <p><i>“The women perceived that it is not culturally appropriate to discuss toileting issues; this lack of discussion resulted in isolation for women as they kept their experiences and symptoms silent.”</i></p> <p><i>“Like when you’re a kid if you pooh your pants, there’s this kind of stigma that you’re dirty and lazy. And even when you’re an adult every time it happened, I was just like- oh this is filthy, I’m in my twenties and I can’t control myself. I didn’t want to talk to anybody about it, I didn’t even want to talk to the doctor about it.”</i></p>	<p>Skämades över de symtom de fått till följd av skadan.</p> <p>Stigma associerat med symtom som inkontinens.</p> <p>Eftersom kvinnorna höll sina erfarenheter och symtom för sig själva och inte diskuterade dem, blev de mer isolerade.</p>	<p>Bristande stöd, Ej socialt accepterat, Ensamhet, Förminska sig själva, Inkontinens, Isolering, Kontrollförlust, Krossar deras förväntningar, Livskvalitet, Okunskap, Samtalskultur i vården, Skam, Stigma, Svårt att prata om, Symtom, Tystnad, Vårdgivares ansvar, Övergiven</p>	<p>Stigma och tystnad</p>	<p>Brist på kunskap hos kvinnor</p>

Textenhet	Översättning	Koder	Underkategori	Huvudkategori
<i>"...Women have navigated the treatment pathway maze to try and identify a supportive practitioner/s who can provide an effective treatment option..."</i>	Kvinnor har försökt att navigera genom djungeln av behandlingar för att försöka hitta en stöttande vårdgivare som kan erbjuda effektiva behandlingsalternativ.	Behandlingsalternativ, Bristande stöd, Djungel, Eget ansvar att hitta rätt, Försöker få adekvat vård och behandling, Hitta stöttande person inom vården, Kvinnor får leta, Otillgänglig vård, Otillräcklig vård, Tillgång till rätt behandling, Tillgång till vård, Vårdkedja	Bristande vårdkedja	Otillgänglig vård
<i>"Women who experienced long term perineal morbidity and symptomatology described being fearful that any treatment would potentially make their symptoms worse. These women described how they had, developed coping strategies over time, embraced a "new kind of normal", and incorporated these strategies into their daily lives."</i>	De kvinnor som över tid utvecklat strategier för en ny vardag uttryckte rädsla över att prova någon behandling som eventuellt skulle kunna förvärra symtomen. Dessa kvinnor hade levt med symtomen längre.	Accepterat en ny vardag, Livskvalitet, Ny vardag, Rädsla för behandling, Strategier, Söker inte vård, Tillit till vården, Trygghet i det de skapat, Vårdmöjligheter	Söker inte vård	
<i>"Ten women however described feeling helpless, out of control and alone."</i>	Majoriteten kände sig ensamma, hjälplösa och utom kontroll.	Brist på stöd, Dåligt bemötande, Ensamma, Hjälplösa, Otrygg vård, Utom kontroll, Utsatthet	Dåligt bemötande	Vårdgivares bemötande påverkar återhämtningen



Fortsättning bilaga 5. Dataanalys

Textenhet	Översättning	Koder	Underkategori	Huvudkategori
<i>“For a small number of women these people (health care professionals) were present and supportive and the women described how they felt cared for, informed and safe.”</i>	Några få kvinnor kände sig väl omhändertagna, välinformerade och trygga eftersom vårdpersonalen var stöttande och närvarande.	Bemötande, Få information, Få kvinnor fick bra bemötande, God vård, Omhändertagna, välinformerade och trygga, Stöttande och närvarande, Vårdgivarens bemötande påverkar kvinnorna positivt	Bra bemötande	Vårdgivares bemötande påverkar återhämtningen
<i>“Further isolation was described by women as they tried to manage their restricted physical capacity, which occurred as a result of perineal pain, and further as they developed strategies to prepare for unexpected episodes of faecal or urinary incontinence.”</i>	Försök att hantera sin nya situation och skapa strategier bidrog till ökad isolering.	Begränsa livskvalitet, Behandlingsmöjlighet, Bristande stöd, Bristande vård, Det nya normala, Försöker vara förberedda, Hantera ny livssituation, Rätt råd kan bidra till minskad isolering, Strategier, Ökad isolering	Lämnade att finna egna strategier	Återhämtning

Textenhet	Översättning	Koder	Underkategori	Huvudkategori
<p>”... after seeking multiple treatment and therapies, irrespective of the level of effectiveness of the treatments, women described feeling a sense of resignation and just having to deal with”</p> <p>“...You know what? If these doctors that I’ve spoken to, and they’ve got no answer, then there’s obviously no answer. So, deal with it.”</p> <p>“... in processing their experiences they were seen to move towards defining a new sense of self... this process appeared to be influenced by the length of time that had passed since the woman had given birth, the level of morbidity..., and the care that they had received.”</p>	<p>Oavsett effekten av de olika behandlingar som kvinnorna letat efter, lämnas de med känslan av att detta nog är något som de bara måste stå ut med.</p> <p>Hur mycket tid som gått efter förlossningen, vilken grad av besvär de haft och den vård de fått, påverkade deras process att hitta sig själva igen (eller definiera ett nytt jag) och sträva efter en ny normalitet.</p>	<p>“Stå ut med”, Acceptera ett nytt liv, Bearbetning, Bli trygg och bekväm igen, Bristande stöd, Bristande vårdkedja, Ensamhet, Förståelse och acceptans, Ineffektiv behandling, råd, Kvinnans ansvar att söka vård, Lämnade i situationen, Otillräcklig vård, Process att sträva efter ny normalitet och självkänsla, Psykiska återhämtning, Stöd, trygghet, råd, Uppföljning, Uppgivenhet, Vården påverkar deras återhämtning</p>	<p>Återfå kontroll genom kompromisser</p>	<p>Återhämtning</p>
<p>“As women came to grips with their different kind of normal, they learnt to adapt their lifestyle. They realized things should have been different but reached a kind of acceptance.”</p>	<p>När kvinnor kommer till rätta med sin nya normalitet, så lärde de sig att anpassa sin livsstil efter det och nådde en form av acceptans.</p>	<p>Acceptans, Anpassa/begränsa sig/sin livsstil, Bearbetning, Göra förändringar i vardagen, Livskvalitet, Livsstil, Nu är det som det är, Ny normalitet med tiden</p>	<p>En ny vardag</p>	

Textenhet	Översättning	Koder	Underkategori	Huvudkategori
<p><i>“Women attempted to justify their experiences... for some they blame themselves using the words “I’m not stretchy” or “I could have done more”, while other blame the system, stating “I felt let down”.”</i></p>	<p>Vissa kvinnor ansåg att vården hade svikit dem och var skyldiga till deras besvär. Andra lade skulden på sig själva, de kände att de hade kunnat göra mer och vissa kände att de bara haft otur att skadan uppstått.</p>	<p>Acceptans, Ansvar, Bearbetning, Bristande stöd, vård, Ensamhet, Förtroende, tillit till vården, Hitta rätt person i vården, Självkänsla, Skuld, Svek</p>	<p>Skuld</p>	<p>Återhämtning</p>