



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykologprogrammet*

## **Kvinnorna som inte tröstas**

En kvalitativ studie om kvinnors upplevelser av mellangårdsbristningar i samband  
med vaginal förlossning.

**Sarah Camejo Hurt & Linnea Warvne**

Psykologexamensuppsats. 2017.

Handledare: Per Johnsson

Examinator: Erwin Apitzsch

## **Abstract**

The purpose of this study was to explore women's experience regarding perineal tear caused by vaginal delivery by means of a psychological framework to immerse the understanding of the injury. In addition to experiences concerning physical changes, pain and body images, individual and environmental understanding regarding perineal tears was studied. Semi-structured interviews were applied with twelve female participants. Thematic analysis were implemented to analyze the collected data, which allowed the authors to distinguish nine different themes. The conclusions indicated that perineal tear induced pain, distress and physical limitations. Reduced mobility and pelvic floor dysfunctions evoked shame. Perineal tears affected sexual function and body image. Empathic care was considered to have an impact on the participant's understanding regarding the injury. Understanding of the perineal tear induced feelings of being safe during contact with healthcare facilities. Healthcare tended to normalize, which contributed to marginalization regarding the experience from the participants. An insufficient dialog and understanding within social environment constrained women's ability to reduce suffering caused by perineal tears. This study highlights the relevance of psychological care and support to obtain understanding regarding perineal tear and the effects following the injury.

**Keywords:** Perineal tear, pelvic floor dysfunction, perineal pain, vaginal delivery, sexual health, body image, empathy, mentalization theory, thematic analysis

## Sammanfattning

Studiens syfte var att studera kvinnors upplevelser av bristningsskador utifrån en psykologisk ram för att skapa en fördjupad förståelse för deltagarnas erfarenheter. Upplevelser angående kroppsliga förändringar, smärta, kroppsbild och individernas egna samt omgivningens förståelse för skadan undersöktes. Semistrukturerade intervjuer utfördes med 12 deltagare. Datamaterialet analyserades genom tematisk analys och nio teman urskildes. Studiens centrala slutsatser var att smärta från bristningsskadan bidrog till stress, ångest och fysiska begränsningar. Rörelsehinder och toalettbesvär gav upphov till skam. Bristningsskador hade generellt en negativ inverkan på sexuell hälsa, vilket medförde stress och ångest. Skadorna inverkade på kroppsbild angående könsorganet och bidrog även till mer generella förändrade perceptioner av kroppen. Empatiskt bemötande från omgivningen hade betydande inverkan på kvinnornas förståelse för skadans innebörd och resulterade i upplevd trygghet. Sjukvården tenderade att normalisera bristningsskador, vilket bidrog till att kvinnornas upplevelser marginaliserades. Bristfällig dialog, begränsad emotionell kommunikation och bristande förståelse från omgivningen försvårade kvinnornas möjlighet att minska lidandet till följd av skadan. Studien belyser vikten av omsorg och psykologiskt stöd för att uppnå förståelse i samband med bristningsskadans uppkomst och tiden efter skadan.

**Nyckelord:** Bristningsskador, bäckenbottensdysfunktioner, mellangårdssmärta, vaginal förlossning, sexuell hälsa, kroppsbild, empati, mentaliseringsteori, tematisk analys

## **TACK!**

Ett stort tack till Er som delade med er av erfarenheter och upplevelser av bristningsskador och konsekvenser som följer med dem. Ert bidrag har varit avgörande för studiens genomförande. Tack även till Er som visade intresse för att vara med i studien och delade med Er av erfarenheter via e-mail. Vi vill också tacka vår handledare Per Johnsson för all hjälp och vägledning under processen.

## Innehållsförteckning

Abstract .....	2
Sammanfattning .....	3
Introduktion.....	7
Teori.....	8
Att föda barn.....	8
Graviditet .....	8
Förlossning.....	8
Tidig förlossningsvård. ....	8
Den nya sjukrollen. ....	9
Bristningsskador .....	9
Instrumentell vaginal förlossning och episiotomi .....	10
Dysfunktioner och symtom .....	11
Vården efter förlossning i Sverige.....	12
Smärta.....	13
Den emotionella komponenten av smärta.....	13
Den kognitiva komponenten av smärta.....	14
Smärtans karaktär.....	14
Smärta och kommunikation. ....	15
Bäckenbottensmärta.....	15
Empati .....	15
Mentalisering.....	18
Mentalisering och affekter. ....	18
Kroppsbild .....	19
Kroppen och skammen .....	20
Kroppsskam .....	21
Kroppsskam och sjukvård.....	21
Tidigare forskning .....	22
Syfte .....	24
Metod .....	24
Deltagare.....	25
Material .....	26
Procedur.....	26
Etik .....	29

Resultat .....	30
Att fångas upp av vården.....	30
Information .....	36
Normalisering .....	39
Fysiska begränsningar .....	41
Ett annorlunda sexuellt liv.....	44
Smärtans inverkan .....	48
Förändrad perception av kroppen.....	49
Att möta omgivningen.....	51
Omgivningen som stöd.....	54
Diskussion.....	57
Resultatdiskussion .....	57
Kroppsliga förändringar, smärta och kroppsbild. ....	57
Smärtans inverkan.....	57
Fysiska begränsningar.....	58
Ett annorlunda sexuellt liv.....	58
Förändrad perception av kroppen.....	59
Att förstå skadan tillsammans med omgivningen.....	60
Att fångas upp av vården och Information.....	60
Normalisering.....	61
Att möta omgivningen .....	62
Omgivningen som stöd.....	63
Resultatets begränsningar.....	63
Slutsatser av studien .....	64
Metoddiskussion.....	65
Metodval.....	65
Studiens tillförlitlighet.....	66
Etikdiskussion .....	69
Förslag på framtida forskning .....	70
Referenser .....	71
Bilaga 1 .....	77
Bilaga 2 .....	78
Bilaga 3 .....	79

## Introduktion

Förlossningsvården i Sverige har under senare år blivit uppmärksammas i det offentliga rummet och kvinnor som drabbats av bristningsskador har vittnat om en period kantad av svårigheter och upplevd utsatthet till följd av skadorna.

Enligt Pernilla Alexandersson (2017) existerar det idag en föreställning om graviditet och förlossning som ett naturligt inslag i en fertil kvinnas liv. Författaren belyser den ambivalenta position som en gravid kvinna befinner sig i då hon varken är sjuk eller skadad samtidigt som hon riskerar både hälsa och liv. Varje förlossning och graviditet är unik men beaktas av samhället och sjukvården som en mängdföreteelse. En kvinna som genomgår en förlossning står oundvikligt inför det tillfälle där hennes kropp ska delas i två (Alexandersson, 2017).

Majoriteten av vaginala förlossningar leder till lindriga bristningsskador. Det förekommer även allvarligare former av bristningar i samband med förlossning. Endoanalt ultraljud visar att cirka nio procent av analsfinkterskador efter vaginal förlossning förbises.

Bristningsskador av den allvarligare graden förekommer således i större utsträckning än vad som framkommer av klinisk undersökning (Statens beredskap för medicinsk utvärdering [SBU], 2016).

Hur upplever kvinnor att bristningsskador och dess konsekvenser inverkar på livet efter förlossningen? Det råder en kunskapslucka i litteraturen gällande kvinnors upplevelser av bristningsskador och de dysfunktioner som följer med dem (Skinner & Dietz, 2015). Därför är det hög tid att närma sig en ökad förståelse för kvinnors upplevelser av bristningsskador efter vaginal förlossning. Föreliggande studie undersöker detta utifrån en psykologisk ram med förhoppningen om att förbättra vården för dessa kvinnor.

Teorierna som används i uppsatsen syftar till att ge en bakgrund till de företeelser som studerats och tillföra ett teoretiskt ramverk för innehållet i studiens resultat. Inledningsvis skildras begreppen graviditet och förlossning utifrån ett historiskt och sociokulturellt perspektiv. Därefter definieras bristningsskador i samband med vaginal förlossning. Skadornas prevalens, riskfaktorer, bäckenbottens anatomi och vanligt förekommande dysfunktioner som följer av en bristningsskada presenteras. Sedan skildras Sveriges vårdkedja vid förlossning och barnafödande. Slutligen redovisas teoretiska modeller för smärta, mentalisering, kroppsbild och skam såväl som tidigare forskning

## Teori

### Att föda barn

I denna del redogörs för kulturella och historiska beskrivningar som potentiellt har en central roll i kvinnors upplevelser av graviditet och förlossning i modern tid.

**Graviditet.** Genom samlag blir människan bärande på äggceller gravid under befruktning av en annan individs sädesceller. Befruktningen sker när sädescellen tränger igenom äggcellen. Under normala förhållanden är en människa gravid tiden från att befruktningen skett till förlossningen, när barnet föds och varar i cirka 38 veckor (Sundwall, Weström & Åberg, 1985).

Den gravida kvinnan symboliserar under historien och i diverse kulturer fullbordad kvinnlighet samtidigt som graviditet samt förlossning sliter på kvinnans kropp, vilket åldrar den i förtid. Graviditet skapar liv men länge innebar varje graviditet en dödsrisk för kvinnor i Sverige (Johannisson, 1994).

Kroppen som gravid dyrkas och förnekas av omvärlden under historien samtidigt som det förekommer ett tabu kring graviditet. Graviditeter var tecken på äktenskaplig lycka men dess kroppsliga effekter skulle gömmas. I historien skildras livmodern som en okontrollerad och hotfull del av kvinnans kropp. Livmodern betraktas under sekelskiftstiden, mellan 1800-talet och 1900-talet, även som en patologisk källa hos kvinnan (Johannisson, 1994; Højeberg, 2000).

**Förlossning.** Ett normalt förlossningsförlopp utgör slutskedet i en graviditet och delas in i tre delar; öppningsskedet, utdrivningsskedet och efterbördsskedet. I den sista perioden av graviditeten kan förvärkar förekomma som orsakas av sammandragningar i livmodern utan att livmoderhalsen öppnar sig. Under öppningsskedet blir livmoderhalsen kortare och den vidgas. Öppningsskedet varar mellan 9-15 timmar och utdrivningsskedet börjar när livmoderhalsen är helt öppen. Utdrivningsfasen avtar när barnet är framfött och efterbördsskedet pågår i cirka två timmar efter att barnet är fött. Efterbördsskedet slutar när moderkakan passerat livmoderhalsen och är ute ur vaginan (Sundwall et al., 1985).

**Tidig förlossningsvård.** Fram till 1600-talet sker förlossning enbart i sällskap med kvinnor utan vetenskaplig utbildning i Sverige. När förlossning blir en del av naturvetenskapen hamnar komplikationer av förlossningar i läkarnas blickfång. I

västvärlden växer en kultur som beaktar graviditet och förlossning i likhet med ett patologiskt stadium mer än ett friskt tillstånd (Lundgren, 1999).



Förlossningsskräck är etablerat under 1800-talet eftersom graviditet innebär dödsrisk för kvinnor. Med tiden minskar dock riskerna under förlossning och efter 1930-talet skiftar intresset från moderns hälsa till barnets hälsa. Att rädda barnet och reducera spädbarnsdödlighet i Sverige blir nu läkarnas primära fokus. Användning av tångförlossningar och kejsarsnitt ökar samtidigt som nya medicinska tekniker utvecklas för att underlätta den vaginala förlossningen. Följderna av detta blir utdragna och komplicerade förlossningar. Förlossningstekniken under den här tiden är bristande och resulterar i ökade underlivslidanden, ryggsmärtor, depression samt trötthet hos kvinnor i Sverige (Johannisson, 1994).

**Den nya sjukrollen.** Förlossningen förflyttas från hemmet till sjukhus, medicinska tekniker utvecklas i samband med förlossning, vilket medför en ny sjukroll för kvinnor som är gravida under sekelskiftstiden, mellan 1800-talet till 1900-talet (Johannisson, 1994; Lundgren, 1999).

Med den nya sjukrollen som gravid tillkommer även patientrollen. En roll där kvinnan är underordnad läkaren, i likhet med att kvinnan under denna tid är underordnad mannen. När kvinnornas symtom inte kan förklaras genom naturvetenskap försjukligas tillstånden, med andra ord ser omgivningen kvinnor som sjukare än vad de är, alternativt osynliggörs symtomen, vilket innebär att de problem som kvinnor upplever istället negligeras av samhället. Kvinnan som sjuk har inga förväntningar, krav eller ansvarstaganden. Andra roller som moder och fru nedprioriteras. Sjukrollen blir en socialt accepterad avvikelse och om symtom konfirmeras av samhällets normer bekräftas sjukdomskänslan hos individen.

Sjukdomsrollen leder också till sjukdomsvinster i kvinnans tillvaro. Det medför möjlighet för vila samtidigt som det förstärker känslor av otillräcklighet som kvinnorna lever med under den här tiden. Efter sekelskiftstiden mellan 1800-talet och 1900-talet möjliggörs nya funktioner i samhället som arbete och studier. Det utvecklas således nya ideal för kvinnor samtidigt som de traditionella normerna av passivitet och tillbakadragenhet fortfarande förekommer efter sekelskiftstiden (Johannisson, 1994).

### **Bristningsskador**

Bristningsskador i samband med vaginal förlossning definieras som skador i mellangården, området mellan analöppningen till könsorganet och benämns även i litteraturen som mellangårdstrauma eller perineala bristningar (Frohlich & Kettle, 2015; Socialstyrelsen, 2017b). Cirka 85 % av kvinnor som föder vaginalt får någon form av bristningsskada (Frohlich & Kettle, 2015).

Skadan uppstår under vaginal förlossning spontant eller instrumentellt. Instrumentell vaginal förlossning innefattar användning av tång, sugklocka eller kirurgiskt snitt alternativt klipp (episiotomi och perineotomi). Skadorna kan uppträda på den främre så väl som bakre delen av mellangården (Frohlich & Kettle, 2015; Socialstyrelsen, 2017b).

Första gradens bristningsskada består av yttre skador på underlivets hud och läker oftast av sig själv. Grad två beskrivs som djupare bristningar på mellangårdens slidväggar och innefattar skador på muskler, muskelfästen samt slemhinnor. Andra gradens bristningar benämns även som perinealruptur eller vaginalruptur och kräver suturering av barnmorska.

Grad tre anges som utvändiga och inre skador på ändtarmens slutmuskel, vilket benämns som analsfinkterskada eller partiell analsfinkterskada. Fjärde gradens bristning beskrivs som analsfinkterskada eller total analsfinkterskada och omfattar skador på ändtarmsmuskler samt väggen i ändtarmskanalen. Detta är den allvarligaste formen av bristningsskada. När en bristningsskada av fjärde graden uppstår tillkallas läkare för diagnostik och suturering (SBU, 2016; Socialstyrelsen, 2017b). Mindre omfattande bristningar av grad ett till två diagnostiseras sällan och forskningen är därmed bristfällig gällande diagnostik, konsekvenser samt behandling angående lindrigare former av bristningsskador (SBU, 2016).

Risikfaktorer för analsfinkterskador som förekommer i litteraturen är hög födelsevikt hos barnet, instrumentell förlossning, avvikande position av fosterhuvudet, att vara förstföderska, könsstympling, (Hirayama et al., 2012; Frohlich & Kettle, 2015; SBU, 2016), framkallat värkarbete och utdragen utdrivningsfas under förlossningsskedet (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2013). Socialstyrelsen (2017b) rapporterar i en kartläggning att tredje och fjärde gradens bristningsskador inträffade hos sex procent av förstföderna i Sverige under perioden 2010–2014 och att prevalensen av analsfinkterskador bland förstföderna varierade mellan fyra till sju procent bland landstingen.

**Instrumentell vaginal förlossning och episiotomi.** Vaginal förlossning som kräver användning av obstetisk griptång eller vakuumentextraktion, såsom sugklocka, benämns som instrumentell eller operativ vaginal förlossning. Syftet vid användning av instrumentella metoder under förlossningen är att minimera skador hos både moder och barn. Förlängd utdrivningsfas är en riskfaktor för instrumentella metoder. Episiotomi, även kallat perineotomi, är ett operativt snitt eller klipp som utförs på den bakre delen av slidväggen och mellangården. Det används under utdrivningsfasen under förlossningen för att ge mer plats åt

barnet. Klippet eller snittet motsvarar en grad två bristning (Horan & Murphy, 2016; SBU, 2016).

År 2015 sker vaginal förlossning utan instrumentella metoder i 75 % av fallen i Sverige. Tolv procent av de instrumentella förlossningarna medförde bristningsskador av tredje och fjärde graden. Fyra procent av icke-instrumentella förlossningar resulterade i analsfinkterskador samma år (Socialstyrelsen, 2017a). I Sverige används dock sällan tång eftersom det i synnerhet är en riskfaktor för analsfinkterskador (SBU, 2016).

**Dysfunktioner och symtom.** I samband med bristningsskador riskerar kvinnan att drabbas av dysfunktioner i bäckenbotten, vilket kan innebära fysiologiska och psykologiska påfrestningar (Frohlich & Kettle, 2015; Socialstyrelsen, 2017b). Anatomien av den biologiska kvinnans bäcken består av ben, muskler, ligament, organ såsom urinblåsa, vagina och ändtarm samt bidrar till fungerande bäckenfunktioner (Petros, 2010).

Bäckenbottens centrala funktion är att hindra organen i buk och bäcken att falla ner ur bäckenhålan i kroppen, möjliggöra förlossning och låta urin samt avföring passera ut ur kroppen. Bäckenbotten hos en biologisk kvinna är uppbyggd av en muskelplatta som täcker bäckenutgången. Det finns en springa på denna muskeluppbyggnad där vaginan, anus och livmoder finns. Musklerna från muskelplattan övergår direkt till en sfinkter vid anus (Sundwall et al., 1985).

Bäckenbottensdysfunktioner av typen urininkontinens, analinkontinens, framfall och sexuell dysfunktion är associerat med bristningsskador av tredje och fjärde graden. Forskning har dock visat att dysfunktioner kan förekomma vid alla typer av bristningar (Handa, Blomquist, McDermott, Friedman & Muñoz, 2012; Frohlich & Kettle, 2015; Meister, Cahill, Conner, Woolfolk & Lowder, 2016).

Under 2016 registrerades 2 157 kvinnor i Sverige med bristningsskador av tredje och fjärde graden i bristningsregistret av Linköpings universitetssjukhus. Åttio procent av dem var förstföderskor. Ungefär två procent av kvinnorna angav att de upplevt problem som urininkontinens minst en gång i veckan innan graviditeten och cirka 17 % redogjorde för urinläckage minst en gång i veckan åtta veckor efter förlossningen (Uustal, 2017).

Urininkontinens, även kallat urinläckage, definieras som oavsiktligt utsläpp av urin.

Denna typ av läckage från urinblåsan kan uppkomma vid fysiskt utövande exempelvis hostningar, nysningar eller under träningsaktiviteter. Ofrivilligt läckage kan även uppstå vid upplevt behov att kissa, skifte av position från till exempel sittande till stående. Urinläckage kan även förekomma under sömnen och vid penetration av vaginan (Haylen et al., 2010).

LaCross, Groff och Smaldone (2015) menar att personer med bristningsskador av grad tre och fyra löper tre gånger så stor risk att få analinkontinens i jämförelse med kvinnor som inte drabbats av dessa typer av skador. Analinkontinens innebär att individen ofrivilligt förlorar avföring eller gasbildning (Haylen et al., 2010). I bristningsregistret av Uustal (2017) rapporterades avföringsläckage hos cirka sex procent före graviditeten och över 40 % åtta veckor efter förlossningen hos kvinnor med analsfinkterskador.

Femtio procent av kvinnorna från Bristningsregistret av Uustal (2017) med analsfinkterskador uppgav samlagssmärtor ett år efter graviditeten, varav tio procent angav smärter under samlag före graviditeten.

Sexuell dysfunktion innebär en förändring av den upplevda sexuella sensationen såväl som funktionen under sexuell aktivitet. Ett vanligt förekommande symtom av sexuell dysfunktion är dyspareuni och beskrivs som återkommande smärter samt obehag under vaginal penetration. Smärtorna kan vara lokaliserade på utsidan av slidan och slidingången eller förekomma i den djupare delen av vaginan (Haylen et al., 2010).

Bristningsskador i samband med vaginal förlossning kan leda till dyspareuni.

Mellangårdssmärter efter bristningsskador är en vanlig förekommande orsak till smärta under penetration och har en betydande effekt på den sexuella upplevelsen. Sexuell dysfunktion kan även orsakas av psykologiska faktorer hos individen (Leeman & Rogers, 2012).

Sexuell hälsa är enligt WHO:s definition ett fysiskt, mentalt, emotionellt samt socialt välbefinnande i relation till sexualitet. Sexuell hälsa innefattar inte enbart avsaknad av sjukdom och dysfunktion utan kräver en positiv och respektfull inställning till sexualitet och sexuella relationer, samt möjlighet till en njutbar, säker sexuell upplevelse (World Health Organization [WHO], 2017).

### **Vården efter förlossning i Sverige**

Förlossningsavdelningen och BB ansvarar för vården av kvinnans och barnets hälsa efter barnets födelse under sju dygn i 70 % av landstingen och regionerna i Sverige. Vårdtiden för kvinnor och barn på BB är knappt två dagar. Det varierar mellan sjukhusen om de erbjuder kvinnorna uppföljning av kvinnornas hälsa efter utskrivning. En övervägande del av sjukhusen följer upp bristningsskador av grad tre till fyra och ett fåtal landsting har bäckenbottenmottagningar. Majoriteten av kvinnor med tredje och fjärde gradens bristningsskador erbjuds återbesök hos läkare eller sjukgymnast efter utskrivning från sjukhuset. Kvinnor med första och andra gradens bristningsskada får vanligtvis uppföljning

under eftervårdsbesöket, vilket sker sex till tolv veckor efter förlossningen. Nittio procent av landstingen har ingen överrapportering mellan förlossningsavdelningen alternativt BB och mödravårdscentral eller barnavårdscentral (Socialstyrelsen, 2017c).

### **Smärta**

International Association for the study of pain definierar smärta som: ”Smärta är en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse associerad med vävnadsskada eller hot om vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada” (International Association for the Study of Pain. Task Force on Taxonomy 2002, s.210).

I tidig ålder lär sig barn genom erfarenheter betydelsen av smärta och utvecklar en subjektiv förnimmelse av smärtupplevelsen. Upplevelsen av smärta omfattar sensoriska, emotionella och kognitiva komponenter (Olsson, 2013; Werner, 2010a). Den sensoriska komponenten, smärtstimuleringen, registreras av hjärnregionerna primära och sekundära somatosensoriska cortex (Olsson, 2013).

Smärta ingår i kroppens sensoriska system som berör kroppens fysiologiska tillstånd och varnar för en pågående eller potentiell vävnadsskada. Senare teorier om smärta skildrar smärtupplevelser som en homeostatisk känsla vilket motiverar individen till att avlägsna kroppen från obehag och uppnå balans inom det homeostatiska systemet (Johnston & Olson, 2015).

**Den emotionella komponenten av smärta.** Den emotionella komponenten av smärta, skapar det subjektiva obehaget under smärtstimulering och uppstår från aktivering av subkortikala strukturer i hjärnan, såsom basala ganglierna samt limbiska systemet. Detta är grundläggande neurala processer för upplevelsen av rädsla och ångest (Werner, 2010b).

Den emotionella komponenten av smärta uppstår i form av en stressreaktion och är avgörande för hur individen upplever samt tolererar ett specifikt smärtstimulus.

Smärtupplevelser vid skilda tillfällen kan således variera utifrån grad av stresspåslag, även om de specifika smärtstimulus som individen utsätts för har lika hög grad av sensorisk intensitet. (Johnston & Olson, 2015).

Rädsla är en respons på ett specifikt stimulus och avtar när stimulit avlägsnas. Ångest skiljer sig från rädsla då emotionen uppstår till följd av en individs förväntan av ett hotfullt stimulus. Emotionen kan alltså framkallas när ett verkligt hot inte föreligger. Amygdala har en central roll vid emotionella processer och är särskilt involverad i emotionen rädsla.

Hjärnstrukturen är viktig under betingning av rädsla, vid lagring av emotionellt minne och för individens förmåga att upptäcka hotfulla stimuli såsom smärta (Johnston & Olson, 2015).

Rädsla aktiverar det sympatiska nervsystemet, den del av det autonoma nervsystemet som aktiverar stressrespons. Stresshormoner utsöndras, vilket exempelvis leder till spänning i musklerna och ökad hjärtfrekvens, andning samt blodtryck. (Johnston & Olson, 2015).

**Den kognitiva komponenten av smärta.** I Anterior Cingulate Cortex (ACC) samspelar centrala aspekter som är involverade i smärtupplevelsen såsom uppmärksamhet och emotionella samt motivationella komponenter. ACC och motorcortex medverkar båda i den motivationella komponenten som utgör förberedelse av beteende för att undvika förväntad smärta (Olsson, 2013). Prefrontala cortex fortsätter att respondera och rikta uppmärksamhet mot smärtstimulit tills det avlägsnas (Downar, Mikulis & Davis, 2003).

Smärta upptar således individens uppmärksamhet och motiverar till flykt. Upplevelsen av smärta distraherar och stör uppmärksamheten gentemot andra stimulus i omgivningen och är svår att frigöra från medvetandet. Flera variabler modererar i vilken grad smärtstimulus stör individen, såsom smärtans intensitet, förutsägbarhet, hot och emotionell aktivering (Eccleston & Crombez, 1999).

Undvikandebeteenden refererar till de strategier individen använder för att slippa emotionellt obehag såsom rädsla och smärta. Studier visar att grad av smärtintensitet korrelerar med ökat smärtrelaterat undvikandebeteende hos patienter med långvarig smärta (Kroska, 2016).

**Smärtans karaktär.** Smärta delas upp i olika smärtyper utifrån varaktighet, intensitet och etiologi. Smärta i muskler och hud kan uppstå från operationssår och benämns som patologisk inflammatorisk smärta. Vävnadsskada som orsakas av exempelvis trauma eller kirurgisk operation ger upphov till akut smärta och avtar när skadan läkt (Werner, 2010a).

Långvarig smärta är smärta som består trots att tiden för normal läkning har passerat. Normal läkning sker vanligtvis mellan tre till sex månader. Ärrvävnader runt nerver kan dock vara helt läkta och trots det orsaka smärta (International Association for the Study of Pain, 2002).

En diskrepans mellan individens upplevelse av smärtintensitet och vårdpersonals kliniska bedömning av vävnadsskador kan leda till minskat förtroende gentemot sjukvården eftersom smärtupplevelsen inte bekräftas. Denna diskrepans ökar individens lidande och kan resultera i ångest, nedstämdhet, nedsatt aktivitet samt minskad upplevelse av kontroll. Smärta

i ett längre förlopp ökar aktiveringen av de emotionella och kognitiva komponenterna, vilket påverkar individens psykosociala samspel med omgivningen (Werner, 2010a).

**Smärta och kommunikation.** Smärtbeteende inkluderar både språklig och icke-verbal kommunikation såsom rörelser, gester, ljud, gråt samt hjälpsökandebeteende för att lindra obehag av smärta (Rivano, 2010; Werner, 2010a).

Människan kommunicerar smärtupplevelser så länge smärtans karaktär inte avviker från normala normer. Svårigheter i kommunikation och hjälpsökandebeteende uppstår när smärtan är ihållande, ovanlig eller upplevs förekomma utan bestämd orsak. Det bidrar till bristande förståelse från omgivningen och minskat stöd, vilket gör individen ensam i sin upplevelse. När smärta inte kan beskrivas utifrån gemensamma referensramar ökar sannolikheten att individen känner sig avvisad och misstrodd av omgivningen (Rivano, 2010).

**Bäckenbottensmärta.** Bäckenbottensmärta är ett vanligt förekommande symtom efter en förlossning och kvinnor som drabbats av förlossningsskador har en signifikant ökad risk för bäckenbottensmärta samt försämrade sexuell funktion (Cooklin, Amir, Jarman, Cullinane & Donath, 2015). I studien av Cooklin et al. (2015) framkommer att kvinnor med bristningsskador löper större signifikant risk för bäckenbottensmärta två månader efter förlossningen i jämförelse med kvinnor utan eller med bristningsskada av grad ett. Detta stödjer den växande evidensen angående vikten av tidig identifiering av bristningsskadan, adekvat behandling samt stöd efter förlossningen.

Flertalet kvinnor associerar barnafödande med smärta och stresspåslag. Akut smärta i samband med förlossning ökar risken för långvarig smärta (Kwok, Moo, Sia, Razak & Sng, 2015). I en studie av Chang et al. (2016) bekräftas att bäckenbottensmärta fyra till sex veckor efter förlossning korrelerar med ökad risk för postpartumdepression. Upplevd intensiv smärta tre till fem dagar efter förlossning predicerade också postpartumdepression (Chang et al., 2016).

Smärta kan leda till sekundära effekter som rädsla, ångest, stress och påverkat stämningsslag. Lidande och obehag till följd av smärta innefattar rädsla för att förlora fysiska funktioner, personlig integritet samt självvärde. Psykosociala insatser som omfattar ett empatiskt förhållningssätt, information samt ångestdämpande samtal är insatser som beskrivs relevanta i behandling av smärta (Werner, 2010a).

## **Empati**

Empati är människans förmåga att skapa förståelse för andra individers tankar och känslor. Denna förmåga består både av individens kapacitet till affektiv och kognitiv empati.

Affektiv empati beskrivs som den psykologiska kapaciteten att dela andra människors känslor och kan uppstå separerat från kognitiv empati. Den kognitiva aspekten av empati möjliggör igenkännandet av en annan persons emotionella respons. Det innefattar individens förmåga att leva sig in i en annan människas situation, vilket kräver mentalisering. Mentalisering beskrivs som kunskapen om andra människors mentala tillstånd, såsom antaganden, förväntningar och emotioner. Föreställningar angående andra människors mentala innehåll kräver perspektivtagande, vilket innebär att individen värderar orsaken till den andres tillstånd utifrån personens särskilda förutsättningar. Den kognitiva empatin gör det möjligt att skilja mellan den subjektivt framkallade emotionella upplevelsen och den andres ursprungliga emotionella respons (Bohlin, 2013).

Utifrån ett neurovetenskapligt perspektiv uppstår förmågan till empati från ett komplext neuralt nätverk. Ena dimensionen av det neurala nätverket innefattar vilken typ av information som bearbetas under den empatiska processen, kognitiv eller emotionell information. Den kognitiva informationen som bearbetas utgörs av kapaciteten till attribution gällande mentala innehåll hos andra individer och är en del av människans mentaliseringsförmåga. Den andra dimensionen utgår från hur informationen bearbetas. Bearbetning som till hög grad är medveten och har en viljestyrd funktion bildar grunden till föreställningen om andra människors emotionella upplevelser. Detta benämns som reflektiva processer (Olsson, 2013).

Under bearbetning av emotionell information aktiveras hjärnregioner som är involverade i den subjektiva upplevelsen av emotioner. Studier visar att samma hjärnregioner aktiveras under observation eller föreställning av andra individer med motsvarande känslomässiga respons, exempelvis under smärta. Detta är en typ av reflexiv process, som kräver låg grad av kognitiv bearbetning och utgör det som kallas för emotionell smitta. Emotionell smitta är en automatisk spegling av en annan människas uttryckta känslomässiga tillstånd. Det emotionella uttrycket från andra människor kan alltså imiteras utan viljestyrda processer (Olsson, 2013). Emotionell smitta är en automatisk tendens utifrån synkronisering av främst icke-verbala signaler som möjliggör upptagandet av andras känslor i sociala sammanhang (Sonnby-Borgström, 2013).

Genom emotionell smitta synkroniseras exempelvis barnets och föräldrarnas emotionella tillstånd mellan varandra. Denna emotionella delning leder till att barnet upplever samhörighet med den vuxne och är en viktig del i barnets empatiska utveckling (Sonnby-Borgström, 2013).



De reflektiva och reflexiva processerna av empati sker i växelverkan samt påverkar således individens beteende inom olika kontexter. En reflexiv respons gentemot en annan individs emotionella uttryck kan understödja förståelsen, alltså den reflektiva responsen, för andra människors intentioner och på så sätt hjälpa individen att förutse kommande händelser i sociala sammanhang. Den initiala emotionella informationen utifrån den reflexiva responsen leder till mer medvetna reflektioner och tolkningar av andra personers beteenden. Det är denna tolkning som framkallar den subjektiva emotionella responsen gentemot en annan individs känslomässiga tillstånd (Olsson, 2013).

Genom emotionell smitta registrerar individen andra människors känslomässiga reaktioner. Därefter följer mer kognitiva processer och beskrivs som förmågan till fördjupad empati. Den kognitiva processen av empati utgörs av top-down processer. Under top-down processer bearbetar individen information av skeenden utifrån tidigare lagrade minnen, vilket skapar förväntningar för att kunna förstå den andra personens känslomässiga uttryck. Det är genom top-down processer som individen reglerar upplevelsen av emotionell smitta, vilket gör det möjligt för individen att begripa andra människors tillstånd utan att fastna i subjektiva obehagskänslor. Den empatiska omsorgen är kopplad till det som beskrivs som empatisk inlevelse. Empatisk inlevelse innefattar individens grad av spontan förståelse för en annan persons emotionella respons. Genom denna spontana reaktion kan andra människor uppfatta när individen behöver tröst och förståelse utan att personen verbalt önskar det.

Empati utgör grunden för adekvata hjälpreaktioner och kräver en flexibel reglering av det subjektiva emotionella tillståndet för att individen inte skall överväldigas eller undvika känslomässiga responser från andra. Detta skulle i sådana fall leda till ett bristande empatisk bemötande. Empatisk förståelse är en del av empatins motivationella komponent som leder till viljan att underlätta för personen som uppfattas vara utsatt. Den motivationella komponenten beskrivs som intentionen att hjälpa eller visa stöd gentemot en annan person och påverkas av kontextuella faktorer exempelvis vilken relation som individen har till andra personen samt vilka sociokulturella omständigheter som förekommer (Sonnby-Borgström, 2013). I en studie av Eklund, Andersson-Strångberg och Hansen (2009) presenteras resultatet som indikerar att individer har en högre grad empatisk förmåga när de delar liknande erfarenheter tillsammans med andra personer.

Empati har en central roll i interaktionen mellan vårdgivare och vårdtagare inom medicinsk kontext. Detta eftersom empatisk kommunikation från sjukvårdspersonal

underlättar för patienter att samtala om skador och sjukdomar som upplevs stigmatiserande samt hjälper patienter att bearbeta information (Halpern, 2013).

### **Mentalisering**

Mentalisering definieras som människans förmåga att vara medveten om medvetandet. Det består av komplexa processer i kroppen såväl som hjärnan och omfattar psykologiska funktioner för att hantera information samt initiera handling utifrån den uppfattade informationen. Mentalisering innebär självreflekterande, vilket gör det möjligt för individen att skapa mening om sammanhang rörande upplevelser. Det innefattar likaså en aktiv beståndsdel då individen, utifrån förståelsen av upplevelsen, utvecklar intentioner att handla baserat på den mottagna informationen. Den aktiva komponenten är en central del i mentaliseringens huvudsyfte – att kommunicera med omvärlden. Mentalisering gör det möjligt för individen att förstå sig själv och andra genom att beakta mentala tillstånd (Rydén & Wallroth, 2008).

Mentalisering utgör ett skydd mot traumatisering och minskar risken för psykologiska påfrestningar vid traumatiska händelser. Det underlättar för individen att förstå och bearbeta egna såväl som andras handlingar samt svåra händelser, vilket reducerar risken för självhat och självanklagelser som kan uppstå i samband med trauma (Rydén & Wallroth, 2008).

**Mentalisering och affekter.** Affekter gör det möjligt för individen att kommunicera information och intentioner av handlingar till sig själv samt omgivningen. De motiverar individen utifrån den information som upptas och initierar handling. Att förmedla känslor till andra är en essentiell funktion hos individen och gör det möjligt att skapa förståelse för händelser samt signalera behov av hjälp till omgivningen (Rydén & Wallroth, 2008).

Rydén och Wallroth (2008) beskriver affekter som hereditära universella reaktioner hos människan. Emotioner är subjektiva erfarenheter som genom minnet kopplas till specifika affekter. Författarna redogör för begreppet mentaliserad affektivitet, vilket betyder att individen placerar känslor i ett sammanhang för att skapa förståelse och mening angående specifika situationer (Rydén & Wallroth, 2008).

Det är svårare för individen att definiera påfrestande affekter, såsom skam eller ilska. Upplevelsen av exempelvis obehag (distress) skiljer sig från affekten rädsla som skildras som en mer impulsiv känsla. Obehagets funktion är att låta människan stå ut med varaktiga påfrestningar, såsom hunger, kyla eller smärta. Upplevelsen av obehag har en betydande kommunikativ aspekt som kräver förmågan till att signalera obehaget som upplevs, vilket motiverar personen själv och andra att reducera känslan (Rydén & Wallroth, 2008).

## **Kroppsbild**

Kroppsbild är ett psykologiskt fenomen av förkroppsligande (Cash & Smolak, 2011) och innefattar kroppsligt relaterade självperceptioner samt attityder om kroppen i relation till självet som inkluderar tankar, övertygelser, känslor såväl som beteenden (Bailey, Gammage & van Ingen, 2017).

Individens kroppsbild är av betydelse gällande psykosocial funktion och livskvalité. Även inom medicinsk kontext är kroppsbild relevant eftersom somatiska funktioner och förändringar påverkar hur individen uppfattar kroppen (Cash & Smolak, 2011). Enligt den sociokulturella modellen formas kroppsbild av existerande utseendeideal inom sociala kulturer. Utseendeideal förmedlas via sociokulturella kanaler i omgivningen, såsom media och sociala sammanhang. Genom kulturella kanaler kan individen internalisera idealen. De tankar och känslor individen har gentemot kroppen, utifrån internaliseringen, är en effekt av till vilken grad individen uppfyller de utseendemässiga idealen som finns inom kulturen (Tiggerman, 2011).

Utifrån ett kognitivt beteendeperspektiv är det genom kulturell socialisering som kroppsliga normer formas. Normerna i den sociala kulturen genererar förväntningar, exempelvis könsbaserade kännetecken till specifika fysiska attribut. Attributen utvecklar kroppsbildsattityder som gör individen mottaglig att analysera kroppen och händelser associerade till kroppslig förändring. Kroppsbildsattityder skildras som organiserade psykologiska konstrukt bestående av kognitiva, emotionella samt beteendemässiga processer inom specifika kontext. Attityderna omfattar två element. Det första elementet är individens tillskrivna värde av kroppen och det andra är individens positiva eller negativa bedömning utav kroppen. Kognitiva scheman angående kroppsbild innehåller affektrelaterade antaganden gällande kroppens relevans och värde i individens liv (Cash & Smolak, 2011).

Cash och Smolak (2011) beskriver hur människan hanterar en negativ kroppsbild genom olika copingstrategier. Copingstrategier relaterade till kroppsbild beskrivs som undvikande av situationer där kroppens utseende uppmärksammas eller justering av kroppens utseende, exempelvis genom kosmetiska ingrepp. En tredje copingstrategi består av ett rationellt självreflekterande och acceptans gentemot kroppen.

Magee (2012) beskriver att skador som leder till fysisk deformation, exempelvis ärrbildningar, påverkar individens kroppsbild. Enligt författaren har individer med dolda ärrbildningar rapporterat högre grad av negativ uppfattning angående utseende i jämförelse med personer med synliga ärrbildningar. Individer med dolda ärrbildningar har även redovisat

lägre grad av livskvalité och högre grad av psykologisk påfrestning i jämförelse med individer som har mer synliga fysiska ärrbildningar (Magee, 2012).

Roos, Thakar, Sultan, Burger och Paulus (2014) presenterar i sin studie resultat som indikerar att bäckenbottensdysfunktioner hos kvinnor har en negativ inverkan på kroppsbild. Utifrån studiens resultat kan avföringsinkontinens resultera i upplevd negativ kroppsbild, erfarenheter av pinsamhet, nedstämdhet och lägre grad av självförtroende.

Tankar och känslor rörande utseende har tidigare studerats i relation till sexuell funktion och kroppsbild av könsorganets utseende. Forskningen angående kroppsbild relaterat till könsorganet är däremot begränsad. Wiederman (2011) anser att kroppsbilden förutom utseende innefattar perceptioner gällande kroppsliga upplevelser av erogena zoner hos individen. Forskning redogör för att kvinnor upplever negativ kroppsbild av könet när könsorganet inte uppfyller kulturella normer. En problematisk kroppsbild i sexuella kontext kan dessutom leda till undvikande av sexuella aktiviteter och resultera i färre positiva sexuella erfarenheter. Kvinnor som skattar högre på självmedveten kroppsuppfattning under fysisk intimitet rapporterar även sämre sexuell funktion och mindre sexuell njutning, vilket inkluderar upplevelser av minskad sexuell lust samt ångest relaterat till sex.

### **Kroppen och skammen**

Den tidiga affektteorin av Tomkins (Tomkins & Demos, 1995), beskriver skam, skuld och blyghet som identiska affekter med skilda funktioner, av vilka skam är en hämmande affekt som hindrar individen till handling.

Senare teorier skildrar skam som en utvecklad emotion hos människan där självet är ett centralt element i upplevelsen av skam. Individen upplever skam genom negativa perceptioner gentemot olika aspekter av det subjektiva självet, såsom personlighet, känslor, beteende och andra mentala tillstånd (Gilbert & Miles, 2002).

Gilbert och Miles (2002) beskriver ett antal viktiga komponenter för den teoretiska förståelsen av skam; social kontext, självvärdering, emotioner, beteende och fysiska effekter. Skam uppstår i sociala kontexter och aktiveras av individens antaganden om hur andra personer i omgivningen uppfattar individen själv. Genom självvärdering kan personen framkalla negativa automatiska tankar gentemot självet. Skam består även av en emotionell komponent som förenar primära emotioner som ilska, äckel, förakt och ångest med upplevelsen av skam. Med skammen följer även defensiva beteenden hos individen som manifesteras främst genom undvikande och utlöser fysiologiska reaktioner som stress (Gilbert & Miles, 2002).

**Kroppsskam.** Gilbert och Miles (2002) belyser skammens innebörd vid subjektiva negativa perceptioner om kroppen. Författarna anser att teorierna angående kroppsbild främst beskriver hur individer uppfattar kroppens fysiska utseende medan kroppsskam omfattar både fysiskt utseende och funktion i relation till skam.

Individens kropp är en stark källa till skam eftersom kroppen, i de flesta sammanhang, är synlig för den sociala omgivningen. Detta gör att individens kropp även kan framkalla tankar och känslor hos andra personer. Kroppen är i konstant förändring under livet och utifrån sociala samt kulturella kontexter skapas mening gällande kroppsliga funktioner. Ett centralt element i kroppsskam är individens erfarenheter av självkontroll. Människan upplever ägandeskap över kroppen, att förlora kontrollen av kroppsliga funktioner är således skamfullt.

Vilka kroppsliga attribut som betraktas som skamliga bestäms av sociala och kulturella normer (Gilbert & Miles, 2002).

**Kroppsskam och sjukvård.** Dolezal (2015) redogör för kroppsskammens betydelse inom vårdkontext. Patienter kan uppfatta sjukdomar och skador som personliga tillkortakommanden. En sjuk eller skadad kropp symboliserar sårbarhet och brist på kontroll. Kroppen orsakar således skam när den inte uppfyller individens förväntningar.

Dolezal (2015) benämner två komponenter under uppkomsten av kroppsskam inom vårdkontext. Den första är individens rädsla för att exponeras och den andra är det upplevda begäret att skylla sig. Detta kan leda till skadliga konsekvenser för individen eftersom skammen kan hindra graden av ärlighet gentemot vårdpersonal, exempelvis angående symtom och dysfunktioner. Det kan resultera i att individen undviker att söka medicinsk hjälp, vilket leder till bristande medicinsk behandling. Upplever individen att hen har ett personligt ansvar över sjukdom eller skada ökar sannolikheten för undvikande av sjukvård. Till sist beskriver Dolezal att den expertroll vårdpersonalen besitter är överlägsen vårdtagaren, vilket skapar ojämn maktbalans och gör vårdkontexten känslig för bedömning samt moralisering gällande patienters kroppar.

I en studie av Buurman och Lagro-Janssen (2013) framkom att kvinnor med bäckenbottensdysfunktioner efter vaginal förlossning upplevde svårigheter att söka hjälp bland annat på grund av skam. Detta hämmade deras intentioner att söka hjälp hos sjukvården. Deltagarna i studien uppgav att den kultur de levde i associerade problem i bäckenbotten med ålderdom och orenlighet, vilket resulterade i upplevelser av tabu. Några av kvinnorna upplevde också en förändrad självbild relaterat till kroppens förändringar och förlorad kontroll över kroppen som konsekvens av bäckenbottensdysfunktioner.

## Tidigare forskning

Forskningen angående bristningsskadors psykologiska effekter är begränsad enligt Skinner och Dietz (2015). Kunskapsluckan bidrar till en otillräcklig omvårdnad för kvinnor med bristningsskador. Författarna efterfrågar därmed framtida kvalitativ forskning för att undersöka kvinnors upplevelser av bristningsskador och hur skadorna påverkar deras psykologiska tillstånd.

I en metaetnografisk syntesstudie av Priddis, Dahlen och Schmied (2013) presenterades fyra kvalitativa studier angående kvinnors upplevelser av bristningsskador av tredje och fjärde graden. Utifrån de fyra kvalitativa studierna framkom tre generella teman, ”Jag är sönder och misslyckad”, ”Avfärdad och nonchalerad” och ”Praktikaliteter av en oförutsägbart mellangård”. Resultatet framställde upplevelser som social isolering, skam och marginalisering hos kvinnor med bristningsskador. Enligt Priddis et al. (2013) leder allvarliga bristningsskador både till fysiska och psykologiska påfrestningar samt har omfattande inverkan på kvinnornas sexuella liv.

I en senare kvalitativ studie, med ett feministiskt perspektiv av Priddis, Schmied och Dahlen (2014) intervjuades tolv kvinnor som drabbats av bristningsskador av tredje och fjärde graden. Semistrukturerade intervjuer utfördes och en tematisk analys användes för att analysera datan. Tre huvudteman framkom i studien. Det första temat var ”Den övergivna modern” som behandlade kvinnornas upplevelser av sårbarhet i relation till skadan. Kvinnorna beskrev erfarenheter av att vara exponerade och underlägsna under perioden från att de blev skadade fram till postpartumperioden. Författarna menar att vårdpersonalens bemötande var direkt avgörande för hur kvinnorna senare upplevde deras bristningsskada. Det andra temat benämndes som ”Den krossade sagan”. Temat berörde kvinnornas förväntningar som inte var i enighet med hur förlossningen och postpartumperioden i verkligheten upplevdes. Detta påverkade deras relation till barnet, förmåga till föräldraskap och den sexuella relationen till partnern negativt. Det sistnämnda temat var ”Ett fullständigt nytt normalt”. Temat skildrade kvinnornas upplevelser av normalisering av erfarenheter från skadan, acceptans gentemot kroppen, upplevelser av skuld och erfarenheter av stöd samt gemenskap med kvinnor som upplevt liknande händelser.

Enligt Priddis et al. (2014) har omhändertagandet från vården en betydande effekt på kvinnornas tankar och känslor gentemot sig själva. De beskriver att framtida forskning behövs för att undersöka kvinnors upplevelse av bristningsskador för att uppnå en förbättrad omvårdnad för kvinnor under och efter förlossning.

Sjukvårdens bemötande och nyblivna föräldrars behov har studerats i doktorsavhandlingar av Hildingsson (2003) och Rydén och Suneson (2004). Hildingsson (2003) menar att det är av största vikt att föderskan blir tagen på allvar. Att bli behandlad med respekt och som en unik vuxen individ framställs som en central aspekt under upplevelsen av sjukvårdens bemötande vid förlossning. Förstföderskor skattade även betydelsen av information i samband med förlossningen högre än omföderskor (Hildingsson, 2003).

I en avhandling av Rydén och Suneson (2004) beskriver föräldrar som genomgår vaginal förlossning ett behov av att prata om förlossningen efter att barnet är fött. Särskilt om de upplevt förlossningen som otillfredsställande eller blivit missnöjda med första kontakten med barnet på grund av externa störningar samt medicinska undersökningar under vistelsen på sjukhuset. Föräldrarna önskar bekräftelse från sjukvården om de genomgått en traumatisk förlossningsupplevelse. Påfrestningar som social isolering och osäkerhet gällande sexuellt samliv framkommer även som ett bekymmer hos föräldrar efter förlossning. Kvinnor som fött barn önskar att samtala om oro och reflektera kring känslomässiga samt kroppsliga förändringar med sjukvårdspersonal (Rydén & Suneson, 2004).

I en tidigare studie av Boij, Matthiesen, Krantz och Boij (2007) undersöktes hur analsfinkterskador, fem år efter vaginal förlossning påverkade sexuellt liv och välmående. Kvinnor med bristningsskador rapporterade signifikant mer problem under fysisk aktivitet och sexualliv samt tvivel inför framtida graviditeter än kvinnor utan bristningsskador. I gruppen av kvinnor med analsfinkterskador angav 40 % att de upplevt mellangårdsmärtor under en längre period och 40 % upplevde bristande information gällande analsfinkterskador från sjukvården. Det främsta problemet kvinnorna rapporterade var inkontinens, vilket hade negativ effekt på deras vardag samt livskvalité. Både kontrollgruppen och gruppen med bristningsskador redogjorde för att självkänslan ökat i samband med svårigheter under förlossning. Det framkom även att en av fyra kvinnor med analsfinkterskador sökte hjälp för svårigheterna de upplevde i samband med skadorna. Boij et al. (2007) ansåg att dysfunktionerna från skadan uppfattades som tabu av kvinnorna, vilket minskade deras benägenhet att söka hjälp för problematiken.

Bristningsskador hade ingen inverkan på skattad livskvalité, i en studie av Palm, Israelsson, Bolin och Danielsson (2013). Studien jämförde prevalensen av analinkontinens och dyspareuni och skattad livskvalité hos 305 kvinnor med analsfinkterskador och 297 kvinnor utan bristningsskador. Signifikant fler kvinnor som drabbats av analsfinktersskador

led av gasläckage och lös avföring samt rapporterade ytlig smärta vid samlag. Det förekom dock ingen signifikant skillnad i skattad livskvalité mellan de båda grupperna.

### **Syfte**

Syftet med den föreliggande studien är att undersöka kvinnors upplevelser av bristningsskador utifrån en psykologisk ram för att uppnå fördjupad förståelse för deras erfarenheter. Undersökningen har som avsikt att studera upplevelser angående kroppsliga förändringar, smärta, kroppsbild och individens såväl som omgivningens förståelse av skadan.

### **Metod**

Utifrån studiens syfte valdes en kvalitativ ansats och som datainsamlingsmetod användes semistrukturerade intervjuer. Kvalitativ metod är särskilt användbar när forskaren strävar efter fördjupad kunskap och förståelse för intervjudeltagares livsvärldar (Patel & Davidson, 2003). Begreppet livsvärld omfattar inte enbart en beskrivning av människans levnadsförhållande utan inkluderar även en upplevelsedimension, hur individen upplever och förhåller sig till rådande levnadsförhållanden (Dalen, 2007).

Enligt Polkinghorne (2005) är det centralt för forskaren att vara medveten om komplexiteten i självrapportering och förstå förhållandet mellan den verkliga erfarenheten samt det som uttrycks i en intervjusituation. Mänskliga upplevelser är inte möjliga att direkt observera, vilket innebär att datamaterialet som insamlats påverkas av informantens förmåga att reflektera och kommunicera upplevelser genom språket. Berättelsen under den semistrukturerade intervjun är inte identisk med den verkliga upplevelsen utan är alltid influerad av samspelet mellan deltagare och forskare.

I en kvalitativ intervju är det av betydelse att intervjuledaren vägleder och främjar ett meningsfullt samtal såväl som resonemang kring fenomenet tillsammans med informanten (Patel & Davidson, 2003).

Data under verbal datainsamling omvandlas vanligtvis till skriftlig form genom transkribering för att underlätta detaljerad analys av det uttryckta språket (Polkinghorne, 2005). Polkinghorne (2005) menar dock att information går förlorad under omvandlingen av data, såsom skiftningar i språket, på vilket sätt något uttrycks, tonläge och tempo i samtalet. Eftersom subtil information riskerade att gå förlorad under transkribering, lyssnade författarna på samtliga intervjuer. Utifrån genomlysningar dokumenterades utsagor direkt relevanta för studiens syfte.

Den kvalitativa analysmetoden som valdes var tematisk analys utifrån Braun och Clarkes (2006) tillvägagångssätt i sex steg. Tematisk analys utgör ett användbart redskap för



att identifiera, tolka och redovisa mönster i kvalitativt insamlad data. Den tematiska analysen är flexibel, kan användas inom olika epistemologier och är inte bunden till en viss teoretisk position. Tillvägagångssättet är även relativt enkelt att utföra för forskare nya inom det kvalitativa forskningsområdet. Genom denna metod får olika aspekter av fenomenet möjligheten att presenteras på ett rikt och komplext sätt.

Under litteraturgenomgången inför studiens genomförande framkom att enbart ett fåtal tidigare studier behandlat bristningsskador kopplade till psykologiska teorier.

När det förekommer kunskapsbrister angående ett specifikt ämnesområde är det fördelaktigt att använda en explorativ ansats och belysa det specifika fenomenet ur ett mångsidigt perspektiv (Patel & Davidson, 2003). En explorativ ansats tillämpades med avsikten att resultatet potentiellt kan generera kunskap och idéer, användbara som underlag för framtida studier inom fältet.

Författarna valde en induktiv ingång under analysarbetet. Det innebär att de teman som utgör resultatet var bundna till det kvalitativa datamaterialet och formades inte utifrån grundval av en förutbestämd teoretisk utgångspunkt (Willig, 2013).

Studien har en moderat position inom det konstruktivistiska paradigmet. Det innebär att studien har en relativistisk ontologisk ansats och utgår från att verkligheten skapas av den subjektiva individen. Ur språk och dialog mellan forskare och intervjudeltagare konstrueras kunskap om verkligheten som deltagaren upplever (Ponterotto, 2005).

Individens språk används för att förklara verkligheten, det är språket som bestämmer hur människan upplever världen (Willig, 2013). Den objektiva verkligheten uppstår således i interaktionen mellan forskare och intervjudeltagare (Ponterotto, 2005). Bristningsskador av grad ett till fyra är ett bestämt fysiologiskt fenomen men författarna avser att undersöka deltagarnas erfarenheter relaterade till skadan i utvalda ämnesområden. Studien avser att undersöka deltagarnas upplevelser av bristningsskador som genereras av erfarenheter från sociala och kulturella kontexter, personlig bakgrund samt den unika intervjusituationen de befunnit sig i tillsammans med författarna. Resultatet av studien kan således inte tolkas som objektiv och generaliserbar kunskap.

### **Deltagare**

Studiens deltagare bestod av 12 kvinnor som genomgått minst en vaginal förlossning som resulterat i bristningsskador av första till fjärde graden. Första gradens bristningsskada definieras som yttre skador på underlivets hud. Grad två är bristningar på mellangårdens slidväggar och innefattar skador på muskler, muskelfästen samt slemhinnor. Grad tre anges

som utvändiga så väl som inre skador på ändtarmens slutmuskel och grad fyra omfattar skador på ändtarmsmuskler samt väggen i ändtarmskanalen (SBU, 2016; Socialstyrelsen, 2017b).

Tre deltagare intervjuades i Göteborg, fyra kvinnor intervjuades i Lund, två deltagare intervjuades i Malmö och tre personer intervjuades i Stockholm. Samtliga personer som deltog i studien identifierade sig som kvinnor och levde tillsammans med en partner. Nio informanter befann sig inom åldersspannet 30-35 år, två kvinnor befann sig mellan åldrarna 36-41 år och en kvinna var mellan 45-50 år. Fem kvinnor hade fått en bristningsskada mellan grad ett till två och åtta kvinnor hade fått en bristningsskada av grad tre till fyra. En deltagare räknas med två gånger eftersom hon fått en bristningsskada av andra graden under första förlossningen och ytterligare en skada av tredje graden efter andra förlossningen.

Deltagarna fick sin bristningsskada någon gång mellan åren 2005 och 2016. Sju deltagare hade ett barn, fem kvinnor, varav tre hade genomgått en andra vaginal förlossning, hade två barn och två utförde kejsarsnitt under andra förlossningstillfället. Båda kvinnorna som genomgått kejsarsnitt under andra tillfället hade en bristningsskada av fjärde graden. Under tiden för intervjun var tre kvinnor föräldralediga, sju arbetande, en studerande och en var arbetslös. Tio kvinnor kom i kontakt med studien via Facebook genom inlägg på det slutna forumet *Heja Livet* eller på den ideella organisationen *Födelsevrålets* öppna Facebookhemsida och övriga två hade fått tips av personer i sin närhet.

## **Material**

Under intervjun användes en mobiltelefon för ljudinspelning. Efter avslutad intervju användes ett USB-minne samt en extern hårddisk för lagring av intervjumaterialet. En dator användes för att spela upp intervjuerna.

## **Procedur**

Rekryteringsprocessen genomfördes med hjälp av skriftliga inlägg inom olika forum och grupper på Facebook. Författarna publicerade först privata inlägg på Facebook med information om studien och utlyste intresse av att komma i kontakt med personer som fått bristningsskador i samband med vaginal förlossning. Därefter publicerades även ett av dessa inlägg i den slutna Facebookgruppen *Heja Livet*. Dessa ovannämnda inlägg delades vidare av privatpersoner på Facebook samt i andra Facebookgrupper såsom *Födelsevrålet*, *Mamma till mamma* och *Våga vägra förlossningsskador*. Sammanlagt kontaktade 89 kvinnor författarna och anmälde sitt intresse för att delta i studien, antingen via e-mail eller via privata

meddelanden på Facebook. Därefter skickades ett e-mail till intressenterna som innehöll ytterligare information angående studien i form av ett bifogat informationsblad (bilaga 1).

Personerna uppmanades att svara på e-målet om de önskade att delta i studien.

Det fanns en ambition att skapa bredd i urvalet, vilket beaktades under efterföljande urvalsprocess. I studien inkluderades kvinnor med olika typer av bristningsskador, från lindriga, grad ett till två, till allvarligare, grad tre till fyra. Kvinnor från olika regioner i landet inkluderades med avsikten att fånga upplevelser från deltagare inom olika regionala områden. Intervjuerna genomfördes slutligen tillsammans med informanter som hade möjlighet att utföra intervjuer i Lund, Malmö, Göteborg eller Stockholm. På grund av begränsade resurser valde författarna att utföra intervjuer i städer med enkel resväg från Lund och där de hade tillgång till boende.

Inför den kvalitativa datainsamlingen utformades en intervjuguide som avsågs fungera som stöd under utförandet av de semistrukturerade intervjuerna (bilaga 3). Intervjuguiden bestod av frågor som kategoriserades under ämnesrubriker; *vården, kroppsliga förändringar, identitet, sexuellt liv, relationer samt omvärld/ideal*. Frågorna under ämnesrubrikerna var förslag på frågor som innefattade ämnesområdet och kunde varieras utifrån relevans för deltagarens upplevelse. Intervjuguiden innehöll både öppna och specifika frågor.

En pilotintervju utfördes, under september månad år 2017, med en utvald deltagare för att testa intervjuguidens utformning. Deltagaren i pilotintervjun rekryterades genom ett personligt inlägg från författarna på Facebook och utfördes i en lokal på Institutionen för psykologi vid Lunds universitet tillsammans med en av författarna. Intervjun spelades in med enbart ljudupptagning och varade i 40 minuter. Utifrån resultatet från pilotintervjun reviderades intervjuguiden. Ett flertal frågor tillades i syfte att vidareutveckla och fördjupa några av intervjuguidens ämnesområden. En fråga som uppfattades som svårförståelig utelämnades.

Varje utvald deltagare träffade en av studiens författare under en enskild intervju. Författarna intervjuade sex deltagare var och intervjuerna genomfördes under september och oktober år 2017. I Lund utfördes intervjuerna på Institutionen för psykologi och intervjuerna i Malmö, Göteborg samt Stockholm genomfördes i lägenheter som författarna hade tillgång till. Intervjuerna varade mellan 50 och 80 minuter.

Den tematiska analysen utfördes med inspiration utifrån Braun och Clarkes (2006) rekommendationer att genomföra analysarbetet utifrån sex faser. Genom ett slumpmässigt

urval valdes två intervjuer ut för närmare analys och utformning av teman. Under en första genomlysning av materialet skrev författarna ner initiala idéer, relevanta för studiens syfte. Intervjuerna lyssnades igenom ytterligare en gång under steg två. Alla utsagor som ansågs viktiga i relation till studiens syfte dokumenterades och kodades. Koderna bestod av korta beskrivningar av utsagornas betydelse. Datan organiserades utifrån mönster på en semantisk nivå. Koderna utformades efter vad deltagarna explicit sade med hänsyn till den generella meningen av uttalandet och inte utifrån författarnas subjektiva tolkning. Därefter undersöktes relationen mellan de olika koderna för att upptäcka och utforma potentiella teman inom materialet. Nio teman bildades utifrån analysen av koderna. Fjärde steget bestod i en genomgång av de teman som framkommit av analysen av koderna. Författarna granskade huruvida de utlåtanden och koder som fanns under varje specifikt tema ansågs sammanhängande och kopplades till respektive tema. Under detta steg lyssnade författarna på de två utvalde intervjuerna igen, för att försäkra att inget relevant uttalande förbisetts under första genomlysningen. Författarna kontrollerade även för att de teman som valts ut belyste datamaterialet som helhet. Två teman togs bort och ett nytt tema tillkom vid detta steg. Slutligen namngavs de kvarstående teman som utformats under steg fem. Därefter kodades samtliga resterande intervjuer utifrån teman som identifierats utifrån de två slumpmässigt utvalde intervjuerna. I ett sjätte steg producerades en framställning av teman och medföljande citat. I tabell 1. presenteras benämningar av specifika deltagarspann som förekommer i studiens resultatdel.

Tabell 1. Benämning av deltagarspann

Beteckning	Deltagarspann
Ett fåtal	2-3 deltagare
Några	4-5 deltagare
Hälften	6 deltagare
Ett flertal	7-9 deltagare
De flesta	10-11 deltagare
Samtliga	12 deltagare

## Etik

Under arbetsprocessen med studien har etiska överväganden kontinuerligt ingått i forskningen. Författarna beaktade etiska utgångspunkter som informerat samtycke, konfidentialitet, forskarens roll och konsekvenser av kvalitativ forskning beskrivet av Kvale och Brinkmann (2014) samt Willig (2013).

Informerat samtycke innebär att deltagarna fått tillgång till full information om studiens syfte och forskningsprocedur. Det ska även säkerställa intervjupersonernas frivillighet att delta i studien och deras rätt att när som helst under forskningsprocessen avbryta sitt deltagande (Kvale & Brinkmann, 2014; Willig, 2013). Deltagarna i studien erbjöds skriftlig information om studien på ett informationsblad (bilaga 1) som de fick tillgång till vid två tillfällen, genom utskick via e-mail samt under intervjutillfället. På informationsbladet beskrevs studiens syfte och procedur samt konfidentialitet. Under intervjutillfället redogjordes även för deltagarnas rätt att kontakta författarna om det uppstod ytterligare frågor och funderingar angående studien. Under intervjutillfället fick deltagarna möjlighet att ge informerat samtycke skriftligt genom ett samtyckesformulär (bilaga 2).

Forskaren skall så långt som möjligt garantera konfidentialitet angående personlig information om deltagarna och hantering av material som framkommer i studien för att skydda intervjupersonernas integritet (Kvale och Brinkmann, 2014; Willig, 2013). För att bevara deltagarnas anonymitet har citat och utsagor från intervjupersonerna avidentifierats då författarna valt att inte koppla specifika citat eller uttalanden till individuella deltagare. Allt material gällande känsliga personuppgifter som kunde härledas till specifik person har kodats om under arbetets gång och raderats när slutversionen av uppsatsen färdigställts.

Specifika personliga och känsliga uppgifter i deltagarnas citat eller skildrade utsagor har raderats från resultatet för att utesluta att intervjupersonernas identitet avslöjas. I studien går det därför inte att följa enskilda deltagares berättelser. Intervjuerna spelades in och inspelningarna förvarades skilt ifrån deltagarnas kontaktuppgifter och samtyckesblanketter.

Kvale och Brinkmann (2014) beskriver även att forskarens roll i arbetet med studien bör beaktas. Rollen innefattar forskarens ansvar för att kunskapen som studien genererar uppnår en vetenskaplig kvalitet. Forskaren skall arbeta oberoende och resultaten som presenteras skall vara korrekta samt representativa. Forskaren ansvarar även för att det förekommer transparens angående genomförandet av studien.

Författarna har således arbetat självständigt med studien och inte påverkats av deltagare eller yttre aktörer och tydligt redogjort för studiens tillvägagångssätt. Studiens

resultat innehåller även flertal citat från olika deltagare för att skapa översikt och spridning av upplevelser från datamaterialet.

Forskaren skall med hänsyn till de konsekvenser som kan uppstå i samband med kvalitativ forskning skydda deltagarna från skada (Kvale & Brinkmann, 2014; Willig, 2013).

De vetenskapliga fördelar som följer med studien skall således uppväga risken att deltagarna lider. Forskaren bör därför överväga vilka konsekvenser studien innebär för deltagarna och den population som de representerar (Kvale & Brinkmann, 2009).

Bristningsskador är en vanlig följd av förlossning och uppstår hos ett stort antal föderskor, trots detta är kunskapen om kvinnornas upplevelser av bristningsskador samt dysfunktionerna som uppstår i samband skadad begränsad. Utförandet av studien kan därmed generera ökad kunskap, vilket kan leda till förbättrad förståelse och omvårdnad för kvinnor som drabbas av bristningsskador. Studien berör dock ämnesområden som potentiellt skulle kunna upplevas som svåra för deltagarna att samtala om. Därför informerades intervjupersoner om att de hade möjlighet att kontakta en legitimerad psykolog om de upplevde behov av stöd efter genomförandet av intervjun. Ingen deltagare önskade samtal med legitimerad psykolog efter genomförd intervju.

I en intervjusituation kan en nära kontakt med forskaren locka deltagaren att avslöja privat information som intervjupersonen sedan ångrar (Kvale & Brinkmann, 2014). Deltagarna informerade således under intervjutillfället att de när som helst kunde dra tillbaka uttalanden. Intervjupersonerna fick möjlighet att ta del av citat från sina intervjuer, som var planerade att användas vid publicering av studien. Författarna ringde de deltagare som genom e-mail önskade att få höra utvalda citat från deras intervju. Författarna berättade för deltagarna via telefon vilka av deras citat som skulle ingå i studien. Tre deltagare önskade att få ta del av sina citat och ingen av dessa deltagare tog tillbaka sina utsagor.

### **Resultat**

Nio teman identifierades utifrån den tematiska analysen. Utsagor i form av citat har i vissa fall ändrats marginellt för att förenkla läsbarheten. I citaten som inkluderar både intervjudeltagarens och intervjuledarens utsagor markeras deltagarens utsagor med D och intervjuledares med ett I.

#### **Att fångas upp av vården**

Det mest framträdande temat som samtliga kvinnor berörde var Att fångas upp av vården. Temat behandlade aspekter såsom sjukvårdens bemötande, erfarenheter av eftervård samt uppföljning. Även upplevelser angående kvinnornas hjälpsökandebeteende framkom.

I kvinnornas beskrivningar skildrades både positiva och negativa erfarenheter. Att få hjälp och stöd, avsatt tid från vårdpersonal, möjlighet till kontakt med vården och adekvat behandling samt uppföljning var erfarenheter som bidrog till upplevelsen av att bli omhändertagen av sjukvården. De negativa erfarenheterna innefattade upplevelser av att inte bli lyssnad på, att inte bli tagen på allvar, bristfällig behandling, frånvaro av vårdkontakt och avsaknad av praktiskt samt emotionellt stöd. De negativa upplevelserna tycktes ge upphov till känslor av ensamhet och bristande förståelse från vårdpersonal.

Sjukvårdspersonalens bemötande var en återkommande aspekt i kvinnornas beskrivningar av vårdtiden. Ett fåtal deltagare beskrev att det var generellt nöjda med bemötandet under vårdtiden.

*Vid båda mina förlossningar har jag haft väldigt bra barnmorskor, jag tycker dom har gjort ett jättebra jobb och jag kan inte säga att jag vid något av tillfällena har känt mig liksom åsidosatt eller att de inte har haft tid för mig utan även om dem kanske har varit hårt belastade så har jag känt att de har gett mig det stödet jag har behövt (...) Så det känns ju jättepositivt.*

Upplevelsen av trygghet från barnmorskorna och deras förmåga att avsätta tid till kvinnorna under samt efter förlossningen uttrycktes av ett fåtal kvinnor som ett gott bemötande.

*Jag hade en jättehärlig barnmorska, alltså såhär en tjej som hade varit med oss hela tiden hon var skitgrym, jag fick verkligen jättebra kontakt med henne. Hon var väldigt lyhörd för oss och vad som passade oss.*

En annan deltagare angav att möjligheten till samtal med vårdpersonal bidrog till upplevelsen av att bli tagen på allvar, vilket underlättade erfarenheten av att få en bristningsskada:

*Att jag kunde prata om det så men framförallt att jag blev tagen på allvar av vården. Och att jag fick prata där. Det tror jag gav mig mer än min familj liksom.*

Det framkom även upplevelser av ett bristande bemötande från sjukvårdspersonal. En kvinna beskrev hur hon upplevde att bemötandet hon fick saknade omtanke, vilket väckte känslor av sorg hos henne då hon önskade vägledning och trygghet som skadad:

*Jag känner nog, amen mest ledsen faktiskt att man känner sig lite såhär liten och man vill att någon ska komma och bara ta en i sin famn och typ säga liksom att ah men, vi ska ta hand om dig här liksom. Det är det man hade velat ha efteråt att någon hade typ alltså när man ligger där och har typ fått ett barn och allt är upp och ner och allt är trasigt och man är jätteförvirrad och ledsen och allting det är då man vill att någon ska komma in och peka med hela handen typ och säga såhär, nu gör vi såhär, och nu ska du göra såhär och det kommer bli bra för dig liksom.*

Ett fåtal deltagare skildrade även erfarenheter av ensamhet som resultat av ett otillräckligt bemötande från sjukvårdspersonal. En informant beskrev exempelvis känslor av ensamhet i samband med frånvaron av stöd och hjälp från sjukvårdspersonal:

*Jag kunde få smärtstillande men ingen, i övrigt var det inte så mycket övrigt stöd. Det var ingen som hade tid att komma och prata med en och ingen som hade tid att guida en vid första toalettbesöket, man hade behövt hjälp där liksom. Där satt man ensam och tittade ner i en jätteblodig trosa.*

Bristen på förståelse och att inte bli lyssnad på framkom hos ett fåtal kvinnor i studien. En person beskrev hur hon upplevde att sjukvården varken lyssnade på henne eller tog henne på allvar när hon ringde sjukvården för att få hjälp med smärtan, vilket hade negativ inverkan på hennes mående. En annan deltagare upplevde en frustration gentemot sjukvården, då hon ansåg att skadan orsakat flera typer av besvär hos henne i efterhand:

*För jag har lagt allting i ett eget pussel och varit tvungen att upplysa den personalen inom sjukvården som jag har träffat om alla pusselbitar och ändå så visar de inte den (...) den förståelsen för helheten. Och det är jättefrustrerande.*

Temat behandlade även kvinnornas erfarenheter av eftervård och uppföljning. En deltagare uppgav att hon efter utskrivning från sjukhuset fått numret till en barnmorska som



hon kunde kontakta efter utskrivning. Möjligheten att ta kontakt med barnmorskan och vetenskapen om att hon skulle få en uppföljning medförde en känsla av trygghet. En annan kvinna beskrev hur sjukvården hade kontaktat henne efter utskrivningen, i samband med hennes första bristningsskada men inte efter hennes andra skada:

*Det som jag fick vid första tillfället som jag tyckte var väldigt bra, då ringde, då ringde barnmorskan upp mig några dagar eller kanske någon vecka efter förlossningen och frågade om det var bra om stygnen och så alltså om dem det kändes okej och såhär om allting funkade som det skulle.*

Kontakt med sjukvården efter utskrivning verkade bidra till en upplevelse av återkoppling och trygghet. En av kvinnorna uppgav att Aurorasamtalen tillsammans med en barnmorska efter förlossningen varit särskilt betydande i hennes bearbetningsprocess.

Ett fåtal deltagare beskrev hur de upplevde en osäkerhet till vem eller vart inom sjukvården de skulle vända sig om de hade behov av hjälp med sin bristningsskada efter utskrivning från BB.

*Det som var mest centralt för mig var den här, egentligen den här ensamhetskänslan av att man var så himla utelämnad och det fanns ingenstans att vända sig. För jag tror om det hade funnits det så att jag hade kommit i kontakt med någon på en gång då hade jag inte heller kunnat gå och stressat lika mycket.*

Ovissheten gällande vilken verksamhet inom sjukvården kvinnorna hade möjlighet att vända sig till vid behov av hjälp tycktes vara en relevant faktor i den beskrivna ensamhetsupplevelsen.

Ett återkommande ämne i några av kvinnornas upplevelser angående uppföljning och eftervård berörde sjukvårdspersonalens förmåga att informera och instruera deltagarna gällande omvårdnad av såret. Det förekom även beskrivningar av hur deltagare fick rekommendationer att utföra knipövningar för att träna upp muskulaturen i bäckenbotten.

*... såg till att jag skulle komma till en specialistavdelning där jag övade knipövningar och alla sådana saker de var väldigt kliniskt och hygieniskt bra på att förmedla den informationen om hur det tvättar åh duschar du får inte bada åh så.*

Ett fåtal deltagare ansåg att eftervården och uppföljningen främst hade ett muskulärt fokus, vilket uppfattades som ett uttryck för att kvinnorna saknade ett emotionellt stöd vid uppföljning och eftervård. En kvinna beskrev att hon upplevde psykologiska besvär till följd av förlossningen som inte uppmärksammades under eftervårdsbesöket:

*Så får man ju en sån här efterkontroll som jag fick efter såhär över två månader efter förlossningen och då kollade dem ju typ bara har du muskler kvar? Kan du knipa? Och så kunde jag det, så var det bra liksom.*

Ett fåtal deltagare uttryckte upplevelser av bristfällig omvårdnad och otillräckligt omhändertagande i kontakten med sjukvården. Några kvinnor beskrev även avsaknad av uppföljning och eftervårdsbesök med barnmorska eller annan sjukvårdspersonal.

*Man har blivit mer såhär, men lite mer såhär cynisk kanske mot vården och sånt. De har ingen koll man får ha koll själv så, så man blir lite bitter såhär nästan. Det är trist att det ska behöva vara så man vill ju ändå på något sätt att känna sig trygg att man blir om någonting händer blir man omhändertagen vad det än är.*

Bemötande från sjukvårdspersonal och uppföljning samt eftervård var betydelsefulla komponenter i kvinnornas upplevelser. En av kvinnorna som fick bristningsskador två gånger ansåg att hon fått bättre bemötande och behandling när hon skadades andra gången. Trots att hon under sin andra förlossning fick en allvarligare typ av skada än vid första förlossningen, upplevde deltagaren att bemötandet och omsorgen från sjukvården hade haft stor inverkan på hennes läkningsprocess:

*Att det gör så pass stor skillnad av det bemötandet du får och informationen du får och eftervården du får som gör så pass stor skillnad i hur pass bra du återhämtar dig och hur du mår fysiskt och psykiskt och att det inte gör någon så jättestor roll, i alla fall inte för mig, för min del vilken typ av skada som du fått liksom.*

Att deltagarna själva sökte hjälp hos sjukvården var en tredje aspekt som skildrades i kvinnornas berättelser. Ett fåtal kvinnor beskrev att det krävdes personlig drivkraft för att få hjälp av sjukvården.

*Jag vet att jag är starkare än många andra och hur man blir behandlad av vården ska inte bero ens person utan det ska ske automatiskt och man ska inte behöva vara stark för att liksom ta sig igenom.*

Det framkom även att ett fåtal personer behövde be om hjälp av sjukvårdspersonal att undersöka såret och stygnen eftersom det var svårt för deltagarna själva att titta på skadan. En deltagare beskrev hur hon var rädd för att se på skadan:

*... jag såg att det alltså att det var ett såhär stygn som hade släppt liksom. Och man vågar ju knappt titta liksom man vet ju typ inte vad man ska förvänta sig där nere. Så då sa jag det känns lite konstigt liksom kan inte ni kolla och då var dem liksom ja det kan vi kolla och då såg dem ju att det var ett stygn som hade släppt, det läkte ju inte så som det skulle.*

Ett fåtal deltagare beskrev att de utöver sjukvårdens uppföljning även sökte hjälp på egen hand. Detta kunde möjligtvis vara ett uttryck för att kvinnorna i vissa fall behövde ytterligare vård för dysfunktioner som följde med skadan.

*Nä det är nog det. Jag har ju sökt den här läkaren då, för sprickorna har jag sökt på egen hand via vårdcentral och till en specialist som jag varit hos flera gånger. Det var ju jag själv igen.*

Det framkom även att ett fåtal deltagare inte bad sjukvården om hjälp för dysfunktioner de upplevt i samband med skadan. En person beskrev hur hon varken ifrågasatte sjukvårdspersonalens bedömning eller bad om ytterligare hjälp för sina besvär av bristningsskadan:

*Jag bet ihop, jag har inte bett om hjälp, när hon på återkontrollen sa till mig att göra knipövningar så accepterade jag bara det istället för att säga ifrån.*

En annan deltagare beskrev att upplevelsen av skam hindrade henne att fråga sjukvården om hjälp för toalettbesvär:

*Ne men också lite av skammen att, eller också att inte veta vad är det jag ska fråga om, vad är normalt och vad är inte normalt och sånt som att gå och bajsas, jag hade inte kontakt vården om det för jag vet liksom inte vad... Det känns bara pinsamt att... så att skammen runt det är väl egentligen därför som jag inte tagit kontakt.*

Bristande stöd och omsorg samt information om skadan kunde bidra till självanklagelser såväl som ensamhetskänslor. En kvinna fick vänta nio timmar på operation för suturering samtidigt som hon inte förstätt omfattningen av skadan:

*Operationen tog tre till fyra timmar och det var först då jag förstod vilken stor skada det handlade om. Det som var så hemskt under den där natten var att jag hela tiden kände att jag inte kunde ta hand om mitt lilla barn, att jag kände mig så himla värdelös och jag önskar att någon hade sagt att du har fått en jättestor skada och det är alldeles fine att du vilar dig lite. Det finns andra som kan ta hand om bebisen det hade känts så himla mycket bättre det är så onödigt att man ska känna sig så.*

## **Information**

Ett framträdande tema var deltagarnas upplevelse av information om bristningsskadan. Elva deltagare behandlade temat. Upplevelsen av information bestod av olika aspekter såsom upplevelsen av bristfällig information om skadan från sjukvården och vilken inverkan förekomst av information tycktes ha. Temat behandlade även deltagarnas eget sökande efter information och hur förståelsen för bristningsskadans uppkomst, innebörd samt behandling inverkade på deras upplevelse som skadad. De flesta kvinnorna angav att de upplevt bristande information gällande skadan och behandling från sjukvården. Några kvinnor beskrev att de inte fick någon information om skadan i samband med skadetillfället under förlossningen.

Detta kunde leda till en upplevelse av ovisshet om vad de faktiskt varit med om.

*Så det var väl lite den känslan, vad är det som har hänt? Och i vilken utsträckning?  
Jag tror inte jag fick så mycket svar just då heller och sedan är man så uppe i det  
andra också så det är ju lite oroligt så.*

Några deltagare berättade att de upplevt bristfällig information från sjukvården om hur de skulle behandla sin bristningsskada efter utskrivning.

*I: Vad fick du för info om behandlingen.*

*D: Oj där fick jag nog ingen, det var bara att jag inte skulle bada förens stygnen hade löst upp sig själv. Duscha fick jag göra men jag fick inget ne.*

Att kvinnorna inte fått tillgång till information om vilken vårdinstans de kunde vända sig till vid behov och upplevelsen av bristfällig information angående behandling medförde osäkerhet gällande skadans innebörd, läkningsprocess samt konsekvenser. En person som önskade mer information beskrev att möjligheten till information hade kunnat resultera i en öppen dialog med sjukvården och underlättat för henne att ställa frågor angående skadan. Hon ansåg att det möjligtvis skulle gynnat henne i läkningsprocessen:

*I: Bättre info, vad hade det gjort för skillnad?*

*D: Jag tror att det hade gett mig att jag hade vågat ha en dialog med sjukvården om det hade vågat ställa mer frågor och förhoppningsvis fått någon hjälp eller något hjälpmedel på något sätt eller tips och ehm, ah. För att kunna bli bättre snabbare.*

I motsats till upplevelsen av bristfällig information från sjukvården, beskrev en deltagare hur förekomsten av information om förlossningens förlopp och skadans uppkomst upplevdes som positivt. Att få information om förlossningen och skadans uppkomst gav för ett fåtal kvinnor upphov till ökad förståelse för skadan.

*Så dagen efter kom hon in och satt med oss på vårt rum och gick igenom hela, ja egentligen hela journalen med oss, från det att vi kommer in, eller från det att jag ringde första gången tills det att vi blir överlämnade på BB. Så jag måste säga det var väldigt bra.*

Citatet tycks vara ett uttryck för att information från sjukvårdspersonal om skadetillfället var hjälpsamt och stödjande för deltagaren.

Några av deltagarna beskrev hur de sökte information om bristningsskador på egen hand, till exempel genom att prata med personer i sin omgivning. Andra deltagare uppgav att de fick information från böcker, deras egna journaler, bloggar eller andra skriftliga forum på internet. En person skildrade hur åtkomsten av informationen var relaterad till hennes upplevelse av kontroll:

*D: För det är också lite så här med att ha kontroll man känner såhär att man vill veta vad som hände för att man själv var lite borta sådär.*

*I: Var det därför du läste din journal? D: Ah jag ville vara informerad liksom.*

Ett fåtal kvinnor beskrev hur de upplevde att informationen från sjukvården inte var anpassad till dem som mottagare. Det gjorde att deltagarna hade svårt att förstå den informationen som sjukvården erbjöd.

*Vem är det som är tänkt att fatta det som det de säger? Det kan ju bara vara läkarkollegor. Blir arg när jag tänker på det.*

En kvinna beskrev att hennes bristande förståelse gav upphov till skamkänslor och det erfordrades mycket kraft av henne att fortsätta fråga:

*Men när man är i så fruktansvärt dåligt skick psykiskt att då behöva strida för att få reda på vad som hänt. Det är förfärligt. Jag fick ta all kraft jag hade och fråga och fråga och fråga om.*

Vid förekomsten av information och förståelse för skadans innebörd, effekter och behandling var det lättare för deltagarna att återgå till vardagen.

*Den här gången har jag ju fått klartecken till när jag får sätta igång och träna och så vidare. Hur man ska träna också för att förebygga skador, påföljande skador också.*

*Informationen där också, bättre information, efterkontroller och allting. Så jag har känt mig trygg i att fortsätta och göra och leva ungefär som jag gjorde innan.*

## **Normalisering**

Tio kvinnor bekräftade temat normalisering. Kvinnorna skildrade upplevelser av normalisering från omgivningen och sjukvården, hur samhällets normer gällande graviditet och förlossning påverkade den egna upplevelsen. Normaliseringen bidrog även till ovisshet gällande vad som var en normal upplevelse i förhållande till skadan.

Kvinnornas tankar om samhällets normer angående förlossningen som ett naturligt fenomen och kroppens förmåga att föda barn tycktes bidra till deltagarnas förväntningar på den egna kroppens kapacitet att föda barn vaginalt. Ett fåtal kvinnor berättade att det var viktigt för dem att föda vaginalt eftersom de ansåg att det var en naturlig företeelse. En kvinna berättade om varför vaginal förlossning var viktigt för henne:

*Jag vill göra det så naturligt som möjligt. Kvinnor har fött barn, jag vet inte hur länge vi har fött barn, så länge vi har funnits. Och kroppen vet vad den ska göra.*

Samhällets och sjukvårdens attityd gällande förlossning som ett naturligt fenomen medverkade enligt några kvinnor till normalisering. Ett flertal kvinnor skildrade upplevelser av normalisering från sjukvården.

*Det kan man bli skitsur på att det verkligen, dem tar så dålig hand om det bara för att det ska ses som något naturligt fast det egentligen är något medicinskt som vilket annat (...) man har inte valt att man ska må dåligt som gravid eller skadas vid en förlossning liksom.*

Ett uttryck för normalisering var deltagarnas upplevelser av att bristningsskadorna nonchalerades och marginaliserades av sjukvården. Kvinnorna upplevde att vårdpersonal betraktade bristningsskador som vanligt förekommande och att kvinnorna varken skulle känna oro eller klaga över skadorna. En deltagare beskrev hur hon upplevt normalisering inför förlossningen när en kursledare på föräldrautbildningen svarade på frågor om bristningsskador:

*Då var hon (kursledaren) såhär ja men du vet det är inget man behöver bry sig om eller oro sig för. Det var såhär bry dig inte om det nu lilla vän mycket klapp på huvudet (...) Det behöver du inte bry dig om för det är så normalt så.*

Några kvinnor upplevde att bristningsskador till följd av vaginal förlossning var något som vårdpersonalen ansåg att de borde förvänta sig.

*Sedan efteråt när jag kom till BB då kändes det som att man fick liksom ja men jaha har du spruckit, det är väl ingenting här har alla kvinnor det tufft liksom.*

En kvinna berättade att hon levde med intensiv smärta i flera veckor efter skadan och att hon kände att något var fel. När hon ringde och uppsökte vård fick hon svaret att smärtan hon beskrev var normal i samband med skadan. Detta skapade en diskrepans mellan den egna smärtupplevelsen och sjukvårdens bedömning av tillståndet:

*Alla hade sagt att det var normalt också så det är lite det jag haft i huvudet det är normalt, det är så det kan bli, det är lite bita ihop mentaliteten det är lite det du har att förvänta dig om du ska föda barn, ungefär.*

Att inte bli bekräftad i sin smärtupplevelse tycktes skapa osäkerhet kring den egna upplevelsens tillförlitlighet. Ett fåtal kvinnor beskrev emellertid normaliseringen av bristningsskadorna som hjälpsamt. En person berättade att normalisering av skadan ingav upplevelsen av att hon inte vara ensam drabbad. En annan beskrev hur normaliseringen avdramatiserade erfarenheten av att bli skadad:

*Det kändes lite att det var på något sätt alltså lite collateral damage, det är sånt som händer och inget man gjorde en stor grej av. Vilket för mig, eftersom det var en väldigt liten grej, inte var så himla farligt... alltså såhär det kanske hade blivit jobbigare om någon hade gjort en stor grej av det. Och sen är det också hur länge det kommer hålla i. Det är också svårt att veta, ska det kännas såhär ska det inte kännas såhär.*



Ett flertal kvinnor skildrade även en osäkerhet angående skadans omfattning. Osäkerheten uppstod då kvinnorna kommit hem från BB, under läkningsprocessen och när de skulle återgå till det vardagliga livet. Vetskapen om att en förlossning är slitsam för en kropp var något som tycktes göra det svårt för deltagarna att avgöra vad som potentiellt var en konsekvens av bristningsskadan eller normala följdverkningar från förlossningen.

*I och med att det kom ganska snabbt efter förlossningen så tänker man ju, man vet ju inte riktigt vad som är en läkningsprocess från själva förlossningen och vad som är något annat.*

### **Fysiska begränsningar**

Ett tema som framkom var deltagarnas upplevelser av fysiska begränsningar till följd av bristningsskadan. Samtliga kvinnor bekräftade temat. Fysiska begränsningar innefattade hur bristningsskadorna resulterade i rörelsehinder, toalettbesvär och svårigheter med att genomföra vaginala förlossningar i framtiden. De flesta deltagarna beskrev att de hade svårigheter med att gå, ligga och sitta en tid efter förlossningen. Ett flertal kvinnor beskrev att svårigheterna berodde på smärta från skadan. Oförmåga att röra sig kunde också uppstå som ett resultat av trötthet från blodförlust efter förlossningen. En deltagare uppgav att hon inte kunde gå på flera veckor:

*Men det tog många veckor innan jag kunde gå till exempel. Alltså jag kunde ta mig fram men liksom min syster bodde 700 meter bort och jag fick gå så sakta så sakta. Jag kunde heller inte sitta. Många sådana praktiska grejer.*

Skam var en emotion som beskrevs av några kvinnor kopplad till bristningsskadan och de fysiska begränsningarna till följd av skadan. En kvinna beskrev att hennes rörelsehinder gav upphov till skamkänslor. Skammen uppfattades vara relaterad till att det var könsorganet som var skadat, vilket deltagaren ansåg var en kroppsdel som människor inte vanligtvis uppmärksammade eller samtalade om:

*Precis efteråt när man har såhär jätteont så är det nästan lite såhär att man, jag vet man nästan skäms över sig själv. Man går såhär konstigt och kanske sätta sig ner (...)*

*det är något lite det är på något vis skam över det för att det är i de kroppsdelarna som man inte pratar med någon om.*

De flesta kvinnorna uttryckte att rörelsehinder var en begränsning i vardagen. Det kunde försvåra omhändertagandet av barnet såsom att exempelvis hitta en bekväm ställning att sitta eller ligga i vid amning. Svårigheten med att gå hindrade några kvinnor att ta sig ut från bostaden. Ett fåtal personer beskrev att de upplevde isolation till följd av rörelsehinder. Två kvinnor beskrev att social isolering var en bidragande faktor till att de mådde psykiskt dåligt.

*D: Jag var väldigt isolerad i början. i lägenheten. Jag lämnade inte ens i princip. Gick ut lite kort då och då med bebisen men det var inte mycket.*

*I: Påverkade den här isoleringen dig?*

*D: Det tror jag för jag fick ju förlossningsdepression och jag tror definitivt att isoleringen påverkade det, att man inte kom ut så mycket och träffade folk*

Ett fåtal deltagare skildrade upplevelsen av rädsla för att testa fysiska aktiviteter. Det fanns exempelvis en osäkerhet kring när de kunde börja springa, träna eller cykla igen. En person uppgav hur hennes rädsla för smärta begränsade henne under fysisk träning:

*Ja att jag skulle få ont igen att det skulle bli några andra skador av det hela för jag inte visste vad det var som gjorde så pass ont.*

En fysisk begränsning som nämndes av de flesta kvinnorna var toalettbesvär av olika slag, såsom svårigheter med att bajsas, kissa och upplevt urin- eller gasläckage. En kvinna hade en överaktiv blåsa till följd av skadan, vilket resulterade i frekventa toalettbesök som begränsade kvinnans liv. Ett flertal kvinnor beskrev att de upplevde smärta vid toalettbesök, framförallt den första tiden efter förlossningen.

*Precis efteråt så är man ju såhär mörbultad överallt, speciellt där nere och då var det ju men så är det väl för alla gissar jag mer eller mindre amen såhär man vill inte gå på toa för att det gör så himla ont eller kissa för att det svider så mycket i alla sår och sådär.*

Några deltagare beskrev även besvär med musklernas funktion i ändtarmen. Det kunde medföra svårigheter att ta i under toalettbesök eller svårighet att känna när avföringen var på väg ut. Ett fåtal andra kvinnor upplevde inget fysiskt fel på musklerna utan snarare en rädsla för att ta i och använda ändtarmen under toalettbesök. En kvinna beskrev rädslan:

*Det var psykiskt på något sätt jag vågade inte använda musklerna på det sättet som kanske behövdes. För att jag var rädd för att stygn skulle gå upp eller liksom skapa nya skador.*

Rengöring av såret efter toalettbesök upplevdes begränsande för några kvinnor då det bland annat medförde svårigheter att gå på offentliga toaletter, eftersom de inte hade tillgång till dusch. Rengöringsprocessen beskrevs av en kvinna:

*Det är svårt att hålla sig ren i början, det krävdes ett duschmunstycke liksom, det var alltid blod och det var lätt att saker fastnade och jag tror att när jag torkade mig med toapapper så fastnade pappret i stygnen.*

På grund av sårens behov av rengöring samt osäkerhet gällande inkontinensbesvär beskrev några kvinnor ett undvikande av offentliga platser och situationer. Det underlättade att hålla sig hemma där de kunde gå på toaletten i lugn och ro och låta toalettbesöken ta den tid som krävdes. En kvinna beskrev att behovet av att befinna sig nära bostaden bidrog till en upplevelse av att vara isolerad. En annan kvinna beskrev att hon upplevde osäkerhet på offentliga platser när hon behövde gå på toaletten:

*Att jag inte heller ville behöva gå på toa och bajsas om jag var på offentligt för då måste jag gå när det händer. För jag vet inte hur väl jag kan hålla mig och om jag väl gör det på ett kafé då måste jag ju duscha sen jag måste iallafall göra rent och det är ju jättekrångligt och det blev ju jättehindrade.*

En annan deltagare beskrev att hon undvek att gå på toaletten hemma hos andra eftersom det tog lång tid:

*Det är inte så, det är inte så kul att sitta hemma hos någon, det är väl kanske det också, att man gör ju inte det, man sätter sig liksom inte i en halvtimme på toaletten hemma hos någon, eller sover över hos någon.*

Känslor som uppstod kopplade till toalettbesvären var skam, rädsla och oro. En kvinna berättade att toalettbesvären medförde att hon kände sig psykiskt instabil. Upplevelsen av skam kopplad till toalettbesvären bekräftades av ett fåtal kvinnor. Urinläckage och gasläckage var en bidragande faktor till upplevelse av skam och nämndes som ett problem för ett fåtal deltagare. En kvinna oroade sig för att använda kläder där urinläckage kunde synas:

*Jag är ju lite nojig även om jag om man har skydd så liksom klädmässigt så undviker jag kläder där det kan dels synas om det råkar läcka och dels synas att man har skydd.*

De flesta kvinnorna berättade om hur de förhöll sig inför framtida vaginala förlossningar. Tanken på att genomgå ytterligare vaginala förlossningar uppfattades väcka känslor av rädsla och ångest hos några kvinnor. För ett fåtal personer var det inte fysiskt möjligt att genomgå en ytterligare vaginal förlossning efter bristningsskadan och ett kejsarsnitt var således det enda alternativet vid graviditet. Några av kvinnorna uppgav att de inför potentiell framtida graviditeter skulle planera ett kejsarsnitt främst med anledning av rädslan för nya skador.

*Det är rädsla och att du inte riktigt vet vilka typ av skador eller hur det ska påverka efteråt och just att jag fick den typen av skada efteråt och hur det ska inverka ens liv efteråt nu får det var nog med förlossningar. Jag skulle kunna tänka mig att göra kejsarsnitt.*

### **Ett annorlunda sexuellt liv**

En ytterligare fysisk begränsning som framkom var svårigheter att genomföra samlag till följd av skadan, vilket beskrivs inom ramen för temat som berör kvinnornas upplevelser av det sexuella livet efter skadan. Tio kvinnor berörde temat. Aspekter inom temat var smärta, rädsla och ångest under samlag samt orostankar inför framtiden.

Upplevelsen av smärta i underlivet vid samlag var den aspekt som framkom tydligast i kvinnornas skildringar av det sexuella livet efter skadan. Närvaro av smärta verkade ha en

betydande inverkan på deltagarnas sexuella upplevelse. Flera månader kunde passera utan att kvinnorna kunde eller ville genomföra samlag. Att avstå de första månaderna efter förlossningen betraktades som normalt av ett flertal kvinnor eftersom skadan behövde läkning och kroppen återhämtning. De första samlagen var förenade med intensiv smärta. En kvinna beskrev smärta som uppkom vid första samlagsförsöket och som orsakades av ärrvävnaden i slidan:

*Och sen så visade det sig när vi skulle ha sex första gången efter kanske fyra månader att det bara såhär tog tvärstopp, alltså det gjorde så ont. Det kändes som typ att man har sytt ihop ett stretchigt tyg fel så att stretchen försvinner.*

Smärtans varaktighet varierade mellan deltagarna. För några kvinnor avtog smärtan vid samlag helt och för andra kvarstod smärta och ömhet under en längre period. En person som levde med bestående smärta från ärrvävnad beskrev en förändrad sexuell upplevelse:

*Det är klart mer negativ upplevelse än det var tidigare eftersom det gör ont och det kommer jag få leva med så. Men det är inte så att jag avstår, det gör inte så pass ont så men jag blir ändå påmind om det kan man ju säga.*

En annan kvinna upplevde smärtor vid samlag under ett år, för att sedan erfara en förbättring:

*Första året var skittufft. Jag vet att vi kanske försökte ha sex efter sex månader och det gick skitdåligt och det gjorde så himla ont. Jag grät så då lade vi det på is lite grann. Sen gick det bättre och bättre.*

Ett fåtal deltagare beskrev hur problemen med sex resulterade i upplevelser av osäkerhet, uppgivenhet eller otillräcklighet i relationen till partnern. En kvinna som inte kunde ha sex på grund av smärta beskrev att det bidrog till tillfällig svikt i självförtroendet och en inre konflikt vid intimitetssituationer:

*Det är det här som är lite konstigt för jag ville ha mer bekräftelse samtidigt som jag inte ville att han skulle göra för mycket närmanden, för då kunde jag bli såhär amen*

*hallå du vet ju att jag inte kan (...) då blev det den här känslan kommer du bli besviken nu för att jag inte kan. Så jag var väldigt stressad i intimitetssituationer.*

Till följd av skadan upplevde ett fåtal kvinnor negativa tankar och känslor gentemot kroppen i sexuella kontexter. För en deltagare bidrog den förändrade perceptionen av kroppen till minskad sexlust.

*Alltså det är väl främst sexuellt eller i sexlivet som man inte känner sig lika fräsch eller såhär... lika sexuell på det sättet liksom (...) det känns som att underlivet har en annan karaktär idag än vad det hade innan förlossningarna, så känns det ju. Det känns väl som att man hade ett tajt underliv innan och nu är det liksom lite mer slapt.*

En kvinna beskrev även hur känslan av äckel gentemot könsorganet påverkade lusten till intimitet:

*Det kändes inte lönt att ens gosa. Men ja men man kände sig lite smutsig i början. Att hela underlivet var utfläkt och sårigt.*

En person beskrev hur hon under lång tid varit öm och upplevt rädsla under sex till följd av bristningsskadan. Hon beskrev även att hon hade minskad känsel i underlivet:

*De första åren var jag ju väldigt, väldigt öm. Ja jag spände mig av rädsla för ömhet. Det måste jag säga. Nu är jag inte öm längre men i gengäld har jag inte så mycket känsel.*

Rädsla under samlag var en erfarenhet som även ytterligare några kvinnor uppgav. Orsakerna till rädsla och ångest under samlag tycktes främst vara kopplade till smärta. Ett fåtal kvinnor upplevde även en oro för att bli skadade under samlag. En deltagare skildrar rädslan:

*Man tänker såhär att det kanske inte är så elastiskt, tänk om det typ spricker fast det gör det ju inte men man har det i bakhuvudet.*

En kvinna beskrev hur ökad tillit gentemot kroppen resulterade i mindre rädsla under samlag tiden efter andra förlossningen. Kunskapen om och erfarenheten av att samlag inte var farligt verkade öka hennes förtroende gentemot kroppen:

*Jag tror att det beror på att jag vågade efter andra också, att jag hade mer förtroende för kroppen att det skulle gå bra. Man visste också att det händer liksom ingenting, det är inte så att, det kommer inte spricka upp någonting eller såhär bara för att man har sex, det har läkt och så. Jag kände mer förtroende för kroppen.*

Även om den fysiska smärtan försvunnit var det ett fåtal kvinnor vars upplevelser under samlag påverkades av orostankar.

*Det tog en viss tid också att jag inte kände mig läkt, jag var säkert läkt men jag kände liksom att, i huvudet liksom att ne det här kommer göra ont, jag vill inte, vi väntar ett tag till.*

Det förekom även orostankar angående det sexuella livet i framtiden hos några deltagare. En kvinna berättade hur hon tidigare upplevde oro:

*Det skapade en oro i början att liksom och tankar på att oj ska det var såhär, ska det vara såhär nu? Kommer det alltid vara såhär? Kommer jag liksom inte kunna njuta av sex fullt ut för att den är påverkad. Så det var väl liksom en oro.*

En kvinna berättade att oförmågan till sex påverkade hennes självbild som kvinna:

*Alltså på något sätt är det här så tajt sammanbundet med könsroller och grejer och jag kände mig lite såhär, hur ska man säga det påverkade min bild av mig själv som kvinna. Under ett tag så fungerade inte mitt underliv så som det skulle och jag kunde inte ha sex och jag kände mig såhär och också någonting händer här som jag inte har koll på och hur ska det påverka mitt liv och såhär och jag kände att det påverkade min bild som tjej typ.*

## Smärtans inverkan

I tidigare teman framkom smärtans inverkan på kvinnornas upplevelser av fysiska begränsningar och sexuell funktion. Kvinnorna beskrev även ytterligare aspekter kopplade till smärta som behandlas i detta tema. Upplevelser som att leva med smärtan i ett längre förlopp, smärtans inverkan på psykiskt mående, uppmärksamhet och relationen till barnet samt rädsla inför smärta. Tio kvinnor bekräftade temat. Smärtans inverkan till följd av bristningsskadorna varierade och tycktes ha en negativ inverkan på kvinnornas liv. Skadornas läkningsprocess och hur länge smärtan varade varierade bland deltagarna. Några kvinnor upplevde oavbruten smärta under den första perioden efter förlossningen. Hälften av kvinnorna beskrev hur smärtan förekom i deras liv under en längre period efter förlossningen och ett fåtal personer upplevde fortfarande smärta från skadan under intervjutillfället.

*Det gjorde liksom konstant ont ibland liksom, det spelade ingen roll vad jag gjorde så det var egentligen bara att försöka hitta ställningar liksom så att man kunde hitta ställningar att sitta och ligga i...*

Det förekom skildringar av hur kvinnor under upprepade tillfällen upplevde intensiv smärta kopplad till behandlingen av skadan. Sutureringen direkt efter förlossningen på sjukhuset beskrevs av ett flertal kvinnor som smärtsam och obehaglig. En deltagare berättade att hon var på ett läkarbesök för att stygn fastnat i ändtarmen. Kvinnan beskrev hur hon inte fick bedövning och därmed utsattes för intensivt smärtpåslag i samma kroppsregion igen. Hon uppgav att hon önskade slippa återkommande smärta som hon upplevt till följd av skadan i kontakt med vården:

*Alltså det gjorde så fruktansvärt ont och så bara kan man inte få någon lite bedövningssalva, vad är problemet? Det är så onödigt smärta. Sen är det såhär, jag har haft så ont i denna region liksom, kan jag inte bara få slippa.*

Smärtan hade inverkan på ett fåtal deltagares psykiska mående. Ett fåtal av deltagarna ansåg att smärtan var den orsakande faktorn till deras förlossningsdepressioner. En kvinna beskrev hur skadorna påverkade hennes sömn då hon låg vaken på nätterna på grund av smärta. Bristfällig sömn är något som potentiellt kan ha haft en negativ effekt på personens psykiska mående:



*Jag vet att med första barnet att jag var rätt så sömnlös, för att jag låg vaken av mina skador (...) alltså lite för lite sömn gör ju att man blir trött och så. För att jag hade ont.*

Smärtan tycktes även inverka på deltagarnas uppmärksamhetsförmåga. En kvinna upplevde smärtan som hindrande i relationen till barnet. Smärtan upptog en del av deltagarens uppmärksamhet, vilket var känslomässigt samt fysiskt hämmande för hennes förmåga att vara närvarande i kontakten med barnet:

*Bebisen kräver ju så mycket av ens uppmärksamhet och att man är engagerad liksom känslomässigt och att man är där känslomässigt och fysiskt och jag kunde inte vara det eftersom jag hade ont.*

### **Förändrad perception av kroppen**

Ett annat tema som framkom var kvinnornas förändrade perception av kroppen. Aspekter inom temat var kvinnornas känslor samt tankar som väcktes gentemot kroppens funktion eller när kroppen inte fungerade. Temat berörde även deltagarnas acceptans gentemot den skadade kroppen. Tio kvinnor bekräftade temat. Några kvinnor beskrev en ökad uppskattning gentemot kroppen. Utsagor berörde tacksamhet över kroppens läkningsförmåga, styrka och uthållighet.

*På ett sätt känner man sig stark, att kroppen har klarat av den typen av skador och att den har tagit sig igenom det.*

En kvinna beskrev en fascination för kroppens förmåga att genomgå graviditet och förlossning samt beundran över kroppens läkningsprocess:

*Jag kan generellt känna att efter jag har varit gravid och fött barn att min kropp är så jävla cool för att den har pallat med det liksom. Jag är fascinerad över att man inte får mer men.*

Några kvinnor som upplevde en positiv bild av kroppen under tillfället av intervjun beskrev att de hade upplevt en negativ perception av kroppen under tiden då skadan orsakade dysfunktioner. Samma kvinna beskrev sin fascination över kroppen och ansåg att det var något hon upplevde först i efterhand när hennes kroppsliga funktioner var återställda.

En kvinna som genomgått två förlossningar berättade om sin erfarenhet av de kroppsliga funktionernas inverkan på kroppsbilden. Tiden efter första förlossningstillfället kantades av smärta och dysfunktion, vilket bidrog till en syn på kroppen som svag. Efter andra förlossningen läkte kroppen snabbare och i takt med att de kroppsliga funktionerna förbättrades förändrades även hennes syn på kroppen:

*Första gången var det ju mer kopplat till smärta och svaghet på något sätt också. Men jag skulle nog säga att det nu är mer positivt, att jag har en mer positiv självbild och kroppsbild, att det är mer funktion liksom än det ytliga på nått sätt. Och att jag har fixat det och att kroppen återhämtar sig så pass snabbt efter den skadan och att jag kan träna och liksom att jag klarar av det, det tycker jag känns bra.*

En person som fortfarande påverkades av bäckenbottensdysfunktioner uppfattade kroppen som mer vacklande än innan:

*Innan kunde jag mer känna så här gud vad skönt, vilken stark kropp. Man litar på att den funkar, den gör det den ska, vad bra vad skönt att allting är i sin ordning sådär. Åh nu känner jag liksom att den är lite vacklande liksom att den inte är helt i funktion.*

Ett fåtal kvinnor gav uttryck för ett skifte i fokus från tankar om kroppens utseende till ett ökat fokus på kroppslig funktion. Kroppens utseende tycktes inte vara lika central för dessa kvinnor jämfört med tiden före skadan. En deltagare beskrev den glädje och tacksamhet hon kände under fysisk aktivitet:

*Om man pratar om träning och sånt där så har det mer varit som ett måste att jag tyckt att det varit jobbigt och har varit väldigt drivet av det här utseendefixerade och att jag nu liksom hittar en annan glädje i att röra mig och tycker det är kul att gå ut springa och att jag klarar av det, jag fixar det.*

Några kvinnor beskrev känslor och tankar som väcktes gentemot kroppen då konsekvenser av skadan var påtagliga. Känslor som framkom var skam, äckel och oro. I utsagor framkom varierande uttryck för hur kvinnor reflekterade kring skadans påverkan gällande deras perception av kroppen. Detta kan möjligen ha fungerat som copingstrategier för att bibehålla en god kroppsbild, såsom undvikande eller självreflekterande tillsammans med acceptans hos deltagare.

En kvinna beskrev att hon upplevde känslor av äckel gentemot könsorganet under den första tiden och att hon därför undvek att undersöka hur skadan såg ut med en spegel:

*Men där nere var det väl mest att jag tänkte amen att man blir äcklad av sin kropp. Ja, Om jag ser hur den ser ut när den var skadad som värst att det skulle påverka hur jag ser på den nu, bättre att bara låta det vara.*

Några kvinnor gav uttryck för acceptans gentemot den skadade kroppen samt det faktum att de drabbats av en skada. Acceptansen verkade i vissa fall ha bidragit till ett nytt förhållningssätt som varit hjälpsamt för att hantera skadan. En deltagare beskrev hur hon såg på sin kropp och skadan med ett nytt lugn:

*Jag är rätt så förvånad över hur jag tänker på min kropp och över hur jag tänker på förlossningen och att jag fick den här skadan. Att jag ser på det med ett lugn. Inte ett problem längre.*

En annan kvinna skildrade ett självreflekterande som kan tänkas vara ett uttryck för acceptans gentemot kroppens kapacitet:

*Jo, då tror jag såhär kroppen är fortfarande stark och härlig och gör precis som den vill den är bara inte riktigt gjord för att föda barn genom vaginan. Mitt sätt är magdörren. Kejsarsnittet det är så jag föder mina barn. Det passar bättre.*

### **Att möta omgivningen**

Elva intervjudeltagare bekräftade temat Att möta omgivningen. Temat inkluderade erfarenheter av oenighet mellan deltagarnas egna upplevelser och deras föreställning av

omgivningens förväntningar. Kvinnorna berättade även om erfarenheter av bristfällig förståelse från omgivningen och egna svårigheter med att förmedla sin upplevelse till andra.

Kvinnorna beskrev hur de uppfattade att omgivningen förväntade sig positiva skildringar av förlossningen och det nyblivna föräldraskapet. Det skapades således en diskrepans mellan kvinnornas negativa upplevelse av bli skadad under förlossningen och omvärldens förväntningar om en lyckosam förlossning.

En person beskrev hur hon upplevde skadan som en olycka samtidigt som omgivningens reaktioner på hennes nyblivna föräldraskap inte bekräftade hennes upplevelse:

*Först två år senare så läste jag att någon annan som hade fått samma skada skrev att det kändes inte som att hon fått nått barn utan råkat ut för en olycka. Och det var verkligen exakt så som det kändes.*

Bristningsskadan beskrevs av en annan kvinna som ett trauma samtidigt som hon upplevde att omgivningen runt omkring henne ansåg att förlossningen hade gått bra. Det medförde bristande förståelse inför hennes egna tankar och känslor tiden efter förlossningen:

*Det var ju det som var ett kaos i mitt huvud under hela sommaren när alla var sådär. Alla sa att det gick bra. Och jag var ju sådär men det gick ju inte bra. Jag trodde ju på riktigt att jag skulle dö. På riktigt...*

Ett fåtal kvinnor upplevde svårigheter med att berätta för omgivningen om förlossningsskador. En deltagare berättade hur hon ansåg att omgivningen hade förväntningar av en positiv beskrivning av förlossningen samtidigt som hon trodde att hennes berättelse om skadan skulle väcka obehag hos människor. Hon beskrev hur påfrestande det var att vara skadad och samtidigt inte vara uppriktig mot människor runt omkring henne:

*Och sen var det så förfärligt att när man själv då har fått den jättesvåra skadan och mår så jättedåligt att man ens ska behöva låtsas att allt är bra för att den andra inte ska få obehagskänslor.*

Ett fåtal personer uppgav att de inte berättade om sina bristningsskador på grund av oro för att skrämna upp personer i sin närhet. En person beskrev att det var ett av skälen till varför hon inte hade någon att prata med om sin bristningsskada:

*De vänner som inte alls är i närheten av att gå igenom det eller har börjat tänka på barn de vill man ju inte avskräcka mer och börja prata om detta. Så att på det sättet så hade jag inte så många att prata med.*

Det framkom att några kvinnor pratade om bristningsskador främst med personer i deras närhet, såsom vänner, partner och syskon. Några kvinnor angav att det var svårt att prata om bristningsskador med omgivningen på grund av tankar om tabu och skam. Skadan gav upphov till skam eftersom den var lokaliserad vid könsorganet, vilket var ett tecken på ålderdom och att kroppen var utsliten.

*Man, man även om det är nått så normalt som alla kvinnor får så känns det ändå som att man har berättat någonting som gör att man inte är lika bra skick som en ung kvinna liksom, att nu har man blivit gammal och förbrukad. Ja kroppen har blivit förbrukad.*

Några kvinnor uppgav att deras omgivning inte pratade om bristningsskador och beskrev skadorna som något undanskymt som ingen ville prata om.

*Jag var ju arg på mina bekantskaper och vänner som hade barn och fött barn innan. Att ingen hade berättat om sånt som de upplevde som läskigt. De hade bara berättat om det rosa skimret.*

Ett flertal deltagare uppgav att de upplevde en bristande förståelse från omgivningen. Några deltagare beskrev att andra personer som inte genomgått en förlossning eller bristningsskada hade svårare att visa förståelse.

*Jag känner att det är lite så att de enda som bryr sig är kvinnor som själva har gått igenom det. Övriga ser det som ah men det är sånt som händer det är klart man får ta*

*det. Jag tror nästan att man hade behövt tapetsera bilder på förlossningsskador för det är få som vet hur det ser ut.*

En kvinna uppgav att den bristande förståelsen från omgivningen bidrog till en upplevelse av att bli ifrågasatt av människor i sin omgivning. Upplevelsen av att inte bli förstådd resulterade även i orostankar för att verka gnällig inför omgivningen:

*Svårt för folk att förstå hur ont man har att det kan begränsa en och att man bara förväntas att när du har fött barn liksom då har du ont. Att man kan uppfattas som om att man är lite gnällig eller att man överdriver kanske också och att folk då inte kan ha den förståelsen varför man eller varför jag drog mig undan eller varför jag inte kunde följa med på vissa saker och lite svårt att formulera att berätta så.*

Att inte få förståelse kunde skapa en ökad distans mellan deltagarna och de vänner som inte kunde relatera till skadan. En kvinna beskrev att hon slutade umgås med de personer i omgivningen som inte kunde relatera till upplevelsen av skadan:

*De som inte förstod hade jag ett långt uppehåll av umgänge med. Sen när de själva har fått barn har de kommit tillbaka och har själva sagt att nu förstår vi. Ah. Tack. Och så har de kunnat mötas på en annan nivå.*

### **Omgivningen som stöd**

Elva deltagare beskrev sina erfarenheter om hur personer i omgivningen kunde fungera som stöd. Att känna gemenskap, få möjlighet att berätta och prata om sina upplevelser samt praktisk hjälp sågs av deltagarna som centrala aspekter av stödet från omgivningen.

Ett flertal deltagare talade om vikten av gemenskap. Informanterna upplevde gemenskap med kvinnor som själva hade genomgått en förlossning. Tillsammans kunde de förstå och relatera till varandra, samtala om upplevelser och ge varandra praktiska tips samt råd.

*Ja men då har man ju sina tjejkompisar som också har barn, då kan man ju verkligen prata om allt sånt där. Alla både äckliga saker och ah, så det är ju jättebra att man*

*kan ha en öppen liksom dialog där... Och få tips om såhär a men vilken bedövningssalva har du på dina stygn (skrattar)... Så verkligen såhär praktiska grejer. Det är jättebra.*

En annan kvinna beskrev betydelsen av det stöd hon fick genom samtal med andra personer som haft liknande erfarenheter:

*Den största hjälpen. Som egentligen haft minst effekt på kroppslig smärta det är ju att prata. Att prata med andra. Att få höra att andra har något liknande.*

Citatet skildrar hur deltagaren upplever det sociala och emotionella stödet som hjälpsamt. Några kvinnor beskrev att de upplevde stöd genom samtal, vilket gav dem möjlighet att prata om upplevelserna av skadan. Samtal behövde inte nödvändigtvis involvera personer som kunde relatera till skadan. De viktigaste var anhörigas närvaro, att de lyssnade och försökte förstå. Ett fåtal kvinnor hade gått i terapi och upplevt ett stöd genom dessa samtal. En person beskrev stödet hon fick genom samtal med sin partner:

*Överhuvudtaget att han har lyssnat och försökt att förstå och försökt hjälpa till på det sättet han har kunnat när jag har haft utbrott och varit ledsen och han har bara lyssnat.*

Brist på gemenskap och närvaro av personer i omgivningen som kunde bidra till otrygghet och ensamhetskänslor. En deltagare som inte kunde ta sig ut ur hemmet på grund av smärta berättar om ensamheten hon upplevde och att hennes vänner inte kunde relatera till det hon gick igenom:

*Det var ju riktigt ensamt, och BVC började inte med föräldragrupper förrän barnen var tre månader och det är egentligen innan dess som det hade behövts. Jag har vänner som har barn men inte i min stad. Så det är bara via sociala medier vi har haft kontakt. Och de vännerna jag har här är sådana som fortfarande lever det gamla livet liksom... Ska vi ses på en öl? Spontant och sånt.*

En person som hade problem med sex på grund av en ärrvävnad hade ingen i sin omgivning som hade varit med om liknande erfarenheter, vilket gav upphov till känslor av ensamhet:

*Man kan få såhär sympati om någon har känt samma sak men om man är såhär själv så är det som att man bara känner sig lite konstig och ensam typ.*

Att få praktisk hjälp i vardagen var en aspekt som hälften av kvinnorna berörde och kunde innefatta hjälp med att ta hand om barnet och hushållssysslor.

*Och sen har han passat upp på mig liksom hämta saker och fixat på det sättet rent praktiskt och det vardagliga så att det har gått runt med allting.*

Ett fåtal kvinnor beskrev sin önskan om att få mer praktiskt stöd av personer i omgivningen. En kvinna berättade att hon trodde att ett praktiskt stöd skulle bidra till ett bättre mående, mindre stress och ensamhet:

*... men det hade varit skönt man hade kunnat liksom säga ah men nu kan du gå och duscha eller ja, gå på toa i lugn och ro och känn dig inte stressad av att bebisen skriker det här tar vi hand om liksom.*

En deltagare uttryckte svårigheter att kommunicera sina behov av hjälp till omgivningen, vilket tycks ha resulterat i en negativ inverkan på hennes psykologiska mående:

*Jag bad ju inte om saker utan jag bara kämpade på. Det var väl därför förlösningssdepressionen kunde växa, den upptäcktes först av en på BVC. Det betyder att alla jag umgicks med bara har sett förbi det.*



## Diskussion

### Resultatdiskussion

Syftet med studien är att undersöka kvinnors upplevelser av bristningsskador i mellangården efter vaginalförlossning utifrån en psykologisk ram. Upplevelser angående kroppsliga förändringar, smärta, kroppsbild och individernas egna samt omgivningens förståelse för skadan undersöks. Teman som framkommer utifrån kvinnornas berättelser är Att fångas upp av vården, Information, Normalisering, Fysiska begränsningar, Ett annorlunda sexuellt liv, Smärtans inverkan, Förändrad perception av kroppen, Att möta omgivningen samt Omgivningen som stöd.

**Kroppsliga förändringar, smärta och kroppsbild.** I denna del diskuteras teman som Smärtans inverkan, Fysiska begränsningar, Ett annorlunda sexuellt liv och Förändrad perception av kroppen. Dessa teman behandlar de kroppsliga förändringar och dysfunktioner som kvinnor med bristningsskador ställs inför samt vilken inverkan skadan har på kvinnors fysiska funktion, välmående och kroppsbild. Teman analyseras utifrån en sociokulturell kontext i relation till forskning och teori gällande smärta, rädsla, sexuell hälsa, bäckenbottensdysfunktioner, kroppsbild såväl som kroppsskam.

**Smärtans inverkan.** Smärta och rädsla är återkommande i kvinnornas berättelser samt har en betydande inverkan på upplevelsen av fysiska begränsningar samt sexuell hälsa. Studiens resultat visar att deltagare upplever påtaglig och långvarig underlivssmärta till följd av skadan, vilket överensstämmer med tidigare forskning av (Cooklin et al., 2015; Frohlich & Kettle, 2015). I resultatet framkommer att smärtans varaktighet varierar, den kan vara oavbruten eller återkommande samt förekomma veckor till månader efter förlossningen. Den långvariga smärtan inverkar på deltagarnas psykosociala samspel med omgivningen och är i linje med Werners (2010a) skildring av smärta under ett längre förlopp.

Studiens resultat redogör för att informanterna upplever stress, ångest och förändrat stämningsläge i samband med skadan. Detta överensstämmer med beskrivningar av Werner (2010a) rörande smärtans sekundära effekter på individens psykologiska mående. Resultatet skildrar även upplevelsen av smärta som en möjlig bidragande faktor till nedstämdhet och depression, vilket är i enlighet med resultat från forskning av Chang et al. (2016). I studien förekommer skildringar om hur uppmärksamheten riktad mot smärtan bidrar till svårigheter att vara emotionellt närvarande, exempelvis i relation till barnet, vilket stämmer överens med tidigare forskningsresultat av Eccleston och Crombez (1999).

**Fysiska begränsningar.** Resultatet visar att bristningsskador leder till rörelsehinder och toalettbesvär samt ökad oro inför framtida förlossningar. Rädsla såväl som smärta är utifrån åt betydande aspekter av dessa fysiska begränsningar och framkallar ångest samt oro, vilket tycks påverka deltagarnas vardag negativt. Detta är i enlighet med tidigare forskning av Boij et al. (2007). Utifrån studiens resultat leder smärta och rädsla för upplevd smärta samt ytterligare skador till undvikandebeteende hos deltagarna i studien. Detta överensstämmer med Johnston och Olsons (2015) teoretiska beskrivning av rädlans funktion. Social isolering tycks även vara en konsekvens av rörelsehinder på grund av smärta utifrån deltagarnas berättelser.

Det framkommer även att skadans lokalisering i könsorganet och de fysiska begränsningar som följer med skadan ger upphov till skam hos informanterna. Detta kan kopplas Gilbert och Miles (2002) teori angående kroppsskam i relation till förlusten av fysiska funktioner och till Tomkins affekteori, (Tomkins & Demos, 1995), rörande skammens funktion. Den kroppsskam som deltagarna upplever blir hindrande då deltagarna undviker att befinna sig i specifika sociala sammanhang, vilket kan leda till social isolering.

Upplevelsen av social isolering och skam på grund av kroppsliga dysfunktioner i samband med förlossning och bristningsskador bekräftas även i studier av Priddis et al. (2013) och Rydén och Suneson (2004). Social isolering kan eventuellt vara en medverkande faktor till försämrat psykiskt välmående hos kvinnorna.

**Ett annorlunda sexuellt liv.** I likhet med temat Fysiska begränsningar är smärta och rädsla återkommande upplevelser som även skildras i temat Ett annorlunda sexuellt liv.

I studien framkommer att smärtan från bristningsskadan ger upphov till en förändrad upplevelse under samlag och är i vissa fall så pass intensiv att deltagare avstår sexuell aktivitet. Undvikande av sexuell aktivitet på grund av rädslan för smärta och nya skador överensstämmer med Johnstons och Olsons (2015) skildring av rädlans funktion. Rädsla hos deltagare kan leda till ångest och undvikande i sexuella sammanhang. Bristningsskadorna har således en negativ påverkan på deltagarnas sexuella njutning under samlag, vilket är i likhet med de resultat som presenteras i forskning av Boij et al. (2007).

Den föreliggande studien visar att tidigare erfarenheter av bristningsskador underlättar förståelse för kroppens kapacitet under sex. Dessa personliga erfarenheter kan uppfattas som betryggande och leda till ökat förtroende gentemot kroppen, vilket minskar rädsla, ångest och undvikandestrategier hos deltagare. Ångest och rädsla som informanter upplever kan tänkas leda till mer intensiv smärtupplevelse, i enlighet med Johnston och Olsons teori (2015).

Minnen av tidigare positiva erfarenheter av samlag med bristningsskada, kan potentiellt dämpa ångest och rädsla samt lindra upplevelsen av smärtan under samlag hos kvinnorna.

Baserat på studiens resultat tycks bristningsskadorna inverka på deltagares kroppsbild angående könsorganets utseende och funktion, vilket tycks indikera att bristningsskadan potentiellt ökar deltagarnas kroppsmedvetenhet. Informanternas förändrades perceptioner gällande könsorganet verkar i vissa fall ha en negativ inverkan på deras sexuella liv och överensstämmer med Wiederman (2011) beskrivning om hur kroppsbild av könet och kroppsmedvetenhet inverkar på sexuell hälsa. Möjligtvis upplever deltagare att deras könsorgan inte uppfyller sociokulturella normer till följd av bristningsskadan, vilket leder till en negativ kroppsbild av könsorganet (Wiedermans, 2011). Erfarenheter av bristande sexuell funktion hos deltagare tycks vara relaterade till tankar och känslor av osäkerhet. Detta kan i sin tur resultera i upplevelser av otillräcklighet i partnerrelationen och är i linje med forskningsresultat som Priddis et al. (2014) presenterar.

***Förändrad perception av kroppen.*** Utifrån studiens resultat verkar kulturella och historiska kroppsideal, som skildras av Johannisson (1994) och Höjeberg (2000), inverka på deltagarnas kroppsbild. I resultatet framkommer upplevelser av en förbättrad kroppsbild efter vaginal förlossning och bristningsskada. Informanterna uppger positiva beskrivningar av kroppen i relation till kroppens kapacitet gällande barnafödande och läkningsprocess. Detta tycks medföra en ökad uppskattning av kroppen hos kvinnor i studien. Den förbättrade kroppsbilden kan tänkas vara relaterad till hur väl kvinnor anser att de uppfyller sociokulturella kroppsideal angående kroppens funktion efter vaginal förlossning och bristningsskada, vilket överensstämmer med Tiggermans (2011) teori. Resultatet visar även att deltagare upplever vaginal förlossning som ett naturligt attribut hos en fertil kvinna. Detta påverkar potentiellt kvinnornas förväntningar på kroppens kapacitet att föda barn vaginalt och kan kopplas till teori rörande kroppsbildsattityder beskrivet av Cash och Smolak (2011). Deltagarna i studien tycks främst redogöra för en förbättrad kroppsbild när skadan läkt eller när dysfunktioner inte längre är närvarande i lika stor utsträckning. En försämrad kroppsbild är således kopplad till bristande kroppsliga funktioner som följd av skadan. I resultatet framkommer beskrivningar av känslor såsom äckel och skam i relation till en mer negativ kroppsbild. Den kroppsliga funktionen tycks därför ha en betydande roll gällande kroppsbild i förhållande till bristningsskador. Detta går i linje med teorier angående betydelsen av fysisk funktion kopplad till kroppsbild och kroppsskam (Cash & Smolak, 2011; Gilbert & Miles, 2002; Magees, 2012).

I resultatet framkommer även ett skifte i fokus från kroppens utseende till kroppens funktion hos informanterna. Möjligtvis förändras kvinnors ursprungliga kroppsbildsattityder i och med händelsen av bristningsskadan, då värdet av kroppen utifrån den nya kontexten, att vara skadad, leder till ett nytt värdesättande av kroppen samt förändring i evalueringen av kroppsliga attribut. Detta i likhet med Cash och Smolaks (2011) skildring av kroppsbildsattityder. Attributen gällande fysisk funktion får således ett högre värde medan utseende minskar i värde i relation till upplevelsen av att vara skadad hos deltagare. Kvinnorna i studien tycks även använda copingstrategier, såsom undvikande och självreflekterande samt acceptans för att upprätthålla en god kroppsbild, vilket också överensstämmer med Cash och Smolaks teori (2011).

**Att förstå skadan tillsammans med omgivningen.** I detta avsnitt diskuteras teman: Att fångas upp av vården, Information, Normalisering, Att möta omgivningen och Stöd från omgivningen. Samtliga teman berör deltagarnas upplevelser av deras egen förståelse och omgivningens förståelse för bristningsskadan. I analysen beaktas även hur sociokulturella sammanhang inverkar på kvinnors upplevelse av bristningsskador. Utvalda teman diskuteras utifrån teorier och forskning angående empati, mentalisering, smärta, samt hjälpsökandebeteende.

**Att fångas upp av vården och Information.** Att fångas upp av vården och Information är teman som skildrar individens upplevelse av förståelse för skadan. Studiens resultat visar att ökad grad av förståelse hos kvinnorna tycks resultera i ökad trygghet under och efter kontakten med vården. Empatisk omsorg utifrån Sonnby-Borgströms (2013) teori, har möjligtvis en betydande inverkan på upplevelsen av trygghet i kontakten med sjukvården. Resultatet indikerar att bemötandet av sjukvården är en väsentlig faktor för hur kvinnor med bristningsskador upplever skadan och stämmer överens med tidigare forskning av Priddis et al. (2014). Upplevelsen av bristfällig empatisk omsorg från sjukvården tycks resultera i en minskad förståelse för händelsens av skadan och leder till upplevelser av otrygghet samt ensamhet hos deltagare. I resultatet framkommer att kvinnorna upplever brist på information från sjukvården angående skadan, vilket är i linje med forskningsresultat av Boij et al. (2007). Upplevelser av otillräcklig information kan potentiellt tolkas som ett uttryck för att kvinnorna önskar att öka sin kunskap och förståelse för skadan. Informanterna tycks yttra ett behov av att skapa mening och sammanhang rörande skadans händelseförlopp och konsekvenser. Detta kan kopplas till teorin gällande mentaliseringsförmågans funktion beskriven av Rydén och Wallroth (2008).

Utifrån studiens resultat är bristande empatiskt bemötande och frånvaro av vägledning samt information från sjukvårdspersonal, hindrande för informanternas förmåga att mentalisera om erfarenheterna av bristningsskadan. Detta leder i sin tur till en begränsad emotionell kommunikation med omgivningen, vilket också är i linje med Rydén och Wallroths (2008) beskrivning angående mentaliseringsteorin. Otillräcklig förståelse för bristningsskadan kan således leda till svårigheter för kvinnorna att kommunicera behov av stöd. I studiens resultat förekommer även redogörelser gällande självanklagelser i samband med skadans uppkomst under sjukvårdsvistelsen. Det kan vara ett uttryck för att deltagare inte haft möjligheten att med hjälp av omgivningen bearbeta skadans händelseförlopp, vilket ökar sannolikheten för att kvinnorna anklagar sig själva för skadans uppkomst och de konsekvenser som bristningsskadan medför. Detta kan kopplas till mentaliseringsförmågans betydelse vid traumatiska händelser beskriven av Rydén och Wallroth (2008). Bearbetningen av skadans händelseförlopp är således en viktig aspekt för förlossningsvård och andra sjukvårdsverksamheter att beakta vid behandling av kvinnor med bristningsskador då empati hos sjukvårdspersonal hjälper patienterna att skapa förståelse för vad de har varit med om enligt Halpern (2013).

Informanterna i studien tycks även bli hindrande i sitt hjälpsökandebeteende på grund av skam, vilket är i linje med tidigare forskning av Buurman och Lagro-Janssen (2013). Skammen kan resultera i att kvinnorna undviker att söka medicinsk hjälp och försvårar på så sätt behandling av skadan, vilket överensstämmer med Dolezals (2013) skildring av kroppsskammens inverkan hos patienter i vårdkontext.

**Normalisering.** Studien visar att ideal rörande kroppens förmåga att föda barn vaginalt påverkar kvinnornas förväntningar rörande den egna kroppens kapacitet gällande förlossning. Detta grundas bland annat i kulturella och historiska normer angående graviditet samt förlossning presenterat av Johansson (1994) och Höjeberg (2000). Utifrån studiens resultat skapar dessa sociokulturella normer förväntningar om vaginal förlossning som ett naturligt och normalt fenomen. Normalisering är en social konstruktion gällande hur uppträdandet av ett fenomen uppfattas som normalt eller inte inom en specifik kontext (Hamed, Ahlberg & Trenholm, 2017). Det framgår ur deltagarnas berättelser att idealen om vaginal födsel anses influera sjukvårdens förhållningssätt till bristningsskador. I resultatet förekommer beskrivningar av sjukvårdspersonalens marginalisering, vilket överensstämmer med tidigare forskningsresultat av Priddis et al. (2013). Den aktuella studiens resultat redogör för att normalisering från sjukvårdspersonal samtidigt kan ha en stödjande funktion för deltagare.

Det förekommer även en diskrepans mellan den egna upplevelsen av smärtintensiteten hos informanterna och sjukvårdens bedömning av smärtan som normal i förhållande till bristningsskadan. Kvinnornas smärtupplevelse bekräftas således inte av sjukvården utan normaliseras. Detta leder till ökat lidande i form av ångest och minskar graden av förståelse för skadans omfattning hos deltagare, vilket överensstämmer med Werners (2010a) teori. Baserat på resultatet tycks sjukvårdens normalisering skapa en osäkerhet gällande den egna upplevelsens tillförlitlighet hos deltagare. Normalisering verkar bidra till ett bristfälligt empatiskt bemötande gentemot kvinnorna i kontakt med sjukvården eftersom kroppsliga komplikationer bedöms som normala företeelser i samband med vaginal förlossning. De sociokulturella normerna gällande barnafödande tycks således hindra sjukvården från ett empatiskt bemötande. Detta då det krävs empati för att initiera adekvata hjälpreaktioner från omgivningen vilket är beroende av sociokulturella kontexter (Sonnby-Borgström, 2013).

**Att möta omgivningen.** I studien framkommer att det uppstår en diskrepans mellan deltagarnas upplevelser av att vara skadade och omgivningens förväntningar på förlossningen som en lyckobringande händelse. Detta resulterar i att den emotionella kommunikationen mellan deltagare och omvärlden hämmas. Svårigheter att förmedla emotionella tillstånd som skadan väcker kan tänkas leda till bristande adekvat stöd från omgivningen, vilket är i enlighet med i Rydén och Wallroths (2008) beskrivning rörande affekternas kommunikativa funktion i förhållande till mentaliseringsteorin. Informanterna uppger att svårigheter att prata om bristningsskador orsakas av skam och tabu, vilket är i linje med Tomkins skildring av skam som en hämmande affekt (Tomkins & Demos, 1995). I resultatet framgår det att deltagarna upplever en frånvaro av öppen dialog angående bristningsskador i sociala sammanhang. Baserat på studiens resultat tycks avsaknaden av dialog hindra informanterna och omgivningen från att skapa förståelse för bristningsskador. Frånvaron av samtal om bristningsskador kan eventuellt bidra till att konsekvenser av skadan, såsom bäckenbottendysfunktioner och långvariga underlivssmärter, uppfattas som avvikande för både deltagare och omgivning. Detta kan potentiellt motverka omgivningens förmåga till fördjupad empati som främst grundar sig i kognitiva processer, vilket skapar förutsättningar för att förstå andras emotionella tillstånd i enlighet med Sonnby-Borgströms (2013) skildring av fördjupad empati. Utifrån studien tycks kvinnor med bristningsskador uppleva svårigheter att förmedla omfattningen av skadans konsekvenser till omgivningen, vilket leder till ensamhet och rädsla för att bli ifrågasatt av andra personer. Detta överensstämmer med Rivanos (2010) beskrivning angående avvikande smärta. Otillräcklig dialog, bristande

emotionell kommunikation och begränsad förståelse från omgivningen kan således försvåra kvinnornas möjlighet att minska lidandet som följer med bristningsskadan i likhet med Rydén och Wallroths (2008) skildring rörande obehagets och lidandets kommunikativa funktion.

**Omgivningen som stöd.** Gemenskap är en central del i deltagarnas upplevelse av stöd från omgivningen. Resultatet visar att upplevelser av gemenskap uppstår när informanterna delar erfarenheter med andra personer som upplevt liknande erfarenheter, vilket möjliggör ömsesidig reflektion och är i likhet med resultat presenterade av Priddis et al. (2014) samt Eklund et al. (2009). Baserat resultaten från den föreliggande studien tycks upplevelser av ömsesidig reflektion underlätta för deltagarna att tydliggöra behov av stöd till omgivningen, vilket överensstämmer med teori beskriven av Rydén och Wallroths (2008) gällande mentalisering. Utifrån resultaten leder frånvaro av gemenskap till upplevelser av ensamhet och otrygghet hos kvinnorna, vilket kan kopplas till Sonnby-Borgströms (2013) beskrivning av empatins betydelse för upplevelsen av samhörighet, stöd och tröst. Det framkommer även att samtal med nära anhöriga eller sakkunnig upplevs som hjälpsamt för deltagarna, vilket återspeglas i tidigare forskning av Rydén och Suneson (2004). I resultatet framgår att kvinnorna genom samtal med anhöriga kan reflektera kring skadan tillsammans med någon annan som aktivt försöker förstå vad de varit med om. Detta är i linje med Olssons (2013) teori rörande empatisk förståelse. Att omgivningen aktivt försöker förstå kan således tolkas som en betydande aspekt i ett empatiskt bemötande gentemot kvinnor med bristningsskador.

**Resultatets begränsningar.** I litteraturen förekommer olika definitioner angående tidsperioden som begreppet långvarig smärta inbegriper. Varaktigheten av upplevd smärta från bristningsskadan varierar hos kvinnorna och utifrån studiens syfte används ingen skattningsskala för att mäta perioden av smärta eller smärtintensitet hos deltagarna. Detta gör att definitionen av upplevd smärta hos informanterna och de teorier som används gällande konsekvenser av långvarig smärta i studien kan ifrågasättas. Eftersom forskningen gällande bristningsskador mellan första och andra graden hos kvinnor är bristfällig utgår författarna från flera studier som inkluderar deltagare med enbart tredje till fjärde gradens bristningsskador efter vaginal förlossning. Att jämföra resultatet från den aktuella uppsatsen med studier som enbart använder deltagare med tredje och fjärde gradens bristningsskador kan således uppfattas som missvisande. En ytterligare svaghet hos studien är att de kroppsliga dysfunktioner och psykologiska påfrestningar som framkommer i resultatet potentiellt är generella effekter av vaginal förlossning och nyblivet föräldraskap uteslutande

bristningsskador. Möjligen har bristningsskador efter vaginal förlossning en mindre betydande påverkan på fysisk och psykisk funktion än vad den aktuella studien redovisar för.

Studiens resultat redogör även för hur bristningsskador eventuellt har en inverkan på deltagarnas kroppsbild. Det förekommer samtidigt ingen självskattning gällande kroppsbilden hos kvinnorna i studien eller statistisk analys rörande sambandet mellan bristningsskador samt kroppsbild. Utifrån resultatet går det därför inte att dra slutsatser om bristningsskador orsakar eller predicerar förändringar rörande kvinnornas kroppsbild. En annan begränsning gällande studiens resultat berör variationerna av individuella och miljömässiga kontexter som formar deltagarnas berättelser. Variabler i deltagarnas miljö kan möjligtvis inverka på kvinnornas upplevelser angående bristningsskador, exempelvis rörande sjukvårdserfarenheter. Begränsade resurser och påfrestande arbetsmiljöer på de sjukhus samt vårdverksamheter som deltagarna befinner sig på kan således påverka kvinnornas upplevelser.

### **Slutsatser av studien**

Empatisk bemötande och adekvat information från sjukvården medför ökad förståelse för bristningsskadans innebörd och leder till upplevd trygghet. Bristfällig empatisk omsorg och information från sjukvården hindrar kvinnorna från att skapa förståelse rörande bristningsskadans omfattning och resulterar i ensamhet och otrygghet. Otillräcklig förståelse för skadan begränsar kvinnornas möjlighet att kommunicera behov av stöd.

Studien redovisar att smärta från bristningsskadan kan bidra till stress, ångest, fysiska begränsningar och påverka kvinnornas psykosociala samspel med omgivningen. De fysiska begränsningar som uppstår till följd av skadan beskrivs som rörelsehinder, toalettbesvär och sexuell dysfunktion. De fysiska begränsningarna påverkar kvinnornas vardag negativt och kan ge upphov till känslor av skam samt leda till social isolering. Bristningsskador tycks även bidra till en förändrad kroppsbild hos deltagarna.

Sjukvårdspersonal tenderar att normalisera bristningsskador, vilket bidrar till att kvinnornas upplevelser marginaliseras. Otillräcklig dialog, bristande emotionell kommunikation och begränsad förståelse hos deltagarna själva och omgivningen tycks försvåra kvinnornas möjlighet att minska lidandet som följer med skadan. Det främsta stödet för kvinnor med bristningsskador uppkommer genom gemenskap och samtal med personer i omgivningen. Ömsesidig reflektion underlättar för den emotionella kommunikationen som i sin tur bidrar till att kvinnor med bristningsskador får adekvat hjälp. Kvinnor med bristningsskador har behov av omsorg och psykologiskt stöd för att uppnå ökad förståelse i samband med skadans uppkomst samt tiden efter skadan.



## Metoddiskussion

**Metodval.** En kvalitativ ansats tillämpas i studien med hänsyn till studiens syfte - att få en fördjupad förståelse för kvinnors erfarenheter av bristningsskador och studera deras upplevelser av kroppsliga förändringar, smärta och kroppsbild. Studien har även som avsikt att undersöka kvinnornas upplevelser av deras egna och omgivningens förståelse för skadan.

Kvalitativ data utgår ifrån språkliga diskurser, eftersom språket är den primära källan till subjektiva upplevelser (Polkinghorne, 2005). Därför väljer författarna semistrukturerad-intervjuer som insamlingsmetod av data.

Semistrukturerade intervjuer är en vanligt förekommande metod inom kvalitativ forskning. Intervjuer gör det möjligt för deltagaren att prata om specifika aspekter av erfarenheter. Forskaren bör fokusera på den verkliga meningen av det intervjupersonen säger och inte vad som beskrivs ordagrant i intervjun (Willig, 2013).

Trots att intervjuerna analyserats utifrån semantisk nivå har författarna strävat efter att fånga helheten av intervjupersonernas berättelser.

Enligt Polkinghorne (2005) leder flera intervjuer med olika deltagare till alternativa perspektiv av erfarenheter. Avsikten med kvalitativ forskning är att minimera datareduktion, för att så lite som möjligt av datamaterialet skall försvinna efter översättningen till resultaten (Willig, 2013). Polkinghorne (2005) beskriver att det inte är tillräckligt att utföra en intervju per deltagare för att uppnå tillräcklig hög kvalitet i data. Tre intervjuer per deltagare krävs för att fånga djup i datamaterialet enligt författaren. Att enbart en intervju per enskild deltagare genomförs kan därmed anses som en brist angående studiens metod. Intervjuledaren bör skapa trygghet hos deltagarna för att intervjupersonerna skall kunna reflektera öppet om upplevelser. Forskaren behöver därför förmågor som kräver både praktisk träning och erfarenhet av intervjumetoder (Polkinghorn, 2005).

Författarna till studien besitter relativt goda erfarenheter av stödsamtal och terapi. De har däremot begränsad erfarenhet av semistrukturerade intervjuer inom kvalitativ forskning, vilket kan påverka datamaterialets kvalitet.

Alternativa insamlingsmetoder vid kvalitativ forskning är enligt Willig (2013), exempelvis fokusgrupper eller dagböcker. Utifrån studiens syfte och de ämnesområden som författarna önskar att belysa ansågs fokusgrupper inte lämpligt eftersom deltagarnas erfarenheter berör känsliga uppgifter. Dagböcker eller annan skriftlig dokumentation är passande metoder när studiens avsikt är att undersöka personliga frågor som skulle kunna vara svåra att prata om under intervjun samtidigt som det är en tidskrävande insamlingsmetod

(Willig, 2013). Tiden för studiens arbetsprocess var begränsad och författarna väljer därför att enbart använda semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod.

Tematisk analys anses vara ett lämpligt metodval för analysprocessen eftersom studien innehåller stora mängder kvalitativ data. Avsikten med tematisk analys är att analysera och presentera upprepade mönster som framkommer i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Metoden kräver dock betydande mängd teoretisk förankring för att skapa förståelse för information som framställs (Willig, 2013). Studien innehåller således en bred teoribeskrivning relaterad till framställningen av resultaten.

Braun och Clarke (2006) beskriver även att en otillräcklig analys av datamaterialet kan resultera i att teman som identifieras i datamaterialet överlappar, vilket är ett tecken på att innehållet inte är tydligt avgränsat. Syftet med olika teman är de skall symbolisera enskilda koncept (Braun & Clarke, 2006). Detta är en brist i den aktuella studiens tematiska analys, då exempelvis temat Att fångas upp av vården och Information berör likartade upplevelser hos deltagarna.

Tematisk analys är en metod som är kritiserad på grund av frånvaron av existerande riktlinjer, vilket bidrar till svårigheter att bedöma kvalitén av studier som använder tematisk analys. För att kompensera detta användes Braun och Clarkes (2006) tillvägagångsbeskrivning av tematisk analys i sex steg. Författarna transkriberar dock inte data från intervjuerna, vilket ursprungligen ingår i tillvägagångssättet. Studiens metodologiska värde kan således ifrågasättas då analysen inte genomförs i enlighet med den beskrivna proceduren av Braun och Clarkes (2006).

**Studiens tillförlitlighet.** Den kvalitativa studiens tillförlitlighet är kopplad till det vetenskapliga paradigmet som studien utgår ifrån. För att uppnå tillförlitlighet i forskning med en konstruktionistisk ansats är det viktigt att förstå deltagarnas mening av sociala konstruktioner, vilket är beroende av hur väl forskaren redogör för deltagarnas erfarenheter utifrån centrala kontextuella och sociokulturella faktorer (Morrow, 2005).

Författarna strävar därför efter att placera deltagarnas erfarenheter i sociala och kulturella kontext, relevanta för deltagarnas upplevelser av bristningsskador. Studiens syfte är dock att undersöka upplevelser av bristningsskador utifrån ett psykologiskt ramverk, vilket innebär att den teoribildning som förekommer i studien främst belyser individuella psykologiska processer.

Den kvalitativa forskningen utgår från att all data i grunden är subjektiv. Reflexivitet är ett sätt för forskaren att kompensera det subjektiva innehållet i kvalitativ forskning består av.

Reflexivet innefattar forskarens förmåga till självreflektion. För att uppnå reflexivitet skall forskaren ha ett transparent förhållningssätt gällande personliga erfarenheter samt förkunskaper vilket kan påverka informationen som framkommer i studien. Forskaren kan dock aldrig bli helt fri från teoretisk förkunskap, personliga livserfarenheter eller fördomar (Morrow, 2005).

Eftersom det är två författare till studien så har de kunnat hjälpa varandra att uppnå självreflektion under arbetsprocessen. Båda författarna är av det kvinnliga könet, vilket innebär att de delar kulturella erfarenheter av att vara kvinna med deltagarna. I intervjuerna berörs även ämnesområden relaterade till personliga erfarenheter av att vara kvinna och det kvinnliga könsorganet. Det är därför tänkbart att författarnas personliga livserfarenheter påverkar interaktionen med deltagarna, som i sin tur inverkar på datamaterialet som framkommer i intervjuerna. Trots att studien använder en induktiv ansats har båda författarna generella förkunskaper angående bristningsskador samt antaganden om hur deltagarna potentiellt upplever skadan utifrån ett psykologiskt perspektiv. Denna förkunskap kan eventuellt influera utformningen av intervjuguiden och valet av frågor. Deltagarnas berättelser har även stundtals ett påtagligt emotionellt innehåll, vilket kan vara ett hinder för forskarens strävan att uppnå reflexivitet enligt Morrow (2005). Författarna arbetar således för att medvetandegöra och reflektera över den emotionella inverkan de upplever till följd av deltagarnas berättelser med avsikt att undvika att arbetsprocessen påverkas.

I relation till problematiken gällande subjektivitet förekommer även svårigheter angående representation inom kvalitativa studier. Representation berör svårigheten att bedöma om det är forskarens eller deltagarnas verklighet som studien representerar (Morrow, 2005). Genom att tematisera utsagorna från deltagarnas berättelser semantiskt har författarna fokuserat på det som sades under intervjuerna. Författarna ställer anpassade följdfrågor till deltagarna för att uppnå förståelse av meningen av det som deltagaren säger. Med hjälp av dessa strategier försöker författarna undvika snedvridna tolkningar av datamaterialet. Till följd av en rättvis representation av deltagarnas ståndpunkter kan forskaren undvika snedvridna tolkningar som enbart representerar forskarens eller ett fåtal deltagarnas föreställningar (Morrow, 2005). Resultatet från studien innehåller därför en jämn fördelning och betydande mängd citat från olika deltagare. Resultatet från studien upptar en stor del av uppsatsen, vilket författarna anser är nödvändigt för att bibehålla en hög grad av representation.

Datamaterialets lämplighet påverkar graden av tillförlitlighet i studien. Hur lämpligt datamaterialet är avgörs av urvalsprocessen och de strategier som används under datainsamlingen. Urvalet i en kvalitativ studie bör vara avsiktlig och utgå ifrån specifika inklusionskriterier. Avsiktligt urval används för att skapa riklig information utifrån flera perspektiv. Deltagare selekteras med ändamålet att deras specifika erfarenheter bidrar till information som studien syftar till att studera. Antalet deltagare i intervjustudier har därför en mindre betydelse för undersökningens tillförlitlighet (Morrow, 2005).

Urvalet av deltagare till studien utgår från två kriterier, i vilken region kvinnorna är bosatta i och att de upplevt en bristningsskada under vaginal förlossning mellan första samt fjärde graden. Under urvalsprocessen inkluderas deltagare med varierande allvarlighetsgrad av bristningsskadan för att uppnå en jämn fördelning gällande typ av skada i urvalsgruppen. Detta i syfte med att inkludera ett brett spektrum av upplevelser gällande typen av bristningsskada. Författarna rekryterar även deltagare avsiktligt från olika delar av landet för att fånga ett brett spektrum av upplevelser från varierande orter, vilket innebär att det fenomenet som undersöks potentiellt inte har lokal koppling. De flesta av deltagarna befinner sig inom åldersspannet 30-35 år och drabbas av skadan någon gång mellan åren 2011-2016. Det förekommer alltså inget ändamålsenligt urval gällande ålder eller tidpunkt för skadan, vilket kan påverka resultatets innehåll. De kvinnor som får en bristningsskada nära i tiden för studiens genomförande har möjligtvis mer aktuella minnen av händelsen, vilket kan initiera intresset av att delta i studien. Ett flertal av kvinnorna som deltar i studien är arbetande, däremot förekommer ingen selektering utifrån sysselsättning eller utbildningsnivå. Majoriteten av deltagarna rekryteras genom den slutna Facebookgruppen *Heja Livet*, en supportgrupp med kvinnor som främsta målgrupp. Ett fåtal deltagare kommer i kontakt med studien genom ett inlägg på Facebooksidan *Födelsevrålet* som är en ideell organisation. Det är tänkbart att kvinnor som deltar i studien tenderar att ha negativa upplevelser av bristningsskador och därför uppmärksammar inläggen gällande studien som publiceras på sociala medier. Detta kan i sin tur influera resultatets innebörd.

Forskaren bör sträva efter att presentera adekvata bevis av informationen som studien genererar. Det innebär att forskaren även redovisar motbevis och motsägelser som framkommer i studien. På så sätt undviker forskaren att söka information som enbart bekräftar tidigare insamlad data. Det skapar även förståelse för komplexiteten inom ett specifikt fenomen (Morrow, 2005).

Resultatet i studien innehåller därför inom specifika teman både negativa och positiva sammanfattningar av utsagor samt citat. Författarna är även måna om att beskriva erfarenheter från olika deltagare stående i motsats inom samma tema för att belysa olika aspekter i upplevelsen av bristningsskador.

Enligt Willig (2013) är representativitet och graden av generalisering av studiens resultat begränsad inom kvalitativa studier på grund av fåtalet deltagare. Ur ett humanistiskt perspektiv, som presenteras av Kvale och Brinkmann (2014), är dock varje fenomen unikt.

Trots begränsad generaliserbarhet till den stora populationen, kan forskaren genom kvalitativ metod avgöra om en viss typ av upplevelse faktiskt förekommer inom en specifik kontext eller inte. Det gör det möjligt att bedöma om fenomenet som studerats liknar andra individers upplevelser i samma kontext (Willig, 2013).

**Etikdiskussion.** Etiska överväganden beaktas löpande under arbetet med studien.

Författarna avväger för- och nackdelar gällande intervjupersonernas deltagande. Kvale och Brinkmann (2014) menar att de vetenskapliga vinster som framkommer i studien behöver vara större än deltagarnas lidande. Detta är viktigt att ta hänsyn i arbetet med den föreliggande studien då det framkommer ett påtagligt emotionellt innehåll under intervjuerna. Utifrån samråd tillsammans med handledaren anser författarna att intervjun fungerar som ett forum för deltagarna att samtala och reflektera över sina erfarenheter. Möjligheten att samtala om erfarenheterna från bristningsskador bedöms kunna leda till främjande effekter för deltagarna.

Ett sätt att säkerställa informanternas frivilliga deltagande, utifrån Kvale och Brinkmanns (2014) rekommendationer, var att erbjuda dem möjligheten att ta del av deras egna citat innan publicering av studien. Detta anses lämpligt eftersom en stor mängd citat berör känslig information. Det är därför viktigt att deltagarna är bekväma med de citat som publiceras och samtidigt har möjlighet att ångra utsagor, vilket även säkrar intervjupersonernas frivilliga deltagande.

Citat som framkommer i studiens resultat kopplas inte till enskilda individer med syftet att säkerställa informanternas anonymitet. En konsekvens av detta är att citaten avlägsnas från den ursprungliga kontexten. Det gör det möjligt för forskaren att anpassa citaten utefter önskat resultat och kan leda till en snedvriden tolkning av information som framkommer i intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2014). Att deltagarna kan ta del av sina egna citat minskar potentiellt denna risk. Endast tre deltagare önskar dock att ta del av sina citat. Det är således tänkbart att författarna använder enskilda citat, som inte presenterats till deltagare, för att bekräfta deras subjektiva tolkning. Författarna har däremot använt en stor

mängd citat som bevis för resultatet som presenteras. Mängden citat syftar även till att representera deltagarnas verkliga mening av deras upplevelser. Det innebär citaten skildrar både positiva och negativa upplevelser av teman för att transparent redovisa för fenomenets komplexitet. Detta fungerar som ett sätt för författarna att garantera att den information som framkommer i undersökningen uppnår vetenskaplig kvalitet (Kvale & Brinkmann, 2014).

### **Förslag på framtida forskning**

Studien visar att det finns ett stort behov av ökad omsorg för kvinnor som drabbats av bristningsskador i mellangården under vaginal förlossning. Resultaten från uppsatsen kan användas vid framtagande av nya riktlinjer för sjukvårdspersonal angående omhändertagande, information och psykologiskt stöd. Detta för att förbättra stödinsatser och utveckla preventiva strategier för psykisk ohälsa hos föderskor vid uppkomsten av bristningsskador.

Framtida studier behövs för att undersöka hur grad av empatisk omsorg från sjukvårdspersonal predicerar psykologiskt välmående efter skadan. Sambandet mellan bristningsskador, social isolering till följd av fysiska begränsningar och psykiskt mående bör också studeras.

Vidare studier kan studera om adekvat smärtlindring under den primära perioden efter förlossningen har en positiv effekt på nyblivna mödrars psykologiska hälsa. Framtida studier behövs för att undersöka sambandet mellan grad av förståelse för skadan, smärtintensitet och rädsla. Det erfordras även forskning för att undersöka sambandet mellan bristningsskador och förlossningsrädsla hos kvinnor.

## Referenser

- Alexandersson, P. (2017). *Gravidiliska*. Stockholm: Atlas.
- Bailey, K. A., Gammage, K. L., & van Ingen, C. (2017). How do you define body image? Exploring conceptual gaps in understandings of body image at an exercise facility. *Body Image*, 23(2017), 69-79. doi:10.1016/j.bodyim.2017.08.003
- Bohlin, H. (2013), Inledning: den mångsidiga empatin. I H. Bohlin & J. Eklund (Red), *Empati: teoretiska och praktiska perspektiv* (ss. 13-32). Lund: Studentlitteratur.
- Boij, C., Matthiesen, L., Krantz, M., & Boij, R. (2007). Sexual function and wellbeing after obstetric and sphinter [sic] injury. *British Journal Of Midwifery*, 15(11), 684-688.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Buurman, M. R., & Lagro-Janssen, A. M. (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. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01044.x
- Cash, T. F. (2011). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. I T. F. Cash & L. Smolak (Red), *Body image. [Elektronisk resurs]: a handbook of science, practice, and prevention* (2. uppl.) (ss.39-47). New York: Guilford.
- Chang, S., Chen, K., Lee, C., Shyu, M., Lin, M., & Lin, W. (2016). Relationships between perineal pain and postpartum depressive symptoms: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 68-78. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.02.012
- Cooklin, A. R., Amir, L. H., Jarman, J., Cullinane, M., & Donath, S. M. (2015). Maternal Physical Health Symptoms in the First 8 Weeks Postpartum Among Primiparous Australian Women. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 42(3), 254-260. doi:10.1111/birt.12168
- Dalen, M. (2007). *Intervju som metod*. Malmö: Gleerup Utbildning AB.
- Dolezal, L. (2015). The phenomenology of shame in the clinical encounter. *Medicine, Health Care & Philosophy*, 18(4), 567-576. doi:10.1007/s11019-015-9654-5

- Downar J, Mikulis D., & Davis, K. (2003). Regular article: Neural correlates of the prolonged salience of painful stimulation. *Neuroimage*, 20(3), 1540-1551. doi:10.1016/S1053-8119(03)00407-5
- Eccleston, C., & Crombez, G. (1999). Pain demands attention: A cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin*, 125(3), 356-366. doi:10.1037/0033-2909.125.3.356
- Eklund, J., Andersson-Strångberg, T., & Hansen E. M. (2009) I've also experienced loss and fear: Effects of prior similar experience on empathy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(1), 65-69. doi:10.1111/j.1467-9450.2008.00673.x
- Frohlich, J., & Kettle, C. (2015). Perineal care. *BMJ Clinical Evidence*, 2015, 1401. Hämtad från: <http://clinicalevidence.bmj.com/x/systematic-review/1401/overview.html>
- Gilbert, P. & Miles, J. (2002). *Body shame: conceptualisation, research and treatment*. Hove, East Sussex: Brunner-Routledge.
- Halpern, J. (2013), Hantering av känslor som yrkesideal. I H. Bohlin & J. Eklund (Red), *Empati: teoretiska och praktiska perspektiv* (ss. 251-277). Lund: Studentlitteratur.
- Hamed, S., Ahlberg, B., & Trenholm, J. (2017). Powerlessness, Normalization, and Resistance: A Foucauldian Discourse Analysis of Women's Narratives On Obstetric Fistula in Eastern Sudan. *Qualitative Health Research*, 27(12), 18-28. doi:10.1177/1049732317720423
- Handa, V., Blomquist, J., McDermott, K., Friedman, S., & Muñoz, A. (2012). Pelvic floor disorders after vaginal birth: Effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstetrics and Gynecology*, 119(2), 233-239. doi:10.1097/AOG.0b013e318240df4f
- Haylen, B. T., de Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., & Schaer, G. N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 29(1), 4-20. doi: doi:10.1002/nau.20798
- Hildingsson, I. (2003). *Kvinnors förväntningar på och upplevelser av vården under graviditet och förlossning*. (Doktorsavhandling) Karolinska institutionen, Institutionen för Neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle.



- Hirayama, F., Koyanagi, A., Mori, R., Zhang, J., Souza, J., & Gülmezoglu, A. (2012). Prevalence and risk factors for third- and fourth-degree perineal lacerations during vaginal delivery: A multi-country study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics And Gynaecology*, *119*(3), 340-347. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.03210.x
- Horan, M. A., & Murphy, D. J. (2016). Case-based learning: Operative vaginal delivery. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, *26*(12), 358-363. doi:10.1016/j.ogrm.2016.09.003
- Höjeberg, P. (2000). *Tröskelkvinnor: barnafödande som kultur*. Stockholm: Carlsson
- International Association for the Study of Pain. Task Force on Taxonomy. (2002). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2. uppl.). Seattle: IASP Press.
- Johannisson, K. (1994). *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de siècle*. Stockholm: Norstedts.
- Johnston, E. & Olson, L. (2015). *The feeling brain: the biology and psychology of emotions*. New York: W.W. Norton & Company.
- Kroska, E. B. (2016). Systematic review: A meta-analysis of fear-avoidance and pain intensity: The paradox of chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, *13*, 43-58. doi:10.1016/j.sjpain.2016.06.011
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kwok, S., Moo, D., Sia, S., Razak, A., & Sng, B. (2015). Review: Childbirth pain and postpartum depression. *Trends In Anaesthesia And Critical Care*, *5*(4), 95-100. doi:10.1016/j.tacc.2015.04.003
- LaCross, A., Groff, M., & Smaldone, A. (2015). Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal Of Midwifery And Women's Health*, *60*(1), 37-47. doi:10.1111/jmwh.12283
- Leeman, L., & Rogers, R. (2012). Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstetrics & Gynecology*, *119*(3), 647-655. Hämtad från: <http://journals.lww.com/greenjournal/pages/default.aspx>

- Lundgren, I. (1999). *Förlossningsupplevelsen: en kvalitativ studie med fokus på normal förlossning* (Doktorsavhandling). Uppsala universitet, Institutionen för kvinnors och barns hälsa.
- Magee, L. (2012). Traumatic injuries and body image. I T. F. Cash (Red), *Encyclopedia of body image and human appearance*, (Vol. 2, ss. 790-797). Oxford: Academic Press.
- Meister, M. R., Cahill, A. G., Conner, S. N., Woolfolk, C. L., & Lowder, J. L. (2016). Original Research: Predicting obstetric anal sphincter injuries in a modern obstetric population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(3), 310.e1-310.e7. doi:10.1016/j.ajog.2016.02.041
- Olsson, A. (2013). Empati ur ett neurovetenskapligt perspektiv. I H. Bohlin & J. Eklund (Red), *Empati: teoretiska och praktiska perspektiv* (ss. 151-168). Lund: Studentlitteratur.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2013). *Health At a Glance 2013 (OECD Indicators)*. Hämtat 30 november 2017 från: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
- Palm, A., Israelsson, L., Bolin, M., & Danielsson, I. (2013). Symptoms after obstetric sphincter injuries have little effect on quality of life. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(1), 109-115. doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01532.x
- Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Petros, P. (2010). *The Female Pelvic Floor. [Elektronisk resurs]: Function, Dysfunction and Management According to the Integral Theory* (3. uppl.). Berlin: Springer.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145. doi:10.1037/0022-0167.52.2.137
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal Of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136. doi:10.1037/0022-0167.52.2.126
- Priddis, H., Dahlen, H., & Schmied, V. (2013). Women's experiences following severe perineal trauma: A meta-ethnographic synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 748-759. doi:10.1111/jan.12005

- Priddis, H., Schmied, V., & Dahlen, H. (2014). Women's experiences following severe perineal trauma: A qualitative study. *BMC Women's Health*, 14(1), 32. doi:10.1186/1472-6874-14-32
- Rivano, M. (2010). Psykologiska, sociala och existentiella aspekter av smärta. I M. Werner & I. Leden (Red), *Smärta och smärtbehandling* (2. uppl.) (ss. 63-82). Stockholm: Liber AB.
- Roos, A., Thakar, R., Sultan, A. H., Burger, C. W., & Paulus, A. G. (2014). Pelvic floor dysfunction: women's sexual concerns unraveled. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(3), 743-752. doi:10.1111/jsm.12070
- Rydén, B. & Suneson, M. (2004). *När kvinnor och män får barn: ett psykologiskt och könsspecifikt betraktande av psykisk hälsa och ohälsa*. (Doktorsavhandling) Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Rydén, G. & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering: att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur & Kultur
- Skinner, E. M., & Dietz, H. P. (2015). Psychological and somatic sequelae of traumatic vaginal delivery: A literature review. *Australian & New Zealand Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 55(4), 309-314. doi:10.1111/ajo.12286
- Socialstyrelsen, (2017a). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2015* (Publikationer 2017). Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-3-3>
- Socialstyrelsen, (2017b). *Säker vård: En indikatorbaserad uppföljning* (Öppna jämförelser 2016). Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-1-16>
- Socialstyrelsen, (2017c). *Vård efter förlossning: En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning* (Publikationer 2017). Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-4-13>
- Sonnby-Borgström, M. (2013). Empati och affektiv kommunikation. I H. Bohlin & J. Eklund, (Red), *Empati: teoretiska och praktiska perspektiv* (ss. 173-194). Lund: Studentlitteratur.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2016). *Analssfinkterskador vid förlossning: En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och*

- etiska aspekter* (SBU utvärderar, rapport 249/2016). Hämtad från:  
<http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/analsfinkterskador-vid-forlossning/>
- Sundwall Dahl, I., Weström, L. & Åberg, A. (1985). *Graviditet, förlossning, kvinnosjukdomar: för kommunala högskolan*. Lund: Studentlitteratur.
- Tiggerman, M. (2011). Sociocultural Perspectives on Human Appearance. I T. F. Cash & L. Smolak, (Red), *Body image. [Elektronisk resurs]: a handbook of science, practice, and prevention* (2. uppl.) (ss.12-19). New York: Guilford.
- Tomkins, S. S. & Demos, E. V. (1995). *Exploring affect: the selected writings of Silvan S. Tomkins*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Uustal E. (2017). *Bristningsregistret (Årsrapport 2016)*. Linköping: Universitetssjukhuset i Linköping.
- Werner, M. (2010a). Introduktion. I M. Werner & I. Leden (Red), *Smärta och smärtbehandling* (2. uppl.) (ss. 13-25). Stockholm: Liber AB.
- Werner, M. (2010b). Smärtfysiologi. I M. Werner & I. Leden (Red), *Smärta och smärtbehandling* (2. uppl.) (ss. 29-63). Stockholm: Liber AB.
- Wiederman, M. W. (2011). Body Image and Sexual Functioning. I T. F. Cash & L. Smolak (Red), *Body image. [Elektronisk resurs]: a handbook of science, practice, and prevention* (2. uppl.) (ss.263-270). New York: Guilford
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. Maidenhead: McGraw Hill Education, Open University Press.
- World Health Organization. (u.å). Defining sexual health. Hämtad 22 november 2017 från World Health Organization:  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

## Bilaga 1



**LUNDS**  
UNIVERSITET

### *Information om psykologexamensuppsats*

Syftet med projektet är att undersöka kvinnors upplevelser av förlossningsskador av typen bristningsskador i mellangården vid vaginal förlossning och hur dessa skador påverkar kvinnans självkänsla, kroppsbild och känsloliv.

Om Du tackar ja till att delta så kommer Du träffa en av författarna till studien för en intervju. Du kommer att få berätta om Dina erfarenheter av bristningsskador och hur detta har påverkat/påverkar Din uppfattade självkänsla, kroppsbild samt ditt känsloliv. Intervjun kommer att pågå i upp till en timme. Deltagandet är helt frivilligt, vilket innebär att Du när som helst kan avbryta Din medverkan eller välja att inte svara på frågor utan närmare förklaring. Intervjuerna kommer att spelas in och inspelningarna raderas efter att uppsatsen färdigställts. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt och avidentifieras så långt som möjligt.

Har Du några frågor kring projektet är Du välkommen att kontakta oss, Sarah Camejo Hurt och Linnéa Warvne. Du kan även ta kontakt med vår handledare, docent och leg. psykolog Per Johnsson, på Institutionen för psykologi. Per Johnsson kommer också att erbjuda stödsamtal vid behov efter avslutad intervju.

Vi är mycket tacksamma för Din medverkan och ser fram emot att få ta del av Din berättelse.

Varma hälsningar,

Sarah Camejo Hurt      [sarah.camejo\\_hurt.465@student.lu.se](mailto:sarah.camejo_hurt.465@student.lu.se)      telenr: 0725414030  
Linnéa Warvne      [linnea.warvne.424@student.lu.se](mailto:linnea.warvne.424@student.lu.se)      telenr: 0733966349

Handledare:  
docent Per Johnsson      [per.johnsson@psy.lu.se](mailto:per.johnsson@psy.lu.se)

## Bilaga 2



**LUNDS**  
UNIVERSITET

### *Samtycke till deltagande i intervjustudie*

Jag (för och efternamn textat):

.....

har läst den skriftliga informationen gällande Sarah Camejo Hurts och Linnéa Warvnes psykologexamensuppsats och fått möjlighet att ställa frågor.

**Ringa in önskat alternativ:**

JA. Jag samtycker till att delta i projektet och känner till att mitt deltagande är helt frivilligt samt att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

NEJ. Jag vill inte delta i projektet.

Tack för att du vill delta i denna intervju och dela med dig av din berättelse.

Ort:

\_\_\_\_\_

Datum:

\_\_\_\_\_

Underskrift:

\_\_\_\_\_

## **Bilaga 3**

### **Intervjuguide**

#### **Vården**

Hur gick det till när du fick din bristningsskada/dina bristningsskador?

Vad visste du om bristningsskador innan förlossningen?

Vad hade du för förväntningar på förlossningen? (Blev det som du tänkt dig? Hur blev det för dig?)

Tror du att dina förväntningar inför förlossningar påverkade din upplevelse av att få skadan/skadorna?

Var det viktigt för dig att föda vaginalt och hur upplevde du det?

Hur gick det till när du fick reda på att du fått bristningsskador?

Vad fick du för information om skadan?

Hur upplevde du att du blev omhändertagen av vården efter skadan? Ge exempel.

Tror du att bemötandet av vården har haft inverkan på din upplevelse av skadan? Om ja, ge exempel

Vilken information fick du kring behandling?

Hur gick behandlingen till och hur upplevde du den?

#### **Kroppsliga förändringar**

Vilka symtom har du upplevt från bristningen och vilka symtom har du kvar idag? Beskriv vilka

I vilka situationer märkte/märker du av symtomen?

Hur har skadan/skadorna påverkat dig i ditt vardagliga liv?

Hur har detta varit för dig?

Har du gjort något för att underlätta symtomen av skadan (förutom medicinsk behandling)? Om ja: På vilket sätt hjälpte det?

Hur kommer det sig att du gjorde X/inte gjorde någonting?

Om du jämför hur du såg på din kropp innan med hur du ser på din kropp efter skadan, vad ser du då?

Hur har det varit för dig?/Vilka känslor väcker det hos dig?

Avstår du någonting som tidigare kunnat göra efter bristningsskadan/skadorna? Om ja: Hur har det varit för dig?

#### **Identitet**

Vad innebär för dig som person att ha fått en bristningsskada/skador?

Hur har det varit för dig?

Hur ser du på dig själv efter skadan? Har du förändrats av din erfarenhet? Om ja, på vilket sätt.

Vad har du tänkt om dig själv och ditt sätt förhålla dig till skadan?

Vilka känslor väcker det hos dig att ha eller haft en förlossningsskada? Ge exempel \_\_\_\_

### **Sexualitet**

Har skadan påverkat ditt sexuella liv? Om ja på vilket sätt

(Om det har påverkat ditt sexuella liv) Vad betyder det för dig?

Har skadan/skadorna påverkat din upplevelse av sexuell tillfredsställelse? Om ja, hur har det varit för dig?

Hur ser du på din sexuella lust efter förlossningsskadan?

Har skadan påverkat din fysiska upplevelse av sex, om ja på vilket sätt?

### **Relationer**

Vad innebar/innebär skadan för dina relationer med personer i din närhet? Ge exempel

Hur förhöll sig personer i din omgivning till dig som skadad? Ge exempel

Kunde du söka och få stöd från din omgivning? Om ja: På vilket sätt? Om nej: Hur kommer det sig?

Har du tagit hjälp av dig själv på något sätt? Om ja, hur?

Vad har skadan haft för inverkan på ditt föräldraskap?

Har skadan haft inverkan på dina tankar om framtida familjebildning?

Har skadan/skadorna påverkat din upplevelse av intimitet med andra?

### **Omvärld/Ideal**

Vad tänker du kring på hur samhället ser på förlossningsskador?

Hur upplever att omgivningen pratar om bristningsskador?

Hur har dina tankar på samhällets syn på förlossningsskador haft för påverkan på dig?

Hur tror du att din roll som kvinna påverkar din upplevelse av förlossningsskador?

Finns det något annat i din upplevelse som varit betydelsefull för dig och som vi inte tagit upp idag?

Om ja, så kan vi avsluta intervjun med att du berättar lite om det.

Vilka upplevelser av det vi har pratat om har varit mest centrala för dig och din erfarenhet av att ha fått en förlossningsskada?