



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

Kvinnors upplevelse av att bli suturerad av barnmorska efter  
förlossningen

Women`s experience of being sutured by a midwife after childbirth

- En intervjustudie

Författare: Ranna Agha & Wenying Gong

Handledare: Elizabeth Crang Svalenius

Magisteruppsats

Hösten 2020

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt

**Bakgrund:** Det är vanligt förekommande att det i samband med vaginala förlossningar uppstår skador i bäckenbottens vävnader. I Sverige är det barnmorskans ansvar att suturera grad ett och två bristningar. Kvinnors upplevelse av suturering är viktig och kan påverka kvinnor både fysiskt och psykiskt. **Syftet** med studien var att undersöka kvinnors upplevelse av att bli suturerad av barnmorskor efter förlossningen. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie baserad på en öppen fråga och stödfrågor. **Resultat:** Det framkom tre huvudkategorier med respektive underkategorier. *Behov av information, behov av professionellt bemötande och kompetens och behov av adekvat smärtlindring.* **Slutsats:** Information om bristning och suturering bör ges på många olika sätt och vid olika tillfällen. Att skapa god relation mellan barnmorskor med kvinnor är oerhört viktigt. Adekvat smärtlindring kan bidra till en positiv upplevelse av suturering.

**Nyckelord:** barnmorska, bristning, bäckenbottensskador, suturering, upplevelse.

## Innehållsförteckning

Problemområde .....	4
Bakgrund .....	4
Prevalens .....	4
Riskfaktorer och diagnos .....	4
Olika grader bristningar och deras behandling .....	6
Delaktighet och information .....	7
Smärta .....	8
Syfte .....	10
Metod .....	10
Urval .....	10
Instrument .....	11
Datainsamling .....	11
Analys av data.....	12
Forskningsetiska avvägningar.....	13
Resultat.....	14
Behov av information.....	15
Varierande informationsbehov .....	16
Information på olika sätt.....	16
Information vid olika tillfälle .....	17
Behov av professionellt bemötande och kompetens .....	18
God relation med empati .....	18
Kompetent och trygg barnmorska .....	19
Behov av adekvat smärtlindring .....	20
Varierande smärtlindringsbehov.....	20
Påverkas av kvinnan som individ .....	21
Diskussion .....	22
Metoddiskussion .....	22
Resultatdiskussion.....	25
Slutsats och implikationer .....	29
Arbetsfördelning.....	30
Referenser.....	31
Bilaga 1 (2).....	37

## Problemområde

Bristningar i bäckenbotten är ett vanligt problem för kvinnor som föder vaginalt, speciellt för förstföderskor. De olika bristningar som uppkommer i samband med vaginala förlossningar, kan ge allvarliga komplikationer som kan påverka kvinnors liv på flera sätt (Olsson, 2016). Många kvinnor blir suturerade av barnmorskor och deras upplevelse kan påverka dem både psykiskt och fysiskt. Det finns ett antal studier som belyser kvinnors upplevelse och livskvalitet efter att de har fått bristningar (Laine et al., 2011; Berg & Sahlin, 2020; Brohi et al., 2012). Få studier har dock belyst kvinnors upplevelse av suturering även fast många kvinnor blir suturerade (Sanders et al, 2002). Kvinnors upplevelse vid suturering är en viktig del av förlossningsupplevelsen och därför är det av stor vikt att belysa den.

## Bakgrund

### Prevalens

Enligt Olsson (2016) har sambandet mellan förlossning och bäckenbottensskador varit känt länge. Att skydda perineum under förlossning har man funderat på under lång tid. Enligt Kindberg et al. (2009) är bäckenbottenskada en vanlig komplikation till vaginal förlossning och mer än 80 % av förstföderskor drabbas av skador på labia, vagina eller perineum. En del kvinnor har inga besvär av skadorna medan andra har allvarliga besvär som även kan bli bestående. Perineotomi har minskat under senare år i många utvecklade länder men den totala förekomsten av förlossningsskador är fortfarande hög (Olsson, 2016).

### Risikfaktorer och diagnos

Risikfaktorerna för bristning är många och kan enligt Zetterström (2014) delas in i tre olika grupper: maternella faktorer, fetala faktorer samt obstetriska faktorer. Maternella faktorer innebär ursprung (t.ex. kvinnor med afrikanskt ursprung har lägre risk för bristningar medan

asiatiska kvinnor har högre risk för bristningar), bindvävssjukdom och övervikt. Maternella riskfaktorer för bristning är om kvinnan är förstföderska eller har haft en sfinkterskada tidigare. Fetala faktor kan till exempel vara att fostret väger över 4,5 kg och fosterläge t.ex. vidöppen bjudning ökar risk för bristningar. Obstetriska faktorer omfattar fundus press, klocka/tång, perineotomi (klipp), utdrivningsskedet som överstiger 30 minuter, ödem i perineum och skulderdystoci. Upprätta förlossningsställningar har diskuterats under längre tid och diskuteras fortfarande som en ökad riskfaktor för bristningar men det saknar vetenskaplig evidens. Sannolikt har uppsikt och kontroll över perineum i utdrivningsskedet stor betydelse för bristningar (Zetterström, 2014)

För att bemöta kvinnor som har drabbats av förlossningsskador måste sjukvårdspersonalen kunna sätta rätt diagnos på bristningar. Att ha kunskap om anatomi är en avgörande faktor för att ställa diagnos för förlossningsskada. Det har visat sig att både läkare och barnmorska kan missa bristningar efter förlossning. Sultan et al (1995) utförde en studie i Storbritannien där sjuttiofem läkare samt sjuttiofem legitimerade barnmorskor intervjuades. Studien visade att de barnmorskor och praktikantläkare som jobbade inom förlossningsvården hade dålig förståelse av perineal anatomi, 41 % av praktikantläkarna och 16 % av barnmorskorna hade felaktigt bedömt en partiell eller fullständig extern analsfinkterskada som grad två bristningar (Sultan et al, 1995).

Enligt Olsson (2016) stödjer bäckenbottens muskler de inre organen och kan vid bäckenbottensskador i samband med förlossning skapa problem såsom att dåligt hålla urin, gas och avföring. Bäckenbottenmuskulatur består av diafragma pelvis, m. levator ani, m.sphincter ani externus, m. Perineala membranet (Olsson, 2016). Perinealkroppen beskrivs ofta som en kottliknande eller pyramidformad struktur mellan anus och vagina. Perinealkroppen kan räknas som central av bäckenbotten där olika vävnadstrukturer fäster i, bland annat fascia rectovaginalis, fascia från levatormuskulaturen, m. bulbocavernosus, m. transversus perinei superficialis samt den ytliga delen av externa analfinktern. Dessa vävnader hänger upp vagina samt bäckenbottens organ på plats och kan orsaka problem för genital prolaps vid skada. Förlossningsskada som rör dessa vävnader är ofta grad 2 (Olsson, 2016).

Bäckenbottenmuskulatur har en kontinuerlig tonus som retraheras kraftigt vid bristningar. En rupturerat perineal muskel måste alltid sutureras ihop för att de inte kan återställa sin anatomi

spontant. En korrekt diagnos vid bristningar kräver fullgod kunskap om anatomi samt noggrann palpation vid undersökning (Zetterström, 2014).

**Anatomi:** På bilden nedan ses de vanligaste muskulatur som är involverad vid vaginala förlossningar.

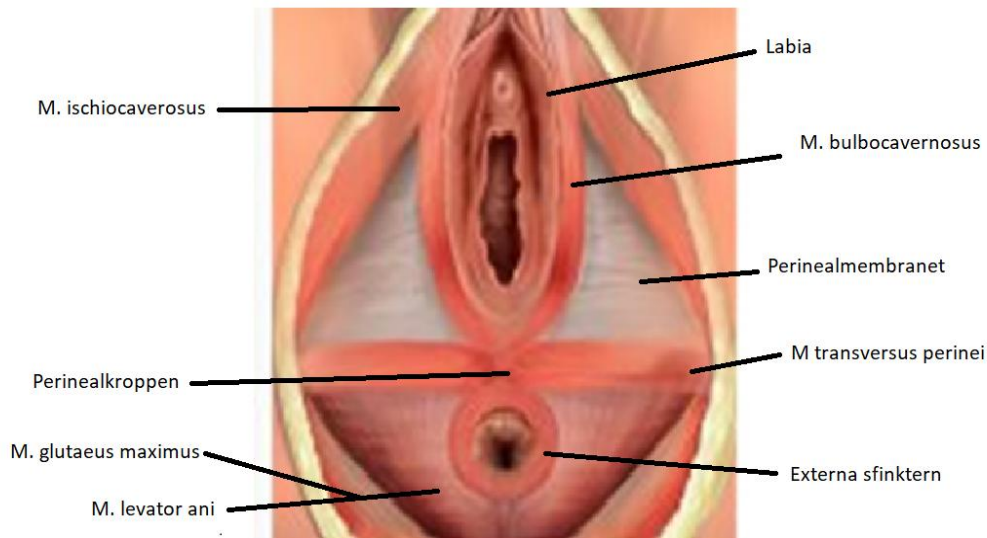


Bild hämtad från gynzone.se med tillstånd den 2020-03-04

## Olika grader bristningar och deras behandling

Perineal bristning anses som obstetrisk bristning och kan omfattas i olika grader beroende på vilka områden som är involverade, enligt Zetterström (2014). Grad ett bristning innebär att skadan endast rör ytliga delar i vulva, vagina och/eller perinium utan att påverka underliggande muskulatur. Grad två bristningar innebär djupare perineal muskelskada men inte analsfinkterskada. Grad tre bristningar innebär att analsfinkter är skadad på något sätt. Grad fyra bristningar innebär att även analslemhinnan är påverkad utöver analsfinkterskadan (Zetterström, 2014). Grad ett bristning är mindre och kan ofta läka av sig själv. Mindre grad två bristningar kan också läka av sig själv med bra resultat under ett år, men en större grad två bristningar där muskler i perinealkroppen är involverad bör sutureras (Olsson, 2016).

Barnmorskor utför vanligtvis reparation av labia bristningar, vaginalbristning, perineal bristningar i första och andra grad och episiotomier. Bäckensbottensskador som involverar

analsfinktern eller den rektala slemhinnan klassificeras som skada i tredje och fjärde graden och kräver operation (Kindberg et al, 2009).

## Delaktighet och information

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (2018) skall barnmorska ha etiskt och holistiskt förhållningssätt som bygger på vetenskap och beprövade erfarenheter. Det innebär att barnmorskan arbetar utifrån människors rätt till autonomi, rättvisa samt visar respekt för mänskliga rättigheter oavsett ålder. Barnmorskan ska tillgodose patientens rätt till självbestämmande och medverkan i vården. Barnmorskan ska identifiera vaginala bristningar och bäckenbottensskador, erbjuda smärtlindring inför inspektion, samt suturera grad ett och två bristningar. Barnmorskan stödjer kvinnans självbild, värdighet, integritet och autonomi genom dialog skapar tillit, trygghet, delaktighet och jämlikhet samt förebygger skador vid förlossning (ibid).

Enligt Georgesson (2016) är kommunikation ett samspel mellan människor. Författaren skriver vidare att kommunikation kan vara verbal eller icke verbal. Med verbal kommunikation menas att innehållet förmedlas skriftligt eller muntligt och den icke verbala kommunikationen förklaras som utbyte av signaler genom exempelvis rörelser, ansiktsuttryck, röstanvändning och beröring (Georgesson, 2016). Den professionella barnmorskan möter individer och utvecklar sin förmåga till lyhörddhet. Professionellt förhållningssätt innebär att ha empati, självkänedom, att dela med sig av sina kunskaper samt reflektera över sitt agerande. Grunden till kommunikation är att lyssna, det innebär att inte bara att orden som patienten förmedlar ska fångas upp utan även det som sägs mellan raderna dvs. det "osagda" (Georgesson, 2016).

Halldorsdottirs teori om "the professionalism of the good midwife" beskriver att barnmorskans professionalism vilar på fem faktorer: professionell kompetens, professionell omvårdnad, professionell visdom, teoretiska kunskaper och personlig utveckling. Dessa fem faktorer utgör tillsammans professionell helhet. Barnmorskans teoretiska kunskaper, förmågor och färdigheter samt professionella visdom och förmåga att få kvinnan att känna sig väl omhändertagen samt att kunna kommunicera med henne på stöttande och uppmuntrande sätt och därmed uppnå ett positivt partnerskap mellan barnmorska och kvinna (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Detta visar på komplexiteten i barnmorskans arbetsområde. Det handlar

inte bara om teoretiska kunskaper och färdigheter utan även om kommunikation, omhändertagande och stöttning, något som är mycket viktigt i varje patientfall.

## Smärta

Enligt Hawthorn & Redmond (1999) är smärtan en subjektiv upplevelse som tolkas olika av alla individer. Människor lär sig om konceptet smärtan genom sina erfarenheter av tidigare skador i livet. En människas smärttolerans kan bero på situationer, individens personlighet, kön, kultur, religion, uppfostran och erfarenheter. Smärta är inte bara fysisk, utan även en emotionell och andlig upplevelse. För att kunna behandla smärta ordentligt skall alla dessa delar uppmärksammas. Barnmorskans viktigaste uppgift är att ta hänsyn till kvinnors individuella behov vid smärtlindring (ibid).

Enligt en brittisk studie av Briscoe et al. (2015) där 40 kvinnor och 21 kvinnokliniker ingick visade resultaten att kvinnor som var delaktiga under sutureringen och hade fått adekvat information uppgav mindre smärta och obehag. Resultatet visade vidare att det var viktigt för personal att ta reda på om kvinnorna var nöjda med kommunikation under sutureringen. I studien framgick även att de kvinnor vilka upplevde ångest och oro innan och under förlossningen uppgav större smärta i samband med förlossningen och hade i större utsträckning problem med återhämtning och återställning (Briscoe et al, 2015).

Enligt Zetterström (2016) bör bristningar opereras eller sutureras direkt i anslutning till förlossningen för att minska risk för blödning och infektion. Zetterström menar också att det finns evidens på att sutureringen kan vänta upp till 12 timmar utan att resultatet påverkas negativt. Enligt Olsson (2016) ska bristningar sutureras omedelbart om patienten blöder eller om det finns andra medicinska indikationer, annars kan man avvakta suturering upptill 6-8 timmar. I vissa fall kan det vara bra att avvakta suturering eftersom kvinnor är trötta och smärtpåverkad efter förlossningen och undersökningen är inte alltid lätt att utföra (ibid).

Enligt Olsson (2016) har kvinnor efter förlossningen ömhet och smärta i underlivet vilket är den första inflammationsfasen som ingår i en läkningsprocess. Vävnader är rodnade, svullna, ömma och varma. Inför undersökningen ska kvinnor informeras tydligt hur underlivet ser ut och vad som undersöks. Kvinnor ska ge samtycke till undersökningen och smärtstillande ska ges utifrån Klinikens PM samt klinisk bedömning inför undersökning och eventuell



suturering. Oftast används lokal smärtlindring i form av infiltration, Pudendusblockad (PDB), Xylocaingel och/eller spray. Lokal kylbehandling med isbinda, akupunktur och transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) ger också god effekt. Bäckebottenträning kan påbörjas försiktigt efter förlossning eftersom det hjälper med läkningsprocessen genom att ökar genomblödning (ibid).

Sanders et al. (2005) kom i sin enkätstudie som utfördes på 219 kvinnokliniker i Storbritannien, fram till att det varierar vad barnmorskor ger för smärtlindring och vilken mängd inför inspektion och suturering. Även Kindberg et al, (2008) bekräftar resultat i en randomiserad kontrollerad studie med 400 deltagare i Danmark.

I en studie av Kindberg et al.(2009), genomförd i Danmark år 2009 med 207 kvinnor och 36 barnmorskor, beskrivs att kvinnor kunde uppleva smärta och obehag relaterade till suturer i veckor och till och med månader efter förlossningen. Olika sutureringstekniker och val av sutureringsmaterial, bland annat trådar, påverkade kvinnornas upplevelse av smärta och obehag på olika sätt. Smärta och obehag kunde reduceras med ett snabbt absorberat syntetiskt suturmaterial istället för produkter med längre absorberingstid. Studien visade att 50 % av kvinnorna upplevde smärta under perineal reparation (Kindberg et al, 2009).

En kvalitativ studie med 68 kvinnor utförd i Storbritannien belyser kvinnors upplevelse vid suturering (Sanders et al, 2002). Studien visade att kvinnor som inte fick analgetisk behandling under sutureringen upplevde högre nivå av smärta än kvinnor som hade haft analgetisk behandling. Studien noterade dock att det var svårt att utvärdera kvinnornas upplevelse av sutureringen bara med tanke på smärtbehandling. Kvinnors trötthet samt obehag under suturering kunde öka deras smärtekänsla (Sanders et al, 2002).

Enligt Briscoe et al. (2015) finns det olika faktorer som påverkar suturering, bland annat smärtbehandling, olika material som används under suturering, barnmorskans kunskaper, kompetens och teknik. En negativ upplevelse i samband med bäckenbottenskada kunde leda till rädsla, oro och ångest för kvinnor i samband med kommande förlossning (Waldenström, Hildingsson, & Ryding, 2006). Enligt en annan studie hade kvinnor som hade negativa upplevelser under förlossningen högre risk för att drabbas av postpartum ångest, depression och posttraumatiskt stress syndrom (Overgaard et al, 2012).

Kvinnors upplevelse av suturering är en viktig del som ingår i deras totala upplevelse vad gäller förlossning. Dessa upplevelser kan påverka kvinnors hälsa både fysiskt och psykiskt samt deras vård vid framtida graviditeter. Därför vill vi ytterligare utreda deras upplevelse av suturering. Studiens resultat kan komma att öka barnmorskans förståelse för födande kvinnors upplevelse av suturering och därigenom bidra till en bättre förlossningsupplevelse.

## Syfte

Syftet med denna studie var att belysa kvinnors upplevelse av suturering vid bristning som suturerades av barnmorska efter förlossning.

## Metod

För att kunna besvara studiens syfte har en kvalitativ metod med induktiv ansats använts. Den induktiva forskningsansatsen innebär enligt Burnard et al. (2008) att analys av data sker med minimal eller helt utan någon förutbestämd teori, struktur eller ramverk. Istället används det aktuella materialet för att skapa en struktur för analysen. En induktiv ansats är därför enligt Burnard et al. (2008) mest lämplig när kunskapen om ett fenomen är begränsad.

Den kvalitativa metoden avser att få fördjupad förståelse, fånga kvinnors egna berättelser och beskrivningar utifrån deras eget perspektiv och i den enskilda speciella livssituationen.

Författarna gör en analys av texter som är baserade på kvinnornas egna berättelser om sina upplevelser och författarna rör sig från insamlade data till en teoretisk förståelse (Granskär & Höglund, 2017).

## Urval

Genom ett bekvämlighetsurval tillfrågades 13 kvinnor om deltagande i studien.

Inklusionskriterierna var att kvinnorna skulle ha fött de sex senaste månaderna innan intervjutillfället, vara över 18 år och endast haft spontana bristningar, vilka ej förorsakats av

klipp eller misstänkt sfinkteruptur i samband med förlossningen. Rupturen hade blivit suturerad av barnmorska. Krav förelåg på att respondenten talade svenska eller något av författarnas modersmål (Pashto eller Kinesisk-mandarin).

## Instrument

En intervjuguide (se bilaga 1) skapades utifrån studiens syfte. Intervjun inleddes med en öppen fråga: *“Kan du berätta om din upplevelse när din barnmorska suturerade dig i samband med bristning?”* och demografiska frågor. Syftet med dessa ytterligare frågor var att ge en möjlighet att studera sekundära effekter, till exempel om kvinnor som tidigare varit med om födsel generellt hade en mer positiv uppfattning om hur de blev bemötta.

## Datainsamling

Studien genomfördes i Sverige under juni-augusti 2020. Kvinnor rekryterades till studien via två mödravårdscentraler (MVC), när de kom på efterkontroll. Rekrytering utfördes även via Facebookforum som var avsedd för mammor från hela Sverige som hade fått barn inom de senaste sex månaderna. Barnmorskor informerades om studiens syfte av ansvariga för studien. Barnmorskorna lämnade ut informationsbrev till de kvinnor som ville delta i studien samt inhämtade samtycke att delta i studien. Författarna tog sedan kontakt med kvinnorna per telefon och informerade både muntligt och skriftligt om studiens syfte. Kvinnorna fick information om studien och att deltagande var frivilligt, konfidentiellt och de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att ange orsak.

Tre kvinnor rekryterades via MVC och resten rekryterades via Facebook. Rekrytering via Facebook utgjordes av att ett inlägg med en kort beskrivning om studien. Inlägget delades upprepade gånger i gruppen för att hitta så många deltagare som möjligt. Informationsbrev skickades via privat meddelande till de som ville delta och tid bokades för intervju. Totalt 13 kvinnor ingick i studien och det förekom inget bortfall. På grund av omständigheterna med Covid 19 utfördes samtliga intervjuer digitalt. Samtycke inhämtades muntligt innan intervju inleddes. Författarna var noggranna med att skydda kvinnornas integritet, därför utfördes intervjuerna i sådan avskildhet att kvinnans svar inte kunde uppfattas av obehöriga. Alla intervjuerna genomfördes av författarna tillsammans. Tid för intervjuerna varierade mellan 8-

28 minuter. Författarna förvarade insamlade data i låst mapp i datorn och det var endast författarna och handledaren som hade haft tillgång till denna.

## Analys av data

Författarna utförde analys av insamlad intervjudata med hjälp av kvalitativ innehållsanalys av Burnard et al. (2008), fyrstegsmetoden. Fyra intervjuer transkriberades tillsammans av båda författarna. Varje intervju avlyssnades för att sedan transkriberas ordagrant i syfte att båda författarna skulle vara insatta i materialet. De återstående åtta intervjuerna transkriberades av en författare och granskades av den andre. Efter transkriberingsprocessen, lästes materialet upprepade gånger för att få en helhetsbild. De meningar och korta fraser som svarade mot studiens syfte från de olika informanterna markerades med öppen kodning. Materialet som inte svarade mot syftet bevarades okodat så kallat ”dross”. All öppen kodning från samtliga intervjuerna samlades på ett separat dokument och bearbetades genom reducering vilket innebar att en lista framkom med initial kodning. Den initiala kodningen bearbetades för att hitta överlappande meningar eller meningar med liknande innehåll.

Genom detta steg framkom först 10 underkategorier som färgkodades: all transkriberad data som passade in i en underkategori markerades med samma färg. Efter vidare analys slogs likartade underkategorier ihop tills endast 7 återstod. Tre huvudkategorier identifierades sedan genom att gruppera likartade underkategorier. Samtliga steg i databearbetningen genomfördes av båda författarna under kontinuerlig diskussion med handledaren som har stor erfarenhet av kvalitativ metod och som har läst tre av intervjuerna och diskuterade kodning samt eventuella kategorier som framkom. Avslutningsvis lästes datamaterialet en sista gång för att säkerställa att inget missats eller misstolkats (Burnard et al. 2008). Se tabell 1.

**Tabell 1: Exempel på bearbetning från öppen kodning till huvudkategori**

<b>Öppen kodning</b>	<b>Initial kodning</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Huvudkategori</b>
Man ska lyssna på kvinnan och se till att de är väl smärtlindrade och sen ska man så klart göra ett bra jobb när man syr men även att man ska tänka på att det upplevs obehaglig att ligga liksom i den positionen när man syr att man faktiskt gör det behaglig för kvinnan och upplevelse för kvinnan ska också vara bra och inte bara stygnen ska vara bra	Lyssna på kvinnan och se till att de är smärtlindrade, göra ett bra jobb, tänka på att det upplevs obehaglig att ligga i den positionen, gör det behaglig för kvinnan, upplevelse.	God relation med empati	Behov av professionellt bemötande och kompetens
Synd att jag inte tittade med spegel på min bristning under förlossningen Jag hade velat vara med mera under själva förlossningen eller fått titta på det när allt var klart.	Synd att jag inte tittade med spegel på min bristning. Hade velat vara med mera.	Information ska ges på olika sätt	Behov av information

## Forskningsetiska avvägningar

Vårdvetenskapliga etiska nämnden (VEN) vid Lunds Universitet gav ett rådgivande utlåtande med diarienummer 2020-20. VEN hade inga etiska invändningar mot genomförandet av studien. Författarna till denna uppsats har eftersträvat ett etiskt synsätt. Enligt Nyberg &

Tidström (2012) ska varje student ha ett etiskt ansvar för att deras forskning ska hålla en god vetenskaplig kvalitet. Det är också viktigt att kunna ge en verklighetstrogen bild av det som undersöks. I enighet med VEN:s (vårdvetenskapliga etiknämndens) riktlinjer har författarna i sitt arbete eftersträvat forskning av god kvalitet, med hög moralisk standard. Författarna har tagit hänsyn till individskyddskravet som består av fyra allmänna krav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Detta innebär i praktiken att deltagarna har fått skriftlig information om studien, syftet med studien, frivilligt deltagande i studien och rätten till att avbryta sitt deltagande när som helst (World Medical Association [WMA], 2018).

Som Backman (1998) skriver har forskarna tagit hänsyn till sekretessprincipen och dolt intervjupersonernas identitet, och information som kan användas för att identifiera vederbörande. I studien har intervjupersonernas namn ersatts med ett kodnummer för att skydda identiteten. Material som har samlats till forskning, till exempel intervjuer som spelats in och som inte behövts längre har förstörts.

## Resultat

Resultaten har utgått från intervjuer med tretton kvinnor, som var i varierande ålder från 26 till 35 år. Vissa kvinnor hade inte några förkunskaper om bäckenbottensskador medan andra hade läst på inför förlossningen. Alla kvinnor hade haft okomplicerad vaginal förlossning. Vissa började förlossningen spontant medan andra blev inducerade. Nio kvinnor var förstfödorskor och fyra var omfödorskor. En del kvinnor hade haft snabba förlossningar och en del hade haft långdragna förlossningar. De flesta hade haft förebyggande åtgärder för bristning t.ex. varma handdukar och perinealskydd. I syfte att beskriva kvinnornas upplevelse av suturering efter förlossningen har det framkommit tre kategorier med respektive underkategorier, se Tabell 1.

Tabell 2: Huvudkategorier och underkategorier.

Huvudkategori	Underkategori
Behov av information	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varierande informationsbehov</li> <li>• Information på olika sätt</li> <li>• Information vid olika tillfälle</li> </ul>
Behov av professionellt bemötande och kompetens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• God relation med empati</li> <li>• Kompetent och trygg barnmorska</li> </ul>
Behov av adekvat smärtlindring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varierande smärtlindringsbehov</li> <li>• Påverkas av kvinnan som individ.</li> </ul>

## Behov av information

Adekvat information som ges på rätt sätt och vid rätt tillfälle hade stor betydelse för kvinnornas upplevda trygghet. De kvinnor som ansåg sig ha fått adekvat information uppgav positiv upplevelse under suturering. Kvinnorna som upplevde bristande information om sin bristning samt suturering uppgav oro om sin skada vilket ledde till att de ringde till förlossningen och sökte mer information efter hemgång. Dessa kvinnor hade också upplevt obehag under själva sutureringen, det gjorde ont och det tog lång tid att bli sydd.

Kvinnorna som hade haft god kommunikation med adekvat information upplevde också att de var mer involverade och hade bättre kontroll över sin situation. Det framkom också att när komplikationer uppstod så fokuserade personalen på att kommunicera med varandra, vilket ledde till att kvinnorna kände sig bortglömda.

*“Jag fick en känsla av att jag hade brustit mer än grad 2 men det var liksom på gränsen och därför valde de grad 2.....Hon tittade på den och sen sa hon att nej, jag ska hämta en kollega som är bättre än mig på den här. Då fick jag en känsla att den var mer komplicerad än jag trodde den var.....Hon sa, ah, hon sa inte så mycket. en liten bitter äldre dam som sa aja, sen*

*skulle de börja sy....Den enda som de sa var bakåt och inuti. jag vet faktiskt inte och de sa inget” (intervju 6)*

### *Varierande informationsbehov*

De kvinnor som upplevde bristande information hade önskat mer specifik information angående hur bristningen hanterades, och uttryckte en önskan att veta “allt som barnmorskan hade gjort med deras kropp”. De ville veta exakt var bristningen hade uppstått, hur lång och djup den var, hur många stygn de hade fått, hur det skulle kännas att få bedövning och vilket bedövningsmedel de hade fått .

Det fanns även kvinnor som hade fått enkel och kortfattad information såsom “*en liten bristning*”, “*det ser bra ut*”, “*det kommer att läkas fint*” men som ändå inte uppgav någon oro för sin bristning. De var nöjda med informationen och hade inte heller frågat så mycket under sutureringen. Informationsbehovet varierade således beroende på hur allvarlig bristning kvinnorna hade fått, samt vilken erfarenhet eller kunskap om bristningar de hade med sig sedan tidigare. Likaså uppgav de kvinnor som hade mindre erfarenhet eller kunskap om födsel, framförallt förstföderskorna, att de upplevde mer behov av information.

*“Eftersom jag var förstföderska så hade jag gärna velat få information” (intervju 3)*

### *Information på olika sätt*

En del av kvinnorna nämnde att de hade svårt att förstå den verbala informationen som de fick av barnmorskan, t.ex. när barnmorskan nämnde grad 1 eller 2 bristning utan att tydligt förklara innebörden av det. Vid två tillfällen när barnmorskan endast nämnde “*ni har fått bristning på samma ställe som förra gången* (intervju 1)” eller “*den gamla bristningen har spruckit upp på nytt* (intervju 9)” uppgav de intervjuade kvinnorna att de önskat mer detaljerad information. Dessa otydliga kommunikationssätt kunde leda till missförstånd och upplevelse av bristande information. Kvinnorna upplevde även att endast verbal information gav inte en tillräckligt klar bild av deras bristning. De önskade att informationen skulle ha givits på olika sätt t.ex. ritat på bilder eller visat med hjälp av en spegel så att de kunde förstå exakt var skadan fanns och hur det såg ut. Tydlig skriftlig information i journalen önskades



också av kvinnorna så att de kunde läsa på efteråt och få reda på vad som hade hänt, speciellt om något besvär uppkom under läkningsprocessen.

*“Jag vet inte heller hur många stygn, det står inte i min journal heller utan det står bara flertal stygn och jag vet inte exakt var det är sytt heller....man vill ha information där och då. Men även att det finns skriftligt och tydligt. Kanske till och med ritat på någon liten bild var stygnen sitter någonstans” (intervju 5)*

*“Det kanske känns läskigt men jag hade velat se den via spegel och ser hur den ser ut. För att sen när man kom hem ville man kolla lite med spegeln. Om de hade visat mer hur den såg exakt ut då hade man mer att jämföra med” (intervju 9)*

### *Information vid olika tillfälle*

Många av kvinnorna hade ett informationsbehov vid sutureringsstillfället så att de kunde känna sig mer i kontroll över sin kropp, men en del kvinnor önskade även information efteråt när de har vilat ut. Dessa kvinnor upplevde att de inte var mottagliga för att ta emot informationen i anslutning till förlossningen. Vissa kvinnor var trötta efter förlossningen, och vissa var så uppfyllda med glädje över barnet att de inte brydde sig om sin bristning just då. En kvinna som fick placentaretention upplevde det som en kritisk situation och därför hade hon svårt att fokusera på sin bristning och suturering. En annan kvinna vars barn inte mådde bra och som fick ligga på barnbordet en kort stund upplevde inte heller att hon kunde fokusera på informationen om bristningen direkt efter förlossningen. Det framkom ett tydligt behov av att information skulle ha givits vid olika tillfälle beroende på kvinnornas situation och mående. Flera av kvinnorna önskade en kontroll av bristningen samt information inför utskrivning.

*“När min dotter kom ut, hon skrek inte som hon skulle och hon fick ligga på barnbordet. Jag var mer fokuserad på dem och kollade inte på när hon sydde... jag hade kunnat önska mer information i efterhand”(intervju 11).*

*“Nej, jag fick nästan ingen information alls förutom en kommentar om att jag hade fått en bristning och jag skulle sys. Jag var så uppe i det hela med bebis och så, jag var inte så medveten om eller så att de kunde ha nog informerat mig jättemycket bättre efter hand hade*

*jag tyckte det var skönt att veta. Men där och då så trodde jag inte att jag brydde mig så mycket om att jag inte fick mycket information. Men efter hand hade jag velat ha mer”(intervju 5)*

## Behov av professionellt bemötande och kompetens

Kvinnorna som upplevde professionellt bemötande under förlossningen upplevde trygghet och uttryckte inte mycket känslor av oro eller obehag under sutureringen. Det framkom tydligt att de kände att de kunde lita på sin barnmorska och kunde överlämna sutureringen till henne eller honom. De kvinnor som inte hade upplevt bemötandet som professionellt upplevde oro och smärta. De upplevde dessutom att sutureringen tog lång tid.

## *God relation med empati*

Kvinnorna berättade att en bra relation med barnmorskan var viktigt för deras upplevelse av sutureringen. Hade en bra relation etablerats så upplevde de att de var i trygga händer. Dessa kvinnor hade inte heller stort behov av information eftersom de litade på barnmorskan och upplevde att barnmorskan gjorde ett bra jobb. Vidare upplevde de inte sig själva som besvärliga när de framförde sina individuella behov.

*“Inte alls obehagligt faktiskt, i så fall var det lite obekvämt att få bedövning..., jämför med föda barn så var det ingenting...det var en väldigt bra barnmorska jag hade och jag fick även hennes nummer sen , så att jag kunde ringa om jag hade några frågor. Hon var jättegullig, Hon pratade lugnt. Hon tog bra med tid och var lugnt och pillade med mig. Jag hade bra snack med henne... jag litade mycket på barnmorskan. Det kändes som att de hade gjort ett bra jobb.... Jag hade stor förtroende för barnmorskan och vad hon sa. Hon var duktig på det hon gjorde” (intervju 4)*

*“Jag har varit nöjd med den barnmorskan som har tagit hand om mig och det känns som att de har sett mig”(intervju 1)*

Kvinnorna ansåg att en barnmorska med empati och förståelse är väsentlig. Vidare uppgav de generellt att det inte var skönt att ligga i gynekologiskt läge och bli sydd även om de var välsmärtlindrade. Det kändes ännu värre när det tog längre tid än vad de hade förväntat sig.

Kvinnorna påpekade att en bra barnmorska skall inte bara vara bra på att sy utan att lyssna, titta och se verkligen till att kvinnan ligger bekvämt och mår bra. En kvinna som blev nekad när hon bad om mer smärtlindring menade att barnmorskan skall också kunna förstå att kvinnornas behov är individuellt och det skall inte ifrågasättas. Kvinnorna som hade barnmorskestudent under förlossningen upplevde det som positivt eftersom de fick mer uppmärksamhet, mer närvaro och blev dubbelkollade.

*“Man ska lyssna på kvinnan och se till att de är väl smärtlindrad och sen ska man så klart göra ett bra jobb när man syr men även att man ska tänka på att det upplevs obehagligt att ligga liksom i den positionen när man syr att man faktiskt gör det behagligt för kvinnan och upplevelse för kvinnan ska också vara bra och inte bara stygnen ska vara bra”* (intervju 13)

### *Kompetent och trygg barnmorska*

Alla kvinnorna kände till bäckenbottensskador i samband med förlossning, men med varierande kunskapsnivå. Samtliga kände oro redan inför förlossningen. De uttryckte ett stort behov av en barnmorska som kunde reparera eventuella skador efter förlossningen. Kvinnorna var nöjda och glada när deras bristning läkte som den skulle och de slapp komplikationer. De kopplade dessa positiva resultat direkt till barnmorskans skicklighet av suturering. Kvinnorna som upplevde långtidsbesvär med bristningen misstänkte att de inte var sydda som det skulle.

*“Ja, jag hade en tyngdkänsla liksom... vid efterkontroll sa barnmorskan att mellangården är större än normalt och det glipar vänster om perineum och så har de inte sytt tillbaks lika mycket som, det känns öppet och det släpper in luft hela tiden, vilket är obehagligt”*(intervju 6)

*“Det jag kan önska ... att man får en barnmorska som är duktig på att sy och att det går fort för man vill verkligen inte ligga där och sprätta på benen”* (intervju 13)

Det framkom stark oro och obehag för kvinnor då barnmorskan upplevdes som osäker i sin roll under sutureringen. Denna oro och misstankar om dåligt utförande av sutureringen återkom även när de stötte på besvär under läkningsprocessen. Kvinnorna ansåg att barnmorskorna inte skulle ha visat sin stress och osäkerhet öppet. Barnmorskorna som upplevdes som säkra och var uppmuntrande och stödjande uppskattades av kvinnorna.

*“Den barnmorska som jag hade var ganska osäker i och med hon var tvungen att fråga andra hela tiden ...”* (intervju 3)

*“Bara ta det lugnt, även om ni har mycket att göra, försök inte visa det. för det stressar mig ändå”*(intervju 4)

## Behov av adekvat smärtlindring

Adekvat smärtlindring var en dominant faktor till kvinnornas positiva upplevelser under sutureringen. De kvinnor som fick adekvat smärtlindring upplevde processen som relativt okomplicerad, medan de som fick otillräcklig eller ingen smärtlindring upplevde sutureringen som *“hemska”*.

*“Jag kände mig trygg och lugn så. Sen när de skulle sy. Jag fick en spruta och med den bedövningen kände jag inte, jag märkte de höll på men jag kände ingen smärta . Jag blev förvånad för att det gick så snabbt. jag trodde att de skulle ta längre tid”*( intervju 2)

*”Det tog lång tid för mig, jag kände vartenda stygn och varenda nål som hon tog i mig. det gjorde ont och det var obekvämt. jag bet ihop för att jag vill få det gjort så fort som möjligt”*(intervju 9)

## *Varierande smärtlindringsbehov*

Kvinnornas smärtröskel, behov av smärtlindring samt deras sätt att hantera smärtan var individuellt. Vissa kvinnor som enbart hade fått lustgas eller spray upplevde ändå sig väl smärtlindrade medan andra som hade fått mer potenta former av smärtlindringar fortfarande var smärtpåverkade. Det kvinnorna kom ihåg gällande bedövningsmedel var om de hade fått spray, gel, spruta eller lustgas under suturering. Det visade sig att kvinnorna reagerade annorlunda på bedövningsmedel t.ex. vissa kvinnor trivdes bra med lustgasen medan andra bara blev yra av den.

Vissa kvinnor berättade att smärtlindringsform och mängd valdes av barnmorskan men det gick ändå bra att diskutera med barnmorskan om extra behov fanns. En kvinna blev tillfrågad

av sin barnmorska om vilken smärtlindring hon önskade sig, detta upplevdes som ett förvirrande moment av kvinnan eftersom hon *“aldrig hade varit på sjukhus och hade ingen aning om smärtlindring”* Hon valde lokalbedövning utan att förstå vad det innebar (intervju 7).

Kvinnorna som var väl smärtlindrade med lämpligt bedövningsmedel tyckte att sutureringen gick snabbt och att det inte kändes så mycket medan kvinnorna som inte var väl smärtlindrade eller fick olämpligt bedövningsmedel beskrev sutureringen som *“jobbig”* och tyckte att det tog *“lång, lång tid”* (intervju 9). Kvinnorna hade önskemål om att barnmorskan hade förståelse och tog hänsyn till deras individuella behov.

*“Det var hemskt. Jag hade ju sagt att jag ville ha en bra bedövning. Så hon la bedövning och så hon började sy, sa jag aj.. det där gjorde ont. varpå människan säger: men jag har ju lagt bedövning! Men jag bara, ja, men då har den väl inte tagit och det gör ont! Då suckar hon och säger: ah, då kan jag väl lägga till då. Det var kul hahaha. så men lite sådär, inte så kul att bli ifrågasatt. Men om man ber att det gör ont kanske har bedövningen inte tagit. Kanske man inte får säga emot. Men det är inte som jag har hittat på”* (intervju 6)

### *Påverkas av kvinnan som individ*

Kvinnornas sätt att hantera smärta och obehag under suturering var beroende på situationen de befann sig i samt deras psykiska välbefinnande. De kvinnor som hade haft kämpig förlossning upplevde sutureringen som *“ingenting”* jämfört med deras förlossning. Det nämndes i berättelserna att *“det var skönt att det värsta var över”*. Kvinnorna som hade varit oroliga och rädda under förlossningen upplevde en stor lättnad när den var över. Vissa kvinnor var uppfyllda av glädje av barnet och försökte lägga fokus på barnet istället för sutureringen. Vissa kvinnor prioriterade bort suturering psykiskt när de ändå inte hade möjlighet att lägga fokus på sutureringen på grund av komplikationer som uppstod efter förlossningen. Det framgick att kvinnorna uppfattade smärta som en naturlig del av suturering och därför nämndes det som *“jag bara bet ihop”* i många intervjuer.

*“Lite kändes, jag visste att jag var smärtlindrad men jag visste inte var de skulle göra. men det var inte så att jag låg där och hade ont, det var barnet jag hade mig tänka på. Jag koncentrerade mig inte på att hon sydde” (intervju 10).*

*”Jag hade honom på bröst hela tiden. Jag kände mig trygg och lugn så....när den skulle sy” (intervju 2)*

*“Det var min starkaste känsla under förlossning att jag skulle dö....Gud, det var skönt när det var över” (intervju 6)*

## Diskussion

### Metoddiskussion

För att belysa kvinnors upplevelse av suturering vid bristning som sutureras av barnmorska efter förlossningen, valdes en kvalitativ metod och induktiv ansats. Kvalitativ metod innebär att beskriva en individs upplevelser och livsvärld med ord och inte siffror (Kvale & Brinkmann, 2014; Granskär & Höglund, 2017).

För ökad trovärdighet, överförbarhet och verifierbarhet beskrivs olika parametrar samt kvalitetskriterier i den kvalitativa forskningen. Enligt Polit & Beck (2017) innebär överförbarhet i en studie att resultaten kan överföras till andra grupper och sammanhang. I insamlade data framgår det att deltagarna representerade olika åldersgrupper, olika antal förlossningar och var från olika delar av Sverige som kan göra att studiens överförbarhet anses vara god. En högre överförbarhet hade möjligen kunnat uppnås med ett större antal respondenter. Resultaten kan dock inte generaliseras i en kvalitativ forskningsdesign, vilket innebär att urvalet i en kvalitativ studie aldrig kan bli representativ såsom i en kvantitativ studie (Polit & Beck, 2017).

Författarna upplevde svårigheter att rekrytera tillräckligt antal deltagare via MVC och vände sig därför till social media som Facebook. Fördelen med sociala media är att vi fick geografisk spridning, med kvinnor från olika orter i Sverige, och det var intressant att få en inblick av kvinnors upplevelser från olika förlossningskliniker. Att deltagarna var

slumpmässigt utvalda och från hela Sverige ökar även tillförlitligheten. Enligt Graneheim & Lundman (2004) är det även viktigt att välja deltagare med brett spektra av erfarenheter för att belysa den valda forskningsfrågan. I den bemärkelsen kan studien anses representera ett rimligt och slumpmässigt urval, möjligen med en överrepresentation av negativa upplevelser då rekrytering via social media lätt kan ignoreras eller missas av nöjda patienter. För att öka trovärdigheten valde författarna vidare att endast inkludera respondenter som fött inom sex månader, då dessa fortfarande har händelseförloppet i färskt minne.

Vid urvalet hade författarna kunnat skilja förstföderskor och omföderskor åt. Det upptäcktes i ett senare tillfälle att det var en bakomliggande faktor som påverkade kvinnornas upplevelser under sutureringen. Förstföderskorna hade vanligtvis långdragna förlossningar medan omföderskorna hade snabba förlopp, vilket påverkade deras upplevelse. Det hade varit intressant att utöka studien och dela in förstföderskor och omföderskor i två separata grupper för att kunna dra ytterligare slutsatser om lämpligt vårdförfarande för de båda grupperna.

Enligt Polit & Beck (2017) innebär verifierbarhet att författarna är opartiska och framför informationen som deltagarna givit på ett objektivet sätt. Författarna har under datainsamling och analys av insamlade data haft diskussioner och reflektioner sinsemellan under hela studiens gång. Detta för att undvika felaktiga tolkningar eller att egna värderingar medräknas (ibid). Författarna har valt att använda citera ett flertal källor i syfte att öka trovärdigheten. När det gäller trovärdigheten har författarna under metoden beskrivit tillvägagångssätt vad gäller urval, instrument, datainsamling och analys för att öka trovärdighet och ge läsaren tillräckligt med information för att kunna avgöra om våra resultat kan överföras.

Intervjuerna utfördes med videosamtal, eller telefonsamtal då vissa kvinnor inte kände sig bekväma med videosamtal. Samtalen inleddes med demografiska frågor samt en öppen fråga för att ge möjlighet till ett öppet men ändå fokuserat samtal. Författarna avsåg att kvinnorna skulle få prata fritt och beskriva sina upplevelser av suturering utan att bli störda. Vissa kvinnor pratade snabbt eller tyst så att det blev svårt att avlyssna inspelningen i efterhand. Författarna var tvungna att uppmana deltagarna att prata tydligare och högre vid flera tillfällen. Sådana åtgärder kan ha påverkat deltagarnas svar genom att deltagarna kan ha känt sig indirekt stressade eller pressade av författarna att prata högre för inspelningens skull. Transkriberingarna som gjordes i anslutning till intervjutillfällena gick smidigare än de transkriberingar som gjordes vid senare tillfällen. Författarna upptäckte att dålig ljudkvalitet

hade mer påverkan än förväntat, och att ha samtalet i färskt minne var till stor hjälp. När man avlyssnar inspelade ljud, som Patel & Davidsson (2019) beskriver, kan ljudinspelningar eller bandspelaren påverka deltagarnas svar. Författarna hade kunnat planera intervjutiden bättre så att transkriberingen skulle kunna göras direkt efter intervjun. För att öka tillförlitligheten har författarna varit noga med att lyssna upprepade gånger vid transkribering för att inte missa eller ändra det som sades, utan försökte återge kvinnors berättelse korrekt.

Intervjuerna kunde inte göras i fysiskt möte som författarna hade planerat på grund av Covid 19. För vissa kvinnor blev det endast röstsamtal eftersom det passade dem bäst. Fördelar med digitala intervjuer var att det var lättare att anpassa tid efter kvinnornas önskemål och deras vardag med anledning av att de hade små barn. Däremot hade en närmre relation med kvinnor kunnat skapas i ett fysiskt möte. Det ses som en nackdel då möjligheten till icke verbal informationen går förlorad samt att skapa en god relation med deltagarna försvåras då man inte kan se varandra. Detta kan ha påverkat våra resultat. Om författarna hade haft möjlighet att intervju samtliga deltagarna via videochatt hade en bättre personlig kontakt skapats och den icke-verbala informationen hade inte gått miste om. Eventuellt hade kvinnorna svarat annorlunda om vi hade intervjuat på plats jämfört med digitala intervjuer. Kvinnorna kan ha känt sig obekväma med att tala om känsliga ämnen via digital intervju med en främmande individ. De kan också påverkats av att de inte visste var, eller i vilken miljö, vi satt även om de hade fått den informationen i förväg.

Under intervjuerna satt författarna i ett enskilt rum och sett till att ha en lugn miljö i huset så att kvinnorna inte blev störda från författarnas sida. Kvinnorna fick själva välja miljö när de berättade. Vissa valde sitta med sitt barn eller sin man, vissa var ute och promenerade med sin hund. Miljön som kvinnorna befann sig i hade viss påverkan av ljudkvaliteten vid inspelning, vilket upptäcktes vid senare tillfälle. Författarna hade kunnat tänka på det i förväg och bett kvinnorna att välja miljöer med låg bakgrundsbrus. Enligt Olsson & Sörensen (2011) är miljön viktigt för intervjupersoner där de kan prata ostört utan att deras svar kan påverkas negativt och att ett positivt klimat har betydelse och där informanterna känner sig viktiga. Fördelen med att intervjuerna hölls via telefon är möjligheten att intervju över stora geografiska avstånd (Kvale & Brickman, 2014).

Eftersom det var första gången författarna gjorde intervjuer kan vår ovana påverkat resultat på sättet som vi intervjuade eller ställde frågorna. Vi märkte efterhand att vi blev bekvämare med



att ställa frågor efter några fullbordade intervjuer, och märkte även att kvinnorna också blev mer bekväma att berätta om sina upplevelser. Författarna pratar flytande svenska och har gått utbildning i Sverige, men har inte svenska som modersmål, vilket kan ha påverkat dialog med kvinnorna och tolkning av material.

Författarna fick uppfattning om att det i slutet av samtliga intervjuer inte framkom någon ny information, vilket innebär att deltagarna hade lätt att svara på frågorna och de delade med sig frivilligt av sina upplevelser. Insamlade materialet anses vara tillräcklig och besvara studiens syfte.

## Resultatdiskussion

I resultaten framkom att alla kvinnorna hade fått muntlig information under sutureringsstillfället, men ändå hade önskat få mer information. De upplevde ett tydligt behov av både muntlig och skriftlig information. Det framkom även önskemål om uppföljningsmöten efter att kvinnorna fått vila ut, t.ex. när de låg på BB avdelning. Många kvinnor önskade även att bilder eller spegel används för att förtydliga var bristningen sitter.

Henry et al. (2011) påpekar vikten av icke-verbal kommunikation, såsom kroppsspråk, röstläge och vikten av visuell information, som även nämnts av kvinnorna i vår studie. Enligt Bambaeroo & Shokrpour (2017) så kan man inte förvänta sig att information som endast ges med ord och mening utan annan icke-verbal metod blir förstådd på riktigt. Icke-verbal kommunikation kan komplettera eller ersätta verbal kommunikation, antingen som en upprepning av det verbala meddelandet, vilket gör den verbala kommunikationen mer framträdande och specifik, eller som ett komplement till den verbala kommunikationen (ibid). Resultatet visar detta tydligt, med många intervjuade kvinnor som hade velat ha visuell information av bristningen.

Braaf et al. (2018) intervjuade 65 patienter med olika trauma via telefon, i en kvalitativ studie. De flesta patienter föredrog att information gavs på flera olika sätt. Eftersom verbal information ofta vidarebefordras på tider då patienternas kognitiva funktion inte är optimal, ansåg många att det var viktigt att få skriftlig information. Patienterna i studien tyckte också att det var viktigt att få information senare under återhämtningsperioden eftersom man var

mer klar i huvudet och hade bättre förmåga att fatta eventuella beslut (Braaf et al, 2018). Våra resultat visar liknande behov, där kvinnorna ansåg det viktigt med uppföljningsmöten och möjligheten till att återigen få muntlig information när de hade återhämtat sig från förlossningen. Därför borde postpartumsamtal ges till alla kvinnor där det finns utrymme till frågor när kvinnorna har landat och funderat igenom hela förloppet. Detta i syfte att tillgodose kvinnornas behov att få sina frågor besvarade.

Studierna (Henry et al, 2011; Bambaeroo & Shokrpour, 2017; Braaf et al, 2018) bekräftar kvinnornas behov av information. I vår studie framkom det viss förvirring för kvinnorna avseende den muntliga informationen. Kvinnorna påpekade tydligt att de inte hade förstått informationen helt vid något tillfälle, detta var extra påtagligt då barnmorskan använde fackspråk. Dessa kvinnor hade ofta inte någon förkunskap eller erfarenhet av sjukvården. Även kvinnor som inte upplevde några problem att förstå sjukvårdspersonalen vid muntlig information uppgav ändå stort behov av att informationen skulle förtydligas. Enligt Braaf et al, 2018; Georgesson, 2016 är kommunikation ett samspel mellan personal och patienterna och en effektiv kommunikation kräver att informationen ska ges på olika sätt. Muntlig information är bra och kan ges i samband med suturering. För att göra informationen lättförstådd är det viktigt med ett tydligt strukturerat samtal, och att använda rätt ordval (Braaf et al, 2018). Att visa bristningen och sutureringen via spegel eller förklara bristningen med en bild kan vara en bra komplettering till den muntliga informationen (Braaf et al, 2018; Bambaeroo & Shokrpour, 2017). Denna metod används tyvärr inte av många barnmorskor i denna studie. Kvinnorna under intervjuerna uppgav att de hade önskat ta information igen senare då de utvilad och de inte var bästa tillfälle att ta emot information direkt efter förlossning. Dessa behov bekräftas av (Braaf et al, 2018).

Det är inte osannolikt att många kvinnor var oroliga för bäckenbottensskada innan förlossningen och försökt läsa på i förväg. Denna oro kanske var bortglömd direkt efter förlossningen på grund av trötthet eller alla andra påfrestande händelser, men kan sen uppstå lätt igen efter att kvinnan blivit utskriven från förlossningen. Därför hade oron och rädslan kunnat minskas om kvinnorna hade fått adekvat information om deras egen bristning så tydligt som möjligt samt på rätt tillfälle.

I resultaten framkom att kvinnorna önskar god relation med personalen, speciellt barnmorskan. Kvinnor uppgav att en bra barnmorska bör ha empati och kunna lyssna, titta

och se till så att kvinnan mådde bra. Intervjuerna med de kvinnor som upplevt ett dåligt bemötande var ofta i linje med vad som tidigare noterats av Mgawadere et al. (2019). Kvinnorna uppgav att bemötandet med vårdgivaren ofta, kanske felaktigt, handlade mest om att ta emot information och följa instruktioner, och de hade inte upplevt omhändertagandet som en relation (Mgawadere et al, 2019).

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (2018) strävar vi i Sverige efter patientcentrerad vård vilket innebär att patienten ska sättas i fokus inom vården. Men i vår studie finns det fortfarande många kvinnor som inte upplevde att de var sedda i samband med sutureringen. Anledningarna till detta kan vara många men framför allt kan det vara att personalen och kvinnorna har olika förväntningar och uppfattning om vad god vård innebär enligt O'Donnell et al. (2014). O'Donnell et al. (2014) visar att patienter och personal ofta har olika uppfattning om vad som är de viktigaste faktorerna till en god vård. Alla vårdgivare listade tillgången på resurser, såsom medicinering, utrustning och tillräcklig personal som de viktigaste komponenterna i vården av god kvalitet. Den stora majoriteten av mödrarna betonade dock vikten av en positiv personal-patient relation. Kvinnorna ansåg att de var viktigt att kunna känna sig välkommen till vården, få hjälp av personalen och kunna ställa frågor utan att bli kritiserad Att inte bli skrämdd ansågs vara viktigast (O'Donnell et al, 2014).

I vår studie påpekade nästan alla kvinnorna att det var viktigt att få en god relation med sin barnmorska. Om barnmorskan mest fokuserade på sitt jobb och inte ens orkade svara på kvinnornas frågor upplevde kvinnorna sig bortglömda. Kvinnorna önskade så klart att barnmorskan var tekniskt skicklig och kunde sy ordentligt, men en dålig relation till barnmorskan eller dåligt bemötande av personal ledde också direkt till en dålig upplevelse under sutureringen. Ett positivt bemötande av sjukvårdspersonalen innebär enligt Braaf et al (2018) att kunna diskutera aktivt, få tydlig information på lagom nivå, och blir hörd och sedd på ett empatiskt sätt.

Enligt Mgawadere et al. (2019) föredrog kvinnorna vårdgivare som var respektfulla, välkomnande, omtänksamma, vänliga, hjälpsamma och sympatiska. Likaså rapporterar de att den vanligaste anledningen till att en barnmorska prioriterar bort patientrelationen är upplevd tidsbrist. Denna studie är utförd i Malawi, och vi har inte hittat någon studie som bekräftar detta förhållande inom den svenska vården, men det är en rimlig slutsats. Det hade varit

intressant att göra en liknande studie i Sverige och på så sätt få bättre klarhet i vad som varit grundorsaken i den svenska sjukvården där kvinnorna upplevt brister i bemötandet.

Enligt Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) så bör en professionell barnmorska ha kunskaper och färdighet att utföra sitt jobb, men även ha förmågan att få kvinnan känna sig väl omhändertagen och skapa en positiv upplevelse. I resultaten framkom att adekvat smärtlindring var en av de viktigaste faktorerna för kvinnornas upplevelse av sutureringen. Kvinnor med positiva upplevelser ansåg att det ofta berodde på adekvat smärtlindring medan de som tyckte att sutureringen var besvärlig och långdragen var de som inte kände sig väl smärtlindrade.

De kvinnor som inte fick tillräcklig med smärtlindring under suturering beskrev tiden som "hemsak", "obehaglig" och "smärtsam". Det kan kopplas med studien av Kindberg et al. (2009) där det framkom att hälften av kvinnorna kände smärta när barnmorskan suturerade och i studien av Sanders et al. (2002) där kvinnor som inte fick analgetisk behandling under suturering hade högre smärtnivå än kvinnor som fick det. I våra resultat framkom även att kvinnorna bet ihop och bara ville bli färdigsyddast snarast möjligast. Det var värre för kvinnor där det tog lång tid att suturera. Salmon (1999) & Briscoe et al. (2015) menade att kvinnorna kände sig svaga om de inte klarade av smärtan under suturering som enligt vårdpersonalen var "normal". Författaren skrev vidare att otillräcklig smärtlindring under suturering kan vara skadlig på så sätt att kvinnorna kan bära med sig negativa känslor eller traumatisk upplevelse under långt tid. Det lyfts fram även att om den som suturerar inte informerar kvinnan, ser henne, eller inte tar hänsyn till hennes smärtlindringsbehov så upplevs processen som mer smärtsam.

Kvinnorna påpekade att barnmorskan inte alltid tog hänsyn till deras individuella och varierande behov av smärtlindring. Detta är något som även nämnt i tidigare studier av Sanders et al, 2005; Kindberg et al, 2008) där författarna beskriver variationer i vad barnmorskor ger för typ och mängd av smärtlindring inför inspektion och suturering. Det kan hända att kvinnorna får mer smärtlindring än vad de behöver medan en del kvinnor kan få otillräcklig smärtlindring och får då stå ut med mycket smärta. Eftersom kvinnornas behov var så varierande i våra resultat så borde barnmorskorna tagit hänsyn till deras individuella behov och först och främst smärtlindrat ordentligt innan sutureringen påbörjades. Det är även viktigt att bekräfta att kvinnan är helt bedövad oavsett vilken bedövningsmetod som använts. Något som även Steen (2010) & Overgaard et al. (2012) menar är att otillräcklig smärtlindring

vid suturering kan ha konsekvenser för kvinnors psykisk, fysisk, och social välbefinnande på både lång och kort sikt.

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (2018) skall barnmorskan tillgodose patientens rätt till självbestämmande och delaktighet, identifiera vaginala bristningar och bäckenbottensskador, erbjuda smärtlindring inför inspektion och suturering. Barnmorskan stödjer kvinnans självbild, värdighet, integritet och autonomi genom att skapa tillit, trygghet, delaktighet och jämlikhet samt förebygg skador vid förlossning (ibid). Det är också något som kvinnorna i föreliggande studie påpekade var viktigt för en bra sutureringsupplevelse. Kvinnorna uttryckte behov av att barnmorskan skulle ta hänsyn till deras individuella behov såsom att få god smärtlindring, känna sig sedd och vara delaktig i den mån det är möjligt. Kvinnorna uppgav också att en professionell barnmorska skall stödja, vägleda och skapa en trygg relation.

## Slutsats och implikationer

Utifrån resultaten framkom att informationsbehovet och behov av bemötande var viktigt för kvinnorna i föreliggande studie, även om dessa behov varierade något beroende på många bakomliggande faktorer.

Information om bristning samt suturering önskades igen ett tag efter förlossningen då kvinnorna hade vilat och landat, ett uppföljningssamtal inför utskrivning från BB avdelning ansågs också lämpligt. Det är av vikt att barnmorskor eller personal på BB avdelningen har rutiner för att erbjuda postpartumsamtal till alla kvinnor innan utskrivning sker, för att kvinnor ska få en så positiv upplevelse som möjligt. Barnmorskor kan göra det till rutin att erbjuda alla kvinnor både muntligt och skriftligt information så att kvinnorna har möjlighet att läsa efteråt för att uppnå en bättre förståelse samt att med hjälp av spegel eller rita på en bild visa var skadan uppkommit. Barnmorskor som tog sig tid och informerade kvinnor uppfattades som professionella och kompetenta eftersom kvinnorna kände sig sedda, hörda

samt väl omhändertagna. Journaltexten ska skrivas så tydligt som möjligt med tanke på att kvinnorna kanske behöver läsa den i framtiden.

Barnmorskan får inte glömma att en god relation med kvinnan är så viktig att den inte får prioriteras bort den även om man har tidsbrist. Att vara väl smärtlindrad bidrar till en positiv upplevelse och därför ska barnmorskan ta hänsyn till att behovet av smärtlindring kan vara individuellt och likaså att olika kvinnor har sitt eget sätt att hantera smärta.

Förhoppningsvis kan den föreliggande studiens resultat väcka intresse så fler och större studier genomförs i syfte att förbättra kvinnors upplevelser under suturering.

## Arbetsfördelning

Författarna har tillsammans utfört samtliga moment i arbetet. Transkriberingen har utförts tillsammans av fyra intervjuer och de återstående åtta intervjuerna transkriberades av en författare och granskades av den andre. Resterande arbetet utfördes gemensamt.

## Referenser

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*: Lund: Studentlitteratur

Bambaeeroo, F., & Shokrpour, N. (2017). The impact of the teachers' non-verbal communication on success in teaching. *Journal of Advances in Medical Education and Professionalism*, 5(2), 51-59.

Braaf, S., Ameratunga, S., Nunn, A., Christie, N., Teague, W., Rodney Judson, R., & Gabbe, B.J. (2018). Patient-identified information and communication needs in the context of major trauma. *BMC Health services Research*, 18 (163). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2971-7>  
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-2971-7>

Berg, M.R., & Sahlin, Y. (2020) Follow-up of postpartum anal sphincter injuries. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 140(2). doi: 10.4045/tidsskr.19.0361.

Brohi, Z.P., Sadaf, A., Zohra, N., & Perveen, U. (2012). Frequency and severity of perineal tears in Countess Lady Duffrin Fund Hospital, Hyderabad. *Journal Of Pakistan Medical Association*. 62(8): 803-6. PMID: 23862254.

Briscoe, L., Lavender, T., O'Brien, E., Campbell, M., & McGowan, L. (2015). A mixed methods study to explore women and clinician's response to pain associated with suturing second degree perineal tears and episiotomies (PRAISE). *Midwifery*, 31 (4). 464-472.

Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B.(2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204 (8). 429-432. <https://www-nature-com.ludwig.lub.lu.se/articles/sj.bdj.2008.292.pdf>

Edqvist, M. (2016). Förebygga bristningar under förlossningen. I H. Lindgren, K. Christensson, & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s.481-494). Lund: Studentlitteratur.

Georgesson, S. (2016). Information och psykologiska aspekter kring fosterdiagnostik. I H, Lindgren., K. Christensson., & A-K, Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s. 289- 298). Lund: Studentlitteratur AB.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. (2004). *Nurse Education Today*, (24), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Henry, S.G., Fuhrel-forbis. A., Rogers, M., & Eggly.S. (2011). Association between non verbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and metaanalysis. *Patient Education and Counseling*. 86 (3). 297-315.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.006>.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399111003739?via%3Dihub>

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) (2017). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. (3. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S.I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 (4), 806-817.

Hawthorn, J. & Redmond, K. (1999). *Smärta: bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Kindberg, S., Klünder, L., Strom, J., & Henriksen, T.B. (2009). Ear acupuncture or local anaesthetics as pain relief during postpartum surgical repair: a randomized controlled trial.

*BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(4). 569-576.

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2008.02016>.

Kindberg, S., Stehouwer, M., Hvidman, L., & Henriksen, T.B. (2008). Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115, 472-479.



Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Laine, K., Skjeldestad, FE., Sanda, B., Horne, H., Spydslaug, A., & Staf, A. C. (2011). Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 90(4):319-24. doi: 10.1111/j.1600-0412.2010.01057

Mgawadere, F., Smith, H., Asfaw, A., Lambert, J., & Broek, N, (2019) "There is no time for knowing each other": Quality of care during childbirth in a low resource setting. *Midwifery*. (75). 33-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30986692/>

Naidu, M., Sultan, A.H. & Thakar, R. (2017). Reducing obstetric anal sphincter injuries using perineal support: our preliminary experience. *International Urogynecology Journal*. 28. 381-389. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3176-4>

Nyberg, R., & Tidström, A., (red.). (2012). *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar*. Lund: Studentlitteratur

O'Donnell, E., Utz, B., Khonje, D., & Broek, N. (2014) 'At the right time, in the right way, with the right resources': perceptions of the quality of care provided during childbirth in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 14 (248). <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/248>

Olsson, A. (red.). (2016). Förlossningsskador och suturering. I H. Lindgren, K. Christensson, & A-K. Dykes (Red). *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (509-520). Lund: Studentlitteratur

Olsson, H., & Sörensen, S. (Red.). (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3 uppl.) Stockholm: Liber.

Overgaard, C., Fenger-Gron, M., & Sandall, J. (2012). The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social Science & Medicine*, 74 (7). 973-981 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.023>

Patel, R., & Davidson, B. (2019). Tekniker för att samla information. *Forskningsmetodikens grunder- att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (5:1. uppl. s.87-138).

Lund: Studentlitteratur

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (9. ed.) Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer.

Sanders, J., Campbell, R., & Peters, T. J. (2002) Effectiveness of pain relief during perineal suturing. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109. 1066-1068. doi: 10.1111/j.1471-0528.2002.02033.x.

Sanders, J., Campbell, R., & Peters, T.J. (2005). Techniques to reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal suturing: a UK survey of midwifery practice. *Midwifery*. 21(2). 154-160. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.12.003>

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

Steen, M. (2010). Care and consequences of perineal trauma. *British Journal of Midwifery*. 18(11). <https://doi.org/10.12968/bjom.2010.18.11.79563>.

<https://eds-a-ebshostcom.ludwig.lub.lu.se/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=4ec77bbf-df73-4df6-86bc-a613aedd95b4%40sessionmgr4008>

Sultan, A.H., Kamm, M.A., & Hudson, C.N. (1995) Obstetric perineal trauma: an audit of training. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. (15). 19–23.

Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 21 december, 2020. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

Zetterström, J. (2014). Perinealbristningar. I H. Hagberg, K. Marsal, & M. Westgren (Red.). *Obstetrik* (s 529-541). Lund: Studentlitteratur

Waldenström, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 113. 638-646.  
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2006.00950.x>

WORLD MEDICAL ASSOCIATION DECLARATION OF HELSINKI: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (2018). *Quarterly of the Horizon of Medical Sciences*, 24(3), 1–7. Hämtad 2019-12-02 från  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=132447661&site=eds-live&scope=site>



## Bilaga 1 (2)

### Intervjufrågor

Huvudfråga: Kan du berätta om din upplevelse när din barnmorska suturerade dig i samband med bristning?

### Följdfrågor

- Ålder

- Sysselsättning (yrke/skola)

Förstföderska eller omföderska

- Visste ni något om bäckenbotten skador innan förlossning?

- Hur upplever du information som du fick av barnmorskan när det gäller bristning?

- Hur kändes det när du fick suturering?

- Kändes det bra efter sutureringen, fick du information om hur du skulle sköta underlivet efter sutureringen?