



KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Enheten för reproduktiv och perinatal omvårdnad

Barnmorskeprogrammet, VK-10

Komplikationer efter perinealbristning grad 1 och 2

En litteraturstudie.

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp.

(Avancerad nivå), 2011.

Författare:

Josefin Gahnertz

Leg. Sjuksköterska,
Barnmorskestuderande

Merita Lilja

Leg. Sjuksköterska,
Barnmorskestuderande

Handledare:

Erica Schytt

Barnmorska, Med. Dr.

Examinator:

Eva Nissen

Barnmorska, PhD, Docent



KAROLINSKA INSTITUTET

Department of women's and children's health

Division of reproductive and perinatal health

Programme of midwifery, VK-10.

Complications after perineal lacerations of 1-2 degree

A review

Degree project in sexual, reproductive and perinatal health, 15 hp.

(Advanced level), 2011.

Authors:

Josefin Gahnertz

RN, midwifery student

Merita Lilja

RN, midwifery student

Supervisor:

Erica Schytt

Midwife, Med. Dr.

Examiner:

Eva Nissen

Midwife, PhD, Docent

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Vid en vaginal förlossning får majoriteten av kvinnorna någon bristning på blygdläppar, vagina eller perineum. Bristningar delas in i olika grader (grad 1-4) beroende på dess omfattning i förlossningskanalen, perineum eller analsfinktern. Vid bristning i området är det viktigt att återskapa anatomin så att framtida besvär kan förebyggas. Barnmorskan ansvarar för bedömning samt suturering av bristning grad 1 och 2, men får lite återkoppling om resultatet.

Syfte: Att utifrån litteraturen undersöka vilka komplikationer som kan uppstå efter en perinealbristning grad 1-2 och beskriva hur besvären från en bristning påverkar kvinnans livskvalitet. Om valet av sutureringsmetod har något samband med förekomsten av komplikationer studerades också.

Metod: En systematisk litteraturstudie som baserades på 16 vetenskapliga artiklar publicerade mellan 2001 – 2011 genomfördes. Artiklar som inkluderats har värderats, granskats kritiskt och analyserats.

Resultat: Komplikationer i form av urin- och analinkontinens, smärta i perineum, dyspareuni, påverkan på sexuell aktivitet och funktion kan förekomma efter perinealbristning grad 1 och 2 men är sällsynta.

Slutsats: Efter grad 1 och 2 bristning kan kortsiktiga komplikationer uppstå, men dessa är övergående och efter 1 år postpartum kvarstår oftast inga besvär. Att förebygga perinealbristning är av vikt för att kvinnan skall uppleva minsta möjliga besvär under postpartumperioden.

Nyckelord: Komplikationer, perinealbristning, sexuell aktivitet, suturerings teknik, postpartum.

ABSTRACT

Background: Vaginal delivery causes lacerations in the labia, vagina, or perineum in a majority of women. Perineal lacerations are divided into different degrees (degree 1-4) depending on its extent in the birth canal, perineum or anal sphincter. It is important to restore the anatomy so that future problems can be avoided. The midwife is responsible for assessment and suturing of the laceration degree 1 and 2.

Objective: To review the literature on what complications that can occur after a perineal laceration of first and second degree, and describe how the symptoms after perineal lacerations affect women's quality of life. If the choice of suturing method is related to the incidence of complications was also studied.

Method: A systematic literature review was based on 16 scientific articles published 2001 - 2011. Articles were evaluated, critically reviewed and analysed.

Results: Incontinence, perineal pain, dyspareunia, effects on sexual activity and function, are complications that can occur after perineal lacerations of degree 1 and 2.

Conclusion: After perineal laceration degree 1 and 2 can short-term complications develop, these are temporary and 1 year after childbirth no problems remain. Preventing perineal laceration is of importance to reduce discomfort in the immediate postpartum period.

Keywords: Obstetric complications, perineal lacerations, sexual activity, suture technique, postpartum.

Innehållsförteckning

<u>INLEDNING</u>	1
<u>BAKGRUND</u>	1
PERINEALBRISTNINGAR	1
BÄCKENBOTTENS ANATOMI	2
RISKFAKTORER	3
SUTUERINGSTEKNIKER	4
SUTURMATERIAL	5
SÅRLÄKNING	5
FÖREBYGGA BRISTNINGAR	5
BARNMORSKANS ANSVAR RELATERAT TILL HÄLSA OCH SEXUELL HÄLSA	6
LIVSKVALITET	7
HÄLSA OCH LIVSKVALITET EFTER BARNAFÖDANDE	8
DYSPAREUNI	9
<u>PROBLEMFORMULERING</u>	9
<u>SYFTE</u>	10
<u>METOD</u>	10
METODVAL	10
METODBESKRIVNING	10
SÖKORD	11
DATAINSAMLING	11
INKLUSIONS- OCH EXKLUSIONSKRITERIER	12
GRANSKNING AV ARTIKLAR	12
ANALYS AV MATERIAL	13
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
<u>RESULTAT</u>	14
INKONTINENS	14
SMÄRTA I PERINEUM	17

DYSPAREUNI	21
SEXUELL AKTIVITET	24
SEXUELL FUNKTION	28
LIVSKVALITET	30
<u>DISKUSSION</u>	32
METODDISKUSSION	32
RESULTATDISKUSSION	33
<u>SLUTSATSER</u>	38
<u>FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING</u>	38
<u>REFERENSER</u>	39
<u>BILAGOR</u>	
BILAGA 1	44

INLEDNING

Antalet förlossningar per år i Sverige har ökat under 2000-talet och under år 2009 föddes cirka 112 000 barn vid 107 000 förlossningar, av dessa var cirka 90000 vaginala förlossningar (Medicinska födelserregistret 2009). Vid vaginal förlossning får upp till 70-80 % av alla förstföderskor någon bristning på blygdläppar, vagina eller perineum (Albers, Garcia, Renfrew, McCandlish & Elbourne 1999).

Under vår kliniska utbildning på förlossningsavdelning har vi kommit i kontakt med kvinnor med olika grader av perinealbristning. I samband med bedömning och suturering av bristningar har vi funderat över hur resultatet blir för kvinnan. Hur länge har hon ont? Vilka besvär och komplikationer kan hon drabbas av? Påverkas kvinnans livskvalitet av bristningen? Vi har valt att begränsa arbetet till bristning av grad 1-2 då denna bedöms och sutureras av barnmorska.

BAKGRUND

Perinealbristningar

Med förlossningsskador menas bristningar av olika grader i förlossningskanalen, perineum eller analsfinktern. Utöver dessa kan även nerverna samt övriga vävnader i bäckenregionen påverkas. Vid bristning i området är det viktigt att återskapa anatomin så att framtida besvär kan förebyggas (Zetterström 2010 s.566-567).

Box 1. Grader av perinealbristning (Zetterström 2008 s.567).

- Grad 1 - vaginalslemhinnan, introitus och/eller perineum, utan engagemang av underliggande muskulatur.
- Grad 2 - vaginalslemhinnan, introitus, hud och muskler i perinealvävnad.
- Grad 3 - involverar analsfinktern utan engagemang av rektalslemhinnan.
- Grad 4 - hela sfinktermuskeln och engagerar även rektalslemhinnan.

Smärta och obehag efter förlossningsskada kan påverka kvinnors dagliga liv t.ex. att sitta, gå och att lyfta barnet (Albers et al. 1999), och smärta kan även påverka sexuella aktiviteter i upp till 1år postpartum (Glazener 1997).

Bäckenbottens anatomi

Att ha fördjupad kunskap om bäckenbottens anatomi och uppbyggnad är en förutsättning för att barnmorskan ska kunna suturera en perinealbristning på ett optimalt sätt. Studier har visat att det finns bristfälliga kunskaper hos barnmorskor och läkare när det gäller bedömning av bristningens omfattning och att sfinkterskador är underdiagnostiserade. Skador som bedömts som grad 2 har vid ytterligare undersökning visat sig vara bristning grad 3 (Zetterström 2008 ss. 565, 574).

Perineum som består av muskulatur och bindväv utgör bäckenhålans nedre begränsning. Hos kvinnan utgörs perineum av det område som ligger mellan anus och slidöppningen.

Öppningar till rectum, vagina och uretra finns i perineum (Faxelid 2001 s. 39).

Bäckenbotten består av *diaphragma pelvis* som i sin tur består av två muskelplattor på vardera sida, *musculus levator ani* och *musculus coccygeus*. Muskelnas funktion är att stödja bäckenbottenorganen och balansera det intraabdominella trycket (Faxelid 2001 s. 39).

Musculus levator ani drar ihop sig samt är maximalt utspänd under förlossningens utdrivningsskede. Muskeln är viljestyrd vilket innebär att kvinnan med hjälp av livmoderns krafter kan stödja barnets framfödande (Hogg 2009 s. 278). Muskeln förstärks ytterligare av *diaphragma urogenitale* som är en triangulär platta och har basen strax framför anus.

Diaphragma urogenitale släpper fram uretra och slidmynningen. *Musculus transversus perinei superficialis*, *musculus ischiocavernosus*, *musculus bulbocavernosus* är de ytliga musklerna. *Musculus transverses perinei superficialis* löper bilateralt på var sida slidmynningen och fäster mot tubera ischiadica. *Musculus ischiocavernosus* löper under blygdbågarna och fäster på klitoris övre bindvävshinna. Den muskel som löper runt vagina, under labia och delvis fäster i klitoris är *Musculus bulbocavernosus* (Faxelid 2001 s.39; Marieb 2001 s. 348).

Analssfinktern består av två delar, den yttre samt den inre sfinktern. Den externa analssfinkterns funktion utgörs av viljemässig knipförmåga, den inre sfinktern är inte

viljemässig. *Musculus sfinkter ani externus* omger analkanalen, den är 3-4 cm lång och består av tvärstrimmig muskulatur och innerveras av nervus pudendus (Zetterström 2008, s 566). Under förlossningens utdrivningsskede pressar barnets huvud undan bäckenorganen, urinröret sträcks uppåt, urinblåsan förflyttar sig ovan symfyisen, rectum sträcks ut och anus öppnas samt perineum tänjs ut (Hogg 2009 s. 278).

Den huvudsakliga blodförsörjning till bäckenbotten kommer från *arteria pudenda interna* som utgår ifrån *arteria iliaca interna* (Faxelid 2001 s. 41). *Nervus pudendus* utgör innervationen i bäckenbotten (Marieb 2001 s. 348).

Riskfaktorer

Ett forcerat utdrivningsskede ökar risken för bristning, särskilt för en kvinna med tidigare bristning eller klipp, och en vitnande perineum kan vara tecken på en förestående bristning (Hogg 2009 s. 278). Andra riskfaktorer för perinealskada i samband med förlossning är bland annat följande:

Instrumentell förlossning - Belastningen mot perineum ökar kraftigt vid instrumentell förlossning som vid sugklocka eller tång. Risken ökar vid forcerad dragning där hastigheten av huvudets framfödande blir uttalad. Om klockan avlägsnas när huvudet står i genomskäring minskar risken för stora bristningar. Dragriktningen skall göras i förlossningskanalens riktning (Zetterström 2008 s. 570).

Paritet – Förstföderskor löper störst risk att få omfattande bristning vid vaginal förlossning. Om kvinnan har genomgått kejsarsnitt vid en tidigare förlossning, har hon samma risk för bristning som en förstföderska (Zetterström 2008 s. 568).

Barnets vikt - Risk ses om barnet väger över 4000 gram, och ökar ytterligare efter 4500 gram (Zetterström 2008 s. 568).

Barnets huvudomfång - Om huvudomfånget mäter > 35,5 cm, ökar risken för större bristning. Risken ökar ytterligare vid förlängt (>110min) utdrivningsskede (Valsky et al. 2009).

Förlossningsställning - Risken vid olika förlossningsställningar är idag omdebatterad. Många hävdar att upprätt förlossningsställning ökar risken för skador, medan andra hävdar

motsatsen. En möjlighet till uppfattning om att det skulle öka risken kan vara brist på kontroll av perineum under förlossningens utdrivningsskede (Zetterström 2008 s. 569).

Ödem - Ödemutveckling kan öka risken för bristning och är i sig tidsberoende och kan orsakas av ett förlängt utdrivningsskede (Hogg 2009 s. 278).

Tidigare klipp - Ärrbildning efter tidigare klipp utgörs av oeftergivlig och stum vävnad och därmed ökar risken för bristning vid nästkommande förlossning (Hogg 2009 s. 278).

Bjudning - Om barnet föds med en uppsträckt hand ökar det risken för bristningar i slidans mynning samt perineum (Hogg 2009 s. 278).

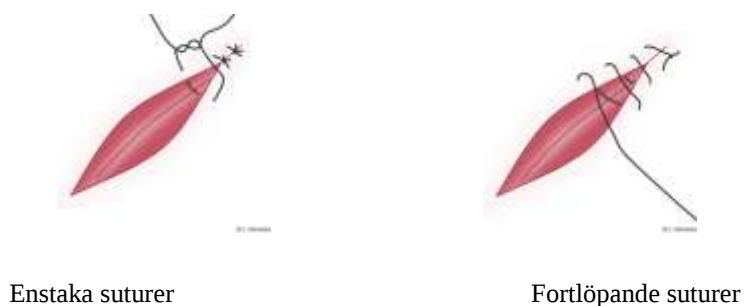
Låg perineum – Perineums längd är individuell men en låg perineum kan också vara ett resultat av tidigare suturerad bristning i vaginalbotten (Hogg 2009 s. 279).

Frånvaro av perinealskydd – Barnmorskan kan minska risken för bristning genom att hålla perinealskydd och styra huvudets framfödande med försiktigt tryck (Hogg 2009 s. 279).

Sutureringstekniker

Bristning av grad 1-2 bedöms och sutureras av barnmorska. Bristning som är mindre än 2-3 cm, som faller väl samman och inte blöder kan lämnas osuturerad (Hogg 2009 ss. 280 – 284).

Kroppen försöker göra sig av med främmande material, vilket yttrar sig som svullnad och irritation i området som suturerats. Bristningar bör sutureras från botten och uppåt, inifrån slidan och ut eller uppifrån och ner mot anus, för att uppnå bästa resultat. Bristningen sys antingen med enstaka suturer eller fortlöpande, se figur 1 (Hogg 2009 ss. 281-282; Vårdhandboken 2010).



Figur 1. Enstaka och fortlöpande suturer (ur Vårdhandboken med redaktörens tillåtelse).

Suturmaterial

Ett flertal olika typer av material finns för att reparera bristning. Syntetiska suturer som multifila trådar består av flera sammanflätade eller hoptvinnade trådar som drar åt sig vätska. De är mjukare än monofila trådar som är enkel oflätad tråd, och är nonkapillära och drar inte åt sig vätska. Suturer i naturmaterial som catgut eller catgut med kromöverdrag rekommenderas inte på grund av infektions- och allergirisken. Av de resorberbara suturerna är idag polyglukolsyra (Dexon) och polyglaktin (Vicryl) vanligast förekommande inom svensk obstetrisk vård (Hogg 2009 ss. 281-282; Vårdhandboken 2010).

Sårläkning

Sårläkningen består av tre olika faser, *inflammationsfasen*, *nybildningsfasen* samt *mognadsfasen*. De första dagarna efter skadan, är vävnaden svullen och inflammerad, ett fibrinskikt samt koagel bildas i såret som skyddar mot främmande ämnen, som bakterier. Efter cirka 5 dagar börjar vävnaden bilda granulationsvävnad, kärl samt bindvävsceller. Denna fas leder till att vävnaden runtomkring får en ökad genomblödning. Slutligen består mognadsfasen av den tiden (dag 15 upp till ett år), då huden samt vävnaden återfår sitt utseende samt hållfasthet. En optimal sårläkning är beroende av faktorer som rätt suturteknik, god hygien, normalt immunförsvar samt bra blodvärde (Hogg 2009 s. 281).

Förebygga bristningar

Äldre studier har visat att restriktiv användning av perineotomi (klipp) kan minska risken för bristningar i perineum (State of the Art 2001 s. 39) kvinnan får mindre besvär av komplikationer i samband med läkningsprocessen och sutureringsbehovet minskar. Restriktivt bruk av perineotomi kan dock öka risken för bristningar i labia. Restriktiv användning av perineotomi verkar inte öka risken för smärta i perineum, dyspareuni eller urininkontinens (Renfrew, Hannah, Albers & Floyd 1998). Förlossningsställningens betydelse för bristningsgraden har även studerats och en del studier visar att sittande, halvsittande eller sidoläge är att föredra jämfört med stående, eller liggande i benstöd för att minimera bristningen. Forcerad krystning anses ge flera samt högre grad av bristning än spontan, oforcerad krystning (State of the Art 2001 s. 40). Barnmorskan kan guida den födande kvinnan genom utdrivningsskedet för att minimera risker för stora bristningar i vagina samt

perineum. Kvinnan informeras då om att försöka slappna av genom sin andning, samt krysta försiktigt under tiden då barnets huvud framföds. För att undvika stora bristningar kan barnmorskan avlasta perineum genom att hålla perinealskydd med sin hand mot perineum och/ eller mot barnets huvud när trycket mot perineum är maximalt (Hogg 2009 s. 279).

Förberedelse av perineum i form av perinealmassage veckorna före förlossning skulle eventuellt kunna öka eftergivligheten i perinealvävnaden och på så sätt minska risken för bristningar (Beckmann & Garrett 2009). Många kvinnor förbereder därför perineum före förlossningen genom att massera och tänja ut mellangården med hjälp av speciell massageolja (Hogg 2009 s. 279). Studier visar dock att kvinnor som förberett perineum inte hade minskad risk för bristning (Beckmann & Garret 2009) men däremot mindre behov av perineotomi och suturering jämfört med de som inte förberett perineum. Effekter av perinealmassage före förlossningen är ännu inte ett välutforskat område och det är därför svårt att dra några slutsatser av de få studier som finns (Renfrew et al. 1998; State of the Art 2001 s. 39).

Även andra metoder som skulle kunna förebygga en bristning har studerats men hittills inte verkat vara effektiva. När man jämförde en grupp kvinnor som fick värme mot perineum och perineal-massage mot en grupp kvinnor där man inte vidrört perineum förrän barnets huvud skymtade, fann man ingen skillnad mellan grupperna avseende bristning (Albers, Sedler, Bedrick, Teaf & Peralta 2005).

Det är svårt att säga exakt vad som kan förebygga en perinealbristning. Det är dock viktigt att barnmorskan är medveten om specifika riskfaktorer för bristning, såsom att vara förstföderska och tidsaspekter under utdrivningsskedet, där vävnad skall ges möjlighet att tänjas för att minimera en eventuell bristning, särskilt vid förlossning med sugklocka. En aktiv kontroll över perineum under utdrivningsskedet verkar därmed vara en av de viktigaste faktorerna för att minimera risken för stora skador (Zetterström 2008 s. 569).

Barnmorskans ansvar relaterat till hälsa & sexuell hälsa

Waldenström skriver i sin bok: *"Det främsta målet med mödra- och förlossningsvården är medicinsk säkerhet, det vill säga en frisk mor och ett friskt barn"*. Som mått på medicinsk säkerhet talas det ofta om mödradödlighet och perinatal dödlighet hos barnet, men sjuklighet och komplikationer hos modern är andra viktiga mått (Waldenström 2007 s. 165).

Barnmorskans främsta uppgift är att främja hälsa hos kvinnan. Ordet hälsa kommer från fornsvenskans *hel* vilket betyder lycka och räddning (Berg 2009 s. 48). Hälsa är något som människan är, inte har. En god hälsa behöver inte vara en förutsättning för välbefinnande samt lycka, inte heller behöver lycka och välbefinnande förutse en god hälsa. Det är människans levnadsomständigheter som formar hennes sätt att uppfatta vad hälsa är (Sachs 1992 ss. 43, 58). Hälsa kan vara svår att beskriva, den kan uppfattas dold när människan mår bra men när ohälsa eller sjukdom är aktuellt blir även hälsan mer tydlig när den saknas (Berg 2009 s. 48). Världshälsoorganisation (WHO) definierar hälsa som: *”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom och handikapp”*. Vidare definierar WHO sexuell hälsa som *”Ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt samt socialt välbefinnande relaterat till sexualitet”*. Inom kvinnohälsa ansvarar barnmorskan för den normala sexuella och reproduktiva hälsan före, under och en tid efter barnafödande. För att kunna främja kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa, behöver barnmorskan vidare kunskaper om kvinnans livserfarenhet, historia, intressen samt förväntningar (Berg 2009 s. 48). Dessutom skall barnmorskans arbete bygga på vetenskap & beprövad erfarenhet och utföras i enlighet med författningar och riktlinjer (Hogg 2009 s. 289).

Enligt patientjournalagen (1985:562) samt socialstyrelsens allmänna föreskrift och råd om patientjournalagen (SOSFS 1993:20) är barnmorskan skyldig att föra journal under förlossningen. Journalbladet omfattas av löpande iakttagelser samt åtgärder. Alla åtgärder skall motiveras samt utvärderas (Hogg 2009 s. 289). Enligt barnmorskans internationella etiska koder när det gäller professionellt ansvar är barnmorskan *”ansvarig för sina beslut och handlingar och skall kunna stå till svars för konsekvenserna av dessa i sin vård av kvinnor”*.

Livskvalitet

Själva begreppet livskvalitet anses ha flera betydelser, men kopplas ofta till välbefinnande, livstillfredsställelse samt avspeglar ett värde som personen i fråga sätter på sin tillvaro. I sjukvårdssammanhang pratar man sällan om de generella begrepp, utan fokus ligger istället på den hälsorelaterade livskvalitet, som omfattar avsaknad från fysiska och psykiska besvär samt närvaro av god fysisk, psykisk och social funktion som möjliggör vardagen. Upplevelsen av symtom samt dess konsekvenser kan dock variera mycket mellan olika individer. Livskvalitet är således en subjektiv upplevelse som bestäms av individen själv (Sjöden 2000 s. 24).

Hälsa och livskvalitet efter barnafödande

Puerperiet är den tiden från att barnet är fött till 6-8 veckor efter förlossningen och innebär stora förändringar. Under perioden återställs kvinnans genitalia, det sker en fysisk och psykisk återhämtning, bröstmjölksproduktion etableras vilket innebär en endokrin omställning för kvinnan. Vidare etableras familjen under denna period. Tiden delas in i en *tidig period* som är under 1:a veckan och *sen period* som är de följande 5 veckorna (Ellberg 2009 s. 431). Fysiska och psykiska besvär som står för normala fysiologiska förändringar är vanliga under puerperiet. Upp till 50-70% av kvinnor uppger koncentrationssvårigheter, nedstämdhet, oro och sömnsvårigheter under den första tiden (Nordström, Wiklund & Lingman 2010). Fysiska besvär som trötthet, smärta i perineum, ryggvärk och hemorrojder är inte ovanliga problem och kan anses vara normalt hos nyblivna mödrar (Glazener 1997; Schytt, Lindmark & Waldenström 2005). Mer än två tredjedelar upplever minst ett fysiskt hälsoproblem efter barnafödande (Webb et al. 2008; Schytt et al. 2005). Trötthet är ett besvär som kvarstår under längre tid. Kvinnor som rapporterar låg livskvalitet en längre tid efter förlossningen uppger att det framförallt beror på för lite egentid (Symon, MacKay & Ruta 2002).

Barnafödande leder till förändringar i den sexuella relationen och både smärta i perineum och dyspareuni är förekommande. Den sexuella hälsan kan påverkas i flera avseenden efter barnafödande. Kvinnor uppger besvär som vaginal torrhet, smärtsam penetration, smärta under samlag, smärta vid orgasm, blödning efter samlag och låg sexlust. Minst ett av dessa problem uppgavs av 80 % av kvinnor 3 månader efter barnafödande i en studie av Barrett et al. (2000).

Den endokrina omställningen som sker vid amning gör att nivåerna av hormonerna östrogen och progesteron sjunker. Det leder till torrhet i vagina vilket ger smärta vid samlag samt mindre lust för sex. Kommunikationen mellan paret är enligt Convery och Spatz (2009) en viktig komponent för att behålla sexuell tillfredsställelse i de förändringar som kan ske. I kombination med bristande sömn är den fysiska och psykiska omställningen som barnafödandet medför en stor påfrestning i parrelationen (Nordström et al. 2010).

Dyspareuni

Dyspareuni är ett tillstånd då kvinnan upplever varierande grad av smärta i samband med sexuell aktivitet. Dyspareuni kan även förekomma hos män (Lundberg 2009 s. 275) men beskrivs här utifrån kvinnans besvär. Olika studier bekräftar att problemet är vanligt förekommande fenomen hos fertila kvinnor. En amerikansk studie visade att 34 % av 30-åriga kvinnor led av någon form av smärta i samband med samlag och att hälften av dessa kvinnor alltid upplevt smärta under sitt sexuellt aktiva liv. I svenska studier har man hittills funnit att samlagssmärta förekommer hos ca 5-7%. Dyspareuni kan ha olika ursprung, exempelvis bristande lubrikation, infektioner inklusive sexuellt överförbara sjukdomar, inflammatoriska tillstånd som endometrios och spänningstillstånd i lilla bäckenet (Hellström 2009 ss. 331, 336; Rådestad & Häggström-Nordin 2009 s. 625-626).

Smärta i perineum samt smärtsamma samlag är ett ännu vanligt problem för kvinnan efter barnafödande. Kvinnor som besvärar av smärtsamma samlag rapporterar att de åsidosätter sexlivet på grund av smärtorna. Dyspareuni är ett problem som kan kvarstå och på så sätt påverka kvinnans sexuella hälsa upp till flera månader postpartum. Kvinnor rapporterar lägre frekvens av sexuell aktivitet efter förlossningen jämfört med före och bland annat dyspareuni angavs som en av orsakerna till minskad sexuell aktivitet i en studie av Barret et al. (2000). Förlossningssätt har visat sig påverka frekvensen av dyspareuni upp till 3 månader postpartum och kvinnor som fött vaginalt, framförallt vid instrumentella förlossningar drabbas i högre grad (Barret et al. 2000, Kennedy, Turcea & Bradley 2009; Klein et al. 2009). Däremot har man inte sett något samband mellan besvär av dyspareuni och förlossningssätt efter 6 månader. Om kvinnan tidigare besvärats av dyspareuni eller om hon fortfarande ammade efter 6 månader, var besvären mera förekommande. Om kvinnan tidigare drabbats av smärtsamma samlag var risken 4 gånger så stor att åter drabbas (Barret et al. 2000).

PROBLEMFORMULERING

Mer än 90 000 kvinnor föder barn i Sverige varje år genom en vaginal förlossning och de allra flesta får en bristning i perineum. I barnmorskans arbetsuppgifter ingår att bedöma bristningsgraden samt suturera perinealbristning av grad 1 och 2. Komplikationer efter en bristning av grad 3 och 4 har diskuterats flitigt under ett antal år men mindre fokus har varit på de betydligt vanligare bristningarna av grad 1 och 2.

SYFTE

Syftet är att utifrån den vetenskapliga litteraturen undersöka vilka komplikationer som kan uppstå efter en perinealbristning grad 1 och 2 samt beskriva hur besvären från en bristning påverkar kvinnans livskvalitet. Syftet är också att studera om valet av sutureringsmetod har något samband med förekomsten av komplikationer.

METOD

Metodval

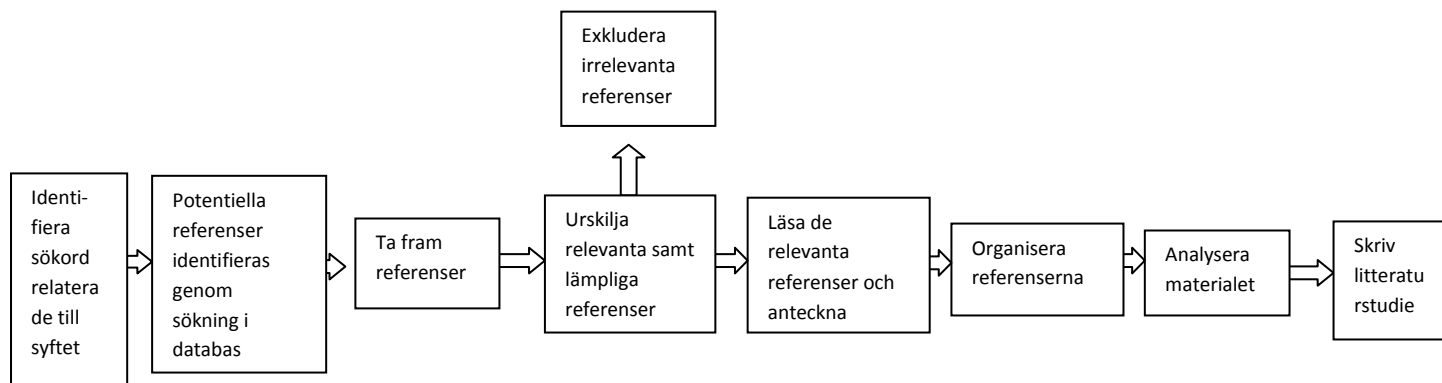
En systematisk litteraturstudie genomfördes. Artiklar som inkluderats har värderats, granskats kritiskt och tolkats. Som stöd i att utföra en systematisk litteraturstudie har vi använt boken ”Att göra systematiska litteraturstudier” av Forsberg & Wengström (2003).

Metodbeskrivning

Vi valde att genomföra en litteraturstudie för att systematiskt och objektivt analysera, kritiskt granska och sammanställa det som finns beskrivet i litteraturen om perinealbristning av grad 1-2 och som besvarar vårt syfte (Forsberg & Wengström 2003; Polit 1999). Utifrån syftet har relevant forskning identifierats, valts, värderats och analyserats. Resultatet bygger på artiklar publicerade i vetenskapliga tidsskrifter. Antalet studier som har inkluderats har varit beroende på våra inklusionskriterier.

Genomförandet av vår systematiska litteraturstudie har varit ett arbete i flera steg.

Arbetsgången har baserats på en modell av Polit & Beck (2001) (se figur 2), där man initialt identifierar sökord relaterat till syftet, identifierar potentiella referenser, tar fram lovande referenser och utifrån det urskiljer relevanta och lämpliga referenser samt förkastar de olämpliga. Den litteraturen vi ansåg vara relevant lästes, granskades, organiserades samt analyserades och sammanställdes slutligen till en litteraturstudie.



Figur 2. Arbetsgång enligt modell av Polit & Beck (2001).

Sökord

Sökord som användes var: Obstetric complications, lacerations, perineal tears, perineal trauma, perineal injury, post partum, problems, complications, quality of life.

Datainsamling

Artiklar söktes i databasen Pub Med. En matris över relevanta artiklar upprättades och resultatet sammanfattades i tabeller. Utifrån titelns relevans för syftet i vår studie lästes vidare abstrakten. Om abstraktet ansågs motsvara syftet med vår litteraturstudie, valdes artikeln ut och lästes i sin helhet. Manuell sökning via databaser utfördes också genom framtagna artiklars referenslistor, och inkluderades då dessa ansågs relevanta för studien.

Tabell 1. Sökstrategier med databas, sökord, träffar och inkluderade artiklar.

2011-04-04

Databas	Sökord	Träffar	Dubbelträffar	Inkluderades
Pubmed	Perineal lacerations degree 2 AND complications	40	0	1
Pubmed	Perineal tears AND complications postpartum	31	0	2
Pubmed	Perineal tears AND problems postpartum	3	0	1

Pubmed	Perineal tears AND sexual health	5	2	2
Pubmed	Perineal lacerations AND sexual health	4	0	1
Pubmed	Perineal trauma AND complications postpartum	66	4	8
Pubmed	Perineal injury AND complications postpartum	35	3	3
Pubmed	Quality of life AND perineal lacerations	4	0	0
Pubmed	Quality of life AND perineal tears	7	0	0
Pubmed	Quality of life AND perineal trauma	26	0	0
Artiklar funna via related articles			0	4
Artiklar funna via framtagna artiklars referenslistor			2	5

Inklusions- och exklusionskriterier

Artiklarna som inkluderades i litteraturstudien skulle vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter mellan 2001 och 2011, samt finnas tillgängliga i fulltext. Artiklarna skulle finnas publicerade på svenska eller engelska. Innehållet i artiklarnas resultat skulle hjälpa till att besvara syftet med vår studie. De artiklar som enbart studerade sfinkterskador exkluderades. Slutligen valdes 16 artiklar ut för vidare granskning.

Granskning av artiklar

Litteratur som valdes ut värderades kritiskt och granskades med hjälp av protokoll för kvalitetsgranskning i "Evidensbaserad Omvårdnad" av Willman & Stoltz (2002), se bilaga 1. Frågorna i protokoll användes som stöd och tyngdpunkten vid granskningen var om studiens utförande var väl beskrivet samt om huvudfynden i resultatet tolkades vara generaliserbara.

Vi granskade artiklarna var för sig oberoende av varandra, för att därefter jämföra och diskutera resultaten av granskningen.

Analys av material

De granskade artiklarna som uppfyllde våra kvalitetskrav, analyserades av författarna på var sitt håll för att därefter jämföras och diskuteras. Återkommande teman identifierades och sammanställdes till ett resultat.

Etiska överväganden

Inga etiska överväganden har förekommit i vår studie, då vi genomfört en litteraturstudie. De granskade artiklarna som vi inkluderat i vår studie har alla haft ett etiskt godkännande.

RESULTAT

Vid granskningen av artiklarna fann vi flera återkommande teman om komplikationer efter perinealbristningar av grad 1 och 2. Dessa teman presenteras nedan i tabellerna 1-6.

Komplikationer i form av inkontinens, smärta i perineum, dyspareuni, påverkan på sexuell aktivitet samt funktion kan förekomma efter grad 1 och 2 perinealbristning.

Inkontinens

Perinealbristning av grad 1-2 har inte rapporterats vara en bidragande orsak till inkontinens varken urin-, anal-, eller fecesinkontinens (Leeman, Rogers, Greulich & Albers 2007; Rogers, et al. 2007a; Rogers, Leeman, Manocchio & Albers, 2007b; Schytt, Lindmark & Waldenström 2004). Oavsett om bristningen var av liten eller stor grad fanns inte någon ökad risk för varken urin-, eller analinkontinens 3 månader postpartum. Avföringsinkontinens förekom dock i högre grad hos kvinnorna med perinealbristning grad 1-2 än vad artikelförfattarna förväntat sig. Detta ansågs kunna bero på felaktigt diagnostiserad bristningsgrad och möjligen hade flera sfinkterskador underdiagnostiserats och angetts som bristning av grad 1-2 (Leeman et al. 2007). Schytt et al. (2004) visade i sin studie att perinealbristning grad 1-2 bristning ökade risken för ansträngningsinkontinens postpartum men bara hos omföderskor. Även om 22 % hade ansträngningsinkontinens 1 år efter förlossningen så hade en mycket liten del av kvinnorna i studien svåra eller mycket svåra besvär. Andra riskfaktorer var multiparitet, hög ålder, fetma, obstipation postpartum, urininkontinens under graviditeten samt besvär av ansträngningsinkontinens upp till 8 veckor postpartum. Slutligen har man inte funnit något samband mellan sutureringsmetod och inkontinensbesvär (Leeman et al. 2007).

Tabell 1. Inkontinens som komplikation till perinealbristning grad 1 och 2.

Författare (år)	Syfte	Design	Tidpunkt	Urval (n=)	Resultat	Slutsats
Rogers, Leeman, Kleyboecker, Pukite, Manocchio & Albers (2007a)	Studera huruvida skada efter vaginal förlossning är korrelerat med urininkontinens upp till 3 månader postpartum.	Kvantitativ kohortstudie	6 veckor och 3 månader postpartum.	n= 436	Urininkontinens förekom hos 27 % av kvinnorna och de som hade en skada i främre regionen hade en lägre tendens till urinläckage.	Bristning ansågs inte vara relaterat till urininkontinens postpartum.
Rogers, Leeman, Migliaccio & Albers (2007b)	Hur bristningar i perineum påverkar bäckenbottens funktion avseende perineal smärta, inkontinens samt intima relationen.	Kvantitativ prospektiv kohortstudie	6 veckor och 3 månader postpartum.	n= 444	Urin- och analinkontinens förekom hos 27 % respektive 24 % av kvinnorna, 6 % besvärades av avföringsinkontinens.	Ingen skillnad avseende urin- eller och anal inkontinens vid 3 månader postpartum om bristningen var av liten eller stor grad.

Författare (år)	Syfte	Design	Tidpunkt	Urval (n=)	Resultat	Slutsats
Schytt, Lindmark & Waldenström (2004)	Förekomst samt kvinnornas upplevelse av ansträngningsinkontinens 1 år efter barnafödande.	Kvantitativ kohortstudie	Graviditetsvecka 16, 2 månader samt 1 år postpartum.	n= 2390	Av alla kvinnor rapporterade 22 % besvär av ansträngningsinkontinens vid 1 år postpartum och 2 % uppgav mycket svåra besvär.	Samband mellan grad 1-2 bristning och ansträngningsinkontinens men bara för omföderskor.
Leeman, Rogers, Greulich & Albers (2007)	Bäckenbottens funktion hos kvinnor med suturerad/osuturerad grad 2 bristning samt intakt perineum.	Kvantitativ kohortstudie	6 veckor och 3 månader postpartum	n= 172	Vid 3 månader postpartum kunde ingen skillnad påvisas mellan suturerad/osuturerad grad 2 bristning avseende inkontinens (anal, feces, urin).	Artikelförfattarna diskuterar nyttan med suturering r/t komplikationer.

Smärta i perineum

Grad av bristning samt val av sutureringsmetod kan ha betydelse för kvinnans upplevelse av smärta i perineum upp till en tio dagar postpartum (Andrews, Thakar, Sultan & Jones, 2008; Kindberg, Stenhouwer, Hvidman & Henriksen 2008; Leeman et al. 2007; Macarthur & Macarthur 2003). Kindberg et al. (2008) fann att kvinnor som suturerats med enstaka suturer upplevde smärta i perineum i högre utsträckning än kvinnor som suturerats med fortlöpande teknik. Vid jämförelse om grad 2 bristning suturerades eller lämnades osuturerad eller om perineum var intakt hade betydelse ur smärtsynpunkt för kvinnan visade Leeman et al. (2007) i sin studie att de kvinnor som suturerats använde smärtlindring i högre grad under sjukhusvistelsen, än kvinnor där man lämnat bristningen osuturerad, smärtupplevelsen rapporterades vara densamma. Även Andrews et al. (2008) fann att kvinnor med grad 2 eller större bristning använde smärtlindring i högre utsträckning än de med grad 1 bristning eller intakt perineum under de första 5 dagarna postpartum.

Macarthur och Macarthur (2003) fann att kvinnor med bristning grad 1-2 besvärades av smärta i högre grad upp till 1 vecka postpartum jämfört med kvinnor med intakt perineum.

Fleming, Hagen och Niven (2003) och Valenzuela et al. (2008) såg inget samband avseende smärta och val av sutureringsmetod upp till 10 dagar postpartum. Förekomsten av smärta i perineum efter en grad 1-2 bristning var lika oavsett om den suturerats fortlöpande, med enstaka stygn eller lämnats osuturerad. Långsiktiga besvär av perinealsmärta relaterat till bristningsgrad och sutureringsmetod upp 1 år postpartum kunde inte påvisas (Andrews et al. 2007; Fleming et al. 2003; Grant et al. 2001; Kindberg et al. 2007; Leeman et al. 2007; Macarthur & Macarthur 2003; Rogers et al. 2007a; Valenzuela et al. 2008). Efter 6 veckor hade sutureringsmetod ingen betydelse för grad av perinealsmärta. Däremot fanns en skillnad i läkningsprocessen och kvinnor som lämnats osuturerade hade sämre läkning jämfört med de som suturerats (Fleming et al. 2003). Grant et al. (2001) fann i sin uppföljningsstudie att val av sutureringsmaterial hade påverkan på kvinnans känsla av perineum, där kvinnor som suturerats med polyglaktin upplevde att perineum ”kändes annorlunda” lägre utsträckning än dem som suturerats med kromisk catgut. Fortlöpande sutureringssteknik verkar vara mera kostnadseffektiv än suturering med enstaka suturer (Valenzuela et al. 2008; Kindberg et al. 2007).

Tabell 2. Smärta i perineum som komplikation till perinealbristning grad 1 och 2.

Författare (år)	Syfte	Design	Tidpunkt	Urval (n=)	Resultat	Slutsats
Rogers, Leeman, Migliaccio & Albers (2007b)	Hur bristningar påverkar bäckenbottens funktion avseende smärta i perineum, inkontinens och den intima relationen.	Kvantitativ kohortstudie	6 veckor och 3 månader postpartum	n= 444	Efter 3 månader uppgav 10 % av kvinnorna att de hade smärta i genitalia, flertalet av dessa angav att smärtan var mild och inte krävde smärtlindring.	Ingen skillnad 3 månader postpartum om bristningen var av liten eller stor grad avseende smärta i perineum.
Leeman, Rogers, Greulich & Albers (2007)	Bäckenbottens funktion postpartum hos suturerad/ osuturerad grad 2 bristning samt intakt perineum.	Kvantitativ kohortstudie	6 veckor och 3 månader postpartum	n= 172	De som suturerats använde smärtlindring i högre grad än de som inte suturerats och intakta gruppen, men smärtupplevelsen uppgavs att vara den samma.	De som suturerats använder smärtlindring i högre utsträckning. De med intakt perineum hade lägre grad av smärta postpartum än de med grad 2 bristningar.
Andrews, Thakar, Sultan & Jones (2007)	Studera förekomsten av dyspareuni och smärta i perineum utifrån grad av bristning.	Kvantitativ prospektiv studie	1 respektive 5 dagar samt 7 veckor postpartum	n= 209	1/3 hade behov av smärtlindring upp till 5 dagar postpartum oavsett bristningsgrad. Dag 1 och 5 hade de med intakt perineum/grad 1 bristning mindre behov av smärtlindring än de med grad 2 eller större.	Grad 2 bristningar tenderade ge lägre grad av smärta vid 5 dagar postpartum än perineotomier. Smärtan beskrevs både i vila samt i rörelse. Vid 7 veckor hade ingen behov av smärtlindring.

Författare (år)	Syfte	Design	Tidpunkt	Urval (n=)	Resultat	Slutsats
Fleming, Hagen & Niven (2003)	Jämföra om suturering av bristning grad 1-2 gör någon skillnad i utkomst jämfört med att lämna bristningen osuturerad.	RCT	1 respektive 10 dagar samt 6 veckor postpartum	n= 74	Ingen skillnad kunde ses mellan grupperna avseende smärta eller användning av smärtlindring oavsett mätmetod (VAS resp. Mc Gill pain questionnaire).	Skillnad i läkning 6 veckor postpartum, de som lämnats osuturerade hade en sämre läkning än de som suturerats.
Valenzuela, Puente, Valero, Azorin, Ortega & Guijarro (2008)	Jämföra fortlöpande samt enstaka sutureringssteknik vid grad 2 bristning samt episotomier.	RCT	2 respektive 10 dagar samt 3 månader postpartum	n= 445	Vid jämförelsen kom författarna fram till att ingen skillnad kunde ses ur smärtsynpunkt hos kvinnorna upp till 3 månader postpartum.	Ingen skillnad på smärta i samband med aktiviteter, exempelvis: vila, rörelse eller vid urinering samt defekation.
Kindberg, Stehouwer, Hvidman & Henriksen (2007)	Jämföra enstaka och fortlöpande suturteknik vid bristning upp till grad 2.	RCT	24-48 h, 10 dagar samt 6 månader postpartum	n= 395	Av de som suturerats fortlöpande rapporterade 33 % smärta i perineum 24 h-10 dagar postpartum jämfört med 37 % av de som suturerats enstaka suturer. Vid 10 dagar upplevde 24 % som suturerats med fortlöpande teknik respektive 28 % med enstaka suturer mild smärta, 2 % resp. 1 % i grupperna upplevde svår smärta.	Val av suturteknik har en liten betydelse för smärta i perineum postpartum. Vid 6 månader postpartum sågs ingen skillnad i smärta oavsett suturteknik.

Författare (år)	Syfte	Design	Tidpunkt	Urval (n=)	Resultat	Slutsats
Grant, Gordon, Mackrodat, Fern, Truesdale & Ayers (2001)	Följa upp en tidigare undersökt grupp angående olika suturerings-teknik samt materials påverkan på läkningsprocessen.	RCT	Upp till 1 år postpartum (tidigare studie upp till 3 månader)	n= 793	Obehag samt generell smärta i perineum sågs hos 7 %. De osuturerade rapporterade 30 % obehag samt att området i perineum ”kändes annorlunda” jämfört med de som suturerats (40 %). De som suturerats med polyglactin upplevde att perineum kändes annorlunda i lägre utsträckning jämfört med de som suturerats med kromisk catgut.	Tvåstegssuturering, där huden lämnats osuturerad minskade risken för att perineum upplevdes annorlunda jämfört med innan förlossningen. Även lägre grad av smärta rapporterades.
Macarthur & Macarthur (2003)	Att studera sambandet samt betydelsen av perineal trauma och frekvensen av smärta i perineum efter en vaginal förlossning.	Kvantitativ prospektiv kohort studie	1 respektive 7 dagar samt 6 veckor postpartum.	n= 444	Dag 1 upplevde 95 % av de med grad 1 och 2 bristning smärta i perineum jämfört med 75 % av dem med intakt perineum. Dag 7 hade 60 % med grad 1 och 2 bristningar smärta, och 38 % hos de med intakt. Vid 6 veckor kunde inte någon skillnad ses mellan grupperna.	Kvinnor med en grad 1 och 2 bristning har mer smärta upp till 1 vecka postpartum men inte efter 6 veckor än kvinnor med intakt perineum.

Dyspareuni

Bristningsgrad samt val av sutureringsmetod verkar kunna ha ett samband med dyspareuni upp till 3 månader postpartum men studierna visar på motstridiga resultat. Från ett flertal studier rapporterar man att högre grad av bristning ger mer besvär än om perineum är intakt eller vid grad 1 bristning (Buhling et al. 2006; Rathfisch et al. 2010; Rogers, Borders, Leeman & Albers 2009). I en studie upplevde majoriteten av kvinnorna smärta vid första samlaget postpartum, oavsett bristningsgrad (Buhling et al. 2006). Andrews et al. (2007) och Signorello, Harlow, Chekos och Repke (2001) fann dock att bristningen inte har någon betydelse för förekomst av dyspareuni utan att andra faktorer påverkar, såsom amning och förlossningssätt. Olika anledningar till dyspareuni beskrevs av kvinnorna; smärta vid penetration, stram introitus, rädsla samt nedsatt lubrikation. Kvinnor som suturerats med polyglaktin verkar ha besvär med dyspareuni i lägre utsträckning än de som suturerats med kromisk catgut upp till 1 år postpartum (Grant et al. 2001).

Tabell 3. Dyspareuni som komplikation till perinealbristning grad 1 och 2.

Författare (år)	Syfte	Design	Tidpunkt	Urval (n=)	Resultat	Slutsats
Signorello, Harlow, Chekos & Repke (2001)	Relationen mellan perineal bristning och sexualfunktion postpartum.	Kvantitativ retrospektiv kohort studie	3 och 6 månader postpartum	n= 615	Efter 3 månader upplevdes dyspareuni hos 48 % med grad 2 bristning. Efter 6 månader uppgav 22 % dyspareuni.	Ingen skillnad i förekomst av dyspareuni relaterat till bristning. Dyspareuni 6 månader postpartum 2,5 gånger vanligare efter instrumentella förlossningar.
Rathfisch, Dikencik, Beji, Comert, Tekirdag & Kadioglu (2010)	Samband mellan perinealbristning samt dess effekter på sexualfunktion	Kvantitativ prospektiv kohort studie	3 månader postpartum	n= 55.	Kvinnor med spontan grad 2 bristning eller de som genomgått episiotomi upplevde i högre grad förekomst av dyspareuni än de med intakt perineum.	Dyspareuni mera förekommande 3 månader efter förlossningen jämfört med före graviditeten.
Rogers, Borders, Leeman & Albers (2009)	Hur grad av bristning påverkade kvinnans sexuella funktion postpartum.	Kvantitativ komperativ beskrivande studie	Upp till 3 månader postpartum	n= 326	Kvinnor med bristningsgrad 2, 3 och 4 upplevde inte i större utsträckning smärta jämfört med kvinnor med intakt perineum eller grad 1 bristning.	Ingen skillnad i förekomst av dyspareuni.
Buhling, Schmidt, Robinson, Klapp, Siebert & Dudenhausen (2006)	Förekomsten av dyspareuni hos förstföderskor relaterat till förlossningssätt.	Kvantitativ studie	Upp till 18 månader postpartum	n= 655	Vid första samlaget postpartum upplevdes smärta av hög eller låg intensitet hos 69 %. Smärta av medel eller svår grad upplevdes hos 49 %.	De utan perinealbristning eller som genomgått kejsarsnitt noterade lägre grad av smärta jämfört med de med perinealbristning eller perineotomi.

Författare (år)	Syfte	Design	Tidpunkt	Urval (n=)	Resultat	Slutsats
Andrews, Thakar, Sultan & Jones (2007)	Förekomsten av dyspareuni och perineal smärta utifrån grad av bristning.	Kvantitativ prospektiv studie	1 respektive 5 dagar samt 7 veckor postpartum	n= 209	Oavsett grad av bristning kunde ingen skillnad ses avseende dyspareuni.	Författarna undersökte även sambandet mellan förekomsten av dyspareuni samt amning och såg att detta var mera förekommande
Grant, Gordon, Mackrodat, Fern, Truesdale & Ayers (2001)	Följa upp en tidigare undersökt grupp angående olika suturerings-teknik och materials påverkan på läkningsprocessen.	RCT	Upp till 1 år postpartum (tidigare studie upp till 3 månader)	n= 793	De som suturerats med polyglaktin rapporterade dyspareuni i lägre omfattning, 32 % jämfört med dem som suturerats med kromisk catgut, 41 %. De som suturerats med polyglaktin misslyckades i lägre omfattning till smärtfritt samlag (8 % jämfört med 13 %).	Suturering med polyglaktin minskar dyspareuni på lång sikt. Tvåstegssuturering, där huden lämnats osuturerad minskar risken för dyspareuni initialt.

Sexuell aktivitet

Enligt några studier påverkar inte perinealbristning grad 1-2 kvinnans återupptagande av sexuella aktiviteter postpartum (Andrews et al. 2007; Buhling et al. 2006; Rogers et al. 2009; Rogers et al. 2007b). Signorello et. al (2001) fann dock i sin studie att bristningsgraden hade betydelse för kvinnans sexuella aktivitet vid 6 veckor postpartum och färre kvinnor med grad 2 eller större bristning rapporterade sexuell aktivitet. I genomsnitt 1 månad efter förlossning hade kvinnor med grad 1-2 bristning haft sex (Rathfisch et al. 2010). Rådestad et al. (2008) rapporterar att bristningar i vagina, perineum, sfinkter och rektum är associerat med fördröjd tidpunkt för första samlag efter förlossningen. I Sverige väntar en del kvinnor upp till 6 månader. Hälften av kvinnorna i studien hade haft sitt första samlag 2 månader postpartum. I studien av Rogers et al. (2009) hade majoriteten återupptagit sexlivet efter 3 månader. Samlagsfrekvens påverkades efter förlossningen. Samlagsfrekvensen minskade mest dramatiskt för de kvinnor som hade samlag flera gånger i veckan före förlossningen. Påverkan på samlagsfrekvens var inte relaterat till grad av bristning (Rathfisch et al. 2010). Skäl som trötthet och minskad sexlust angavs (Rogers et al. 2007b). När det gäller suturering av grad 2 bristning, kunde ingen skillnad i kvinnans sexuella aktivitet ses oavsett om bristningen suturerats eller lämnats osuturerad (Grant et al. 2001; Leeman et al. 2007).

Tabell 4. Påverkan på sexuell aktivitet efter perinealbristning grad 1 och 2.

Författare (år)	Syfte	Design	Tidpunkt	Urval (n=)	Resultat	Slutsats
Rogers, Leeman, Migliaccio & Albers (2007b)	Hur bristningar påverkar bäckenbottens funktion avseende perineal smärta, inkontinens och den intima relationen.	Kvantitativ prospektiv kohortstudie	6 veckor och 3 månader postpartum	n= 444	Efter 3 månader hade 15% inte haft sexuella aktiviteter och vanligaste anledningen till att det inte förekom var trötthet och ”upptagen med annat”, inte grad av bristning.	Bristningen har inte betydelse för sexuella aktiviteter vid 3 månader postpartum.
Signorello, Harlow, Chekos & Repke (2001)	Studera relationen mellan perineal bristning och sexualfunktion postpartum.	Retro-spektiv kohortstudie	3 och 6 månader postpartum	n= 615	Av de med grad 1 bristning hade 54% haft samlag 6 veckor postpartum, jämfört med dem som fått en grad 2 bristning (39 %) och 25 % av dem som hade grad 3 eller större bristning.	Grad 2 bristning påverkar sexuell aktivitet 6 veckor postpartum i högre grad än hos dem som har en grad 1 bristning eller ingen bristning alls.
Rogers, Borders, Leeman & Albers (2009)	Studera hur grad av bristning påverkade kvinnans sexuella funktion postpartum.	Komperativ beskrivande studie	Upp till 3 månader postpartum	n= 326	Majoriteten (85 %) av kvinnorna var sexuellt aktiva vid 3 månader och hälften hade återupptagit sexuell aktivitet vid 6 veckor. Av de 85 % sexuellt aktiva kvinnorna hade 19 % en grad 2 bristning.	Bristningsgraden (upp till grad 2) har inte samband med sexuell inaktivitet 3 månader postpartum.
Rathfisch, Dikencik, Beji,	Samband mellan perineal-	Kvantitativ prospektiv kohort-	3 månader postpartum	n= 55	I studien hade 44 % haft samlag 2 gånger i veckan innan graviditeten det	Bristningsgraden fördröjer inte sexuell aktivitet efter den första månaden. Däremot

Comert, Tekirdag & Kadioglu (2010)	bristning samt dess eventuella effekter på sexualfunktion	studie			minskades till 34 % 3 månader postpartum. En samlagsfrekvens på mer än 4 gånger i veckan före graviditeten uppgavs hos 14 % av kvinnorna, men minskade till 1 % efter 3 månader.	minskar samlagsfrekvensen. I genomsnitt hade kvinnor med grad 1-2 bristning återupptagit samlivet 30 dagar postpartum.
Buhling, Schmidt, Robinson, Klapp, Siebert & Dudenhausen (2006)	Studerade förekomsten av dyspareuni hos förstföderskor relaterat till förlossningssätt	Kvantitativ studie	Upp till 18 månader postpartum	n= 655	Efter 8 veckor hade 47 % av kvinnorna haft samlag. 6 månader postpartum förekom sexuell inaktivitet hos 3,5 % hos dem utan bristning, hos 11 % av dem med perinealbristning.	Ingen påverkan på sexuell aktivitet relaterat till bristningsgraden.
Leeman, Rogers, Greulich & Albers (2007)	Bäckenbottens funktion hos kvinnor med suturerad/ osuturerad grad 2 bristning samt intakt perineum.	Kvantitativ kohortstudie	6 veckor och 3 månader postpartum	n= 172	Vid 3 månader postpartum kunde ingen signifikant skillnad påvisas mellan grupperna avseende sexuell inaktivitet.	Att lämna en grad 2 bristning osuturerad påverkar inte sexuell aktivitet 3 månader postpartum.
Andrews, Thakar, Sultan & Jones (2007)	Förekomst av dyspareuni och perineal smärta utifrån grad av bristning.	Kvantitativ prospektiv studie	1 respektive 5 dagar samt 7 veckor postpartum	n= 209	Av alla kvinnor i studien var 40 % sexuellt aktiva vid 7 veckor postpartum, oavsett grad av bristning.	Bristningsgraden har inte samband med kvinnans sexuella aktivitet/inaktivitet 7 veckor postpartum.

Författare (år)	Syfte	Design	Tidpunkt	Urval (n=)	Resultat	Slutsats
Grant, Gordon, Mackrodat, Fern, Truesdale & Ayers (2001)	Följa upp en tidigare undersökt grupp angående olika suturerings-teknik samt materials påverkan på läkningsproce sen.	RCT	Upp till 1 år postpartum (tidigare studie upp till 3 månader)	n= 793	Ingen skillnad i sexuella aktiviteter samt tidpunkt för första samlaget mellan de som suturerats och de osuturerade. Ingen tydlig skillnad sågs mellan grupperna där olika suturmaterial använts (polyglactin 910/kromisk catgut).	Författarna lyfte upp frågan om huruvida alla okomplicerade bristningar kan lämnas osuturerade och uppmanar till vidare forskning.
Rådestad, Olsson, Nissen & Rubertsson (2008)	Om bristningar hindrar samlag under första året efter förlossningen	Kvantitativ kohortstudie	Upp till 1 år postpartum	n= 2490	Bristningar i vagina, perineum, sfinkter och rektum är associerat med förlängd tid för första samlag i upp till 6 månader postpartum, vid den tiden hade 8 % av kvinnorna inte haft samlag. Inom 1 år hade 4 % inte haft samlag.	Grad av bristning är en faktor som påverkar när samlag återupptas postpartum.

Sexuell funktion

Faktorer som nedsatt sexuell tillfredsställelse, mindre sexuell lust, minskad sexuell åtrå, minskad förmåga att uppnå orgasm och minskad lubrikation förekommer normalt hos kvinnor postpartum. Signorello et al. (2001) och Rogers et al. (2009) kunde dock i sina studier inte se något samband mellan dessa faktorer och bristningsgraden hos kvinnan. Däremot kom Rathfisch et al. (2010) fram till i sin studie att kvinnor som fått en grad 2 bristning rapporterade minskad sexuell tillfredsställelse, lust samt svårigheter att uppnå orgasm i högre utsträckning än kvinnor med mindre grad av bristning eller intakt perineum.

Suturerings teknik där grad 2 bristning antingen suturerats eller lämnats osuturerad visade inte ha påverkan på den sexuella funktionen hos kvinnorna vid 3 månader postpartum (Leeman et al. 2007).

Tabell 5. Påverkan på sexuell funktion efter perinealbristning grad 1 och 2.

Författare (år)	Syfte	Design	Tidpunkt	Urval (n=)	Resultat	Slutsats
Signorello, Harlow, Chekos & Repke (2001)	Studera relationen mellan bristning och sexualfunktion postpartum.	Kvantitativ retrospektiv kohortstudie	3 och 6 månader postpartum	n= 615	En tredjedel av kvinnorna upplevde en lägre sexuell sensation. Nästan en fjärdel upplevde att deras sexuella tillfredsställelse var sämre eller mycket sämre.	Uppkomsten av bristningen spelar ingen roll för utkomsten av kvinnans sexuella funktion. Däremot mer besvär om instrumentell förlossning genomgåts.
Rogers, Borders, Leeman & Albers (2009)	Undersöka om bristningen påverkar den sexuella funktionen.	Kvantitativ studie	3 månader postpartum	n= 326	Kvinnor med större bristning rapporterade mindre behov av beröring och smekningar än de med mindre bristning.	Perineala bristningar har inget direkt samband med sexuell inaktivitet och dysfunktion postpartum.
Rathfisch, Dikencik, Beji, Comert, Tekirdag & Kadioglu (2010)	Studera samband mellan bristning samt dess eventuella effekter på sexualfunktion	Kvantitativ prospektiv kohort studie	3 månader postpartum	n= 55	Minst ett sexuellt problem så som minskad sexuell åtra, upphetsning, lubrikation, förmåga att nå orgasm samt låg sexuell tillfredsställelse rapporterades mera förekommande.	Kvinnor som fått grad 2 bristning eller perineotomi hade lägre sexuell lust, sämre förmåga att uppnå orgasm, lägre grad av sexuell tillfredsställelse.
Leeman, Rogers, Greulich & Albers (2007)	Bäckenbottens funktion hos kvinnor med suturerad/ osuturerad grad 2 bristning samt intakt perineum.	Kvantitativ kohortstudie	6 veckor och 3 månader postpartum	n= 172	Ingen skillnad kunde påvisas avseende sexuell funktion.	Val av sutureringsmetod påverkar inte sexuell funktion efter 3 månader.

Livskvalitet

Bara en studie rapporterar livskvalitet som utfallsmått efter perinealbristning. Kvinnor som drabbades av urininkontinens postpartum rapporterade en försämrad livskvalitet.

Tabell 6. Påverkan på kvinnans livskvalitet efter perinealbristning grad 1 och 2.

Författare (år)	syfte	Design	Tidpunkt	Urval (n=)	Resultat	Slutsats
Rogers, Leeman, Migliaccio & Albers (2007b)	Hur bristningar i perineum påverkar bäckenbottens funktion avseende perineal smärta, inkontinens och den intima relationen.	Kvantitativ prospektiv kohortstudie	6 veckor och 3 månader postpartum	n= 444	Av kvinnorna uppgav 13 % att urininkontinensen påverkade livskvaliteten, att det hade en negativ effekt, deltagarna blev inte tillfrågade hur analinkontinensen påverkade livskvaliteten.	

DISKUSSION

Metoddiskussion

En systematisk litteraturstudie genomfördes för att sammanställa tidigare forskning om konsekvenser av perinealbristning av grad 1-2. Val av litteraturstudie ansågs lämpligast för att kunna besvara syftet med vår studie. Vi ansåg att den valda metoden var rätt angreppssätt och gav oss det mest överskådliga sättet att granska det stora materialet (Holme & Solvang 1996, ss 36,75). Styrkan med en litteraturstudie är att det valda ämnet relateras till den sammantagna, aktuella forskningen och ger därmed den bästa evidensen (Forsberg & Wengström 2003). Valet av metoden har gett oss en överblick av vilka besvär som kan uppkomma efter perinealbristning grad 1-2. De studier som vi har inkluderat har studerat besvär hos stora grupper kvinnor och det sammanlagda resultatet kan generaliseras, även till internationella förhållanden. Att göra en egen intervjustudie hade kunnat vara ett alternativ för att fördjupa kunskapen om hur kvinnor upplever en grad 1-2 bristning. Att göra en intervjustudie är lämpligt när det inte finns så mycket studerat kring ämnet (Cormack 1996, s 234). En sådan studie är dock mera kostsam och kräver mera tid och planering, vilket vi inte haft möjlighet till. Eftersom det redan fanns mycket publicerat inom ämnet vi valt att studera var en litteraturstudie att föredra.

En styrka i vår studie har varit att vi har granskat artiklarna helt förutsättningslöst . Vi är medvetna om att en teoretisk referensram hade kunnat användas men eftersom begreppen i de olika studierna var likvärdiga och tydliga utgick vi från dessa. Vi har sammanställt samt beskrivit de återkommande begreppen i de olika studiernas resultat som vi uppfattat som huvudpunkter för studien som artikelförfattarna i de olika studierna samlat in via intervjuer, enkäter etc. Vi valde i vår litteraturstudie att begränsa oss till studier som var publicerade de senaste 10 åren för att få fram den mest aktuella forskningen. Man kan även diskutera artiklarnas relevans relaterat till äldre data, men i granskningen ansåg vi att de artiklar vi funnit och valt att inkludera var relevanta samt kunde besvara delar eller hela vårt syfte. Äldre forskning hade troligtvis inte förändrat våra slutsatser. Sökorden som användes för litteratursökningen valdes utifrån syftet med vår litteraturstudie samt genom att litteratur inom området lästes. Andra sökord och synonymer kunde ha gett ytterligare träffar och därmed påverkat resultatet. De artiklar som inkluderades i studien skulle finnas tillgängliga på

svenska eller engelska vilket kan ha påverkat resultatet. Om ytterligare språk inkluderats, kunde fler artiklar påträffats och inkluderats vilket kunde ha ändrat resultatet. Våra sökningar resulterade i 20 artiklar som lästes och det var slutligen 16 artiklar som valdes ut och granskades. Artiklarna och dess tillförlitlighet granskades av författarna var för sig, för att vidare jämföras och diskuteras. Som stöd i granskningen användes frågor ur protokoll för kvalitetsgranskning i "Evidensbaserad Omvårdnad" av Willman & Stoltz (2002), se bilaga 1, vilket visade sig fungera väl. De artiklar som granskades, uppfattades som tillförlitliga och relevanta för vår studie av båda författarna. Alla teman och begrepp som framkom i de granskade artiklarna valdes att redovisas i vårt resultat.

Artikelförfattarna definierade bristningsgraderna och komplikationerna på likvärdiga sätt, vilket underlättade när slutsatser skulle dras. Flertal av studierna är dock utförda olika tidpunkt postpartum, vilket har försvårat när slutsatser skulle dras. Vi har därför valt att se komplikationer på kort och på lång sikt.

Resultatdiskussion

Studier avseende perinealbristningar samt dess påverkan på kvinnan postpartum är välbeforskat ämne, men de flesta studier berör bristningsgrader av högre grad än grad 1 och 2, dvs. sfinkterskador och komplikationer därefter. Vi valde dock i vår studie att exkludera dessa studier som enbart studerade bristningar av grad 3 eller högre och har istället fokuserat på grad 1-2 bristningar som barnmorskan är ansvarig för att bedöma och suturera.

Besvär i form av inkontinens, perineal smärta, dyspareuni, påverkan på sexuell aktivitet och funktion är komplikationer som studerats relaterat till perinealbristningar av grad 1 och 2 men besvären har i de flesta fall upphört vid 1 år postpartum. Det sågs däremot ett samband mellan bristningsgrad 1 och 2 samt komplikationer på kort sikt (Leeman et al. 2007; Rogers et al. 2007a; Rogers et al. 2007b; Schytt et al. 2004). Detta tyder på att besvären i de flesta fall är övergående, och vi anser att det är av stor vikt kvinnans besvär uppmärksammas och att hon är väl förberedd för de fysiologiska förändringar som uppstår efter barnafödande för att hon skall ha möjlighet att känna när det normala övergår till något mera komplicerat. Detta påpekas även i Thompson, Roberts, Currie och Ellwood (2002) studie.

Många studier har visat att komplikationer i form av smärta i perineum, dyspareuni, inkontinens samt nedsatt sexuell aktivitet och funktion förekommer i högre utsträckning efter

perineotomi samt instrumentella förlossningar (Macarthur & Macarthur, 2003; Rathfisch et al. 2010; Signorello et al. 2001; Thompson et al. 2002). Det är viktigt att minimera perineotomier och de instrumentella förlossningarna med sugklocka och tång för att undvika förekomsten och graden av de ovan beskrivna komplikationerna (Glazener 1997). Eftersom instrumentella förlossningar anses ge större grad av bristning än spontana förlossningar, och därmed även ökade besvär (Glazener 1997) kan resultaten i de granskade artiklarna anses vara motsägelsefulla, då samband mellan bristningsgraden och besvären sällan påvisats. Om bristningsgraden har betydelse för besvären eller om dessa enbart orsakats av ett forcerat förlossningsförlopp kan därför diskuteras. Kejsarsnitt är ett sätt att undvika de instrumentella förlossningarna och enligt Buhling et al. (2006) är det därför viktigt att ta hänsyn till vid val av förlossningssätt. Kejsarsnitt innebär dock en rad andra allvarliga risker så som blödning, stark sjukdomskänsla och smärta i operationssåret för mamman (Thompson et al. 2002). Därför är det svårt att motivera kejsarsnitt enbart ur detta perspektiv.

Hur barnmorskan väljer att suturera grad 1-2 bristning verkar ha kortsiktig betydelse för kvinnans besvär. Även val av suturematerial har betydelse avseende kvinnans upplevelse av och smärta i perineum och dyspareuni där polyclactin (Vicryl) förespråkas framför kromisk catgut (Grant et al. 2001). Detta anser vi har liten relevans för oss i Sverige där catgut inte rekommenderas inom obstetrisk vård (Hogg 2009 s. 282). Idag används vanligen polyglukolsyra (Dexon) och polyglaktin (Vicryl) som är syntetiska, resorberbara suturer. (Hogg 2009 ss. 281-282).

I flertal studier ses smärta i perineum i högre utsträckning hos de kvinnor som suturerats än hos de som inte suturerats (Andrews et al. 2007; Kindberg et al. 2007; Leeman et al. 2007; Macarthur & Macarthur 2003). Den tydligaste skillnaden sågs i användande av smärtlindring inte smärtuppskattning (Leeman et al. 2007), men varför så är fallet diskuteras inte i artiklarnas resultat. Hos oss väckte det frågan om dessa kvinnor ändå hade mer ont. Vi har vidare diskuterat kring hur kvinnan som suturerats bemöts och möjligheten till hur dessa kvinnor tillfrågas angående behov av smärtlindring i högre utsträckning. Vi har även funderat på om barnmorskans egna kunskaper och attityder till smärta relaterat till grad av bristning kan påverka behandling av kvinnan ur smärtsynpunkt. Även kvinnans egen uppfattning avseende behov av smärtlindring skulle kunna påverkas av vetskapen om att hon har suturerats. En av barnmorskans främsta uppgifter är att främja hälsa (Berg 2009 s. 48). Då hälsa anses vara en subjektiv upplevelse och inte enbart frånvaro av sjukdom anser vi att det är av vikt att alla kvinnor bemöts och tillfrågas likartat angående smärta. Alla åtgärder

barnmorskan utför skall motiveras samt utvärderas i fortlöpande dokumentation (patientjournalagen 1985:562, SOSFS 1993:20). Barnmorskan har även ett etiskt ansvar att kunna stå till svars för sina beslut och handlingar i vård av kvinnor (ICM). Det är därför av stor vikt att barnmorskan har goda kunskaper om hur besluten om sutureringsmetoder samt hur val av metod påverkar smärtupplevelsen hos kvinnan oavsett om det är på kort, eller lång sikt (Kindberg et al. 2008).

För få studier finns gjorda för att vetenskapligt styrka om förberedelse av perineum kan minska risken för perinealbristning (Beckmann & Garrett 2009). Att vara observant på olika riskfaktorer samt att hela tiden sträva efter att förebygga perinealbristning är av stor vikt för att kvinnan skall uppleva minsta möjliga obehag postpartum både på kort och på lång sikt (Rathfisch et al. 2010). Flertal av riskfaktorer är dock svåra att förebygga, exempelvis stort barn, förstföderska och barnets bjudning.

Hos kvinnor sker normalt fysiska förändringar efter barnafödande och dessa kan leda till problem gällande sexlivet. Hur sexlivet påverkas har studerats ur flera aspekter (sexuell funktion, sexuell aktivitet och dyspareuni) och flertal studier fokuserar på kvinnans sexliv postpartum, varför även vi valt att diskutera detta i större utsträckning. Kvinnor med perinealbristning av grad 2 hade lägre sexuell lust, sämre förmåga att uppnå orgasm, lägre grad av sexuell tillfredsställelse samt besvär med dyspareuni i högre utsträckning än kvinnor med intakt perineum i upp till 3 månader postpartum (Rathfisch et al. 2001). I de allra flesta fall var problem gällande sexualiteten efter barnafödande övergående (Andrews et al. 2007; Buhling et al. 2006, Rogers et al. 2007a; Rogers et al. 2009; Signorello et al. 2001).

Bristningsgrad är enligt Rådestad et al. (2008) en faktor som påverkar när samlag återupptas postpartum. Detta resultat är motsägelsefullt då det i andra studier påvisats att perineala bristningar inte har något direkt samband med sexuell inaktivitet och dysfunktion postpartum utan att den sexuella inaktiviteten snarare beror på andra faktorer som har med de normala fysiska förändringarna att göra (Rogers et al. 2009; Signorello et al. 2001). Rathfisch et al. (2010) och Rogers et al. (2009) menar på att trötthet samt minskad sexlust är de största anledningarna till att sexlivet inte återupptas. Vad den minskade sexlusten i sig beror på kan spekuleras kring. Amning påverkar kvinnans hormonbalans postpartum och har visat sig vara en av de starkaste riskfaktorerna för dyspareuni efter barnafödande (Andrews et al. 2007; Signorello et al. 2001). De höga prolaktinnivåer följt av amning konkurrerar med det kvinnliga hormonet, östrogen som leder till låga hormonnivåer. Kvinnan drabbas då av sköra, torra slemhinnor lättare än normalt och det i sin tur leder till minskad lust, lägre sexuell

tillfredsställelse samt smärtsamma samlag (Signorello et al. 2001). En del kvinnor kan även uppleva sexuell tillfredsställelse vid amning något som kan upplevas skrämmande och kvinnan kan drabbas av skuldkänslor. Därför är det viktigt att informera samt förbereda kvinnor redan under graviditeten för de normala företeelserna som kan förekomma (Avery, Duckett & Frantzich 2000).

Även flertal psykologiska faktorer har visat ha betydelse för återupptagande av sexliv postpartum. God kommunikation mellan paret och känslan av att vara viktig för sin partner är bland annat faktorer som kan påverka den intima relationen efter barnafödande (Ahlborg & Strandmark 2006). Det kan även spekuleras i hur paret relation före graviditeten påverkar sexualiteten postpartum.

Det har visat sig att det finns behov av kunskap och information avseende de fysiska förändringarna, läkningsprocessen och sexlivet efter barnafödande. De nyblivna föräldrarna kan ha flera funderingar kring ämnet, som enkelt kan besvaras av barnmorskor (Pastore, Owens & Raymond 2007). Vi anser därför att det är av vikt att kvinnor får kunskap och information om att besvären är övergående för att undvika rädsla och orealistiska förväntningar. Att paret även får information om den hormonella påverkan som sker vid amning och hur det kan påverka samlivet, samt de fysiska förändringar som sker efter barnafödande kan vara av betydelse i relationen. Informationen kan exempelvis hjälpa paret att få en mera öppen dialog kring sexualiteten (Convery & Spatz 2009, Rogers et al. 2009). Avery et al. (2000) påpekar vikten av barnmorskans möjlighet till att informera paret om enkla knep som användning av glidmedel, lubrikationens betydelse samt olika samlagsställningar för att underlätta för kvinnan vid exempelvis dyspareuni. Vi anser likt Rogers et al. (2009) att barnmorskan skulle kunna informera paret om att sex är mer än samlag, att ömhet kan visas genom smekningar och kramar. Det kan spekuleras i om information om vad som kan förväntas kan lindra oro och öka utrymmet för samtal. Här kan föräldrautbildningen vara ett forum för information. Hur mottagliga föräldrarna är avseende dessa frågor redan under graviditeten anser vi är svårt att veta då förberedelser samt förväntningar inför själva förlossningen ofta tar en stor plats.

Kvinnan kan vara osäker på att återuppta samlivet efter barnafödande, särskilt om hon har fått en bristning. Rädsla att sutureringen skall brista kan vara en anledning. I Sverige erbjuds alla kvinnor efterkontroll 6-12 veckor efter förlossningen (Stockholms Läns Landsting 2008). Vid efterkontrollen kan kvinnan få bekräftelse på att bristningen har läkt och om hon nu kan

återuppta sitt sexliv (Olsson, Lundquist, Faxelid & Nissen 2005). Förutom samtal kring upplevelsen av graviditet och förlossning skall barnmorskan vid efterkontroll även lyfta upp tankar om föräldraskap och samlevnad (SLL 2008). Här finns även utrymme att diskutera de normala fysiska förändringar som sker efter barnafödande samt bjuda in kvinnan till samtal om hennes hälsa och sexualitet, så som hon själv vill beskriva den (Pastore et al. 2007). Genom att ställa öppna frågor till kvinnan, kan hon välja diskutera det, som känns viktigast just för henne (Schytt 2009, s. 448). Många kvinnor kan dock känna sig obekväma med att själva inleda ett samtal om sin sexualitet (Barrett et al. 2000). Vi anser att barnmorskan här har en viktig uppgift i att få kvinnan att känna sig bekväm så att hon vågar uttrycka sina frågor och funderingar.

Vår erfarenhet är att barnmorskorna sällan vet hur det gick för kvinnan efter det att hon överflyttats till BB. Under vår utbildning har det poängterats att man bör följa upp de kvinnor man förlöst och suturerat vilket vi upplever sällan gjordes under vår kliniska utbildning. Här har barnmorskan möjlighet att se det kortsiktiga resultatet. Hos oss väcktes även tanken om barnmorskor som arbetar på förlossningsavdelning får någon form av återkoppling på hur kvinnan upplevt tiden efter barnafödandet samt hur bristningen har läkt vid tiden för efterkontroll.

Påverkan på kvinnans livskvalitet relaterat till komplikationer postpartum efter perinealbristning grad 1-2 är ett dåligt utforskat område. I de artiklar vi granskat under arbetets gång, var det endast 1 av 14 (Rogers et al. 2007b) som studerat begreppet livskvalitet i samband med perinealbristning. Detta anser vi är anmärkningsvärt då kvinnan ofta drabbas av kortsiktiga komplikationer som kan påverka hennes dagliga liv och därmed även livskvalitet. Å andra sidan kan kvinnan uppleva komplikationer som en naturlig del i läkningsprocessen efter barnafödande och anser därför inte att hennes livskvalitet påverkats negativt. Det kan bara spekuleras i om påverkan på kvinnans livskvalitet kan ha betydelse för hennes välbefinnande och därmed även hennes roll som förälder och partner. I och med att endast en artikel studerat sambandet mellan bristningsgraden, komplikationer och dess påverkan på kvinnans livskvalitet anser vi att resultatet är svårt att generalisera. Livskvalitet i allmänhet efter barnafödande är ett mera utforskat ämne, där flertal författare lyfter upp frågor om kvinnans livskvalitet postpartum (Pastore et al. 2007; Symon et al. 2002).

Resultaten som de olika studierna kommit fram till avseende perinealbristning av grad 1-2 och de komplikationer kvinnan kan drabbas av anser vi är likvärdiga och kan därmed vara applicerbara inom den obstetriska vården.

Slutsatser

Resultaten från studier visar entydigt att komplikationer såsom dyspareuni och smärta i perineum kan uppstå efter en perinealbristning grad 1 och 2 men besvären är kortsiktiga. Att förebygga perinealbristning är av vikt för att kvinnan skall uppleva minsta möjliga besvär under postpartumperioden. Flertalet av artikelförfattarna poängterade vikten av vidare forskning.

Förslag till fortsatt forskning

Hur perinealbristning och de olika komplikationerna påverkar kvinnans livskvalitet nämns ytterst lite i forskningen, vilket överraskade oss. Då det har visats sig vara helt uppenbart att kvinnan upplever besvär efter barnafödande och perinealbristning borde även påverkan på hennes livskvalitet studeras närmare.

Flertal studier rapporterar att barnafödande i sig har negativ inverkan på kvinnans sexuella hälsa postpartum, därför bör flera studier studera vad som egentligen är ”normalt” och var går gränsen till de komplicerade komplikationer man talar om. Fortsatta studier bör därför fokusera på förberedelse av kvinnor som väntar barn till de fysiska förändringar som sker naturligt i samband med och efter barnafödande, samt vad dessa förändringar kan innebära för parförhållandet. Som en naturlig koppling till det forskningsområdet bör även fortsatta studier innefatta partners upplevelse av tiden postpartum.

Forskningsfokus ligger idag på de större graderna av bristningar, trots att grad 1-2 bristningar är de vanligast förekommande inom obstetrik. Vi efterlyser därför mera forskning med fokus på grad 1-2 bristningar.

Referenser

- Ahlborg T & Strandmark M (2006). Factors influencing the quality of intimate relationships six months after delivery - First-time parents' own views and coping strategies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 27(3):163-172.
- Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R & Elbourne D (1999). Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth* 26:11-7.
- Albers L, Sedler K, Bedrick E, Teaf D, & Peralta P (2005). Midwifery Care Measures in the Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial. *Journal of Midwifery Womens Health*. 50(5):365-372.
- Andrews V, Thakar R, Sultan A, & Jones P (2008). Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia- A prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 137:152-156.
- Avery M, Duckett L & Frantzich C (2000). The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous woman. *Journal Midwifery & Womens Health* 45(3):227-237.
- Barrett G, Pendsry E, Peacock J, Victor C, Thakar R & Manyonda (2000). Women's sexual health after childbirth. *British Journal Of Gynecology* 107(2):186-195.
- Beckmann M & Garrett A (2009). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma (Review) *The Cochrane Library* 2009, Issue 1.
- Berg M (2009). Kapitel 2 ur *Lärobok för barnmorskor* Kaplan A, Hogg B, Hildingsson I & Lundgren I (red.). Studentlitteratur, Lund.
- Buhling K, Schmidt S, Robinson J, Klapp C, Siebert G & Dudenhausen J (2006). Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 124:42-46.
- Convery K & Spatz D (2009). Sexuality and breastfeeding: What do you know? *The american journal of maternal child nursing*, 34:218-223.
- Den internationella etiska koden för barnmorskor; www.barnmorskeforbundet.se

Ellberg L (2009). Kapitel 10 "Den okomplicerade barnsängstiden" ur *Lärobok för barnmorskor* Kaplan A, Hogg B, Hildingsson I & Lundgren I (red.). Studentlitteratur, Lund.

Faxelid A (2001). *Lärobok för barnmorskor* Studentlitteratur, Lund.

Fleming V, Hagen S, & Niven C (2003). Does perineal suturing make a difference? The SUNS trial. *International Journal of Obstetrics and Gynecology* 110:684-689.

Forsberg C & Wengström Y (2003). *Att göra systematiska studier*. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Natur och kultur:Stockholm.

Glazener C (1997). Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104(3):330-335.

Grant A, Gordon B, Mackrodat C, Fern E, Truesdale A & Ayers S (2001). The Ipwich childbirth study: one year follow up of alternative methods used in perineal repair. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 108:34-40.

Hellström L (2009). Kapitel 32 "Gynekologiska tillstånd och sexuell funktion" ur *Sexologi* Lundberg P.O (red.) Liber:Stockholm.

Hogg B (2009). Kapitel 6 "Den okomplicerade förlossningen" ur *Lärobok för barnmorskor* Kaplan A, Hogg B, Hildingsson I & Lundgren I (red.). Studentlitteratur:Lund

Kennedy C, Turcea A & Bradley C (2009). Prevalence of vulvar and vaginal symptoms during pregnancy and the puerperium *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 105:236-239.

Kindberg S, Stenhouwer M, Hvidman L & Henriksen TB (2008). Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomized trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. *British Journal Of Gynecology An International Journal of Obstetrics and Gynecology* 115:472-479.

Klein K, Worda C, Leipold H, Gruber C, Husslein P & Wenzl R (2009). Does the mode of Delivery Influence Sexual Function after Childbirth? *Journal of Women's health* 18: 8.

Leeman L, Rogers R, Greulich B & Albers L (2007). Do unsutured Second-Degree Perineal Lacerations Affect Postpartum Functional Outcomes? *JABFM* 20:5.

Lundberg PO (2009). Kapitel 26 “Förändrad sexuell lust och förmåga” ur *Sexologi*.
Lundberg PO (red.) Liber:Stockholm.

Macarthur A & Macarthur C (2004). Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: A Prospective cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 191, 1199-204.

Marieb E (2001). *Human Anatomy & Physiology* – fifth edition. Benjamin Cummings.

Medicinska födelseregistret 1973-2009, Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn.
Assisterad befruktning 1991-2008. Socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18267/2011-3-19.pdf>

Tillgänglig 2011-04-18

Nordström L, Wiklund I & Lingman G (2010). Kapitel 8 *Puerperium: fysiologi och handläggning* ur Hagberg, H et al (red) *Obstetrik*. Studentlitteratur:Lund

Olsson A, Lundquist M, Faxelid E & Nissen E (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 19: 381-387.

Pastore L, Owens A, & Raymond C (2006). Postpartum Sexuality Concerns Among First-Time Parents from One U.S. Academic Hospital. *International Society for Sexual Medicine* 4:115-123.

Polit D & Hungler B (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*. 6 uppl. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.

Polit DF & Beck CT (2003). *Nursing research – principles and methods*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.

Rathfisch G, Dikencik B, Beji K, Comert N, Tekirdag A, & Kadioglu A (2010). Effects of perineal trauma on postpartum sexual function *Journal of Advanced Nursing* 66:12 2640-2649.

Renfrew M, Hannah, W, Albers L & Floyd E (1998). Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: A systematic review of the literature. *Birth* (25):143-160.

Rogers R, Leeman L, Kleyboecker S, Pukite M, Manocchio R & Albers L (2007a). Is anterior genital tract trauma associated with complaints of postpartum urinary incontinence? *International Urogynecology Journal* 18:1417-22.

Rogers R, Leeman L, Migliaccio L, & Albers L (2007b). Does the severity of spontaneous genital tract trauma affect postpartum pelvic floor function? *International Urogynecology Journal* 19:429-435.

Rogers R, Borders N, Leeman L & Albers L (2009). Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *Journal of Midwifery Womens Health* 54: 98-103.

Rådestad I & Häggström-Nordin E (2009). Kapitel 18 ”Ungdomars sexuella hälsa” ur *Lärobok för barnmorskor* Kaplan A, Hogg B, Hildingsson I & Lundgren I (red.). Studentlitteratur:Lund.

Rådestad I, Olsson A, Nissen E & Rubertsson C (2008). Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. *Birth* 35: 98-106.

Sachs L (1992). *Vårdens etnografi*. Almqvist & Wiksell:Malmö.

Schytt E (2009). Kapitel 11 ”Den komplicerade barnsängstiden” ur *Lärobok för barnmorskor* Kaplan A, Hogg B, Hildingsson I & Lundgren I (red.). Studentlitteratur:Lund

Schytt E, Lindmark G & Waldenström U (2004). Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth: prevalence and predictors in a national Swedish sample. *Acta Obstet Gynecology Scandinavia* 83: 928-936.

Schytt E, Lindmark G & Waldenström U (2005). Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 112: 210-217.

Signorello L, Harlow B, Chekos A & Repke J (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 184:5.881-90.

Sjödén P-O (2000). Kapitel 3 ”Livskvalitet och livskvalitetsmätning” ur Beck-Friis B & Strang P (red) *Palliativ medicin*. Liber Ab:Stockholm.

State of the Art, Handläggning av normal förlossning Socialstyrelsen, 2001.

Stockholms läns landsting (2008). Regelbok för mödravårdscentraler/MVC:

http://www.uppdragsguiden.sll.se/upload/Avtal/Auktorisering/Regelbok/Pdfer/RegelbokMVC_hela.pdf?epslanguage=sv/ tillgänglig: 2011-05-18 kl:11.07.

Symon, MacKay & Ruta (2002). Postnatal quality of life: a pilot study using the mother generated index. *Journal of advanced nursing*. 42:1 21-29

Thompson J, Roberts C, Currie M & Ellwood D (2002). Prevalence and Persistence of Health Problems After Childbirth: Associations with Parity and Method of Birth. *Birth* 29:2; 83-94.

Valenzuela P, Puente S, Valero JL, Azorin R, Ortego R & Guijarro R (2009) Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomised controlled trial. *International Journal of Obstetrics and Gynecology* 116;436-441.

Valsky D, Lipschuetz M, Bord A, Eldar I, Messing B, Hochner-Celnikier D, Yuval L, Cohen S & Yagel S (2009). Fetal head circumference and length of second stage of labor are risk factors for levator ani muscle injury, diagnosed by 3-dimensional transperineal ultrasound in primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 201: 91; 1-7.

Vårdhandboken (2010): <http://www.vardhandboken.se/Texter/Suturer-och-suturtagning/Suturtekniker-material-och-omlaggning> /tillgänglig 2011-04-29 kl 10.02

Waldenström U (2007). *Föda barn. Från naturligt till högteknologiskt*. Kristianstads boktryckeri AB.

Webb D, Bloch J, Coyne J, Chung E, Bennett I & Culhane F (2008). Postpartum physical symptoms in new mothers: their relationship to functional limitations and emotional well-being. *Birth* 35:3 179-187.

WHO http://www.who.int/topics/sexual_health/en/) tillgänglig 2011-03-31 kl 12.00.

Zetterström J (2008). Kapitel 3 "Perinealbristningar" ur *Obstetrik* Hagberg H, Marsal K & Westgren M (red). Studentlitteratur:Lund.

BILAGA 1. Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Beskrivning av studien

Forskningsmetod

RCT

CCT

Multicenter, antal center

Kontrollgrupper

Patientkaraktäristiska

Antal

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner

Ja

Nej

Intervention _____

Vad avsåg studien att studera?(Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått)

Urvalsförfarandet beskrivet?

Ja

Nej

Representativt urval?

Ja

Nej

Randomiseringsförfarandet beskrivet?

Ja

Nej

Vet ej

Likvärdiga grupper vid start?

Ja

Nej

Vet ej

Analyserade i den grupp som de
randomiserades till?

Ja

Nej

Vet ej

Blindning av patienter?

Ja

Nej

Vet ej

Blindning av vårdare?

Ja

Nej

Vet ej

Blindning av forskare?

Ja

Nej

Vet ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven?	Ja	Nej
Bortfallsstorleken beskriven?	Ja	Nej
Adekvat statistisk metod	Ja	Nej
Etiskt resonemang?	Ja	Nej
Hur tillförlitligt är resultatet?		
Är instrumenten valida?	Ja	Nej
Är instrumenten reliabla?	Ja	Nej
Är resultatet generaliserbart?	Ja	Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning)_____

Sammanfattande bedömning av kvalitet:

Bra Medel Dålig

Kommentar:_____

Granskare (sign):