

## **KVINNORS UPPLEVELSE AV EPISIOTOMI**

En kvalitativ fenomenologisk  
intervjustudie

## **WOMEN'S EXPERIENCES OF EPISIOTOMY**

A qualitative phenomenological  
interview study

Examensarbete inom huvudområdet  
Reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Avancerad nivå  
15 Högskolepoäng  
Hösttermin/Vårtermin År 2021

Författare: Micaela Ingridsdottir  
Jenny Wennberg

Handledare: Stina Thorstensson

# Sammanfattning

Titel: Kvinnors upplevelser av episiotomi: En kvalitativ fenomenologisk intervjustudie

Författare: Micaela Ingridsdottir och Jenny Wennberg

Institution: Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i Reproductiv, perinatal och sexuell hälsa, RP720A, 15 högskolepoäng

Handledare: Stina Thorstensson

Sidor: 29

Månad och år: Augusti, 2021

Nyckelord: Episiotomi, delaktighet, information, utsatthet, samtycke, barnmorska.

---

**Bakgrund:** Episiotomi är ett klipp som läggs i vagina och perineum under förlossningen, som utförs exempelvis för att skynda på förlossningen. Ingreppet utfördes tidigare rutinmässigt men har på senare år kritiserats, eftersom ingreppet orsakar många gånger onödiga problem för kvinnorna. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka kvinnors upplevelser av episiotomi eftersom det visat sig finnas sparsamt med forskning kring detta, särskilt i Sverige. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade intervjuer har genomförts med fenomenologisk metod och induktiv ansats. Informanter eftersöktes genom bekvämlighetsurval, via en grupp på sociala medier. **Resultat:** Resultatet som framkommit visar att kvinnorna har upplevt episiotomin samt omständigheterna runt omkring som mycket negativa. Kvinnorna understryker framförallt hur de upplevde att bristande kommunikation och information från personalen ledde till en känsla av att vara i en utsatt position samt att de inte upplevde sig vara delaktiga i beslutet rörande episiotomin. **Konklusion:** Kvinnorna upplevde många negativa känslor kring ingreppet och hade ingen delaktighet när beslut om episiotomi togs. Det faktum att kvinnorna inte fick någon chans att lämna sitt samtycke till ingreppet har gjort att de i efterhand har haft svårt att bearbeta händelsen.

## Abstract

Title: Women's experiences of episiotomy: A qualitative phenomenological interview study.

Department: School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Midwifery, 15 ECTS

Author: Micaela Ingridstottir and Jenny Wennberg

Supervisor: Stina Thorstensson

Pages: 29

Month and year: August, 2021

Keywords: Episiotomy, participation, information, vulnerability, consent, midwife.

---

**Background:** Episiotomy is a cut through the vagina and perineum during childbirth, which is performed, for example, to speed up labor. The procedure was previously performed routinely but has in recent years been criticized, because the procedure often causes unnecessary problems for the women. **Aim:** The aim of the study was to investigate women's experiences of episiotomy since there is little research on this, especially in Sweden. **Method:** A qualitative interview study with semi-structured interviews was conducted with a phenomenological method and an inductive approach. Informants were sought through convenience selection, via a group on social media. **Results:** The results show that the women have experienced the episiotomy and the surrounding circumstances as very negative. The women emphasize that a lack of information from the staff led to a feeling of being in a vulnerable position and not being involved in the decision regarding the episiotomy. **Conclusion:** The women experienced many negative feelings about the procedure and had no participation when the decision on episiotomy was made. Since the women did not get a chance to give their consent to the procedure it has been difficult for them to process the incident afterwards.

## **Förord**

Tack till kvinnorna som deltog i denna intervjustudie, för att ni gjorde denna studie möjlig.  
Tack även till våra handledare och medstudenter för all feedback, tips och råd.

## Definitioner och terminologi

<i>Analssfinkterskada</i>	<i>Förlossningsskada där bristning har uppstått i externa- och/eller interna analssfinktern. Klassas som grad tre eller fyra på den fyrgradiga klassifikationsskalan gällande förlossningsbristningar (Zetterström, 2014).</i>
<i>Episiotomi</i>	<i>Kallas även för perineotomi, klipp eller perinealklipp. Innebär ett klipp som läggs i vagina och perineum, för att utvidga vulva och en del av förlossningskanalen. (SFOG, 2017). I denna studie kommer begreppet episiotomi användas.</i>
<i>Infiltration</i>	<i>Bedövning som läggs inför exempelvis episiotomi om PDB inte hinns med eller som komplement till PDB. Lokalanestetika injiceras på flera olika ställen runt om i perineum med en intramuskulär nål (Edqvist, 2016).</i>
<i>Instrumentell förlossning</i>	<i>Kan vara sugklocka eller tång, används för att snabba på eller hjälpa till vid barnets framfödande (Norman et al. 2014).</i>
<i>Medicinska interventioner</i>	<i>När det normala fysiologiska förlossningsförloppet blir påverkat av medicinska faktorer, som t.ex. episiotomi eller oxytocininfusion för att skynda på förloppet, eller vid instrumentell förlossning där ex. ett kejsarsnitt görs eller tång/sugklocka används (WHO, 2018).</i>
<i>PDB (pudendusblockad)</i>	<i>När bedövningsmedel läggs vid nervus pudendus som bedövar vulva, perineum och vaginas nedre del. Läggts i samband med utdrivningsskedet under förlossning då episiotomi, sugklocka eller tång kommer användas. Samt efter förlossning inför inspektion och suturering av förlossningsskador (Abascal &amp; Jakobsson, 2016).</i>
<i>Perinealskydd</i>	<i>När barnmorskan vid utdrivningsskedet använder ena handen eller båda händerna, ena mot barnets huvud och andra handen mot perineum, för att uppnå ett långsamt framfödande samt att vävnaderna avlastas och får tid att töja sig. Med syfte att minska risken för bristning (Edqvist, 2016).</i>
<i>Perineum</i>	<i>Området mellan slidmynnings bakre del och analöppningen, även kallat mellangården (Solum, 2014).</i>
<i>Postpartum</i>	<i>Tiden efter avslutad förlossning ("Partus," 2021).</i>
<i>Påverkat foster</i>	<i>Alltför intensiva kontraktioner eller navelsträngskompression som leder till syrebrist är två faktorer som påverkar fostrets mående negativt och där förlossningen kan behöva påskyndas (Amer-Wählin &amp; Herbst, 2014). I denna studie avses ett foster som inte mår bra under förlossning och behöver förlösas snabbt.</i>

## Innehållsförteckning

INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	2
Vad episiotomi innebär och varför det praktiseras .....	2
Episiotomi - dess historia .....	3
Barnmorskans roll under förlossningens gång .....	4
Medicinska interventioners påverkan på förlossningsupplevelsen .....	4
Kvinnors och barnmorskors upplevelser kring episiotomi .....	5
Kvinnors upplevelser .....	5
Barnmorskors upplevelser.....	5
Delaktighet i vården påverkar upplevelsen .....	6
Delaktighet som teoretiskt begrepp .....	6
Kvinnors upplevelse av delaktighet - påverkan på förlossningsupplevelsen.....	6
Brist på delaktighet och inte inhämtat samtycke kan leda till obstetriskt våld.....	7
PROBLEMFÖRMULERING .....	7
SYFTE.....	7
METOD.....	8
Val av metod.....	8
Miljö .....	8
Urval .....	8
Inklusionskriterier .....	8
Datainsamling .....	9
Analys.....	9
Etiska övervägande.....	10
Tidigare erfarenhet och förståelse om episiotomi.....	11
RESULTAT .....	12
Tema 1: Flera orsaker till negativa upplevelser av ingreppet episiotomi.....	13
Att vara helt oförberedd när episiotomin lades .....	13
Att vara i en utsatt situation .....	13
Smärtsam och påfrestande suturering .....	14
Bristen på information bidrog till negativ upplevelse.....	14
Tema 2: Omständigheterna omkring påverkar upplevelsen av episiotomi .....	14
Förståelsen för behov av klipp .....	15

Att känna sig trött, orolig och frustrerad påverkar upplevelsen.....	15
Problem med sexlivet skapar frustration över tid .....	15
Kvinnorna lider av problemen efter förlossningen kopplat till episiotomin.....	16
Tema 3: Funderingar, tankar och reflektioner som uppstår i efterhand om episiotomi.....	16
Funderingar på varför episiotomin behövde göras .....	17
Att inte bli lyssnad på och att besvären efter episiotomin inte tas på allvar skapar frustration och besvikelse.....	17
Reflektioner över kvinnosyn och kvinnors rätt till självbestämmande över sina kroppar	17
Tema 4: Vad som kunde varit bättre och vad som kan förbättras .....	18
Önskade bättre information innan för att känna trygghet och beredskap .....	18
Önskan om delaktighet i beslut om episiotomi.....	18
Bra efterkontroll och uppföljning kan minska känslor av oro och utsatthet.....	19
Resultatsammanfattning .....	20
DISKUSSION.....	21
Metoddiskussion.....	21
Fördelar och nackdelar med vald metod .....	21
Studiens styrkor och svagheter .....	22
Bedömning av studiens kvalitet och dess överförbarhet.....	23
Resultatdiskussion .....	23
Den utsatta situationen, traumat och deras psykosociala ohälsa.....	24
Oro över att behöva bli klippt igen och möjlighet till förberedelse .....	25
Besvikelse över brist på information, delaktighet och personalen inte frågade om deras samtycke .....	25
Risken för större bristning samt val av förlossningsposition .....	27
Uppföljning och efterkontroll – Den viktiga postpartumtiden.....	27
Konklusion.....	29
Förslag på klinisk tillämpning .....	29
Förslag på fortsatt forskning.....	29
REFERENSLISTA.....	30
BILAGA 1 - Socialstyrelsens tabell över episiotomi, fördelat på paritet, per sjukhus och region, 2019.....	36
BILAGA 2 - Intervjuguide .....	38
ARBETSFÖRDELNING .....	39

## **INLEDNING**

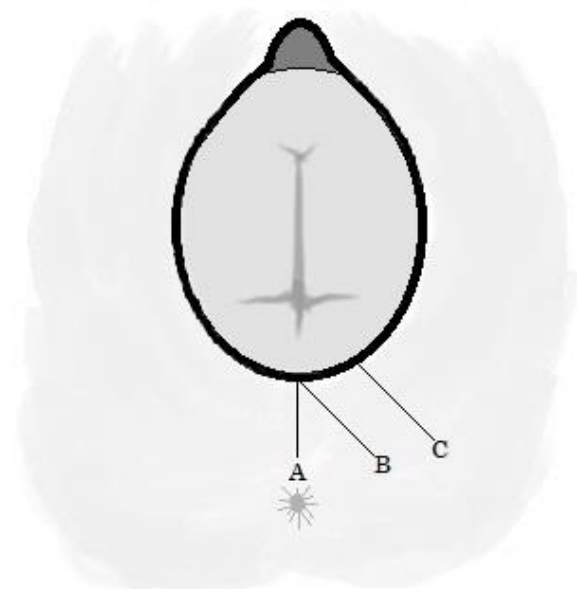
Barnmorskan ansvarar över den normala förlossningen och har en viktig roll för kvinnors delaktighet samt för vilka interventioner som tillämpas under förlossningen. Episiotomi är ett klipp som läggs i underlivet i slutet av utdrivningsfasen under förlossningen, vilket har praktiserats och praktiseras rutinmässigt än idag runt om i världen. På senare tid finns mycket forskning kring episiotomi, där både positiva och negativa aspekter lyfts fram, vilket såväl kompletterar samt ställs mot varann. Positiva aspekter kan vara exempelvis att underlätta framfödandet av ett påverkat barn och negativa aspekter där kvinnor fått ökad postpartum smärta eller inte varit delaktiga innan episiotomi utfördes. Forskningen har bidragit till ett mer restriktivt praktiserande på flera håll i världen. Vid informationssökning framkommer det att få studier har gjorts kring kvinnors upplevelser av ingreppet episiotomi. Kunskap om kvinnors upplevelser hjälper till att forma och förbättra den förlossningsvård barnmorskor arbetar inom och mer kunskap om detta kan bidra till att kvinnor får en bättre förlossningsupplevelse. Som blivande barnmorskor har vi ett stort intresse i att fördjupa oss i kvinnors möjligheter till en bättre förlossningsupplevelse, för att vi och de barnmorskor som tar del av studiens resultat ska kunna förbättra oss inom professionen. Därför har vi valt att göra en kvalitativ intervjustudie för att utforska kvinnors upplevelser av episiotomi i samband med och efter deras förlossning.



# BAKGRUND

## Vad episiotomi innebär och varför det praktiseras

Episiotomi används för att utvidga vulva och del av förlossningskanalen under förlossningen, vilket är ett klipp som läggs i vagina och perineum. De tre vanligaste typerna av episiotomi som praktiseras är mediala, mediolaterala och laterala (figur 1), där det mediolaterala klippet rekommenderas (Svensk förening för obstetrik och gynekologi [SFOG], 2017). Episiotomi medför en skada av grad 2, på den fyrgradiga klassifikationsskalan gällande förlossningsbristningar, där avklippta muskler måste adapteras väl och sutureras efteråt (Edqvist, 2016). Hersh och Emeis förklarar att episiotomi läggs genom ett enda klipp och hur det mediolaterala klippet läggs beskrivs generellt att snittet startar vid medellinjen av den bakre vaginalöppningen och riktas bort från rektum, med en vinkel mellan 40–60 grader och med en uppskattad längd på 4 cm, för att möjliggöra en adekvat öppning. Anledningar till varför episiotomi utförs kan vara när det är stor sannolikhet för uppkomst av svårare skada, könsstympad kvinna, när risk för analsfinkterskada föreligger eller kvinna med tidigare analsfinkterskada. Även vid långsam eller svår förlossning, när en instrumentell förlossning behöver underlättas eller för att påskynda en förlossning med ett påverkat foster. Risker som lyfts fram relaterat till analsfinkterskador är förstagångsföderska, vaginal födsel efter tidigare kejsarsnitt, instrumentell förlossning, oxytocinstimulerande dropp, epidural-smärtlindring, krystningsskede längre än 2 timmar, skulderdystoci, asiatiskt ursprung (Hersh & Emeis, 2020), episiotomi samt ökad födelsevikt hos foster. Vid instrumentell vaginal förlossning är episiotomi däremot en skyddande faktor mot analsfinkterruptur (Hersh & Emeis, 2020; Simic et al., 2017; van Bavel et al., 2020).



Figur 1 - Olika typer av episiotomi, som läggs i vaginalöppningen när barnet syns väl i vulva:  
A - Medial, B - Mediolateral, C - Lateral

Illustration: Micaela Ingridsdottir

## Episiotomi - dess historia

År 1742 rapporterades det första snittet i perineum, vilket utfördes utav en medicinsk tränad barnmorska. På den tiden utfördes episiotomi som en akut åtgärd för att rädda livet på barnet, dock var detta ingrepp sällsynt relaterat till infektionsrisk och avsaknad av bedövningsmedel. År 1799 rapporterades att en tysk läkare var den första som återskapade ett medialt snitt och senare år 1820 föreslog Ritgen (1811-1889) att bilaterala snitt skulle läggas vinkelrätt mot vaginalöppningen. I Frankrike omkring 1850-talet utfördes den första mediolaterala episiotomin. När aseptiken utvecklades under 1800-talet och blev vida utbredd, kunde mikroorganismer avlägsnas från moderns kropp och mödrasjukligheten minskades, som ledde till att de sista kliniska farhågorna relaterat till episiotomins risker upphävdes. Tack vare aseptiken, introducerades mediolateral episiotomi i USA, år 1851 och termen *episiotomi* användes för första gången år 1857 i en publicerad artikel. Episiotomi var mycket begränsad under 1800-talet trots dessa medicinska framsteg, men under slutet av 1800-talet förespråkade fler professionella personer en bredare användning av episiotomi. Trots nya rekommendationer påverkades föga den obstetriska praktiken på grund av flera olika faktorer. Bland annat brist på suturmaterial, oförutsägbarheten av perineala sår, synen på att födandet skulle avstå kirurgiska interventioner, läkarnas rädsla för patientmotstånd samt att medicinska auktoriteter motsatte sig detta (Clesse et al., 2019).

Omkring 1920-talet förespråkades att episiotomi skulle användas som en rutin på förstagångsmödrar, som profylax. Det förklarades vara för att minska perineala sår, mot mödra- och spädbarnssjuklighet och spädbarnsdödlighet. Det påstods även motverka gynekologiska problem såsom urininkontinens, prolaps samt att efter utförd episiotomi och reparerat perineum återgår perineum till ett stadie som innan graviditeten. Från 1930-talet och framåt, när fler förlossningar ägde rum på sjukhus, ansågs förlossning mer som en patologisk händelse samt med ett ökat kontrollbehov av osäkra händelser i förlossningsförloppet, ledde till accepterandet av episiotomi som en rutinmetod. Det mynnade ut i att episiotomi praktiserades mer generellt i USA till en början och spreds sedan över stora delar av världen, särskilt i flera västerländska länder under 60-, 70- och 80-talet. I länder som tidigare hade en selektiv syn på ingreppet blev episiotomi rutin i slutet av 80-talet. I andra delar av världen såsom Brasilien, Indien och de asiatiska länderna började rutinmässig användning av episiotomi i slutet av 90-talet. Frekvensen minskade sakta i USA fram till 80-talet, nedgången kan ha berott på; teorin om den naturliga födelsen av Read (1890-1959), av Lamazes (1881-1957) teori om psykoprofylax eller feminismens återkomst under 50-talet i USA (Clesse et al., 2019).

Under 70-talet i USA, Storbritannien och Kanada började användningen av episiotomi som rutin ifrågasättas genom att bland annat påvisa bristen av forskning som rättfärdigar denna rutin. Under de följande åren, kom flera publikationer som starkt fördömde episiotomipraktiken och den första professionella kritiken, skriven av barnmorskor, kom strax innan 1980 som följdes av artiklar skrivna av obstetiker. Utifrån forskning lyftets negativa effekter fram som associerades med episiotomi, som ödem, infektioner, ökad postpartum smärta, samlagssmärta och ökad blodförlust. Vilket följdes av utförandet av randomiserade studier samt många andra studier om episiotomins effekter som bland annat visade på att rutinmässiga episiotomier inte var motiverade. Under mitten av 1990-talet var det många som fördömde användandet av episiotomi som en rutin, bland annat av Världshälsoorganisationen (WHO), vilket ledde till en drastisk minskning av ingreppet i bland annat USA, Kanada, Storbritannien samt flertalet av europeiska länder. Andelen episiotomier fortsätter att minska år för år (Clesse et al., 2019).

Sammanfattningsvis minskar episiotomi tillämpningen i världen, mest uttalat i västvärlden, vars statistik ligger under 30%, dock ligger statistiken över 70% i många andra delar av världen

(Clesse et al., 2018). I Sverige för Socialstyrelsen årligen statistik om episiotomi, vars frekvens på totalt antal vaginala förlossningar år 2000 var 12,7%, vilket minskat till 5,5% år 2019. Det har enligt statistiken skett en gradvis minskning av ingreppet sedan år 2000 till idag. Ytterligare framkommer det även att episiotomi skiljer sig i frekvens mellan förstföderskor och omföderskor, där ingreppet utförs cirka tre gånger mer på förstföderskor jämfört med omföderskor (Socialstyrelsen, 2020).

## **Barnmorskans roll under förlossningens gång**

Det övergripande målet som lyfts fram för svensk förlossningsvård är “att med minsta möjliga ingrepp i förlossningens förlopp uppnå en frisk mor och ett friskt barn samt en positiv upplevelse av förlossningen” (Socialstyrelsen, 2001, s. 2). Enligt barnmorskans kompetensbeskrivning upprättad av Svenska Barnmorskeförbundet, ska barnmorskan ha kompetens att självständigt handlägga den normala förlossningen. Barnmorskan har kompetens att övervaka fostret samt förlossningens progress och reagera samt agera när något avviker utanför det normala. Det är också viktigt att barnmorskan ger stöd, trygghet och kontinuerlig information till den födande samt låter denne delta i allt som görs under tiden förlossningen pågår. Vid händelse av till exempel akuta tillstånd eller andra komplikationer ska barnmorskan ha kompetens att vidta de åtgärder som behövs samt konsultera andra professioner vid behov. Barnmorskan har kompetens till att vid behov utföra olika medicinska interventioner, såsom instrumentella och manuella förlossningsoperationer, assistera vid kejsarsnitt samt utföra episiotomi (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Edqvist beskriver när behov av episiotomi föreligger är det viktigt att kvinnan får information om vad som ska ske och samtycker till ingreppet, innan episiotomi läggs. Därefter ges adekvat smärtlindring i form av infiltration eller PDB. Ingreppet utförs med en vass sax och genom ett enda klipp. Direkt efter att ingreppet gjorts kan framfödandet av barnet gå fort och det är av stor vikt att barnmorskan har fortsatt gott perinealskydd och kommunikation med kvinnan för att inte riskera att en större bristning uppstår (Edqvist, 2016).

## **Medicinska interventioners påverkan på förlossningsupplevelsen**

I en jämförelse mellan sjukhus, där medicinska interventioner görs i låg respektive hög grad under en förlossning, påvisas att risken för kejsarsnitt och episiotomi är större på sjukhus där olika interventioner på förlossningsprocessen görs i hög grad (Lundsberg et al., 2020). Tidigare studier visar att när den normala fysiologiska förlossningsprocessen blir störd av medicinska interventioner påverkas förlossningsupplevelsen negativt för den födande (Çalik et al., 2018; Nystedt & Hildingsson, 2018). Kvinnor och partners med en negativ förlossningsupplevelse rapporterar att de upplevde en stor oro under förlossningen att något skulle hända med barnet samt att förlossningen satt spår i dem för resten av livet. Den negativa upplevelsen gjorde att glädjen över att föda barn blev förminskad och bidrog även till tvivel inför att skaffa fler barn. Den födande upplevde också i större utsträckning förlossningen som mycket smärtsam och hade större behov av smärtlindring än kvinnor som haft en positiv förlossningsupplevelse (Nystedt & Hildingsson, 2018). Kvinnor som haft förlossningar där medicinska interventioner har satts in rapporterar ett missnöje över att inte ha fått tillräckligt med information om vad som ska göras, samt att deras samtycke inte alltid inhämtas (Brandão et al., 2018; He et al., 2020). En positiv förlossningsupplevelse anser både födande och partner vara väldigt viktigt för att skapa en god grund inför det nya familjelivet och underlättar föräldratransitionen (Nystedt & Hildingsson, 2018).

# Kvinnors och barnmorskors upplevelser kring episiotomi

## Kvinnors upplevelser

He et al. har intervjuat kvinnor som erhållit en episiotomi under förlossning och fokuserat på deras upplevelse av ingreppet. Kvinnorna beskriver stora skillnader i läkningsprocess och smärta efter episiotomi, där en del kvinnor knappt känner av att ingreppet har gjorts medan andra har haft stora problem med framförallt smärta i många månader postpartum. Två stora problem kvinnor som erhållit episiotomi har beskrivit är svårigheter att amma, på grund av att inte kunna sitta bekvämt, samt problem att gå på toaletten (He et al., 2020). Kvinnor som erhållit episiotomi rapporterar att de fått mycket lite eller ingen information alls kring ingreppet innan det gjordes (Brandão et al., 2018; He et al., 2020). En del kvinnor upplever att ingreppet är rätt att göra om det kan skynda på förlossningsprocessen medan andra kvinnor som är mer pålästa och således har mer kunskap om ingreppet tycker att det ska undvikas. Ett flertal kvinnor berättar hur episiotomin har påverkat dem psykiskt (He et al., 2020). Forskning påvisar även att det tar längre tid för kvinnor som fått en episiotomi under förlossningen att börja knyta an till sitt nyfödda barn jämfört med kvinnor som inte gjort ingreppet (Karaçam & Eroğlu, 2003).

## Barnmorskors upplevelser

Inom modern förlossningsvård finns idag mer kunskap bland barnmorskor om andra åtgärder än episiotomi som kan hjälpa kvinnan vid framfödandet av barnet. Till exempel hur viktigt det är att kvinnan ändrar kroppsställning under förlossningen samt att spontan krystning främjas före forcerad krystning (Räisinen et al., 2008). Barnmorskor idag vet genom forskning att det finns en ökad risk för stora bristningar vid episiotomier, vilket har lett fram till att dessa ingrepp görs mer restriktivt (Röckner & Fianu-Jonasson, 1999). Det finns även mer kunskap om läkningsprocessen, som visat på att eventuella bristningar läker bättre om de uppstått naturligt än vad sår efter episiotomi gör. Många barnmorskor beskriver att de känner en stolthet i sin profession i att kunna skydda perineum från skador och avstår därför från att göra ingreppet om det inte är absolut nödvändigt. Barnmorskor berättar hur de i största mån undviker episiotomier eftersom det kan bli både psykiskt och fysiskt påfrestande för kvinnan att genomgå ingreppet (Wu et al., 2013). Situationen när ingreppet görs kan upplevas traumatisk och såret som uppstår efteråt riskerar att bli infekterat, vilket i sin tur leder till mer lidande för kvinnan (He et al., 2020; Wu et al., 2013).

Det har i studier framkommit att barnmorskor känner behov av mer utbildning kring episiotomier och varför de görs (Caroll et al., 2020; Wu et al., 2013). Nya barnmorskor lär sig ofta om ingreppet från de äldre kollegorna, vilket leder till att ingreppet fortsätter utföras rutinmässigt (Wu et al., 2013). Barnmorskor berättar att de önskar mer träning i både att bedöma om en episiotomi behöver göras och hur ingreppet utförs, även som färdigutbildade, de menar att detta är svårt att lära sig som student. Nyexaminerade barnmorskor känner sig ofta osäkra och vill gärna konsultera en äldre kollega innan beslut om episiotomi tas, medan barnmorskor med tio års yrkeserfarenhet eller mer känner sig tämligen säkra på när ingreppet behövs (Caroll et al., 2020). Vidare beskriver Wu et al. att barnmorskor nämner flera orsaker till varför ingreppet utförs där det bland annat nämns att doktorer anser det lättare att suturera efter en episiotomi istället för en bristning som uppstått naturligt. Det påvisas skillnader i ålder bland de barnmorskor som lägger episiotomier, där de äldre barnmorskorna oftare utför ingreppet. Förklaringen är att de har lärt sig under sin utbildning att ingreppet är nödvändigt framförallt hos förstföderskor och denna kunskap förlitar de sig fortfarande på (Wu et al., 2013).

## **Delaktighet i vården påverkar upplevelsen**

### **Delaktighet som teoretiskt begrepp**

Delaktighet är ett begrepp som är flertydigt, där två grundande definitioner är att *ha inflytande* samt *aktiv medverkan*. Begreppet relateras med delat beslutsfattande och medbestämmande och delaktigheten avgränsas därmed till beslut rörande ens egna liv. Integritet, autonomi och människors lika värde är andra värden nära förknippat med delaktighet. Vilket innebär att andra människor ska ses som subjekt och de ska bli sedda och lyssnade på samt tas på allvar. Genom att agera utifrån detta och skapa relationer ökar människors möjlighet till att kunna påverka hur de vill råda över sitt liv. Delaktighet är en process som kräver minst två parter som på något vis samverkar där var och en bidrar. Delaktighet är inom vårdandet ett förfaringssätt att ge plats åt patientens självbestämmande samtidigt som vårdaren tar sitt ansvar för patienten (Sandman & Kjellström, 2018). I en vårdvetenskaplig studie av Sahlsten et al. om begreppet *patientdelaktighet* har forskarna analyserat och sammanställt omfattande forskning kring begreppet. Begreppet beskrivs att patienten involveras i beslutsprocessen samt får kontroll gällande sin vård, genom att se och behandla patienter som individer vars åsikter respekteras. Det innebär även att patienten mottager information och ger vårdaren insikt i hens symtom och tankar kring sin vård. Patientdelaktighet är en integrerad del i vårdgivarens arbete, en dynamisk process som varierar över tid, som utförs med partnerskap, förståelse för individen och med stöd. Patienter och vårdare ser olika på begreppet, då patienter anser delaktighet som en positiv attityd de besitter och accepterar, ser vårdare det som något de ger patienten, de gör patienten aktiv genom individanpassad information. Forskningen sammanfattas med närvaro av alla följande kännetecken; en etablerad relation mellan patient och vårdare, delad kunskap och information, viss makt eller kontroll överläts från vårdaren samt en gemensam aktiv förbindelse vid fysiska och/eller intellektuella aktiviteter (Sahlsten et al., 2008).

### **Kvinnors upplevelse av delaktighet - påverkan på förlossningsupplevelsen**

I den etiska koden för barnmorskor fastställs det att "Barnmorskor stödjer kvinnors/familjers rätt att aktivt delta i beslut om deras val" (International Confederation of Midwives [ICM], 2014, s. 2). Det är av stor vikt för den födande att känna sig delaktig i det som händer och i beslut som tas under förlossningen. Delaktighet leder till att kvinnor under förlossningsprocessen upplever sig ha kontroll över situationen vilket senare leder till en mer positiv förlossningsupplevelse. För att ge en känsla av delaktighet krävs att en bra relation etableras mellan kvinnorna och barnmorskan, där barnmorskan respekterar den födande och dennes partner, där paret har rätt att önska vilka åtgärder som vidtas, samt kontinuerligt informeras om hur förlossningen fortlöper (Berg et al., 2012). Att ha en för kvinnan välkänd barnmorska närvarande under förlossningen har visats vara positivt utifrån många aspekter. De födande har bland annat rapporterat att det blev lättare att hantera smärtan, hade ökad känsla av att vara delaktiga i beslut, förmåga att ha kontroll över situationen samt upplevde god kontinuitet och information (Hildingsson et al., 2019). Oavsett om förlossningen är normal eller komplicerad krävs delaktighet, där brist på delaktighet kan hos kvinnan skapa känsla av att inte själv fött barn eller upplevt samhörighet med sin förlossning (Berg et al., 2012). WHO (2018) rekommenderar att barnmorskan och annan personal i förlossningsvården kommunicerar med den födande kvinnan på ett förståeligt vis för att kvinnan ska uppleva delaktighet, stöd, frihet, god integritet samt kunna ta välgrundade beslut och känna sig respekterad. Dessa och fler aspekter lyfter WHO fram som viktiga när kvinnan ska få en positiv förlossningsupplevelse.

## **Brist på delaktighet och inte inhämtat samtycke kan leda till obstetriskt våld**

En studie av Seijmonsbergen-Schermers et al. påvisar att vårdgivare i många fall anser att det inte går att låta kvinnan ha medbestämmande i allt. Även om de anser att kvinnans autonomi är av stor vikt menar de att en kvinna i slutet på en förlossning inte har möjlighet att ta in information och att vissa beslut är upp till personalen att ta. Vidare anser de att den relation som byggts upp mellan vårdgivaren och kvinnan tidigare under förlossningen bör räcka som ett samtycke till att de ingrepp som kan behövas utföras (Seijmonsbergen-Schermers et al. 2021). Däremot belyser Garcias forskning flera aspekter av obstetriskt våld och förklarar att ingrepp utförda av hälso- och sjukvårdspersonal på patienter, utan informerat samtycke eller där individen nekat till ingreppet, är obstetriskt våld. Patienter som avses är de som är gravida, föder barn, befinner sig i sin postpartumperiod, genomgår fertilitetsutredning och behandling samt mottar preventivmedelsvård. Det framkommer att inget obstetriskt våld har visat sig positivt där konsekvenser av blivit utsatt beskrivs som psykiskt trauma vilket kan visa sig som personlighetsförändring, humörstörningar, några eller alla symtom på PTSD (posttraumatiskt stressyndrom). Andra konsekvenser kan vara fysiska skador eller kommande skador på grund av rädsla för att ha kontakt med hälso- och sjukvården. Författaren menar på att beskriva och belysa obstetriskt våld är nödvändigt för att förbättra kvaliteten och öka patienters tillfredsställelse, vilket sker när vården är respektfull och delat beslutsfattande inträffar (Garcia, 2020).

Svenska lagar fastställer vikten av patientens delaktighet i vården, Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och Patientlag (SFS 2014:821) beskriver att vård ska grundas på respekt för patientens integritet och självbestämmande. Patientlagen redogör även att patienten ska få information, om exempelvis hälsotillstånd, metoder för vård och behandling, betydande risker för komplikationer, eftervård, metoder för att förhindra skada och möjlighet att välja behandlingsalternativ. Den som lämnar informationen ska försäkra sig om att patienten förstått informationen genom att anpassa informationen utifrån patientens individuella förutsättningar, att vård inte få ges utan patientens samtycke, att patienten kan närsohelst ta sitt samtycke åter, att vården ska i möjligaste mån genomföras i samförstånd med patienten samt att vården utgår från patientens individuella förutsättningar och önskemål (SFS 2014:821).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Historiskt sett har användandet av episiotomi vid förlossning förändrats, från att en rutinmässig användning av ingreppet har förespråkats, till att forskning från 70-talet och framåt visar på en mer restriktiv användning. Forskningen belyser konsekvenser som ökad postpartum smärta och förhöjd infektionsrisk vilket orsakar mer lidande hos drabbade kvinnor. Forskning från flera länder påvisar att många kvinnor som erhållit en episiotomi under förlossning har blivit dåligt informerade innan ingreppet och har därmed inte haft möjlighet att vara delaktiga i beslutet. Detta kan leda till att kvinnor känner sig exkluderade och riskerar således få en negativ upplevelse av sin förlossning. Bakom all statistik, nuvarande kunskap, rutiner och tillvägagångssätt kring episiotomi uppstår det frågor som behöver besvaras, för att skapa bättre förutsättningar för en god vård. Vilka upplevelser har kvinnor kring episiotomi, kände sig kvinnorna delaktiga i beslutet inför att episiotomi lades samt vad var deras övriga upplevelse av ingreppet. Då det finns sparsam forskning kring detta område som rör kvinnors upplevelser, särskilt i Sverige, sågs behovet av att undersöka kvinnors upplevelse av episiotomi för att bidra till mer kunskap inom detta problemområde och leda till förbättringsarbeten.

## **SYFTE**

Att undersöka kvinnors upplevelser av episiotomi.

# METOD

## Val av metod

Avsikten med denna studie var att undersöka kvinnors upplevelser av episiotomi. Därför valdes en induktiv ansats och användandet av en fenomenologisk metod, vilket ansågs adekvat utifrån studiens syfte. Losee beskriver induktiv ansats inom forskning utgår från att forskaren undersöker ett fenomen för att kunna förklara fenomenet. Från undersökningarna växer teori och förklaringar fram genom förmågan att upptäcka det som är "essentiellt" i datan, vilket kommer från de erfarna upplevelserna. För att kunna påbörja en vetenskaplig undersökning behövs kunskap om att vissa fenomen och upplevelser existerar eller att det förekommer samband mellan vissa tillstånd (Losee, 2001).

Fenomenologi är både en filosofisk och kvalitativ forskningsmetod. Fenomenologi förklarar Rosberg fokuserar på människans levda upplevelser, hans medvetande och förståelse för sin livsvärld. Där begreppet livsvärld, först utvecklad av Husserl, menas den värld som vi känner till utifrån de erfarenheter vi levt och erhållit, för att kunna förstå denna värld. Det föreligger flera olika inriktningar inom fenomenologin, där Husserl företräder den beskrivande, vilket innebär att fenomenet förklaras i ord genom att fenomenets mening upptäcks och förstås vilket ger användningsbar upplysning om människans erfarenhet. Syftet är att få fram fenomenets mening, dess essens. Husserl menar på för att fånga in rena beskrivningar av världen behöver ens förförståelse, om det som ska studeras, åsidosättas. Först behöver dock ens förförståelse medvetandegöras (Rosberg, 2017).

## Miljö

Informanterna i denna studie har rekryterats via en grupp på sociala medier, vilket innebär att informanterna befinner sig på många olika platser rent geografiskt, i Sverige. Deltagarna i denna studien som vi intervjuat kommer allihopa från olika orter i olika delar av landet, både från norra, mellersta och södra Sverige. Deltagarna är bosatta i större städer samt i mindre samhällen. Intervjuerna skedde under våren 2021. I Socialstyrelsens (2020) faktablad om statistiken, presenteras även skillnader i förekomsten av episiotomi mellan sjukhus och region i Sverige, såg ut 2019 (se bilaga 1). Exempelvis ligger region Jämtland Härjedalen högst med 10,8% och region Örebro län ligger lägst med 2,1%.

## Urval

Författarna till denna studie har använt sig av bekvämlighetsurval för att besvara studiens syfte. Bekvämlighetsurval innebär ett urval av personer som ligger nära till hand och är lättast för forskaren att rekrytera ifrån (Denscombe, 2018). Författarna har tillfrågat alla kvinnor i en grupp på sociala medier där inklusionskriterier framgår i frågeställningen, detta för att få informanter som passar in på syftet. Det var tretton stycken kvinnor som anmälde sitt intresse och hörde av sig, ett par av dessa uppfyllde inte inklusionskriterierna och några svarade inte mer efter att ett personligt informationsbrev skickats ut samt några ångrade sig på grund av tidsbrist, därav blev bortfallet sju stycken. I denna studie har sex stycken kvinnor deltagit och blivit intervjuade, där episiotomin utfördes på deras första förlossning eller andra, vilket då var deras första vaginala förlossning. Åldrarna på kvinnorna var mellan 23–48 år och deras utbildningsnivå är att alla deltagarna har studerat på universitet eller högskola.

## Inklusionskriterier

Kvinnor som erhållit episiotomi under deras förlossning, ingreppet ska skett inom de senaste sju åren samt att de måste förstå och tala svenska.

## Datansamling

På grund av rådande omständigheter kring Covid-19 pandemin har intervjuerna skett via telefon eller videolänk. Författarna till studien kontaktade varje deltagare och kom överens om en tid för intervjun som passar både intervjuperson och intervjuare samt att intervjun kunde utföras ostört.

I en intervjustudie är målet att få informanterna att få en förbindelse till sina levda upplevelser av det studerade fenomenet och få informanterna att uttrycka dessa erfarenheter i ord. Under intervjusituationen behöver forskaren ha förmåga till att sätta sig in i den andres situation och ställa frågor som gör att informanten reflekterar över fenomenet samt får tid att göra det (Rosberg, 2017). Datan i denna kvalitativa studie utgörs av semistrukturerade intervjuer, utifrån en intervjuguide (se bilaga 2) med kvinnor som genomgått episiotomi, intervjusamtalen har spelats in och transkriberat till text. Intervjuer (Bryman, 2016) av semistrukturerad typ, utgår från en intervjuguide med frågor som består av förhållandevis specifika teman som ska behandlas, där informanter får frihet att svara på sitt eget sätt. Även frågor som inte ingår i guiden kan också ställas relaterat till något som informanterna uttryckt.

## Analys

Datan från intervjuerna har analyserats utifrån Colaizzis (1978) metod för deskriptiv fenomenologisk analys som utgår från sju steg, vilket är en validerad analysmetod för fenomenologiska studier. Steg ett innebär att forskaren gör sig förtrolig med datan genom att läsa igenom informanternas uttalande gång på gång. I steg två identifieras alla uttalande som är signifikanta för fenomenet under analysprocessen. Sedan i steg tre formuleras meningar utifrån informanternas signifikanta uttalanden. Under steg fyra samlar forskaren ihop de identifierade meningarna som framkommit och skapar teman utifrån dessa, samt återgår till den insamlade data för att försäkra sig att ingen signifikant information gått förlorad. Vid steg fem utvecklas uttömmande beskrivningar av fenomenet och införlivar dessa i de teman som bildades under steg fyra. Sedan i steg sex koncentreras de uttömmande beskrivningarna ner till korta uttalanden som fångar det essentiella av fenomenet samt formulerar en struktur för fenomenet. Slutligen i steg sju delger forskaren alla informanterna den formulerade strukturen och frågar om detta fångat in deras upplevelser, utifrån informanternas feedback görs de ändringar som behövs för att validera resultatet (Abalos et al., 2016). Författarna till denna studie har noggrant följt analysprocessens alla steg och har därigenom skapat det färdiga resultatet utifrån informanternas berättelser, under analysprocessen skapades både huvudteman och underteman. Exempel på hur informanternas uttalande har analyserats, se tabell 1.

Tabell 1: Exempel på några steg av utförd analysprocess

Signifikant uttalande	Formulerad mening	Koncentrerat uttalande	Undertema	Huvudtema
Jag tror det har med kvinnors underliv liksom och hela vår sexualitet, jag tror det ligger mycket sånt som bottnar i det. Vi ska föda barn och om vi inte kan ha så bra sex sen efteråt är ju inte så himla viktigt, men det är skitviktigt.	De tror att det handlar om synen på kvinnors underliv och kvinnors sexualitet, vilken vård kvinnor erhåller. Kvinnor ska bara föda barn och det anses inte viktigt om sexuallivet efteråt är bra, men det är väldigt viktigt.	Deltagarna tror att det handlar om synen på kvinnors underliv också, kvinnor ska föda barn och det är inte viktigt om sexuallivet efteråt är bra. Men det är jätteviktigt.	Reflektioner över kvinno- och kvinnors rätt till självbestämmande över sina kroppar	Funderingar, tankar och reflektioner som uppstått i efterhand om episiotomi



## Etiska övervägande

Inom forskning som berör människor är det av stor vikt att deltagarna behandlas med respekt och att deras rättigheter inte negligeras, vilket poängteras i Helsingsforsdeklarationen. Deklarationen lyfter fram etiska principer som forskare bör förhålla sig till och understryker vikten av att värna om deltagarnas liv, hälsa, dignitet, integritet, privatliv, rätt till självbestämmande och att alla personuppgifter behandlas konfidentiellt (World Medical Association, 2013). Vidare har Vetenskapsrådet tagit fram forskningsetiska principer för användning inom det humanistiska-samhällsvetenskapliga paradigmet. Dessa principer finns för att främja god forskning som kan hålla hög kvalitet och bidra till utveckling av samhället. Inom den humanistiska-samhällsvetenskapliga forskningsgrenen måste individers rättigheter tas i beaktande vid planeringen av en studie samt att forskaren måste minska risken för att någon individ tar skada eller känner olust under datainsamling. Fyra etiska huvudkrav finns för att säkerställa trygghet, anonymitet och rättigheter hos deltagarna, vilka är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet:

- Informationskravet handlar om att deltagare i studien har rätt att på förhand få information om studien, vad deras medverkan kommer att innebära och vilka villkor som gäller för deras deltagande. Informationen ska vara tillräckligt utförlig för att täcka alla delar i studien som deltagaren berörs av och deltagaren ska utifrån denna information känna sig trygg att tacka ja till att delta om hen önskar det. Det ska även informeras om att deltagaren när som helst har rätt att avbryta studien utan att någon kommer att ifrågasätta varför.
- Samtyckeskravet handlar om deltagarnas rätt att själva bestämma huruvida de vill delta i studien. Samtycke ska inhämtas före påbörjad datainsamling. Även här ska det poängteras att deltagarna själva bestämmer över sitt deltagande och hur länge det ska pågå. Vid ett eventuellt avbrutet samarbete kan forskarna be om att få använda det hittills insamlade materialet. Det måste dock ske på ett sätt så att deltagaren inte känner sig tvingad att gå med på detta. Forskarna bör undvika att inkludera deltagare de känner personligen i studien.
- Konfidentialitetskravet handlar om att den information som samlas in behandlas konfidentiellt. Informationen aidentifieras och förvaras på en säker plats där ingen utomstående kan nå den.
- Nyttjandekravet handlar om att informationen som framkommer under studien inte får användas för något annat ändamål än till den aktuella studien. En rekommendation är att forskarna även frågar deltagarna huruvida de vill veta var studien kommer att publiceras eller om de vill ha en sammanfattning av det framkomna resultatet (Vetenskapsrådet, 2002).

Dessa etiska principer har tagits i beaktande och följts vid planering och utförande av detta examensarbete. I enlighet med informationskravet och samtyckeskravet fick de som visade intresse att delta i studien efter en första förfrågan ett informationsbrev. I brevet framgick studiens syfte och metod tydligt samt en beskrivning av vad ett deltagande innebar. Deltagaren fick i förväg även läsa de frågor som ämnades ställas vid en eventuell intervju. Information gavs också om att deltagande skedde på frivillig basis och deltagaren hade rätt att när som helst avbryta sitt deltagande utan att någon förklaring behövde lämnas. Personen lämnade sitt samtycke till att delta i studien genom att ställa upp på intervjun. Det fanns en risk att informanterna genom ett deltagande i studien kunde komma att återuppleva något de mått mycket dåligt över psykiskt. I informationsbrevet som skickades ut togs därför även denna

aspekt upp med ett uppmanande till informanterna att söka samtalskontakt om de skulle ha känt att intervjun påverkade deras psykiska välmående. Författarna till studien ansåg att det även kunde vara positivt att delta i studien eftersom informanterna fick möjlighet att tala ut om det de varit med om. Samt att informanterna kunde bidra till en förbättring av kvinnohälsovården genom att belysa sina positiva eller negativa upplevelser. Vidare följdes rekommendationerna under konfidentialitetskravet vilket innebär att all information som framkommit vid intervjuerna blivit avidentifierad och deltagarnas personuppgifter har behandlats konfidentiellt och har förvarats oåtkomligt för obehöriga, i enlighet med Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Både information och personuppgifter har efter avslutad studie raderats. I enlighet med nyttjandekravet har information som delgetts vid intervjuerna endast blivit använt till denna studie och deltagarna har fått förfrågan om de vill läsa det färdiga resultatet. Författarna till studien inkluderade inte informanter som någon av dem hade en personlig relation till.

### **Tidigare erfarenhet och förståelse om episiotomi**

Författarnas förförståelse av episiotomi är bland annat att en av författarna till denna studie har själv varit med om en episiotomi under sin förlossning vilket togs i beaktande, för att inte låta hennes förförståelse påverka utformningen av intervjufrågorna, resultatets utformning eller andra delar av examensarbetet. Innehållet i studien ska vara utifrån den bredare förståelsen kring episiotomi och inte utifrån hennes upplevelse. Vidare erfarenheter kring episiotomi har erhållits av båda författarna när de läst mycket forskning och införlivat forskningen i bakgrunden till denna studie. Förförståelsen har även breddats under utbildningen till barnmorska när författarna under deras verksamhetsförlagda utbildning på förlossningsavdelning bevittnat och vårdat kvinnor som erhållit episiotomi. I de fåtal fallen fick kvinnorna liten eller ingen information innan om att ett klipp skulle ske, dock försökte författarna informera kvinnorna om detta i de situationerna. Den förförståelse författarna hade innan och under studiens har författarna hela tiden reflekterat över tillsammans samt medvetandegjorts som sig bör enligt metoden fenomenologi.

## RESULTAT

Den fenomenologiska analysprocessen resulterade i fyra teman och fjorton underteman (se tabell 2). De fyra huvudteman som skapades var "Tema 1: Flera orsaker till negativa upplevelser av ingreppet episiotomi", "Tema 2: Omständigheterna omkring påverkar upplevelsen av episiotomi", "Tema 3: Funderingar, tankar och reflektioner som uppstått i efterhand om episiotomi" och slutligen "Tema 4: Vad som kunde varit bättre och vad som kan förbättras". I dessa teman och underteman framkommer kvinnornas upplevelser och tankar kring att ha genomgått en episiotomi, vilket inkluderar tillfället när ingreppet skedde samt tiden efteråt.

Tabell 2: Översikt över huvudteman med respektive underteman

Huvudteman	Underteman
<b>Tema 1: Flera orsaker till negativa upplevelser av ingreppet episiotomi</b>	Att vara helt oförberedd när episiotomin lades
	Att vara i en utsatt situation
	Smärtsam och påfrestande suturering
	Bristen på information bidrog till negativ upplevelse
<b>Tema 2: Omständigheterna omkring påverkar upplevelsen av episiotomi</b>	Förståelsen för behov av klipp
	Att känna sig trött, orolig och frustrerad påverkar upplevelsen
	Problem med sexlivet skapar frustration över tid
	Kvinnorna lider av problemen efter förlossningen kopplat till episiotomin
<b>Tema 3: Funderingar, tankar och reflektioner som uppstått i efterhand om episiotomi</b>	Funderingar på varför episiotomin behövde göras
	Att inte bli lyssnad på och att besvären efter episiotomin inte tas på allvar skapar frustration och besvikelse
	Reflektioner över kvinnosyn och kvinnors rätt till självbestämmande över sina kroppar
<b>Tema 4: Vad som kunde varit bättre och vad som kan förbättras</b>	Önskade bättre information innan för att känna trygghet och beredskap
	Önskan om delaktighet i beslut om episiotomi
	Bra efterkontroll och uppföljning kan minska känslor av oro och utsatthet

## **Tema 1: Flera orsaker till negativa upplevelser av ingreppet episiotomi**

I den insamlade datan från intervjuerna framkommer flera liknande berättelser och det är tydligt att upplevelsen av en episiotomi kan generera många olika känslor. Kvinnorna delger övervägande negativa upplevelser kopplat till ingreppet som framkommer i fyra underteman. Dessa handlar om att vara oförberedd när ingreppet skedde, att vara i en utsatt situation, suturering som upplevdes mycket smärtsamt samt bristande information från vårdpersonal.

### **Att vara helt oförberedd när episiotomin lades**

Deltagarna upplevde ingreppet som ett övergrepp och något de var totalt oförberedda på, samt att situationen upplevdes hemsk, traumatisk och chockartad. De berättar att efter given bedövning, hördes ljudet av att det klipps, ungefär som när någon klipper genom tjock hud och de förstod att det var deras underliv som klipptes upp. Känslan i underlivet när klippet lades var som att någon klippte i kycklingfilé beskrivs det. När barnmorskan klippte utan förvarning, kunde de reagera med ilska och svordomar och fråga vad personalen höll på med. Trots frågan om vad de höll på med kom inget svar och en annan personal i rummet flinade åt reaktionen med svordomar, vilket spädde på irritationen, de blev förbannade.

*Men det känns som ett övergrepp... på mig... det gör det faktiskt.*

### **Att vara i en utsatt situation**

Deltagarna i studien upplever att de var i en mycket utsatt position under förlossningen, att föda barn är den mest sårbara situation en kvinna kan vara i. Även fast många säger "att alla kvinnor föder barn och att det är helt naturligt", är kvinnor i vårt samhälle väldigt utsatta i just den situationen, anser kvinnorna. Det framkommer att de upplevde att personalen på förlossningssalen arbetade i ett team för sig själva, där det inte verkade finnas någon skyldighet att upplysa kvinnorna om vad som gjordes. Bland annat beskrivs att barnmorskan upplevdes mycket stressad och gav känslan av att hon tyckte att kvinnan störde henne i arbetet. De berättar även att de upplevde ingen eller mycket lite delaktighet kring beslutet att en episiotomi skulle utföras, att ingreppet bara skedde. Kvinnorna hade ingen aning om att episiotomi utfördes, det var inget de kom överens om med barnmorskan, de hade ingen möjlighet att säga ja eller nej.

*(...) det var liksom som att de hade sitt arbete och jag vara bara någon som de gjorde arbetet på, så jag liksom, det kändes inte som att de hade någon skyldighet att berätta för mig.*

Det berättas också att eftersom de som födande befann sig i en mycket utsatt situation kände de sig tacksamma att personalen gjorde sin professionella bedömning. Kvinnorna berättar även att de inte önskat för mycket möjlighet att välja huruvida en episiotomi skulle göras, men det förändrar dock inte tankarna kring hur viktigt det är att göra den som befinner sig i den utsatta situationen delaktig i vad som sker. Kvinnorna belyser en av orsakerna till varför episiotomi utfördes, vilket berodde på att barnet inte kom ut. Personalen upplyste kvinnorna noggrant om sugklocka, de lämnade sitt samtycke till att barnmorskan och läkaren fick använda sugklocka, men de lämnade inget samtycke till klipp. De upplevde att delaktigheten kring att använda sugklocka var bra, men de hade ingen tanke på att personalen skulle behöva klippa också. Kvinnorna upplever att de är utlämnade och att någon tar beslut om deras underliv utan att de är delaktiga eller har fått någon kunskap om ingreppet. Det som bidrar till deras negativa upplevelse var bristen på kontroll över sina kroppar.

## **Smärtsam och påfrestande suturering**

Det framkommer att något av de värsta de upplevde, som följderna av episiotomin, var när de skulle bli suturerade. Att först behövt kämpa länge med att föda sitt barn och sedan vara tvungen att ligga uppspärрад med benen och ha någon som fortsätter vara i ens underliv, upplevdes fruktansvärt. Kvinnorna uppfattade det som om det tog lång tid och de önskade hela tiden att sutureringen skulle sluta, men förstod samtidigt att det behövdes göras. I samband med sutureringen upplevde kvinnorna att de fick skylla sig själva för att de låg där och behövde bli suturerade. Bland annat beskrivs hur barnmorskan som suturerade var ganska barsk och sa till om att ligga still vid sutureringen utan att de först fått fullgod bedövning, det går inte att ligga still utan bedövning förklarar de. Bedövningssprayen som hade getts innan verkade inte alls, utan kvinnorna kände allt, exempelvis hur det kändes varje gång nålen stack igenom. Vidare berättar kvinnorna även att de var väldigt trötta efter förlossningen, att de inte tänkte mycket på klippet vid sutureringen. Ytterligare delges det om hur barnmorskan först hade suturerat på plats på förlossningen men då blödningen inte ville upphöra blev det flytt till operation för ytterligare suturering. Vilket blev en jobbig upplevelse för de fick bara ha sitt barn på bröstet en kort stund, som också bidrog till negativa känslor kopplade till episiotomin.

## **Bristen på information bidrog till negativ upplevelse**

Vilken kommunikation personalen hade med kvinnorna påverkade även deras upplevelse, både det som personalen kommunicerade under och efter förlossningen. Det beskrivs att barnmorskan hade varit stöttande och gett bra information fram till krystfasen, därefter blev det brist på information från barnmorskan. Kvinnorna upplevde att de inte fick någon eller mycket lite information om episiotomin innan eller under den utfördes. De berättar om att de fick misstankar när barnmorskan tog fram en stor nål och insåg att bedövning skulle ges, men ingen information gavs från barnmorskan då heller. De poängterar att deras partners inte heller fick någon information. De berättar hur de hörde att barnmorskan sagt "ska jag?" till sin kollega och att partnern hade sett att barnmorskorna nickade till varandra och sen lades klippet, inte det minsta trevligt förklarar kvinnorna. I de fall där information rörande episiotomin gavs innan ingreppet upplevdes den svår att ta in under de stressiga och påfrestande förhållanden som rådde, kvinnorna visste därför inte vad de skulle ha för åsikt kring ingreppet. De hade önskat mer utförlig information vid ett lugnare skede.

Kvinnorna upplevde att ingen information gavs om att episiotomi hade utförts efter sina förlossningar och inte heller alltid när de suturerades, eller så gavs informationen först när sutureringen skulle påbörjas. Det beskrivs att de kanske fick information när de befann sig på BB och fick patientinformationen om bristningar, där barnmorskan hade ritat streck på en bild av vagina, där skadorna hade uppstått. De berättar hur de än idag inte vet säkert varför en episiotomi behövde göras, de fick ingen information om varför ingreppet utfördes, inte om vilka eventuella problem som kan uppstå eller vad kvinnorna skulle vara uppmärksamma på, de skickades bara hem. Kvinnorna beskriver en känsla av besvikelse över att informationen varit bristfällig och upplever att de själva har fått söka svar till varför ingreppet gjordes och vad de bör tänka på efteråt. Det faktum att kvinnorna inte kände sig delaktiga i händelserna kring episiotomin samt att de fått bristfällig information har lett till att kvinnorna har upplevt händelsen svårare att bearbeta i efterhand. Det beskrivs även att idag har de bearbetat sin förlossning, men där och då var upplevelsen inte bra vilket bland annat berodde på bristen av information under utdrivningsfasen, där kommunikationen kunde ha varit bättre.

## **Tema 2: Omständigheterna omkring påverkar upplevelsen av episiotomi**

Det fanns flera omständigheter omkring kvinnorna som påverkade hur de upplevde att episiotomi utförts på dem. Omständigheterna förklaras under fyra underteman, först deras

förståelse för att ingreppet behövdes utföras, fortsättningsvis belyses omständigheterna i samband med episiotomin, sedan vilken inverkan klippet haft på deras samliv och till sist fysiska och psykiska konsekvenser som påverkar dem.

### **Förståelsen för behov av klipp**

Det finns även beskrivet att kvinnorna inte tänkte mycket på ingreppet under själva förlossningen, utan accepterade att det gjordes som en del i förlossningsprocessen. Kvinnorna berättar att fast upplevelsen av episiotomin var negativ, känner de ändå att de förstår varför ingreppet var nödvändigt. Det viktigaste för dem var att barnet skulle må bra och att de litade på personalens bedömning. Kvinnorna hade bra förtroende för och kände sig trygga med barnmorskan som bistod under deras förlossning på grund av att barnmorskan var närvarande, stödjande, snäll och trevlig. På det stora hela upplever kvinnorna att de gjort så gott de kunnat under sin förlossning, men episiotomi ingreppet hade de ingen som helst kontroll över. Innan förlossningen hade de bland annat läst på och tränat avslappning för att kunna slappna av under sin förlossning, men det blev kaos under förlossningen ändå. De anser ändå att huvudsaken var att bebisen kom ut, det är värt allt, all smärta i världen.

### **Att känna sig trött, orolig och frustrerad påverkar upplevelsen**

Kvinnorna berättar att de var mycket trötta och kände sig inte alerta på grund av att deras förlossningar var långdragna, de hade inte sovit på mycket länge. Detta påverkade upplevelsen genom att de inte tog in allt som personalen sa eller gjorde samt inte orkade bry sig om episiotomin just då. Annat som påverkade upplevelsen av episiotomin var att både under graviditet och förlossning var de rädda och oroliga att barnets skulle dö under förlossningen. När hjärtljuden försvann under förlossningen var det svårt att hämta sig från den rädslan beskriver de, trots att personalen sa att bebisen mådde bra. De ville bara att bebisen skulle komma ut, att få se med egna ögon att bebisen mådde bra. När erbjudandet om sugklocka kom kände kvinnorna att de gör vad som helst, bara barnet kommer ut. Även berättar de att de märkte av att det var mycket personal på rummet när de krystade vilket gjorde dem både oroliga och trygga, det påverkade upplevelsen av episiotomin. Vidare berättas att efter förlossningen kom en annan barnmorska eller läkare in och uttryckte att det var onödigt att de klippte, att det kanske gått utan episiotomin. Detta har bidragit till att kvinnorna upplever episiotomin som ett övergrepp, det är den känslan som uppstår nu när de reflekterar mer kring episiotomin och hur ingreppet utfördes.

De uppger även att de kände sig både arga och förnedrade när de strax efter förlossningen frågat om en sittring till sitt smärtande underliv och personalen hade gett ett hånskrattande svar och sagt att sådant inte används längre. Vidare upplevde de frustration över att inte få föda i den positionen som kändes naturlig, de blev tvingade att lägga sig på rygg trots att det kändes helt fel. De reflekterar över att deras kropp vet hur den vill föda och att barnet hade kommit ut av sig själv om kvinnorna hade fått lyssna på sin kropp och föda i den positionen som upplevdes rätt. Kanske hade de sluppit bli klippta då. De fick lita på dem som besitter kunskap om förlossning, men kvinnorna tror att barnmorskan ville ha dem på rygg för att det blev bekvämare och lättare för själva barnmorskan. Fast de vet inte, dessa tankar kan vara deras egna konstruktioner.

### **Problem med sexlivet skapar frustration över tid**

Deltagarna i studien har i efterhand fått komplikationer av ingreppet såsom smärta vid samlag. Till en början efter de fått sina barn var de tacksamma att fått sin lilla bebis, att barnet kommit ut och mådde bra, de struntade i att de hade problem efter episiotomin, som till exempel att inte kunna ha bra sex med sin partner. Denna känsla förändrades dock i efterhand när det blev tydligt

att klippet har bidragit till att skapa problem i kvinnornas sexliv. Året efter klippet skaver och blir ett besvär som de måste ta hänsyn till när de ska ha sex. De har en bra relation med sin partner men eftersom ingreppet har påverkat deras sexliv behöver de nu ha sex på ett annat sätt. Kvinnorna upplever att de bara fått lära sig att hantera problemet, men inte fått någon hjälp kring detta.

*Klippet är ett problem i mitt sexliv, för det skaver, det blir ett problem, det är ständigt där, och då får man ju lära sig att hantera det men jag har inte fått någon hjälp.*

### **Kvinnorna lider av problemen efter förlossningen kopplat till episiotomin**

Såväl fysiska som psykiska problem som uppstått efter kvinnornas förlossningar påverkar deras upplevelse av episiotomi negativt. Att förlossningen på det stora hela varit bra, men att skadorna orsakade av episiotomin har varit besvärliga ger blandade känslor. Känslorna går ihop och är svåra att skilja på, vilket påverkar hur de ser på sin förlossning idag. Kvinnorna har drabbats av olika typer av problem efter att episiotomi utförts under deras förlossning, där de misstänker, eller har fått det bekräftat, att muskler och omkringliggande vävnader inte blivit korrekt suturerade efteråt. Även om de till en början kan ha varit glada att de blev klippta så att ingen sfinkterruptur uppstod, uppstår irritation när de får bekräftat att det inte är bra suturerat. Detta har lett till att kvinnorna funderat mycket på episiotomin och sutureringen efter sina förlossningar och mer irritation uppstår ju längre tiden går. De hade ingen aning om vad ingreppet kunde orsaka.

*(...) men varför klipper de upp mig, om de inte kunde sy ihop mig ordentligt.*

Kvinnorna berättar om infektioner som uppstod till följd av suturer som släppte samt om smärta och spändhet från deras bäckenbotten. Annan problematik som lyfts fram är att de inte kan springa utan att kissa ner sig, innan de ska träna går de på toa och kissar två till tre gånger för att inte råka kissa på sig under träningen. Vidare belyser kvinnorna sina problem med spändhet och smärta i underlivet, att de har buktande slidväggar, behov av att använda "tumtricket" vid tarmtömning, eller till och med genomgå operation för att återställa funktionen och därmed kunna tömma tarmen ordentligt. Till en början trodde inte kvinnorna att de led så mycket av sina problem, men har insett att de lider. De känner att det är helt absurt att de inte fick uppföljning efter förlossningen, att bara bli sydd och ingen som kontrollerade att allt är som det ska. Ingreppet har blivit något som de förträngt, dock inser de nu att det är ett trauma för dem. Att konsekvenserna av episiotomin är "smällar man får ta", den mentaliteten är med från ens uppväxt belyser kvinnorna. Att det tog tid innan de tog tag i sin problematik påverkas av den mentaliteten, men konsekvenserna efter episiotomin har påverkat dem mycket. Tankarna kring episiotomin, sutureringen och problemen efteråt gör kvinnorna arga, att bara tänka på det gör dem förbannade och skapar starka känslor av ilska.

### **Tema 3: Funderingar, tankar och reflektioner som uppstått i efterhand om episiotomi**

Nu när de tänker på episiotomin i efterhand ger det en märklig känsla av att någon har klippt i ens underliv. Kvinnorna har reflekterat mycket kring ingreppet i efterhand, som här beskrivs i tre underteman. Dessa underteman handlar om funderingar på varför ingreppet gjordes, varför de inte får den hjälp de behöver med efterföljande komplikationer och deras tankar kring hur de besvär de fått påverkar dem i deras vardagliga liv. Slutligen deras reflektioner över kvinnans rätt till självbestämmande. Alla dessa funderingarna och reflektionerna har uppkommit som följd av episiotomin.

### **Funderingar på varför episiotomin behövde göras**

Bristen på förklaring till varför episiotomin utfördes och hur barnmorskorna kom fram till den bedömningen har gjort att det har dykt upp funderingar efteråt. Kvinnorna reflekterar i efterhand att om inte barnmorskan lagt episiotomi hade de kanske brustit hela vägen bak, fast det är inget som de fått berättat eller bekräftat att det kunde ha hänt. För det är inte så bra att spricka heller säger de. Det framkommer även att episiotomin inte förhindrade att de fick en större bristning vilket ledde till en osäkerhet kring om ingreppet verkligen behövde göras. Vidare berättar kvinnorna att de inte vet om det är myt eller sanning men fick höra att om kvinnor har ridit mycket i sitt liv, kunde det uppstå problem i samband med förlossning. Kvinnorna har reflekterat i efterhand kring eventuella orsaker till varför ingreppet gjordes, om det till exempel kan ha berott på att de födde ett stort barn, men de vet inte säkert om det var därför. De uttrycker frustration över att barnmorskor redan innan förlossningen misstänkt att barnet var stort och ansåg att de kunde fått information om att sannolikheten var högre att episiotomi kunde ske samt få samtala om ingreppet innan förlossningen. En bättre kommunikation mellan dem och barnmorskan hade skapat en större förståelse för varför ingreppet gjordes och det hade då blivit lättare att acceptera att det gjordes. Även om de hade fått sagt ja till ingreppet hade nog färre negativa känslor uppstått i efterhand tror kvinnorna.

### **Att inte bli lyssnad på och att besvären efter episiotomin inte tas på allvar skapar frustration och besvikelse**

Bland annat berättas det hur barnmorskan upptäckte att allt inte var normalt i underlivet samt bekräftade deras problematik som de delgav barnmorskan. De beskriver sin besvikelse, att i samband med besök hos specialistläkare ansåg läkaren att allt såg bra ut och att knipet var bra. Kvinnorna litar hellre på barnmorskan som upptäckte problemet än på en läkare som inte lyssnar till kvinnornas upplevelse, de känner ju av sina egna problem. Frustrationen ökar efter förlossningen för det är svårt att få hjälp med de problem som uppstått. Eftersom det är en skada som uppstått i vården, upplevs det märkligt att vården ifrågasätter de kvinnor som söker hjälp för sina problem, allt finns ju dokumenterat i journalen. Misstron från vården leder till att kvinnor som sökt hjälp och fått höra att allt är bra och normalt litar på det är så och biter ihop. De accepterar läget och påpekar inte problemet mer. Vid uppföljande kontroller upplever kvinnorna att deras underliv inte kontrolleras ordentligt utan får bara kommentaren "allt ser fint ut", som den där hashtaggen i sociala medier berättar de. Att bli klippt upplevs obehagligt och det som ökar deras irritation är att de behöver stänga sig blodiga för att ens bli lyssnade på i efterhand.

### **Reflektioner över kvinnosyn och kvinnors rätt till självbestämmande över sina kroppar**

Kvinnorna reflekterar över hur de mentala besvär och fysiska problem som kan uppstå kan påverka en kvinna resten av livet. Det är mycket viktigt att kroppen inte bara fungerar rent tekniskt, såsom att kunna gå på toaletten, man ska även kunna få njuta och ha sex hur man vill. Uteblir någon eller några funktioner påverkas kvinnor negativt. Deltagarna tror att det handlar om synen på kvinnors underliv också, kvinnor ska föda barn och det är inte viktigt om sexuallivet efteråt är bra. Men det är jätte viktigt. Kvinnorna tänker att det är den kvinnliga njutningen och kvinnans sexualitet som ligger bakom att man inte hade uppföljning efter förlossning förr. På något sätt upplever de att kvinnor ska föda sina barn och vara tacksamma över det oavsett om det inte går att hålla tätt som förut eller ha bra njutning efteråt, det är smällar som kvinnor får ta. På grund av att kvinnor inte är så viktiga och trots att det håller på att ske förändring i synen på kvinnan, upplevs det ändå som att denna syn lever kvar vilket skapar ilska. Det är våra kroppar, våra underliv som vi kvinnor ska ha någon form av självbestämmande över, det är ju ändå vi som ska leva med sviterna efter, belyser kvinnorna.



## **Tema 4: Vad som kunde varit bättre och vad som kan förbättras**

Kvinnorna framför flera av deras önskemål som de upplever hade kunnat gjorts på ett bättre sätt för dem eller det som vården kan förbättra sig med. Önskemålen beskrivs i tre underteman som handlar om kvinnornas önskemål om bättre information för att få möjlighet att förbereda sig. Vidare deras önskemål om delaktighet kring beslutet om episiotomi samt hur bra information, efterkontroll och uppföljning kan minska kvinnornas känslor av oro och utsatthet.

### **Önskade bättre information innan för att känna trygghet och beredskap**

Innan förlossningen samtalades det en hel del om smärtlindring och mycket annat men ingen information om episiotomi, det hade varit bra med tanke på att det behöver göras ibland. Kvinnorna önskar att de vid förberedande samtal innan förlossningen kunde fått höra exempelvis att om något tillstöter under förlossningen kan ett klipp komma att göras i vaginalöppningen eller att personalen kan behöva använda sugklocka för att hjälpa till när barnet föds fram. Kvinnorna anser att informationen kan ges under själva graviditeten men även på förlossningsavdelningen om situationen är lämplig. Användandet av sugklocka pratade man heller inte om innan förlossningen, men det hade kvinnorna en viss aning om i alla fall. Det informerades lite om att bristningar kunde uppstå, men kvinnorna saknade tydlig information om vilka muskler som engageras och vilka eventuella skador och problem som kan uppstå. Även fast det kan vara svårt att prata om vilka eventuella skador som kan uppstå efter en förlossning behöver barnmorskorna samtala om det innan förlossning. Om de hade fått information om episiotomi innan förlossningen skulle de förmodligen läst på om ingreppet, samt om vilka eventuella konsekvenser som kan ske. Att vara pålästa upplever kvinnorna gör dem tryggare inför sin förlossning. De är medvetna om och belyser att alla kvinnor kanske inte vill läsa på innan, men i alla fall få möjlighet att läsa på innan. Hade de fått bra information innan sin förlossning kunde de gjort informerade val samt haft med sina tankar i ett förlossningsbrev.

*(...) man pratar lite allmänt, men man pratar inte om problem, man pratar liksom ingenting om om du skulle bli klippt och har problem av det.*

### **Önskan om delaktighet i beslut om episiotomi**

Kvinnorna vill få kontinuerlig information om vad som sker, de önskar att få möjligheten att vara delaktiga i beslutet om episiotomi samt vid allt annat som sker under sin förlossning, det är viktigt. Kvinnorna anser att information som ges under förlossning från barnmorskor och annan vårdpersonal bidrar till deras känsla av delaktighet. De litade på sin barnmorskans beslut, men hade uppskattat att få information innan om att episiotomi behövdes utföras, de hade förmodligen samtyckt och resonerat att barnet behöver ju komma ut. Kvinnorna anser att informationen som ges inte får vara för svårtolkad, barnmorskorna behöver inte motivera på ett svårbegripligt sätt, för att kvinnorna utan medicinsk kunskap ska kunna förstå och lita på barnmorskans bedömning. De beskriver även att i den situationen hade det inte varit bra om barnmorskan gav kvinnorna information om riskerna med episiotomi och sedan begärt att kvinnorna skulle ta ställning. Barnmorskan kunde ha frågat "hur ställer du dig till det" och kvinnorna kunnat svara att "jag litar på dig", för där i den situationen önskar de inte en "second opinion". Om barnmorskorna hade framfört tydlig kort information, deras bedömning och rekommendation samt frågat om samtycke hade kvinnorna fått möjlighet till att svara ja eller nej till episiotomi och därmed blivit delaktiga i vad som sker under sin förlossning. De anser att episiotomi inte får utföras utan samtycke från kvinnan, såsom beslut om sugklocka behöver samtycke.

Det beskrivs att om det inte är fara för bebisens liv vill kvinnorna bli delaktiga och lämna sitt samtycke till episiotomi, som barnmorskan anser behöver utföras. Skulle det vara en situation där barnets liv är i fara behövs inte samtycke inhämtas, men kvinnorna behöver fortfarande göras delaktiga i barnmorskans beslut. Att få kort information vad som exempelvis händer om barnmorskan inte klipper och att kvinnan får ta ett beslut utifrån den informationen. Kvinnorna menar att barnmorskan endast i nödfall får begränsa kvinnornas delaktighet och den information som ges. Vid mer brådskande situationer behöver inte barnmorskorna göra ett långt utlägg, men kvinnorna hade uppskattat och önskat att barnmorskan kort sagt "det kommer att ske ett klipp nu". Det behövs mer dialog med kvinnan när hon föder barn resonerar de.

### **Bra efterkontroll och uppföljning kan minska känslor av oro och utsatthet**

Kvinnorna uppmärksammar att ingreppet episiotomi utförs är sådant man inte vet som patient, som blivande förälder. Att all information i efterhand från personalen är superviktig, för strax efter förlossningen kan kvinnorna vara trötta och inte orka ta in det som sägs. Det är viktigt att barnmorskan informerar efteråt att episiotomi har utförts och att dessa muskler klippts av och blivit ihopsydda, detta för att underlätta uppföljande kontroller, att den personal som utför uppföljningen vet vad den ska kolla efter. De tänker att det vore bra med noggrann överrapportering till barnmorskemottagningen, att det journalförs att episiotomi har utförts och uppmanas att dessa muskler kontrolleras extra, för det är inte lätt för kvinnorna som inte har medicinsk utbildning att kunna förklara vilka muskler de tror är skadade. En tydlig överrapportering kan minska risken att känna sig utlämnad delger de.

Uppföljningen efteråt är väldigt viktigt, att underlivet och bäckenbotten kontrolleras efter förlossningen och att det görs på rätt sätt anser kvinnorna, det önskar de att vården blir bättre med. Vidare menar de att kvinnor som episiotomi utförts på under sin förlossning ska få en ordentlig uppföljning och kontroll efter förlossningen, att någon kontrollerar att det är korrekt suturerat och hur episiotomin har påverkat dem. Att det som rapporteras på uppföljningen blir dokumenterat och registrerat, vilket också är väldigt viktigt. Samtidigt är det viktigt att följa upp de eventuella psykologiska aspekterna som kan uppstå, ett ingrepp är inte bara rent fysiskt. Det blir ett trauma för hela kroppen av att episiotomi utförts, som kan påverka kvinnan efteråt. Det behövs både bra fysisk och psykisk uppföljning förklarar dem. Kvinnorna vill få möjlighet att rapportera eventuella problem efter sina förlossningar.

De uttrycker en stark önskan att personalen verkligen lyssnar på patienten när den säger exempelvis att den kan förstå att allting inte kan se ut som innan förlossningen men det känns inte rätt, att det är någonting som inte stämmer. Att personalen har en attityd att vilja lyssna på kvinnorna och tar sig tid att lyssna när kvinnorna berättar om sina problem samt tar dessa på allvar. De belyser att fast personalen besitter sin specialitet och utbildning kan de inte känna kvinnornas kroppar, kvinnorna vet när någonting har förändrats. Det är viktigt att personalen inte ser ner på kvinnorna som söker hjälp, kvinnorna tycker inte det är roligt att behöva blotta sig återigen och försöka förklara eller till och med överbevisa att de har sina problem för att kunna få hjälp.

*Aldrig ifrågasätta en kvinna, om hon tar modet att till sig att säga att det här funkar inte (...) att inte då förringa det, för det är ju en jättestor del av ens liv.*

## **Resultatsammanfattning**

Deltagarna i studien upplever att ingreppet har bidragit till en mer negativ förlossningsupplevelse och att det är mycket som påverkar dem i efterhand, efter att episiotomi utförts på dem. Kvinnorna berättar framförallt om hur de upplevde sig vara i en mycket utsatt situation under förlossningen och de beskriver en stor frustration över bristen på information och delaktighet när beslutet om episiotomi togs.

Tema 1 med dess fyra underteman belyser olika orsaker till negativ upplevelse av episiotomin. Bland annat beskrivs att kvinnorna får negativa känslor av att tänka tillbaka på ingreppet och använder beskrivningar som att det var hemskt, chockartat, traumatiskt och att det kändes som ett övergrepp. Deras känsla av att vara i en utsatt situation och inte vara delaktiga och även hur sutureringen efteråt upplevdes mycket smärtsam. Samt att kvinnorna framförallt beskriver deras besvikelse över att inte fått tillräckligt med information varken före eller efter ingreppet.

Tema 2 med dess fyra underteman beskriver hur omständigheter kring ingreppet har påverkat upplevelsen av episiotomin. Kvinnornas tankar kring att känna sig tacksamma mot barnmorskan och övrig personal att de gjort sin professionella bedömning gällande episiotomin och att kvinnorna inte tänkte så mycket på ingreppet när det gjordes, utan accepterade det som en del av förlossningsförloppet. Vidare hur kvinnornas känslor av oro, frustration och trötthet påverkade upplevelsen. Kvinnorna berättar att de fått komplikationer i efterförloppet såsom att de upplever smärta vid samlag, infektion i såret då stygn efter suturering gick upp, samt att de har haft problem med att sköta magen och svårt att hålla urinen.

Tema 3 och dess tre underteman belyser kvinnornas funderingar och reflektioner som uppstått efter episiotomin, såsom varför ingreppet gjordes, att deras problematik inte tas på allvar när de sökt hjälp samt att kvinnor har rätten att bestämma över sin kropp.

Tema 4 och dess tre underteman lyfter vad kvinnorna anser skulle kunna förbättras i vården. De tre underteman belyser kvinnornas önskemål, bland annat om att få vara delaktiga i beslutet om episiotomi, att de vill få kontinuerlig information under hela sin förlossning. Kvinnorna önskade få god information innan förlossning för att kunna känna trygghet samt om bra informationen ges och hur en god uppföljning efter förlossningen kan minska deras känsla av utsatthet.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

### Fördelar och nackdelar med vald metod

Fenomenologi var en mycket passande metod för att undersöka fenomenet “kvinnors upplevelser av episiotomi”, eftersom författarna avsåg att undersöka just fenomenet kvinnors upplevelse av episiotomi. Metoden fenomenologi som Rosberg beskriver är i sig utformad samt har stor potential för att undersöka just ett fenomen som människor erfarit. Det lyfts fram att hermeneutiska metoder också kan vara passande metoder när ett fenomen undersöks och analyseras, dock kan de metoderna fokusera mer på att tolka. Något som forskare ställer sig frågande till är om inte skillnaderna mellan de fenomenologiska och hermeneutiska forskningsansatserna överdrivs, för likheterna är större än skillnaderna gällande de ontologiska och kunskapsteoretiska utgångspunkterna (Rosberg, 2017). Med hjälp av semistrukturerade intervjuer lyckades studiens informanter berätta om sina upplevelser av episiotomi. Styrkan att använda semistrukturerad intervjumetod beskrivs enligt Bryman som att forskaren kan ställa de frågor som hen önskar svar på, samt att intervjuprocessen är flexibel där forskaren kan välja ställa frågorna i olika följd. Att kunna följa informantens berättelse för att få ut mer av hans upplevelse av fenomenet, genom att även få ställa frågor som inte ingår i intervjuguiden men som knyter an till något informanten sagt. Vidare fördelar är att det som informanten anses viktigt och av betydelse har möjlighet att komma fram under intervjun (Bryman, 2016).

Adams belyser några nackdelar med semistrukturerad intervju, att det kräver mycket tid i form av planering, utförande samt analysen av datan, där mer tid krävs ju fler informanter som deltar. Vidare förklaras att intervjuaren måste förhålla sig professionell och avslappnad under intervjun och låta informanten tala fritt från frågorna och inte styras, för annars kan viktig information gå förlorad. Viktigt också är att miljön är lugn och bra för att intervjun ska kunna utföras där informanterna känner sig trygga och upplevs konfidentiellt (Adams, 2015). Informanterna i denna studie intervjuades över telefon eller videolänk och fick själva välja tid för intervjun, de har således haft möjlighet att välja en lugn plats och en passande tid för intervjun. Författarna tillfrågade informanterna efter intervjun om de kände sig trygga samt om intervjun upplevdes lugn. Kvinnorna svarade att de kände sig trygga, situationen upplevdes lugn samt kände sig inte styrda, de ansåg att de fick tala fritt. Vad en forskare kan göra under och inför en intervju för att minska forskarens inflytande över informantens svar, är att hen bör ha en neutral och passiv inställning, vara vänlig, artig och försiktig samt vara lyhörd för informantens ord (Denscombe, 2018). Under denna studie har åtskilliga timmar lagts på planering, utförandet, transkribering samt analysering av intervjuerna. Det kan vara svårt att veta om författarna styr informanterna under intervjuerna, inte varit tillräckligt professionella eller inte haft tillräckligt bra utformade semistrukturerade intervjufrågor vilket kan påverkat studiens resultat. Fast efter att de första intervjuerna hade utförts märktes det att informanterna svarade och berättade mycket fritt utifrån de frågor som ställdes, därav behövde inte frågorna i intervjuguiden justeras. Vidare har bekvämlighetsurval använts, där Denscombe (2018) förklarar fördelarna med urvalsmetoden, att det är enkelt, snabbt och billigt, men med risk för att forskaren anses ha en lättjefull inställning till sin studie. Trots att bekvämlighetsurval har använts innebar det inte att författarna till denna studie haft en lättjefull inställning, tvärtom anser författarna att det är av stor vikt att informantens upplevelser belyses samt att studien håller god kvalitet. Utifrån att informanterna har gett rika svar och svarat på syftet samt att författarna arbetat efter hur metoden beskrivs, är det inte troligt att författarna har gjort alltför många misstag vid användandet av denna metod.

Rosberg lyfter hur datamaterialet från en fenomenologisk metod analyseras beskrivs enligt litteraturen flera olika tillvägagångssätt. Det som är gemensamt för metoderna är att först läsa igenom materialet för att få en känsla för hur fenomenet uppenbarar sig i datamaterialet. Sedan skiljer sig metoderna åt, där forskaren kan använda sig av en beskrivande ansats eller ett tolkande ansats. Den beskrivande ansatsen syftar till att få fram rena, textnära beskrivningar av det erfarna fenomenet, där den tolkande ansatsen syftar till att få fram vad fenomenet har för innebörd hos informanten (Rosberg 2017). Författarna till denna studien har utgått från Colaizzi's beskrivande ansats, men är medvetna om att en viss mån av tolkning kan ha skett under analyseringen av studiens datamaterial. Detta kan vara en styrka för studien för att få fram och beskriva det som informanterna verkligen menar och underlättar för läsaren att förstå kvinnornas upplevelser av ingreppet episiotomi. Det kan även vara en nackdel för studien om författarna tolkat på ett sådant sätt att kvinnornas upplevelser tolkats eller framställs i resultatet på ett felaktigt sätt. Författarna har dock hela tiden gått tillbaka till det ursprungliga datamaterialet för att minska risken för feltolkning på grund av författarnas förförståelse och för att säkerhetsställa att informanternas upplevelser har skildrats på bästa möjliga sätt, såsom de själva har berättat dem.

### **Studiens styrkor och svagheter**

Författarna valde att rekrytera deltagare på sociala medier, från en grupp som handlar om förlossningsskador vilket kan ses som en fördel. Detta på grund av att det är få kvinnor som episiotomi utförs på och chansen är större att kvinnor som blivit klippta är enklare att få tag på via den gruppen. Något som påverkat variationen i resultatet är att svaren från denna studies kvinnor är de negativa upplevelserna med episiotomi, vilket författarna var medvetna om kunde hända eftersom kvinnorna rekryterades från gruppen med personer som drabbats av förlossningsskador. Denscombe (2018) belyser att en svaghet för en studie är när det sker en snedvridning av urvalet, av den orsaken att snedvridningen kan leda till uteblivna svar. När en första förfrågan om att delta i studien publicerades på sociala medier blev intresset relativt stort och många kvinnor svarade att de var intresserade. Dock var det många kvinnor som därefter inte svarade på fortsatt mailkonversation och i slutändan blev det sex informanter ställde upp och genomförde intervjun. En reflektion kring varför många kvinnor föll bort har varit om det berodde på att intervjuer användes som datainsamlingsmetod då det kan tyckas vara obekvämt att bli intervjuad. Datamaterialet från de kvinnor som deltagit har dock genererat bra underlag och resultatet som framkommit har även varit i linje med tidigare forskning, vilket gör att antalet informanter inte ses som någon svaghet i studien. De breda och förklarande berättelserna som erhöles av informanterna kan eventuellt ha påverkats utav deras utbildningsnivå, eftersom alla deltagarna hade en högskole- eller universitetsutbildning som kan bidragit till att de lärt sig reflektera samt uttrycka sig på ett rikare sätt.

Som tidigare nämnts har det framkommit i resultatet hur kvinnorna delgett övervägande negativa upplevelser av ingreppet episiotomi. Det hade varit intressant att få ta del av några berättelser som beskrev andra upplevelser för att få en bredare bild av fenomenet, dock är detta något som författarna till studien inte kunnat styra över. En tanke är att det är vanligare att människor med negativa upplevelser söker sig till att delta i studier som denna, då de upplever ett stort behov av att få berätta om det som de har varit med om. Denscombe (2018) beskriver att informanter kan tycka det är givande och terapeutiskt att få prata ingående om sina tankar med en person som enbart lyssnar utan komma med kritik. Deltagarna i denna studie har fått resultatdelen skickade till sig och fyra av sex deltagare har återkopplat och anser att deras upplevelse har kommit fram. Detta är en styrka för studien eftersom resultatet blivit validerat av kvinnorna.

## Bedömning av studiens kvalitet och dess överförbarhet

Rosberg förklarar att när en studies kvalitet ska värderas är det av stor vikt vilken betydelse studiens resultat kan få. Flera begrepp används för att värdera en studie; relevans, trovärdighet, rimlighet samt meningsfullhet. Är studiens frågeställning och resultat *relevant* utifrån om studien är intressant, bidrar informationen till något nytt och kan insikterna från studien användas till något meningsfullt (Rosberg, 2017). Studiens syfte och problemformulering anses relevanta för kvinnorna fick möjlighet att under intervjuerna beskriva sina upplevelser i bred omfattning och resultatet har fångat in upplevelser både under ingreppet samt efteråt. Detta i sin tur leder till att studiens resultat kan bidra till en utveckling av såväl mödravård, förlossningsvård samt postpartumvård. *Trovärdighet* beskriver Rosberg är om informanternas beskrivningar som är grund för resultatet är trovärdiga samt om resultatet är trovärdigt i relation till den praxis som den ämnar belysa. Vidare beskrivs *rimlighet*, det vill säga om studiens resultat utifrån den praxis som hänsyftas är rimligt och om det som informanterna har skildrat är rimligt (Rosberg, 2017). Det som informanterna i denna studie har berättat anses både trovärdigt och rimligt, kvinnorna har ingen vinning i att ge ut falsk information samt att deras berättelser har likheter med forskning från andra länder. Studiens syfte var att undersöka kvinnornas egna upplevelser av episiotomi och kvinnorna har getts utrymme att med egna ord beskriva sina känslor och åsikter. Resultatet beskriver upplevelser som direkt berör barnmorskans ansvarsområde och är därför trovärdigt samt rimligt i relation till barnmorskans praxis. *Meningsfullhet* förklaras vara om studiens resultat fördjupar förståelsen för både kända och/eller okända skeende inom området som undersökts, om nya innebörder har skapats samt om resultatet har frambringat någon klarhet för fenomenet (Rosberg, 2017). Denna studies resultat bidrar till ökad förståelse för fenomenet som undersökts, det är meningsfullt att belysa kvinnors upplevelse av episiotomi, hur det ser ut i Sverige. Trots att detta endast är ett axplock av kvinnor har deras berättelser berikat förståelsen för episiotomi samt gett mer klarhet om upplevelsen av episiotomi.

När det gäller fenomenologiska studier och dess överförbarhet till andra förhållande, beror det på studiens resultat, dess djup, variation och betydelseriakedom. Det blir viktigare att åskådliggöra ett fenomen på ett djupt och fylligt sätt, i stället för hur många som uppger samma sak. Mer nytänkande och ökad förståelse för ett fenomen kan komma ur intensiva studier av individuella fall, än från statistiska undersökningar av stora grupper (Rosberg, 2017). Denna studies resultat skulle kunna överföras till andra förhållande såsom den kliniska verksamheten inom alla de delar som berör kvinnohälsa, både för att få ökad förståelse för kvinnor som genomgår episiotomi på deras förlossning samt för att kunna förbättra verksamheterna.

## Resultatdiskussion

I resultatet beskriver kvinnorna hur de upplevde att ingreppet skedde, att de var helt oförberedda och att ingen eller mycket lite information gavs innan ingreppet. Kvinnorna kände att de befann sig i en utsatt situation och de upplevde ingen delaktighet kring beslutet som togs om episiotomin, samt att de upplevde situationen som traumatisk. De beskriver även hur den efterföljande sutureringen var smärtsam. Kvinnorna uttrycker en oro över att ingreppet ska hända igen och har själva funderat på om det hade kunnat undvikas, eller vad som skulle hänt om ingreppet inte hade gjorts. Vidare beskriver kvinnorna hur de fått fysiska besvär efter ingreppet, vilket har lett till många funderingar och önskemål om hur vården kan förbättras. Besvären som uppstått har även skapat ilska över dålig uppföljning, postpartumvård och en känsla av att inte bli tagen på allvar när de sökt hjälp.

## **Den utsatta situationen, traumat och deras psykosociala ohälsa**

Det framgår av resultatet att kvinnorna upplevde att de som födande befann sig i en mycket utsatt position där vårdpersonalen på ett lätt sätt kunde ta över kontrollen i situationen, som till exempel när episiotomin lades. När de tänker tillbaka på ingreppet känns det märkligt att någon har klippt i deras underliv och en av de aspekter de menar bidragit till en negativ upplevelse är att de kände att de förlorade kontrollen över det som hände. Wigert et al., (2020) beskriver att kvinnor som kände att de tappade kontrollen över sin kropp under deras förlossning upplevde den som traumatisk. Westergren et al. påpekar hur kvinnor i förlossningsarbete tvingas att vara beroende av andra som till exempel barnmorska, annan vårdpersonal samt partner, samtidigt som hon vill bevara sin autonomi och integritet. Kvinnor uttrycker en stor rädsla över att förlora kontrollen över sin egen kropp under förlossningen och ber ofta barnmorskan att kontinuerligt uppdatera kring vad som händer och involvera henne samt partnern i alla steg under förlossningen och önskar att de ska ha en rak kommunikation (Westergren et al. 2019). Kvinnorna berättar att barnmorskan som var med under deras förlossning upplevdes trygg och gav under större delen av tiden god information. Det kvinnorna dock har reflekterat över är att när det var dags att krysta uteblev information från personalen som orsakade mycket besvikelse. De har även reflekterat över hur ingreppet har påverkat dem och de beskriver både ilska och frustration över hur de blivit behandlade. Vidare lyfter Westergren et al. att kvinnor önskar att barnmorskan ska vara snäll, vårdande, rolig, informativ och motiverande, för detta är egenskaper som hjälper kvinnor att känna sig trygga och i fortsatt kontroll över sin egen kropp. Många kvinnor uttrycker sig vara oroliga för att få bristningar, behöva få en episiotomi eller att sugklocka kommer att behövas och de vill ha ett gott stöd av barnmorskan för att mota bort den oron (Westergren et al. 2019). Detta sammantaget visar tydligt hur viktigt det är att förlossningsvården alltid fortsätter jobba på att utvecklas samt reflekterar över hur kvinnor ska kunna bibehålla sin autonomi i alla vårdtillfällen. Upplevelsen av episiotomin hade kunnat bli mer förståelig och lättare att bearbeta i efterhand, till exempel genom bra kommunikation och kontinuerlig uppdatering kring vad som skedde under förlossningen, menar kvinnorna samt forskningen på. Det hade bidragit till en bättre förlossningsupplevelse i stort och skapat en känsla av delaktighet.

Episiotomin upplevdes som ett trauma berättar kvinnorna, vilket har påverkat dem negativt. I en studie av Yalınz Dilcen et al. (2021) framkommer att när kvinnor har upplevt sin förlossning som traumatisk föreligger det samband med psykosocial ohälsa. Kvinnorna i denna studie berättar att de fick en negativ förlossningsupplevelse, där episiotomin i sig samt de omständigheter som uppstod runt omkring ingreppet var den ledande orsaken. I en annan studie av Wigert et al. beskrivs att majoriteten av kvinnor som inte haft någon förlossningsrädsla under sina graviditeter, fick förlossningsrädsla efter har upplevt en traumatisk eller negativ förlossning. Dessa kvinnor var mycket rädda för att behöva uppleva ytterligare en traumatisk förlossning. Denna starka förlossningsrädsla som uppstått har lett till att de valt att föda färre barn än de önskat eller knappt våga bli gravida igen. De förklarade att innan den traumatiska förlossningen, litade de på sin kropp, men efter förlossningen kände de tvivel på sin förmåga att föda barn (Wigert et al., 2020). I likhet med forskning belyser kvinnorna i denna studie att de var oroliga för sitt barns mående, dock har de inte uttryckt bokstavligen att de tvivlar på sin förmåga att föda barn. Det faktum att de hade en oro redan innan förlossningen och sedan upplevde förlossningen som traumatisk bidrog med stor sannolikhet till en ännu sämre upplevelse. Vidare lyfter Wigert et al. hur kvinnor under sina traumatiska förlossningar, försökte kommunicera sina känslor till barnmorskan, men upplevde sig övergivna och ensamma med sina känslor av maktlöshet (Wigert et al., 2020). Kvinnorna förklarar att i likhet med forskningen kände de sig maktlösa under krystfasen, när barnmorskan tog över och styrde, lyssnade inte till vad kvinnorna önskade och uppmärksammade inte hur de mådde. Wigert et

al., beskriver hur kvinnor bär på en djup sorg kopplat till den tidigare traumatiska förlossningen. Några kvinnor känner bitterhet mot barnmorskan som de tycker har förstört deras liv. De beskriver att barnmorskor inte respekterade deras önskemål om delaktighet och kunde upplevas ha en känslolös attityd (Wigert et al., 2020). Detta kan likställas med hur kvinnorna i resultatet beskriver att de känner sig bittra och frustrerade över hur barnmorskan behandlade dem när episiotomin suturerades efter förlossningen, där barnmorskan beskrevs barsk och otrevlig. De ställer sig frågan varför personalen klippte i dem när de inte kunde sy ihop dem ordentligt. Vidare beskriver de även hur barnmorskor haft en irriterad attityd mot dem även under förlossningen och att barnmorskorna nästan verkade tycka att de blev störda i sitt arbete av kvinnornas frågor. Att kvinnor kan uppleva sin förlossning som traumatisk oavsett om det är episiotomi som ligger som grund eller någon annan händelse under förlossningen styrks av både forskning och denna studie. Det är av stor vikt att vården arbetar för att fånga upp dessa kvinnor för att de ska kunna få hjälp att bearbeta sina upplevelser och känslor.

### **Oro över att behöva bli klippt igen och möjlighet till förberedelse**

Kvinnorna uttryckte även en oro kring att ingreppet skulle hända igen nästa gång de föder barn, en oro de behöver få hjälp att bearbeta inför nästa förlossning. Samtidigt är det viktigt för gravida kvinnor att ha kännedom om att kvinnor som erhållit en episiotomi löper större risk för att ingreppet kommer att behöva göras igen vid nästa förlossning (Zilberman et al. (2018). Kvinnorna reflekterar över att de genom att få bättre information innan förlossningen hade kunnat vara mer förberedda på vad som kan hända och de hade även haft möjlighet att läsa på om exempelvis episiotomi, samt hade kunnat skrivit ner sina funderingar och önskemål i ett förlossningsbrev. Vårdgivare har dock en förmåga att inte ta kvinnors förväntningar, till exempel sådant som uttryckts i ett förlossningsbrev, på allvar för de anser att dessa förväntningar ofta är orealistiska menar Seijmonsbergen-Schermers et al. (2021). Som framkommer i resultatet var det inga orealistiska krav eller förväntningar kvinnorna uttryckte, de ville bara få vara delaktiga. Vården behöver kunna informera alla kvinnor, även de som uttryckt specifika önskemål, varför vissa ingrepp kanske måste göras eller varför alla önskemål inte alltid kan uppfyllas. Detta för att kunna öka kvinnors delaktighet i sin vård, vilket både kvinnorna och forskningen belyser.

### **Besvikelse över brist på information, delaktighet och personalen inte frågade om deras samtycke**

Vidare beskriver kvinnorna hur de upplevde att en episiotomi gjordes, där de främst ger uttryck för besvikelse över personalens bristande kommunikation och information gällande ingreppet. De beskriver hur personalen till och med verkade tycka att de inte behövde berätta vad de gjorde eller varför. Kvinnorna uttrycker även förståelse och viss tacksamhet för att barnmorskan tog beslut om episiotomi, för det viktigaste var att bebisen kom ut och mår bra. Villarmeas och Kellys belyser att det vanligtvis inte uppmuntras till delat beslutstagande inom kvinnohälsovården, men att kvinnorna förväntas samtycka till vad som rekommenderas, trots att delat beslutsfattande behövs för att kvinnan ska kunna ta ett välinformerat beslut. Delat beslutstagande är en dynamisk process som behöver att vårdpersonalen för en dialog med kvinnan, stämmer av hennes kunskapsläge och ger information (Villarmeas & Kelly, 2020). Vidare påvisar Seijmonsbergen-Schermers et al. att vårdgivare ofta anser att det inte går att låta kvinnan ha medbestämmande i ett beslut rörande om en episiotomi ska göras, utan det är upp till dem som personal att ta beslut om (Seijmonsbergen-Schermers et al. 2021). Denna forskning, som är i linje med kvinnornas upplevelse, tyder på att barnmorskor och annan personal inom kvinnohälsovård behöver förbättra sig, avseende att öka på kvinnors kunskapsläge och bli bättre på att låta kvinnan ta besluten under sin förlossning. Det är av stor vikt att den födande får styra och äga sin egen förlossning samt att alltid informera om vad som



sker innan, under och efter förlossningen. Kvinnorna berättar även att de haft en oro både före och under förlossningen för att något ska hända barnet och därför tänkte de inte så mycket på att en episiotomi hade utförts just där och då. Vidare menar Villarmeia och Kelly att om kvinnorna motsätter sig ett beslut som personalen tagit, försöker personalen övertala och komma med moraliserande kommentarer, exempelvis att kvinnan vill väl det bästa för sitt ofödda barn och använder ibland "död bebis kortet". Trots att de ser låga risker för bebisens liv nyttjas dessa metoder för att få kontroll över beslutsfattandet under förlossningen, vilket gör att kvinnorna kan uppleva skam från detta beteende hos personalen. Författarna poängterar vidare att även fast några beslut är tidsberoende, är det viktigt att komma ihåg att många inte är det (Villarmeia & Kelly, 2020). I informationen från kvinnorna i denna studie, framkom det att det inte var fara för bebisens liv, därav borde personalen kunnat tagit sig tid informera om att ingreppet behövdes utföras, att det var personalens rekommendation. Att personalen låter bli att informera om vad som ska ske även när tid finns kan såklart bero på stress eller att det glöms bort. Det kan även vara att personalen tror att det är skonsammare för kvinnan att inte få veta att till exempel en episiotomi ska göras på grund av tron att kvinnan blir skrämmd av att höra det. Det är dock troligare att kvinnan mår sämre i efterförloppet av att inte få vara en del i beslutet kring episiotomi, för delaktighet i allt som sker under förlossningen är av stor vikt för att förlossningsupplevelsen ska bli positiv.

Kvinnorna upplever att ingreppet gjordes utan deras samtycke, utan att personalen informerat om ingreppet eller ens meddelat att episiotomi kommer att utföras. Vilket kan knytas an till Garcias (2020) studie, som tar upp olika aspekter av obstetriskt våld och trycker på att obstetriskt våld är situationer där patienter inte givit sitt informerade samtycke eller nekat till ingrepp men där hälso- och sjukvårdspersonalen utför ingrepp ändå. Kvinnorna belyser att det faktum att episiotomin har utförts på dem utan deras samtycke är något som har påverkat dem psykiskt i negativ bemärkelse. Garcia (2020) beskriver även att obstetriskt våld kan ge flera dåliga effekter, såsom negativ påverkan på familjen, anknytningen till sitt nyfödda barn samt på sexualiteten eller den sexuella funktionen. Kvinnorna i denna studie berättar att deras sexliv har påverkats negativt efter ingreppet, främst på grund av de fysiska besvär som ingreppet gett. Något som inte framkommer är om deras familjeliv eller sexualliv påverkats dåligt utifrån de negativa psykiska aspekterna som ingreppet medförde, exempelvis att de upplevde ingreppet som ett övergrepp. Ett exempel (Garcia, 2020) på obstetriskt våld som lyfts fram är när en kvinna hade spruckit och behövde bli suturerad och bad om smärtlindring men nekades detta, hon grät igenom hela stunden som läkaren suturerade och hennes ben hölls isär utav personal. Något som informanterna berättade om är att de blev suturerade utan fullgod smärtlindring, vilket inte är okej. Sammantaget är det viktigt att få fram att dessa kvinnor har blivit utsatta för en form av obstetriskt våld, eftersom de inte fick information om ingreppet episiotomi och personalen inhämtade inte deras samtycke till ingreppet. Vidare är det i linje med forskning samt denna studies resultat att kvinnohälsovården behöver uppmärksamma och arbeta för att motverka förekomsten av alla former av obstetriskt våld. Kvinnorna har lyft fram att de önskar att förändring sker, att personal börjar lyssna på kvinnor på allvar samt inte utför ingrepp på dem utan samtycke och information. Ett sätt detta skulle kunna ske på beskrivs i en spansk studie av Mena-Tudela et al. där resultatet visar på att studenter, inom hälsovetenskapen, syn på kvinnors delaktighet kan förändras. Från att normaliserat detta till att reflektera och synliggöra det obstetriska våldet, efter en intervention som hade skett under deras utbildning. Interventionen innebar att studenterna fick delta på ett 8 timmars seminarium som innehöll olika sätt att belysa vad obstetriskt våld är för något: en teateruppvisning, en lektion i hälso- och sjukvårdslag, få lyssna på professionella från olika områden samt få lyssna på fyra mödrar som berättade deras förlossningsupplevelser (Mena-Tudela et al., 2020). Att använda sig av interventioner under vårdutbildningar för att synliggöra kvinnors bristande delaktighet inom

vården, är i linje med forskning, samt att synen på obstetriskt våld kan förändras hos blivande hälso- och sjukvårdspersonal stämmer överens med kvinnornas önskemål i denna studie. Interventioner skulle likaväl kunna införas på arbetsplatser inom kvinnohälsovården för att förbättra vården för kvinnorna, eftersom kvinnorna även önskar förändring hos redan utbildad personal.

### **Risken för större bristning samt val av förlossningsposition**

Kvinnorna har själva reflekterat över huruvida de skulle ha fått en större bristning om inte ingreppet hade utförts, de har dock inte fått det bekräftat av någon vårdpersonal. Det finns också berättat att episiotomin inte förhindrade att en större bristning eller sfinkterrupturer uppstod ändå, vilket skapade en upplevelse av att ingreppet var lönlöst. Som tidigare nämnt finns det forskning som påvisar att episiotomi i vissa fall kan vara en skyddande faktor mot stora bristningar och det är synd att vårdpersonal inte berättar detta för födande kvinnor för att skapa en bättre förståelse för ingreppet. Till exempel beskriver Hersh och Emeis att episiotomi kan minska risken för analsfinkterruptur om ingreppet utförs när det verkligen behövs och inte rutinmässigt, som vid de ökade risker som uppstår när kvinnan är förstföderska, när förlossningen har en lång aktiv fas, när förlossningen avslutas instrumentellt samt när barnet har en födelsevikt på över fyra kilo (Hersh & Emeis, 2020). Som kan ses i resultatet har flera av informanterna delgett att de haft en utdragen förlossning, att sugklocka blev tvunget att läggas och att de fött ett stort barn, vilket bekräftar att dessa faktorer ökar risken för episiotomi. I den bakgrundsfakta som kvinnorna ombads uppge framkommer att alla kvinnorna erhöll en episiotomi vid deras första eller första vaginala förlossning.

Idag finns mycket forskning kring hur en episiotomi även kan öka risken för stora bristningar och dagens barnmorskor vet mer om hur till exempel lägesändringar kan underlätta barnets framfödande och på så vis minska andelen episiotomier som behöver utföras (Röckner & Fianu-Jonasson, 1999; Räisinen et al., 2008). Informanterna har själva reflekterat över att de upplevde det frustrerande att inte få föda i den position som de önskade. Detta har bidragit till att kvinnorna kopplar samman episiotomin med att det faktum att de blev tillsagda att ligga på ett visst sätt och de tror att ingreppet kanske hade kunnat undvikas om de fått föda i den position de själva önskat, som kändes naturligt och rätt. Även om det inte framgår om barnmorskorna hade någon specifik anledning till att be kvinnorna stanna i en viss position är det av stor vikt att vården tar till sig kvinnornas åsikter kring hur viktigt de upplever det vara att få föda i en självvald position. En förlossningsställning som kvinnan känner sig bekväm med kan i sin tur minska anspänningar och på så sätt kanske underlätta framfödandet, eller i alla fall ge kvinnan en känsla av att allt gjordes för att undvika en episiotomi. Lundsberg et al. poängterar att förlossningar på sjukhus där medicinska interventioner utförs mer sällan oftare är barnmorskeledda och där ses det också mer positivt på lägesändringar under förlossningen, samt att det erbjuds ett kontinuerligt stöd till kvinnan i större utsträckning under hela förloppet (Lundsberg et al., 2020). Vidare kan tillgången på studenter och nyutbildad personal bidra till en positiv utveckling av förlossningsvården på grund av att de är mer uppdaterade på nyare forskning och kan bidra till ett annat perspektiv på de interventioner som allt oftare utförs under en förlossning. Detta styrks i en studie av Friedman et al. där resultatet påvisar att andelen episiotomier utförs i lägre utsträckning på undervisningssjukhus (Friedman et al., 2015).

### **Uppföljning och efterkontroll – Den viktiga postpartumtiden**

Kvinnorna upplever komplikationer efter episiotomin såsom svårigheter att tömma tarmen, hålla urin och att de känner smärta vid samlag. Att detta är vanliga besvär efter en episiotomi styrks även det av forskning, där till exempel Quoc Huy et al. (2019) påvisar att problem med att sköta magen, urininkontinens och sexuell dysfunktion är problem som återfinns hos många

kvinnor som erhållit en episiotomi. Kvinnorna har reflekterat mycket över hur ingreppet har påverkat dem. De har tankar kring att det finns en acceptans i samhället att när kvinnor får problem efter förlossningen, både när det gäller sexlivet och andra kroppsliga funktioner, anses det normalt och inget att göra något åt, vilket skapar ilska. Tully et al. beskriver att flera undersökningar visar på att mödrar har stora ouppfyllda behov av god postpartumvård, under den så kallade fjärde trimestern. Begreppet "fjärde trimestern" är viktigt för då kan postpartum perioden anses lika viktig som graviditetens tre trimestrar (Tully et al., 2017). Något som kvinnorna trycker på är att eftervården och uppföljningen efter förlossningen är mycket viktigt. De upplevde flera brister eller att personalen som undersökte inte gjorde det på ett ordentligt sätt. Vilket även Nan et al. belyser, där mödrarna beskriver postpartum perioden som mycket viktig och upplever att vårdgivarna ger simpel eller ingen efterkontroll samt känner att vården inte tar postpartumperioden på allvar. När mödrarna erhåller bristfälliga efterkontroller känner de misstro, besvikelse samt att komplikationer efter födseln kan uppstå. De anser att hälso- och sjukvården fokuserar endast på nuvarande fysiska besvär och tar inte i beaktande mödrars långsiktiga behov efter utskrivning, rörande information och deras psykologiska samt emotionella behov (Nan et al., 2020). Kvinnorna i denna studie menar att de på grund av dålig information och uppföljning efter ingreppet inte har sökt hjälp, eller väntade med att söka hjälp, för de problem som uppstått, vilket har lett till att de känner missnöje över postpartum vården. De fick även höra att "allt såg fint ut" trots deras påpekande om att underlivet och bäckenbotten inte kändes bra, att något är fel, vilket medförde att kvinnorna bet ihop och sökte inte ytterligare hjälp för sina problem. Detta stärks utav Nan et al. (2020) forskning som beskriver att den bristfälliga eftervården, efterkontrollerna samt frånvaro av tillit till vården påverkar mödrarnas vilja att söka vård, de undviker det helst om det inte är akuta problem som uppstår. En förklaring som Tully et al. lyfter fram är att kvinnor upplever att de är trötta och i behov av enkel tillgång till vård. Kvinnor berättar att det är oklart var de ska vända sig med sina problem. De beskriver att vården borde kontrollera och fråga kvinnor om deras bäckenbotten, för de kan tycka det är ett pinsamt ämne att påtala (Tully et al., 2017). Även kvinnorna i studien beskriver att det faktum att den uppföljande vården varit dålig har bidragit till att skapa en ännu mer negativ upplevelse kopplat till episiotomin. Det har också bidragit till frustration och ledsamhet över att episiotomin gjordes och att ingreppet aldrig kan glömmas bort helt. Forskningen är i linje med resultatet där informanterna berättat att i de fall de har sökt hjälp för sina besvär och i de fall fått problemet bekräftat från barnmorska, har problemen ändå blivit avfärdade när de träffat läkare. När kvinnor uttrycker att vården efter förlossningen är bristfällig, föreligger det ett stort behov att kvinnohälsovården måste prioriteras och förbättras för att kunna hjälpa fler kvinnor och minska riskerna med att inte möta kvinnors behov på ett bra sätt.

## **Konklusion**

I studiens resultat framkommer att kvinnorna har många negativa känslor kopplade till att ha fått en episiotomi under sin förlossning. Kvinnorna upplever att de under förlossningen befann sig i en mycket utsatt situation där barnmorskor och annan personal inte informerade om vad som hände och inte hade något intresse av att kvinnorna skulle vara delaktiga när beslut om episiotomi togs. Det faktum att kvinnorna inte fick någon chans att lämna sitt samtycke till ingreppet har gjort att de i efterhand har haft svårt att bearbeta händelsen och de uttrycker att de upplevde ingreppet som traumatiskt, skrämmande och chockartat. Ingreppet har också bidragit till mycket ilska och frustration, framförallt då kvinnorna upplever att de inte har fått någon bra uppföljning efteråt och de har inte fått någon hjälp när de sökt vård för efterföljande komplikationer.

## **Förslag på klinisk tillämpning**

Det är viktigt att barnmorskor och annan personal tar till sig kvinnors berättelser kring att få en episiotomi. Genom att ta del av kvinnors upplevelser kan personalens förhållningssätt till kvinnorna förändras och på så vis förbättras den vård de får. Kunskapen som personalen erhåller genom att läsa om kvinnors upplevelser kan inte inhämtas i någon bok utan kan bara fås genom att faktiskt ta till sig kvinnornas egna tankar och beskrivningar. Genom att läsa denna studies resultat kommer barnmorskor ha ett annat tankesätt när de i framtiden ska genomföra en episiotomi på en födande kvinna, vilket kommer bidra till att fler kvinnor får positiva förlossningsupplevelser. Det trauma som kvinnorna beskriver visar på att det föreligger brister i kvinnohälsovården som det är viktigt att åtgärder vidtas mot. Förslagsvis skulle interventioner under vårdutbildningarna samt på arbetsplatserna kunna utföras, men de kanske inte behöver se likadan ut som den interventionen som Mena-Tudela et al.'s från 2020 studie beskrev, utan kan utformas olika utifrån hur utbildningen eller arbetsplatsen fungerar. Det är även viktigt att kvinnornas upplevelser höras av politiker, chefer och ledning inom kvinnosjukvård, eftersom det framkommer tydligt att förbättringar behöver ske på en organisatorisk nivå. Exempelvis kan förslag vara att det alltid avsätts tid för barnmorskor att utföra postpartumsamtal med kvinnor efter deras förlossning, samt att det införs tydligare rutiner kring att kvinnor måste få möjlighet att ge sitt samtycke innan ingrepp utförs.

## **Förslag på fortsatt forskning**

Förslagsvis skulle fortsatt forskning kunna vara att belysa fler kvinnors upplevelser och problematik kring förlossningsskador, utifrån att kvinnorna i denna studien upplevde episiotomin och dess konsekvenser som negativt. Det vore även intressant att forska kring hur de födandes partners upplevelser är gällande både när medicinska interventioner används, exempelvis episiotomi och sugklocka men även när det uppstår en fysisk förlossningsskada som behöver tas hand om i samband med förlossningen. Något som framkommer i forskning och i denna studien är kvinnornas brist på delaktighet innan, under och efter sin förlossning, att fortsätta forskning med fokus på kvinnors och deras partners upplevda delaktighet skulle vara positivt. Alla dessa förslag skulle kunna bidra till en positiv utveckling av yrket barnmorska.

## REFERENSLISTA

Arbetet är referenshanterat enligt APA 7:e versionen från Högskolebiblioteket i Skövde 2020.

- Abalos, E., Rivera, R., Locsin, R. & Schoenhofer, S. (2016). Husserlian Phenomenology and Colaizzi's Method of Data Analysis Exemplar in Qualitative Nursing Inquiry Using Nursing As Caring Theory. *International Journal for Human Caring* (20)1. 19–23. DOI: 10.20467/1091-5710-20.1.19  
[https://www.researchgate.net/publication/299407718\\_Husserlian\\_Phenomenology\\_and\\_Colaizzi's\\_Method\\_of\\_Data\\_Analysis\\_Exemplar\\_in\\_Qualitative\\_Nursing\\_Inquiry\\_Using\\_Nursing\\_As\\_Caring\\_Theory](https://www.researchgate.net/publication/299407718_Husserlian_Phenomenology_and_Colaizzi's_Method_of_Data_Analysis_Exemplar_in_Qualitative_Nursing_Inquiry_Using_Nursing_As_Caring_Theory)
- Abascal, G. & Jakobsson, J. (2016). Smärtlindring under förlossning. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (1: a uppl., s.494–508). Studentlitteratur.
- Adams, C. W. (2015) Conducting semi-structured interviews. I K. E. Newcomer, H. P. Hatry & J. S. Wholey (Red.), *Handbook of practical evaluation* (s. 492–505). Jossey-Bass.
- Amer-Wåhlin, I. & Herbst, A. (2014). Fosterövervakning under förlossningen. I H. Hagberg, K. Marsál & M. Westergren (Red.). *Obstetrik* (2: a uppl., s. 239–252). Studentlitteratur.
- Berg, M., Ólafsdóttir, Ó. A. & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare* (3)2. 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Brandão, T., Cañadas, S., Galvis, A., de Los Ríos, M. M., Meijer, M. & Falcon, K. (2018). Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 143(1), 84–88.  
<https://doi.org/10.1002/ijgo.12625>
- Bryman, A. (2016). *Samhällsvetenskapliga metoder* (5:e uppl.). Liber.
- Çalik, K. Y., Karabulutlu, Ö. & Yavuz, C. (2018). First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 415. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2054-0>
- Carroll, L., Sheehy, L., Doherty, J., O'Brien, D., Brosnan, M., Cronin, M., Dougan, N., Coughlan, B. & Kirwan, C. (2020). Perineal management: Midwives' confidence and educational needs. *Midwifery*, 90. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102817>
- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., De Lavergne, S., Hamlin, S. & Scheffler, M. (2019). Socio-historical evolution of the episiotomy practice: A literature review. *Women & Health*, 59(7), 760–774. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1080/03630242.2018.1553814>

- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., De Lavergne, S., Hamlin, S. & Scheffler, M. (2018). Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices. *Health Care for Women International*, 39(6), 644–662  
<https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1445253>
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. I R. S. Valle, & M. King (Red.), *Existentialphenomenological alternatives for psychology* (s. 48–71). Oxford University Press.
- Denscombe, M. (2018). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna* (4:e uppl.). Studentlitteratur.
- Edqvist, M. (2016). Förebygga bristningar under förlossning. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s.481–494). Studentlitteratur.
- Ekéus, C. (2016). Instrumentella förlossningar. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s.578–583). Studentlitteratur.
- Friedman, A. M., Ananth, C. V., Prendergast, E., D'Alton, M. E. & Wright, J. D. (2015). Variation in and factors associated with use of episiotomy. *JAMA*, 313(2), 197–199.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2014.14774>
- Garcia, L. M. (2020). A concept analysis of obstetric violence in the United States of America. *Nursing Forum*, 55(4), 654–663. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/nuf.12482>
- He, S., Jiang, H., Qian, X. & Garner, P. (2020). Women's experience of episiotomy: a qualitative study from China. *BMJ Open*, 10(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033354>
- Hersh, S. R. & Emeis, C. L. (2020). Mediolateral Episiotomy: Technique, Practice, and Training. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(3), 404–409.  
<https://doi.org/10.1111/jmwh.13096>
- Hildingsson, I., Rubertsson C., Karlström, A. & Haines, H. (2019). A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth-birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sexual and Reproductive healthcare* 21, 33–38.  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.06.004>
- International Confederation of Midwives. (2014). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Svenska Barnmorskeförbundet (Svensk översättning, 2020).  
<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/05/Den-internationella-etiska-koden-for-barnmorskor-ICM-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>

- Karaçam, Z. & Eroğlu, K. (2003). Effects of episiotomy on bonding and mothers' health. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4): 384–394. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1046/j.1365-2648.2003.02727.x>
- Losee, J. (2001). *A Historical Introduction to the Philosophy of Science* (4:e uppl.). Oxford University Press Inc.
- Lundsberg, L. S., Main, E. K., Lee, H. C., Lin, H., Illuzzi, J. L. & Xu, X. (2020). Low-Interventional Approaches to Intrapartum Care: Hospital Variation in Practice and Associated Factors. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 33–44. <https://onlinelibrary-wiley-com.libraryproxy.his.se/doi/10.1111/jmwh.13017>
- Mena-Tudela, D., González-Chordá, V. M., Soriano-Vidal, F. J., Bonanad-Carrasco, T., Centeno-Rico, L., Vila-Candel, R., Castro-Sánchez, E. & Cervera Gasch, Á. (2020). Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention. *Nurse Education Today*, 88. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.nedt.2020.104364>
- Nan, Y., Zhang, J., Nisar, A., Huo, L., Yang, L., Yin, J., Wang, D., Rahman, A., Gao, Y. & Li, X. (2020). Professional support during the postpartum period: primiparous mothers' views on professional services and their expectations, and barriers to utilizing professional help. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 20(1), 1–13. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1186/s12884-020-03087-4>
- Norman M., Nyman, M. & Lilja, H. (2014). Instrumentell vaginal förlossning. I H. Hagberg, K. Marsál & M. Westergren (Red). *Obstetrik* (2: a uppl. s. 565–572). Studentlitteratur.
- Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2018). Women's and men's negative experience of child birth - A cross-sectional survey. *Women and Birth* 31(2), 103–109. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.07.002>
- Partus. (2021). I *Medicinskordbok*. Hämtad 7 januari, 2021, från <https://www.medicinskordbok.se/term/partus>
- Quoc Huy, N. V., Phuc An, L. S., Phuong, L. S. & Tam, L. M. (2019). Pelvic Floor and Sexual Dysfunction After Vaginal Birth With Episiotomy in Vietnamese Women. *Sexual medicine*, 7(4), 514–521. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.09.002>
- Rosberg, S. (2017). Fenomenologi. I B. Nielsen Höglund & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård* (3:e uppl. /s.127–152). Studentlitteratur.
- Räisänen, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Heinonen, S. (2008). Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery* 26(3), 348–356. <https://doi:10.1016/j.midw.2008.07.007>
- Röckner, G. & Fianu-Jonasson, A. (1999). Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 106(2), 95–101. <https://obgyn-onlinelibrary-wiley-com.libraryproxy.his.se/doi/full/10.1111/j.1471-0528.1999.tb08207.x>

- Sahlsten, M., Larsson, I. E., Sjöström, B. & Plos, K. A. E. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum*, 43(1), 2–11. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x>
- Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: etik för vårdande yrken* (2 uppl.). Studentlitteratur AB.
- Seijmonsbergen-Schermers, A., Thompson, S., Feijen-de Jong, E., Smit, M., Prins, M., van den Akker, T. & de Jonge, A. (2021). Understanding the perspectives and values of midwives, obstetricians and obstetric registrars regarding episiotomy: qualitative interview study. *BMJ open*, 11(1), e037536. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037536>
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Justitiedepartementet L6. Hämtad 28 december, 2020, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204\\_sfs-1998-204](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204)
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Socialdepartementet. Hämtad 3 januari, 2021, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet. Hämtad 3 januari, 2021, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)
- Simic, M., Cnattingius, S., Petersson, G., Sandström, A. & Stephansson, O. (2017). Duration of second stage of labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1251-6>
- Socialstyrelsen. (2001). *Handläggning av normal förlossning - State of the Art*. [https://www.sfog.se/media/66770/state\\_of\\_the\\_art\\_pn.pdf](https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf)
- Socialstyrelsen. (2020). Bilaga - Tabeller - Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2019. *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda*. (Artikelnummer: 2020-12-7051). <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/graviditeter-forlossningar-och-nyfodda/>
- Solum, T. (2014). Funktionell obstetrisk anatomi. I H. Hagberg, K. Marsál & M. Westergren (Red). *Obstetrik* (2: a uppl. s. 85–93). Studentlitteratur.
- Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>
- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. (2017). *BB 2 prevention. Klipp, sugklocka*. [https://www.sfog.se/media/325297/bb2\\_prevention\\_klipp.pdf](https://www.sfog.se/media/325297/bb2_prevention_klipp.pdf)



- Tully, K. P., Stuebe, A. M. & Verbiest, S. B. (2017). The fourth trimester: a critical transition period with unmet maternal health needs. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 217(1), 37–41. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.ajog.2017.03.032>
- van Bavel, J., Ravelli, A., Abu-Hanna, A., Roovers, J., Mol, B. W. & de Leeuw, J. W. (2020). Risk factors for the recurrence of obstetrical anal sphincter injury and the role of a mediolateral episiotomy: an analysis of a national registry. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 127(8), 951–956. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/1471-0528.16263>
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Villarme, S. & Kelly, B. (2020). Barriers to establishing shared decision-making in childbirth: Unveiling epistemic stereotypes about women in labour. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(2), 515–519. <https://doi.org/10.1111/jep.13375>
- Westergren, A., Edin, K., Walsh, D. & Christianson, M. (2019). Autonomous and dependent—The dichotomy of birth: A feminist analysis of birth plans in Sweden. *Midwifery*, 68, 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.008>
- Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M. & Patel, H. (2020). Women’s experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 15(1), 1–11. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1080/17482631.2019.1704484>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=8967B08631FD0792856DE71322D00A16?sequence=1>
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Wu, L. C., Lie, D., Malhotra, R., Allen, J. J. C., Tay, J. S. L., Tan, T. C. & Østbye, T. (2013). What factors influence midwives’ decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study. *Midwifery*, 29(8), 943–949. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.017>
- Yalnız Dilcen, H., Aslantekin, F. & Aktaş, N. (2021). The relationship of psychosocial well-being and social support with pregnant women’s perceptions of traumatic childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 650–658. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/scs.12887>
- Zetterström, J. (2014). Perinealbristningar. I H. Hagberg, K. Marsál & M. Westergren (Red). *Obstetrik* (2: a uppl. s. 529–540). Studentlitteratur.

Zilberman, A., Sheiner, E., Barrett, O., Hamou, B. & Silberstein, T. (2018). Once episiotomy, always episiotomy?. *Archives of gynecology and obstetrics*, 298(1), 121–124.  
<https://doi.org/10.1007/s00404-018-4783-8>

## BILAGA 1 - Socialstyrelsens tabell över episiotomi, fördelat på paritet, per sjukhus och region, 2019

**Tabell 11.2 Perinealklipp vid vaginal förlossning, fördelat på paritet, per sjukhus och region, 2019**  
 Episiotomy at vaginal delivery, by parity, hospital and county council, 2019

Sjukhus	Förstföderskor		Omföderskor		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
10 REGION STOCKHOLM	635	6,2	156	1,3	791	3,5
10013 Södersjukhuset	299	9,7	68	2,1	367	5,8
11001 Karolinska universitetssjukhuset Solna	52	4,6	21	1,4	73	2,8
11002 Karolinska universitetssjukhuset Huddinge	37	3,1	18	0,9	55	1,7
11010 Danderyds sjukhus	121	5,2	28	1,0	149	2,8
11011 Södertälje sjukhus	34	3,7	4	0,4	38	2,0
110BB BB Stockholm	92	6,0	17	1,0	109	3,4
12 REGION UPPSALA	193	13,4	53	2,6	246	7,0
12001 Akademiska sjukhuset	193	13,4	53	2,6	246	7,0
13 REGION SÖRMLAND	98	11,4	17	1,1	115	4,9
13010 Mälarsjukhuset	75	12,6	12	1,2	87	5,4
13011 Nyköpings lasarett	23	8,5	5	1,1	28	3,7
21 REGION ÖSTERGÖTLAND	108	6,0	20	0,8	128	2,9
21001 Universitetssjukhuset i Linköping	52	4,9	8	0,5	60	2,3
21013 Vrinnevisjukhuset i Norrköping	56	7,8	12	1,1	68	3,7
22 REGION JÖNKÖPINGS LÄN	82	5,6	16	0,7	98	2,7
22010 Länssjukhuset Ryhov	x	x	x	x	41	2,3
22011 Höglandssjukhuset Eksjö	x	x	x	x	16	1,5
22012 Värnamo sjukhus	33	9,8	8	1,6	41	4,8
23 REGION KRONOBERG	41	6,4	17	1,6	58	3,4
23010 Centrallasarettet Växjö	41	6,4	17	1,6	58	3,4
24 REGION KALMAR LÄN	51	5,8	14	1,2	65	3,1
24010 Västerviks sjukhus	22	8,0	9	2,0	31	4,3
25010 Länssjukhuset i Kalmar	29	4,8	5	0,7	34	2,5
26 REGION GOTLAND	23	12,6	5	2,2	28	6,8
26010 Visby lasarett	23	12,6	5	2,2	28	6,8
27 REGION BLEKINGE	33	6,5	10	1,3	43	3,4
27012 Blekingesjukhuset	33	6,5	10	1,3	43	3,4
28 REGION SKÅNE	671	12,7	132	1,7	803	6,2
28010 Centralsjukhuset Kristianstad	54	8,4	23	2,1	77	4,5
30001 Skånes Universitetssjukhus Malmö	242	14,4	47	2,0	289	7,1
41001 Skånes Universitetssjukhus Lund	183	15,1	35	2,1	218	7,5
41002 Skånes Universitetssjukhus*	x	x	x	x	13	8,4
41012 Helsingborgs lasarett	152	13,0	25	1,4	177	6,1
41013 Lasarettet i Ystad	x	x	x	x	29	2,6

Socialstyrelsens tabell över episiotomi (perinealklipp) fortsätter på nästa sida.

## Fortsättning BILAGA 1 - Socialstyrelsens tabell över episiotomi, fördelat på paritet, per sjukhus och region, 2019

42 REGION HALLAND	214	14,8	50	2,3	264	7,3
42010 Hallands sjukhus Halmstad	91	12,8	16	1,6	107	6,2
42011 Hallands sjukhus Varberg	123	16,8	34	3,0	157	8,4
50 VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN	1 132	17,0	315	3,5	1 448	9,2
50001 Sahlgrenska universitetssjukhuset	592	16,1	177	3,9	770	9,3
51013 NU-sjukvården	193	17,5	52	3,1	245	8,8
51014 Södra Älvsborgs sjukhus (SÅS)	249	25,3	63	4,2	312	12,6
53014 Skaraborgs sjukhus	98	11,1	23	1,8	121	5,5
54 REGION VÄRMLAND	73	8,4	34	2,6	107	4,9
54010 Centralsjukhuset Karlstad	73	8,4	34	2,6	107	4,9
55 REGION ÖREBRO LÄN	52	4,4	8	0,5	61	2,1
55010 Universitetssjukhuset Örebro	x	x	x	x	46	1,7
55011 Karlskoga lasarett**	x	x	x	x	15	6,3
56 REGION VÄSTMANLAND	62	6,3	16	1,1	78	3,2
56010 Västmanlands sjukhus Västerås	62	6,3	16	1,1	78	3,2
57 REGION DALARNA	135	14,1	30	1,8	165	6,4
57010 Falu lasarett	135	14,1	30	1,8	165	6,4
61 REGION GÄVLEBORG	146	16,9	37	2,7	183	8,2
61010 Gävle sjukhus	69	12,3	18	2,0	87	6,0
61012 Hudiksvalls sjukhus	77	25,1	19	3,9	96	12,1
62 REGION VÄSTERNORRLAND	99	11,8	18	1,5	117	5,6
62010 Länssjukhuset i Sundsvall	82	13,6	14	1,7	96	6,6
62011 Örnsköldsviks sjukhus	17	7,1	4	1,0	21	3,3
63 REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN	101	22,9	22	3,1	123	10,8
63010 Östersunds sjukhus	101	22,9	22	3,1	123	10,8
64 REGION VÄSTERBOTTEN	92	9,0	21	1,5	113	4,6
64001 Norrlands universitetssjukhus	65	9,9	13	1,6	78	5,3
64010 Skellefteå lasarett	x	x	x	x	11	1,6
64011 Lycksele lasarett	x	x	x	x	24	8,5
65 REGION NORRBOTTEN	133	16,2	38	3,2	171	8,5
65012 Gällivare sjukhus	33	19,9	5	2,1	38	9,5
65016 Sunderby sjukhus	100	15,3	33	3,4	133	8,2
<b>RIKET</b>	<b>4 176</b>	<b>10,6</b>	<b>1 029</b>	<b>1,9</b>	<b>5 207</b>	<b>5,5</b>

Källa: medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

\* Födslar som sker på Skånes Undersitetssjukhus Malmö och Skånes Universitetssjukhus Lund rapporteras som Skånes Universitetssjukhus, och kopplas till respektive sjukhus via patientregistret. I de fall modern inte är folkbokförd kvarstår dessa födslar som Skånes Universitetssjukhus.

\*\* Förlossningen på Karlskoga lasarett stängdes i juni 2019.

### Teckenförklaring

x Uppgifter som baseras på endast en, två eller tre observationer skyddas av sekretessskäl och markeras med kryss(x). Andra uppgifter som leder till att denna skyddade uppgift kan härledas har också kryssats.

## **BILAGA 2 - Intervjuguide**

- Din ålder?
- Vilken förlossning blev du klippt? (första, andra, tredje osv.)
- Vart bor du? (land, stad)
- Din utbildningsnivå?

### **Intervjufrågor**

- Kan du vänligen förklara din upplevelse av att blivit klippt under själva förlossningen. Beskriv dina erfarenheter, upplevelser, tankar och känslor tills du inte har mer att säga. Ge gärna exempel för att förtydliga dina upplevelser. Det finns inga korrekta eller felaktiga svar.
- Vilken information gavs innan ingreppet, och vem gav informationen?
- Hur var din upplevelse av delaktighet, angående beslutet om klippt? Var det något särskilt som gjordes eller sades som påverkade din upplevelse av att vara delaktig /inte vara delaktig i beslutet som togs?
- Upplevde du att du förstod varför ingreppet behövde göras?
- Vilka känslor får du när du tänker tillbaka på din förlossning idag?
- Upplevde du att situationen kring klippt kunde göras på bättre sätt? På vilket sätt då? Ge gärna exempel på förbättringar som vården kan göra.

### **Följdfrågor**

- Berätta mer...
- Kan du ge exempel på...
- Hur tänker du när du säger...

# ARBETSFÖRDELNING

## Micaela Ingridstottir

## Jenny Wennberg

Artikelsökning inför bakgrund och resultatdiskussion	Artikelsökning inför bakgrund och resultatdiskussion
Sammanställning av tidigare forskning och kunskap	Sammanställning av tidigare forskning och kunskap
Utformning och formulering av inledning, syfte och problemformulering	Utformning och formulering av inledning, syfte och problemformulering
Val av metod och formulering av metoddel utifrån litteratur som beskriver metoden.	Val av metod och formulering av metoddel utifrån litteratur som beskriver metoden.
Val och formulering av analysmetod	Val och formulering av analysmetod
Genomläsning och sammanställning av etiska riktlinjer	Genomläsning och sammanställning av etiska riktlinjer
Utformning av frågor till intervjuguide	Utformning av frågor till intervjuguide
Intervjuade informanter	Intervjuade informanter
Transkribering	Transkribering
Analys av transkriberad text	Analys av transkriberad text
Utformning och formulering av resultatet	Utformning och formulering av resultatet
Utformning och formulering av resultatsammanfattning	Utformning och formulering av resultatsammanfattning
Utformning och formulering av metod- samt resultatdiskussion	Utformning och formulering av metod- samt resultatdiskussion
Utformning och formulering av konklusion, förslag på klinisk tillämpning samt förslag på fortsatt forskning	Utformning och formulering av konklusion, förslag på klinisk tillämpning samt förslag på fortsatt forskning
Formalia	Formalia
Referenshantering	Referenshantering
Korrekturläsning	Korrekturläsning