

**FÖRLOSSNINGSTÄLLNINGENS
BETYDELSE FÖR
PERINEALA BRISTNINGAR UNDER
UTDRIVNINGSSKEDET**

Ett barnmorskeperspektiv

**BIRTH POSITIONS SIGNIFICANCE
TO PERINEAL TEARING DURING
THE SECOND STAGE OF LABOR**

A midwifery perspective

Examensarbete inom huvudområdet
Reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Avancerad nivå
15 Högskolepoäng
Höstterminen År 2016

Författare: Ane Cappelen
Veronica Stridh
Handledare: Anette Ekström
Lena Nilsson

Sammanfattning

Titel: Förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar; Ett barnmorskeperspektiv

Författare: Cappelen, Ane; Stridh, Veronica

Institution: Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde

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

Handledare: Ekström, Anette; Nilsson, Lena

Examinator: Hertfelt Wahn, Elisabeth

Sidor: 19

Månad, år: September, 2016

Nyckelord: Barnmorska, Fenomenografi, Sexuell hälsa, Perinealskydd, Förlossningsvård

Bakgrund: Perineala bristningar är vanligt förekommande vid vaginal förlossning. Bristningar kan leda till bland annat smärta i underlivet som i sin tur kan påverka den sexuella hälsan negativt. Befintlig forskning visar att en förlossningsställning kan påverka både uppkomsten samt graden av bristning, dock framkommer inte förklaring om varför. *Syfte:* Undersöka barnmorskors uppfattning av förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar under utdrivningsskedet. *Metod:* Studien baseras på en fenomenografisk forskningsmetod där tio intervjuer har genomförts med barnmorskor från sex olika förlossningsavdelningar i södra och mellersta Sverige. *Resultat:* Förlossningsställningen uppfattas av barnmorskor kunna avlasta trycket mot perineum, undvika ett utdraget utdrivningsskede, vara avgörande för kvinnors kroppskontroll samt bidra till ett långsamt framfödande, vilket uppfattas minska risken för uppkomst av perineala bristningar. Förlossningsställningen uppfattas även kunna öka belastningen mot perineum, minska kvinnors möjlighet att själv kontrollera sin kropp samt bidra till spänd muskulatur i bäckenbotten, vilket uppfattas öka risken för perineala bristningar. I denna studie belyser även barnmorskor värdet av kommunikation med de födande kvinnorna under utdrivningsskedet. Detta uppfattas vara en av de viktigaste faktorerna för att förebygga perineala bristningar. *Konklusion:* Barnmorskor uppfattar att förlossningsställningen har olika betydelser för perineala bristningar. De för också ett resonemang kring varför och hur bristningar kan uppkomma samt förebyggas relaterat till olika förlossningsställningar.

Abstract

Title: Birth positions significance to perineal tearing during second stage of labor; A midwifery perspective

Author: Cappelen, Ane; Stridh, Veronica

Department: School of Health and Education

Course: Master Degree Project in Midwifery, 15 ECTS

Supervisor: Ekström, Anette; Nilsson, Lena

Examiner: Hertfelt Wahn, Elisabeth

Pages: 19

Month, year: September, 2016

Keywords: Midwife, Phenomenography, Sexual health, Perineal protection, Maternity Care

Background: Perineal tears are common in vaginal delivery. The injury can lead to vaginal pain, which in turn can affect the sexual health negatively. Existing research shows that a birth position can influence both the onset and the degree of rupture, but does not reveal the explanation of why. *Aim:* Investigate midwives perception of the birth positions significans to perineal tearing during the second stage of labor. *Method:* The study is based on a phenomenographical research where ten interviews were conducted with midwives from six maternity hospitals in southern and central Sweden. *Result:* Birth positions is perceived by midwives to relieve pressure on the perineum, avoid prolonged second stage of labor, be crucial to women's body control and contribute to a slow birth, which is perceived to reduce the risk of perineal tearing. The birth position perceived also to be able to increase the pressure against the perineum, reduce women's ability to control their body and contribute to tense muscles in the pelvic floor, which is perceived to increase the risk of perineal tearing. This study also highlights the value of midwives communication with women giving birth during the second stage of labor. This is perceived to be one of the most important factors for the prevention of perineal tearing. *Conclusion:* Midwives perceive that birth position has different meanings for perineal tearing. Midwives also reason why and how perineal tearing can occur and be prevented related to different birth positions.

Förord

Vi vill tacka alla barnmorskor som medverkat i studien. Vi vill även tacka våra handledare Anette Ekström och Lena Nilsson för deras stöd och vägledning genom ”det långsamma framfödandet” av denna magisteruppsats.

Ane & Veronica

Definitioner och terminologi

<i>Anal sfinkter</i>	Ändtarmens slutarmuskel
<i>Episiotomi</i>	Kirurgiskt snitt i mellangården för att underlätta framfödandet av barnet
<i>Gynställning</i>	Halvsittande läge med benen vilande i benstöd
<i>Instrumentell förlossning</i>	Förlossning genomförd med exempelvis sugklocka eller tång
<i>Intervention</i>	Ingripande i förlossningens naturliga process
<i>Krystskede</i>	Synonymt med utdrivningsskede
<i>Obstetriska förhållanden</i>	Exempelvis dåliga fosterljud, utebliven progress i förlossningsarbetet
<i>Oxytocin</i>	Hormon som stimulerar sammandragning av livmodern
<i>Perineum</i>	Området mellan slidöppningen och anus, även kallad mellangården

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Sexuell och reproduktiv hälsa	1
Förlossningsvård	2
Barnmorskors roll och vårdande relation	2
Informerat beslut	2
Barnmorskors handläggning vid utdrivningsskedet	2
Förlossningsställningar under utdrivningsskedet	3
Perineala bristningar	3
Perinealskydd	4
Förlossningsställning som perinealskydd	4
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	5
METOD	5
Val av metod	5
Urval	6
Miljö	7
Datainsamling	7
Databearbetning och analys	8
Etiska överväganden	9
Förförståelse	9
RESULTAT	10
Belastning och avlastning av perineum	11
Utdraget krystskede	12
Förlossningsställning och interventioner	12
Förlossningsupplevelse och kroppskontroll	13
Verbal och icke-verbal kommunikation	13
Långsamt framfödande	13
Utfallsrum	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
Konklusion	18
Förslag på klinisk tillämpning	19

Förslag på fortsatt forskning	19
REFERENSLISTA	20

Bilaga 1. Arbetsfördelning

INLEDNING

Vid vaginal förlossning är bristningar i perineum och vagina vanligt förekommande. Kvinnor kan uppleva samlagssmärta efter en vaginal förlossning och smärtans omfattning kan bland annat bero på förlossningens förlopp och eventuella komplikationer. Perineala bristningar kan vara en bidragande orsak till smärta vid samlag, vilket innebär en risk för sexuell ohälsa (Buhling et al., 2006). Inom förlossningsvård handlar en del av barnmorskors arbete om att skydda perineum på olika sätt för att förhindra uppkomst av bristningar. Enligt forskning kan förlossningsställningen påverka såväl förekomsten som graden av bristning. Förlossningsställningen beskrivs i befintlig forskning som gynnsam respektive ogynnsam för perineala bristningar dock är förklaring om hur och varför ofta begränsad. Som blivande barnmorskor är hälsofrämjande arbete relaterat till sexuell hälsa särskilt intressant, vi önskar därmed bidra med kunskap inom ämnet. Genom att undersöka barnmorskors uppfattning av förlossningsställningens betydelse, kan ökad kunskap och förståelse för uppkomst samt förebyggande av perineala bristningar uppnås. I denna studie beskriver barnmorskor deras uppfattning av förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar.

BAKGRUND

Sexuell och reproduktiv hälsa

Sexuell hälsa är en grundläggande faktor för fysiskt och emotionellt välbefinnande hos individer, par, familjer samt den samhällsekonomiska utvecklingen. Nationella riktlinjer är därmed framtagna för att skydda mänskliga rättigheter relaterat till sexuell hälsa. Det innefattar bland annat tillgång till information, hälso- och sjukvård, samt kunskap om risker. För att tillgodose sexuell hälsa hos befolkningen krävs ett globalt förhållningssätt som bekräftar och främjar sexualitet och sexuell hälsa (World Health Organization [WHO], 2015).

Området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter omfattar hela befolkningen och människors livscykel. Definition av begreppet sexuell hälsa är framtaget av WHO (2006) och beskrivs som ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexuell hälsa, inte endast frånvaro från sjukdom. Den reproduktiva hälsan beskrivs som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande angående det reproduktiva organet samt dess funktioner och inte bara frånvaro från sjukdom. Socialstyrelsen (2014) och folkhälsomyndigheten arbetar i Sverige för bästa möjliga sexuella och reproduktiva hälsa på lika villkor för hela befolkningen och med uppfyllande av alla sexuella och reproduktiva rättigheter (s.12). Det innebär att kontinuerligt jobba med hälsofrämjande arbete relaterat till den sexuella och reproduktiva hälsan. Ett hälsofrämjande arbete på nationell nivå ska baseras på forskning för att uppnå långsiktigt goda resultat (Socialstyrelsen, 2014).

Förlossningsvård

Barnmorskors roll och vårdande relation

Barnmorskors huvudområde är sexuell och reproduktiv hälsa vilket innefattar bland annat vård av kvinnor under normal graviditet och förlossning. Målet för vården är en frisk mor och ett friskt barn samt kvinnors positiva upplevelse (Socialstyrelsen, 2013). Barnmorskor arbetar för att skapa en vårdande miljö som utgår från kvinnors önskemål (Kennedy & Shannon, 2003). Den vårdande relationen baseras på stöd, tillförlitlighet, kontinuitet och närvaro. Barnmorskor ska utöva professionellt vårdande grundat i vetenskap och etik (Nicholls & Webb, 2006). Genom sin kunskap har barnmorskor möjlighet att assistera till en säker förlossning där kvinnors fysiska och emotionella behov kan tillgodoses (Kennedy & Shannon, 2003).

Informerat beslut

Enligt den internationella etiska koden *International confederation of Midwives* (ICM, 2008) ska barnmorskor stödja kvinnorna och familjens rätt till aktivt deltagande i den vård som ges. Barnmorskor har enligt Nicholls och Webb (2006) även ansvar för att bevara självrespekt och integritet hos de som vårdas.

I patientlagen samlas bestämmelser om hälso- och sjukvårdens skyldigheter att informera och göra vårdtagare delaktig i beslut kring den vård som ges. Syftet med patientlagen är att stärka och tydliggöra vårdtagarens ställning samt främja integritet, delaktighet och självbestämmande (Socialstyrelsen, 2015). De som vårdas ska få information om sitt hälsotillstånd, metoder och hjälpmedel framtagna för att undvika sjukdom samt eventuella biverkningar eller risker som föreligger för individen (SFS 2014:821). Det innebär att kvinnor och deras partner ges all nödvändig information och råd för att själv kunna fatta ett eget beslut om vidare vård. Ett sådant förhållningssätt bjuder enligt ICM (2005) in till delaktighet. Kvinnors upplevelse av att känna sig delaktig och ha kontroll över förlossningen förstärks vid trygghet och gott omhändertagande. En sådan känsla kan barnmorskor bidra till genom att skapa en respektfull miljö som speglar kvinnors behov (Kennedy, 2000).

Barnmorskors handläggning vid utdrivningsskedet

Barnmorskor ska se förlossning som en normal händelse (Kennedy, 2000). För att upprätthålla en normal förlossning är det viktigt att ha tolerans för variationer i förlossningsförloppet, utan att kvinnor och barns säkerhet påverkas (Kennedy & Shannon, 2003; Sandin- Bojö & Kvist, 2008). Det bör finnas en giltig orsak för interventioner i en förlossning (WHO, 1996).

Utdrivningsskedet i förlossningen innefattar fostrets rotation ned i förlossningskanalen tills att hela barnet har fötts fram med krystningar. Den exakta definitionen av när utdrivningsskedet initieras är ännu oklart, men styrs framförallt av kvinnors fysiologiska känsla att vilja krysta (Socialstyrelsen, 2001; WHO, 1996).

Barnmorskors handläggning under utdrivningsskedet är av stor vikt för så väl förlossningens progress som för kvinnor och barns välbefinnande. För många kvinnor krävs endast positivt

stödande, uppmuntran och tröst för att uppnå progress i förlossningen. Barnmorskors handläggning handlar till stor del om att stödja kvinnor att fatta aktiva och informerade beslut om sin vård. I sin handläggning av utdrivningsskedet ska barnmorskor också bedöma samtliga obstetriska förhållanden relaterat till förlossningsförloppet och ingripa vid behov. Då utdrivningsskedet kan vara en kraftfull upplevelse för födande kvinnor, arbetar barnmorskor för att kunna erbjuda kontinuerligt stöd. Det innebär att identifiera partnerstöd, emotionella och/eller fysiska faktorer samt förlossningsställningar som kan påverka utdrivningsskedet (Roberts, 2003).

Förlossningsställningar under utdrivningsskedet

De förlossningsställningar som barnmorskor föredrar grundas ofta på det som introducerats under utbildning och karriär. De baseras på kunskap och färdigheter samt rutiner de utvecklat under sin erfarenhet som barnmorska. Barnmorskor hjälper kvinnor att hitta den förlossningsställning som passar för stunden (De Jong, Teunissen, Van Diem, Scheepers & Lagro-Janssen, 2008). En specifik förlossningsställning ska endast vid behov styras av barnmorskor och förutsätter att en obstetrisk orsak så som exempelvis fosterljudspåverkan föreligger eller att kvinnan själv inte vill välja. Information ska ges till kvinnor om olika förlossningsställningar och dess fördelar respektive nackdelar. Kvinnor väljer sedan utifrån information och egen komfort den förlossningsställning de önskar (De Jong et al., 2008; Socialstyrelsen, 2015). De flesta kvinnor ändrar kroppsställning flera gånger under förlossningen. Vanligaste orsakerna till byte av ställning är bekvämlighet, smärtlindring, främjande av förlossningens förlopp samt för att undvika förlossningsrelaterade skador så som perineala bristningar (Nieuwenhuijze, Kane-Low, Korstjens & Lagro-Janssen, 2014).

Perineala bristningar

Bristningar i bäckenbotten vid förlossning indelas i fyra grupper. De beskrivs som första, andra, tredje och fjärde gradens bristningar. Bristning i slidans slemhinna, öppning eller perineum är första gradens bristning. Bristningen är ytlig och påverkar inte underliggande vävnad. Andra gradens bristning påverkar vaginalslemhinnan, slidöppningen samt hud och muskler i perinealvävnaden. En tredje gradens bristning påverkar ytlig vävnad, muskler i perineum, och en del av eller hela analsfinktern. Den fjärde gradens bristning kallas total sfinkterruptur och innefattar bristning i ändtarmens slutmuskel och slemhinna. Vid vaginal förlossning är bristningar av första och andra graden vanligt förekommande. Läkningprocessen är kort och bristningen orsakar sällan långsiktiga problem. Vid skador på analsfinktern ökar risken för avföringsinkontinens, infektioner samt smärtor i underlivet efter förlossningen (Socialstyrelsen, 2013).

Smärta i underlivet och dess omfattning kan bero på förlossningens förlopp och eventuella komplikationer. Perineala bristningar kan vara en bidragande orsak till att kvinnor upplever smärta i underlivet och innebär en risk för sexuell ohälsa (Buhling et al., 2006). Vid tredje och fjärde gradens bristning har skada skett på analsfinktern. Dessa bristningar kan också ge skada på närliggande nerver i vagina och perineum som i sin tur kan påverka känsel samt möjlighet till upphetsning och orgasm (Visscher, Lam, Hart & Felt-Bersma, 2014).

Enligt Soong och Barnes (2005) är förstagångsfödande, användning av ryggbedövning samt födelsevikt över 3500g riskfaktorer för perineala bristningar. Episiotomi, värkstimulerande dropp samt förlossningsställningar, så som gynställning, ryggläge, stående och huksittande är också riskfaktorer för perineala bristningar (Altman, Ragnar, Ekström, Tydén & Olsson, 2007; Da Silva et al., 2012). Vid instrumentell förlossning är perineala bristningar så gott som alltid förekommande (Rådestad, Olsson, Nissen & Rubertsson, 2008).

Perinealskydd

De första texter som skrevs om perinealskydd för barnmorskor kom cirka år 98-138 e.Kr. och skrevs av läkaren Soranus. Perinealskyddet beskrevs som en metod där varma händer och blöta varma linnedukar hölls mot perineum för att värna om kvinnorna. Metoden spred sig sedan till andra praktiserande läkare och barnmorskor. Under 1700-talet beskrevs även förlossningsställningar som en metod för att skydda perineum. På 1900-talet blev läkare allt mer involverade i förlossningsvården och på grund av bekvämlighet motarbetades alternativa förlossningsställningar. Kvinnor skulle främst ligga i gynställning, så uppsikt kunde hållas över perineum och perinealskydd lätt kunde utföras. Perinealskyddet ändrades från en vårdande och värnande process till en medicinsk term och ett handgrepp som användes under förlossningen (Dahlen, Homer, Leap & Tracy, 2011). De tekniker som idag beskrivs kunna skydda och/eller minska risken för bristningar är olika handgrepp, varma dukar, vägledning vid krystning under utdrivningsskedet samt olika förlossningsställningar (East, Lau & Biro, 2015; Hogg, 2009; Lindgren, Rehn & Wiklund, 2014; Socialstyrelsen, 2013).

Förlossningsställning som perinealskydd

Riskfaktorer för perineala bristningar, så som förstagångsfödande kvinnor och barnets födelsevikt kan inte påverkas av barnmorskor. Däremot visar forskning ett samband mellan förlossningsställning och perineala bristningar (Shorten, Donsante & Shorten, 2002) samt att förlossningsställningen kan påverka såväl förekomsten som graden av bristning (Altman et al., 2007). En förlossningsställning tillämpas dels för komfort och minskad smärta, men också för avlastning och progress i förlossningsförloppet (Shorten et al., 2002). I studier gjorda av Meyvis et al. (2012), Shorten et al. (2002), Soong och Barnes (2005) och Terry, Westcott, O'Shea och Kelly (2006) jämförs gynställning med upprätta förlossningsställningar och deras påverkan på perineala bristningar. Liknande resultat framkommer i samtliga studier och visar i större utsträckning intakt perineum vid tillämpning av upprätta förlossningsställningar och signifikant mer och större bristningar vid tillämpning av gynställning. Upprätta förlossningsställningar visas även minska risken för grad tre och fyra bristningar (Meyvis et al., 2012).

PROBLEMFORMULERING

Sexuell hälsa är en mänsklig rättighet samt en grundläggande faktor för fysiskt, psykiskt och emotionellt välbefinnande. Perineala bristningar är vanligt förekommande vid vaginal förlossning. Bristningar kan bland annat orsaka smärta i underlivet, som i sin tur kan påverka den sexuella hälsan negativt. Enligt forskning kan förlossningsställningen påverka såväl förekomsten som graden av bristning. Förlossningsställningen beskrivs i befintlig forskning

som gynnsam respektive ogynnsam för perineala bristningar, dock är förklaring om hur och varför ofta begränsad. Förklaring om förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar kan bidra till ökad förståelse för hur bristningar uppkommer samt förebyggs. För att angripa problemet avser denna studie undersöka barnmorskors tankar och resonemang kring förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar.

SYFTE

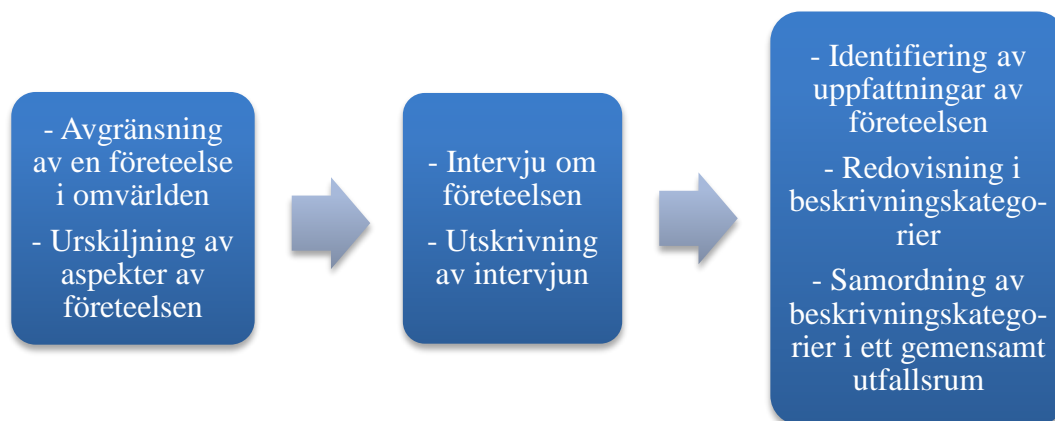
Syftet var att undersöka barnmorskors uppfattning av förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar under utdrivningsskedet.

METOD

Val av metod

Som metod valdes en kvalitativ ansats med induktivt tillvägagångssätt. Med kvalitativ ansats menas en forskningsstrategi som beskriver och analyserar karaktärsdrag och egenskaper hos det fenomen som ska studeras. Målet är att förstå snarare än att förklara. Ett induktivt tillvägagångssätt innebär att beskriva ett fenomen utifrån individers erfarenhet (Malterud, 2009).

Det specifika området inom kvalitativ forskning som denna studie grundas på är fenomenografi. Inom den fenomenografiska inriktningen är syftet att eftersöka vad något uppfattas vara istället för vad något är (Alexandersson, 1994). Fenomenografi introducerades av Ference Marton år 1981 och utvecklades för forskning inom pedagogik. Forskningsmetoden används nu också inom omvårdnadsforskning (Sjöström & Dahlgren, 2002). I forskningssammanhang åtskiljs begreppet uppfattning i ett "första och andra ordningens perspektiv". Första ordningens perspektiv innefattar forskarens beskrivning av ett fenomen. Andra ordningens perspektiv belyser hur andra människor uppfattar fenomenet som ska studeras. Forskning inom fenomenografi utgår således ifrån andra ordningens perspektiv (Marton, 1981). Vid användning av en fenomenografisk inriktning ligger fokus på individens uppfattning och tankesätt, vilket är intressant i sig då människor betraktar omvärlden på olika sätt (Säljö, 1997). Om ett antal personer tillfrågas hur de uppfattar ett fenomen kommer olika sätt att förstå företeelsen med stor säkerhet kunna urskiljas (Dahlgren & Johansson, 2009). Själva genomförandet av studien har baserats på en fenomenografisk arbetsordning beskrivet av Alexandersson (1994) och presenteras i figur 1.



Figur 1. Fenomenografisk arbetsordning (Alexandersson, 1994, s. 122)

Urval

Utifrån fenomenografisk inriktning har ett strategiskt urval av informanter tillämpats. Det för att skapa förutsättningar för en bred variation av uppfattningar inom fenomenet (Alexandersson, 1994). Vid ett strategiskt urval tillfrågas individer med erfarenhet av det fenomen som ska studeras. Detta för att få representativ data till studiens syfte. Vårt strategiska urval innefattade variation av arbetslivserfarenhet som barnmorska samt variation av arbetsplats. Att ha en bred variation av informanter med god kunskap inom området kan ge mer innehåll och fler aspekter av det fenomen som undersöks. Det är viktigt att inte ha ett för specifikt urval, då variation av uppfattning inom fenomenet kan missas (Malterud, 2009).

För att nå informanter skickades en förfrågan ut till verksamhetschefer på olika förlossningsavdelningar i mellersta Sverige tillsammans med information om studiens syfte. De verksamhetschefer som svarade på förfrågan skickade sedan vidare informationsbrevet till samtliga barnmorskor på respektive kliniker. Sju barnmorskor anmälde intresse att delta i studien och kontaktades via mail. Tre barnmorskor svarade inte och antogs därmed inte längre önska delta. Då studien krävde mer underlag skickades även förfrågan ut i en Facebookgrupp för barnmorskor. Av de sju som svarade på förfrågan i facebookgruppen valde en att inte delta. Sex olika förlossningskliniker utgjorde barnmorskornas nuvarande arbetsplats och varierade i storlek och miljö. Barnmorskornas arbetslivserfarenhet varierade mellan 1-20 år. Då en bred variation av arbetsplats och arbetslivserfarenhet identifierades kunde samtliga barnmorskor därmed inkluderas i studien.

Miljö

Intervjuerna genomfördes under våren 2016. De tio informanterna arbetade på sex olika förlossningsavdelningar i mellersta och södra Sverige. Två av förlossningsavdelningarna finns i storstadsmiljö med genomsnittligt 4000 respektive 5000 förlossningar per år. Förlossningsklinikerna har både normal- och specialistbaserad förlossningsvård med särskilda utvecklingsprojekt för att få ner antalet bristningar. En av klinikerna har särskilda riktlinjer gällande förlossningsställningen relaterat till bristningar. Resterande fyra förlossningsavdelningar finns i mellanstora tätorter med anslutande landsbygd, där antal förlossningar per år varierar mellan 2200 och 3200. Dessa förlossningskliniker har både normal- och specialistbaserad förlossningsvård, dock skiljer det vad gäller omhändertagande av prematur förlossning. Två av de mellanstora förlossningsklinikerna har särskilda utvecklingsprojekt för att minska andel bristningar.

Samtliga förlossningsavdelningar där barnmorskorna arbetar har samarbete med universitet och högskolor, vilket innebär att klinikerna arbetar med att utbilda nya barnmorskor och att barnmorskorna periodvis kan träffa och handleda barnmorskestudenter. En av förlossningsavdelningarna finns på ett universitetssjukhus där det också bedrivs forskning.

Datainsamling

Inom fenomenografi används oftast individuella intervjuer som datainsamlingsmetod för att komma fram till uppfattningen kring ämnet som ska studeras (Chekol, 2012). Utifrån problemformulering och val av metod har individuella semistrukturerade intervjuer genomförts. En semistrukturerad intervjumetod är både öppen och strukturerad. I denna studie anses en sådan metod mest lämplig, då den ger möjlighet för informanten att skapa sin helhetsbild inom ett begränsat område (Alexandersson, 1994). Två provintervjuer utfördes för att säkerställa frågornas relevans till syftet. Provintervjuerna gav möjlighet att öva på intervjuteknik men inkluderades inte i studiens resultat. Materialet transkriberades och skickades till handledare för återkoppling och vägledning. Efter utförda provintervjuer ändrades vissa frågor i intervjuguiden för att bättre svara till syftet.

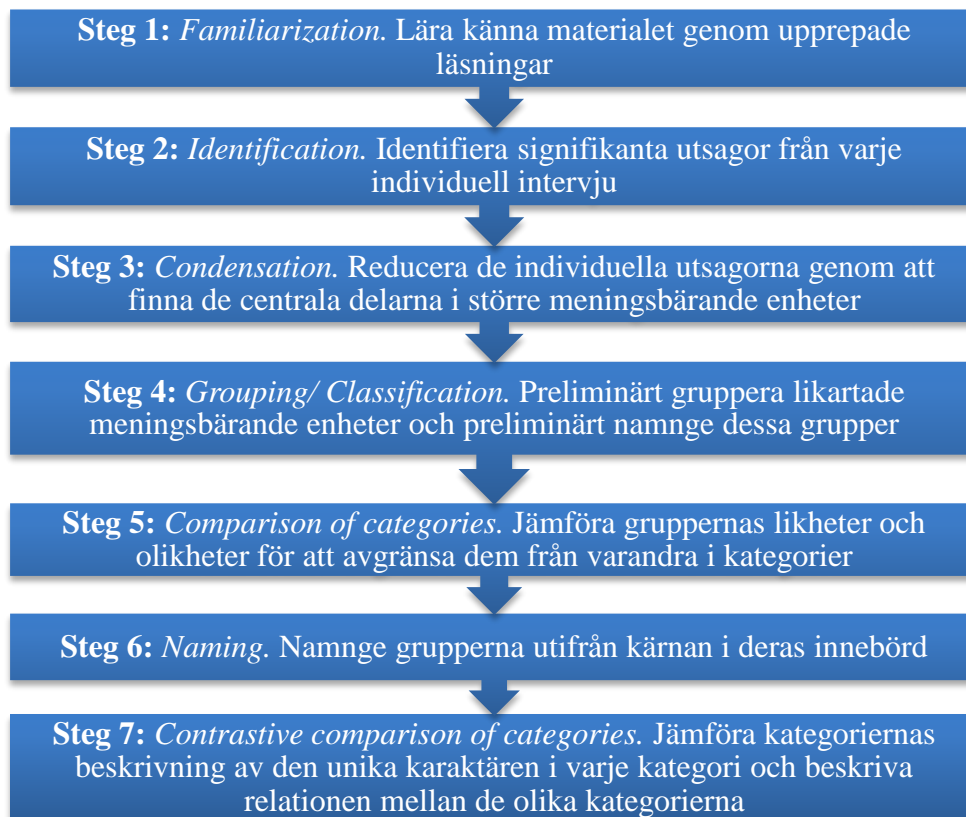
En intervju genomfördes tillsammans med informanten i ett rum på ett högskolebibliotek. Resterande intervjuer genomfördes i hemmiljö via telefon, varav ett videosamtal. De första två intervjuerna genomfördes med båda författarna närvarande och sedan gjordes fyra intervjuer var. Intervjuerna varierade mellan 15-40 minuter och spelades in med röstinspelning. Samtliga intervjuer transkriberades ordagrant i ett online dokument.

Intervjuguiden bestod av dessa frågor; *Vilka metoder uppfattar du minskar risken för perineala bristningar?*, *Beskriv din uppfattning av förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar?*, *Vilka förlossningsställningar uppfattar du vara gynnsamma respektive ogynnsamma för perineala bristningar?* samt *Finns det något du önskar tillägga till studien relaterat till förlossningsställningar och perineala bristningar?*. Frågorna utformades med avsikt att belysa ett område utifrån ett större perspektiv och följdfrågor ställdes vid behov.

Databearbetning och analys

Genom tolkning och sammanfattning ska analys av kvalitativ data bygga en bro mellan ursprungsmaterialet och färdigt resultat. Med utgångspunkt i problemformulering ställs frågor till det material som ska studeras. Svaren på frågorna är de karaktärsdrag och egenskaper som genom systematisk reflektion kan identifieras (Malterud, 2009). Den fenomenografiska analysen grundas i att beskriva variationen i uppfattningar. Arbetet med att gestalta variation i uppfattningar kräver läsning och reflektion upprepade gånger. Det handlar om att ständigt söka likheter och skillnader i uppfattningar. Genom att synliggöra kontrasten till andra uppfattningar kan det karaktäristiska för en uppfattning träda fram (Larsson, 1986).

Bearbetning och analysering av data som samlats in utgick från en analysmodell för fenomenografisk forskning beskriven av Sjöström och Dahlgren (2002). Analysmodellen beskrivs i figur 2.



Figur 2. Arbetsordning för dataanalys inom fenomenografi (Sjöström & Dahlgren, 2002).

För att lära känna materialet lästes det först igenom upprepade gånger (steg 1). Sedan identifierades signifikanta utsagor i texten som ansågs svara till syftet. För att hitta signifikanta utsagor användes Sjöström & Dahlgrens (2002) beskrivning om signifikans. Det innefattar utsagor som upprepas, utsagor som tas upp tidigt i svaret samt det informanterna

uttrycker är viktigt (steg 2). De centrala delarna i barnmorskors uppfattning av fenomenet reducerades (steg 3) för att sedan preliminärt grupperas. Dessa grupper namngavs tillfälligt: *Faktorer som ökar risken för perineala bristningar, Metoder för att minska risken för bristningar, gynnsamma förlossningsställningar, ogynnsamma förlossningsställningar samt förlossningsställningens betydelse* (steg 4). De individuella uppfattningarna avgränsades sedan ytterligare utefter likheter och olikheter till sex olika beskrivningskategorier. Likartade utsagor sammanställdes och slutligen identifierades 39 uppfattningar om förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar (steg 5). Beskrivningskategorierna namngavs utefter kärnan i deras innehåll; *Belastning och avlastning av perineum, Utdraget krystskede, Förlossningsställning och interventioner, Förlossningsupplevelse och kroppskontroll, Verbal och Icke-verbal kommunikation samt Långsamt framfödande*. Beskrivningskategorierna utgör första delen av resultatet (steg 6). Inom fenomenografi utforskas beskrivningskategorierna vidare genom att ställa dom i relation till varandra i ett utfallsrum (Chekol, 2012). Genom ett teoretiskt antagande har kärnan i varje beskrivningskategori jämförts med varandra och till det undersökta fenomenet (steg 7).

Etiska överväganden

Kvalitativ data handlar om människors livserfarenhet och tankar vilket kan ge materialet en känslig och personlig karaktär (Malterud, 2009). Forskningsetiska principer har därför framtagits som krav för att skydda undersökningsdeltagare mot fysisk eller psykisk skada, förödmjukelse eller kränkning. Detta krav kallas individskyddskravet och ska alltid ligga till grund för forskningsetiska överväganden. Individskyddskravet delas in i fyra kategorier; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2011).

För att tillgodose individskyddskraven har informanterna erhållit information gällande studiens syfte och tillvägagångssätt. Innan intervjun fick samtliga informanter lämna samtycke till medverkan i studien. Informanterna fick även information om att studien var frivillig och att de när som helst kunde välja att avbryta utan att ange orsak. Inga risker av integritetsintrång för informanterna har identifierats i genomförandet av denna studie. För största möjliga konfidentialitet och att härledning och integritetstrång inte sker har endast spannet av yrkeslivserfarenhet presenterats, röstinspelning har raderats efter transkribering och materialet har aidentifierats. Citat refereras inte till specifik informant, utan står som självständig kursiv text. Insamlat material användes endast i studiens syfte. Studien förhåller sig till Vetenskapsrådets (2011) etiska krav och riktlinjer om individskyddskravet.

Förförståelse

Vi är sjuksköterskor som går barnmorskeprogrammet med start hösten 2015. Under våren 2016 har 8 veckors verksamhetsförlagd utbildning på en förlossningsavdelning genomförts. Under utbildningen har frågor väckts kring förlossningsrelaterade skador samt metoder för att förhindra dessa. Efter granskning av forskning och litteratur beskrivs förlossningsställningen som en metod men också som orsak till bristningar. Ett gemensamt intresse för att ta reda på hur förlossningsställningen påverkar perineala bristningar var motivet till studiens uppkomst.

RESULTAT

Sex beskrivningskategorier har framkommit och utgör 39 uppfattningar om förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar. Variationen av uppfattning beskrivs i ett system av kategorier och är inte kopplade till enstaka individer. Beskrivningskategorierna och uppfattningarna presenteras i Tabell 1. Resultatet utgörs av barnmorskors uppfattning om förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar omformulerat till löpande text.

Tabell 1. *Barnmorskors uppfattningar av förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar.*

Belastning och avlastning av perineum	Lägesändring avlastar perineum. Perinealskydd avlastar perineum. Knästående och fyrfota kommer trycket fram mot symfyssen istället för bak mot perineum och ändtarmen. Sidoställning inte så mycket tryck bak mot perineum. Fyrfotaställning lätt att forma perineum över barnets axel. Halvsittande ger ökat tryck och belastning mot perineum. I halvsittande kan kvinnor själv ta ihop sina ben och avlasta perineum om det spänner för mycket. Gynställning ger breddning och belastning mot perineum. Sitta på huk och förlossningsspall breddar perineum. Gynställning är den ställningen som genererar mest bristningar på grund av ökat tryck och belastning mot perineum.
Utdraget krystskede	Ett utdraget förlopp kan leda till ett svullet underliv som kan orsaka bristning. Det handlar om vinkeln på bäckenet för att huvudet ska kunna tränga ner. Upprätta ställningar ger progress i förlossningen. Stående, knästående, huksittande och förlossningsspall är bra för att huvudet ska kunna tränga ner. Att sitta på huk eller förlossningsspall för lång kan ge svullnad i underlivet som kan ge bristningar.
Förlossningsställning och interventioner	Gynställning väljs ofta när krystskedet måste forceras eller vid sugklocka. Att forcera ett krystskede är det värsta för bristningar, då krystskedet går snabbt och vävnaden inte hinner tänjas. Sugklocka innebär stor risk för att få perineala bristningar. Värkstimulerande dropp kan göra att krystskedet går för snabbt. Svårt att veta om det var gynläget som orsakade bristningen eller interventionen.

<p>Förlossningsupplevelse och kroppskontroll</p>	<p>Alla lägen där en breddning av benen påtvingas och som kvinnan inte tycker känns bra är ogynnsamma ställningar. Halvsittande kan kvinnor lätt styra sin kropp när hon krystar.</p> <p>Halvsittande kan kvinnor lätt ta ihop sina ben för att själv avlasta perineum om det spänner för mycket.</p> <p>Gynställning är kvinnor fast i en position, kan inte avlasta själv.</p> <p>Gynställning är en blottande position där kvinnor kan känna sig utlämnade.</p> <p>Stress kan påverka att det blir en bristning.</p> <p>Knästående, fyrfota och halvsittande ger kvinnor lagom kraft och kan lätt styra sin kropp i krystningsskedet.</p> <p>För att förebygga bristningar är det viktigt att kvinnor känner sig bekväma.</p> <p>Huksittande är bra om kvinnor känner sig bekväma.</p> <p>Om det inte känns bekvämt med huksittande, måste hon balansera och spänner muskulaturen, vilket inte är bra för bristningar.</p>
<p>Verbal och icke-verbal kommunikation</p>	<p>Ögonkontakt, förtroende och samarbete kan minska risken för bristningar.</p> <p>Det är viktigt att ha kvinnan och partner med sig i förlossningen.</p> <p>Kommunikation och förtroende är viktigt för samarbetet.</p> <p>Att förklara förlossningsförloppet, varför det ska gå långsammare, varför hon ska andas och krysta i olika skeden.</p> <p>Om god kommunikation har inte förlossningsställningen någon betydelse</p>
<p>Långsamt framfödande</p>	<p>Sidoställning ger mjukare framfört på grund av lagom kraft i krystningsskedet, samt kommer åt med handen på barnets huvud för att styra hastigheten.</p> <p>Fyrfota ger kvinnor lagom kraft under krystskedet, vinkeln på bäckenet bidrar till långsamt framfödande.</p> <p>Halvsittande ger bra uppsikt, kan styra hastigheten.</p> <p>Ståendeställning uppfattas ogynnsamt för ett långsamt framfödande, inte uppsikt över perineum, svårt att kontrollera hastigheten.</p>

Belastning och avlastning av perineum

Förlossningsställningen uppfattas av barnmorskor vara betydelsefull för perineala bristningar då vissa ställningar samt lägesändring avlastar trycket mot perineum. Sido-, knästående- och fyrfotaställning uppfattas minska risken för bristningar då trycket från föregående fosterdel riktas fram mot symfylen istället för bak mot perineum och ändtarmen.

Perinealskydd uppfattas också avlasta trycket mot perineum. Fyrfotaställning uppfattas även underlätta att forma perineum över barnets axlar i framfödandet för att undvika att barnets axel orsakar bristning.

Knästående tycker jag är väldigt bra, för då blir det av tyngdlagen... det trycker inte mot tarmen på samma sätt som vid sittandes

Halvsittande ställning uppfattas av barnmorskor både som gynnsam och ogynnsam för perineala bristningar. Den uppfattas ogynnsam på grund av ökat tryck och belastning mot perineum, men gynnsam då kvinnor själv kan ta ihop sina ben och därmed avlasta perineum om det spänner för mycket.

Gynställning, huksittande och förlossningspall uppfattas av barnmorskor leda till en breddning av perineum och därmed en ökad risk för att den brister. Gynställning uppfattas av barnmorskor generera mest bristningar då det blir ökad belastning mot ändtarmen och att perineum samtidigt breddas.

Utdraget krystskede

Ett långt krystskede beskrivs av barnmorskor kunna orsaka svullnad i underlivet, vilket i sig anses generera bristningar. En fördelaktig vinkel på bäckenet för barnets nedträngning i förlossningskanalen uppfattas kunna förkorta ett krystskede. Upprätta ställningar så som stående, knästående, huksittande och förlossningspall uppfattas ge en fördelaktig vinkel på bäckenet och kan därmed skapa progress i förlossningsförloppet. Att sitta på förlossningspall eller i huksittande ställning för länge uppfattar barnmorskor dock kunna bidra till svullnad i underlivet, som kan generera bristning i perineum.

Upprätta ställningar är ju nästan alltid bara positivt, dels för att få en progress och att det kanske är lättare för kvinnan att känna krystimpulsen komma.

Förlossningsställning och interventioner

Barnmorskor uppfattar att gynställning ofta väljs om krystskedet måste forceras verbalt eller med sugklocka, då den breddar bäckenet samt ger bra uppsikt över framfödandet. Att forcera ett krystskede anses av barnmorskor som den värsta riskfaktorn för uppkomst av perineala bristningar, då krystskedet kan gå för snabbt och vävnaden inte hinner tänjas. Sugklocka och värkstimulerande dropp beskrivs också av barnmorskor vara interventioner som ökar risken för perineala bristningar, då det innebär hög belastning för vävnaden och att den inte hinner tänjas. Barnmorskor anser det svårt att veta om det var gynställningen i sig eller interventionen som orsakade bristningen. Det uppfattas därmed problematiskt att uttala sig om gynställningens betydelse för perineala bristningar.

Väldigt sällan som jag förlöst i gynläge om det inte finns någon medicinsk indikation till det, till exempel sugklocka

Förlossningsupplevelse och kroppskontroll

Alla förlossningsställningar där en breddning av benen påtvingas och som kvinnan inte tycker känns bra, uppfattas som ogynnsamma för perineala bristningar. I halvsittande ställning anses kvinnor lätt kunna ta ihop sina ben för att själva avlasta perineum om de tycker det spänner för mycket. Gynställning uppfattas av barnmorskor minska kvinnors möjlighet att själv kontrollera sin kropp då hon är fast i en position. Gynställning uppfattas även vara ogynnsam för förlossningsupplevelsen då det är en blottande position där kvinnor kan känna sig utlämnade och uppleva stress, som i sin tur kan påverka uppkomsten av bristningar.

Halvsittande-, knästående- och fyrfotaställning uppfattas ge kvinnor lagom kraft under krystskedet, bättre förlossningsupplevelse och en bra krystimpuls, vilket gör det lättare för kvinnor att själv styra sin kropp.

... Upprätt förlossningsställning minskar risken för bristning, för att man också har mer kroppskontakt som kvinna, att man får bättre kännedom om kroppen ... att man får tilltro till sin kropp

Känns det naturligt och bekvämt för kvinnor att föda i en specifik ställning uppfattar barnmorskor det kunna förebygga uppkomst av bristningar, eftersom kvinnor då lätt kan styra sin kropp. Huksittande ställning uppfattas som ogynnsam om kvinnor inte är van eller bekväm i den ställningen då hon måste balansera och spänna muskulaturen i bäckenbotten. Känns det naturligt och bekvämt i den positionen anses ställningen vara gynnsam samt kunna förebygga uppkomst av perineala bristningar.

Verbal och icke-verbal kommunikation

Icke-verbal kommunikation så som ögonkontakt och förtroende uppfattas vara av stor vikt för att kunna förebygga perineala bristningar. En förlossning är ett samspel mellan barnmorska, den födande kvinnan och hennes partner, icke-verbal kommunikation och verbal kommunikation uppfattas vara en förutsättning för ett gott samarbete. Det uppfattas minska risken för bristningar att innan och under krystskedet förklara förlossningsförloppet, varför det ska långsammare, varför hon ska andas och krysta i olika skeden. Om God kommunikation och gott samarbete uppfattas förlossningsställningen inte ha någon stor betydelse.

Framförallt tycker jag det är viktigt att man har en bra kommunikation med kvinnan

Långsamt framfödande

Barnmorskor beskriver sida, fyrfota och halvsittande som gynnsamma förlossningsställningar, där vävnaden i perineum ges möjlighet att tänja under utdrivningsskedet. Sidoställning uppfattas ge kvinnor lagom kraft att krysta samt att barnmorskor kommer åt med sin hand på barnets huvud för att styra hastigheten på framfödande. Fyrfota uppfattas också ge kvinnorna lagom kraft under krystningsskedet samt att vinkeln på bäckenet bidrar till ett automatiskt långsamt framfödande. Halvsittande ställning uppfattas ge barnmorskor bra uppsikt över barnets framfödande och de kan därmed styra hastigheten med en hand på barnets huvud eller verbalt. Stående ställning anser

barnmorskor vara ogynnsam för ett långsamt framfödande, då de har sämre uppsikt över perineum samt svårare att kontrollera hastigheten.

... *Det ska få ta den tid det tar så det ska få tänja, om man inte behöver för fosterljudens skull då.*

Utfallsrum

Förlossningsställningen uppfattas av barnmorskor ha olika betydelser för perineala bristningar och kärnan i de sex olika beskrivningskategorierna presenteras nedan i ett antagande om relation till varandra.

Förlossningsställningen är betydelsefull för bristningar då vissa ställningar samt lägesändring (*Belastning och avlastning av perineum*) avlastar perineum. Halvsittande ställning ger kvinnor möjligheten att själva avlasta perineum om de tycker det spänner för mycket (*Belastning och avlastning av perineum*). Att själv kunna lägesändra uppfattas också vara betydelsefullt för kvinnors förlossningsupplevelse och kroppskontroll. Gynställning beskrivs som ogynnsam då den ökar belastning och tryck mot perineum (*Belastning och avlastning av perineum*) samt ger kvinnor sämre kontroll över sin kropp (*Förlossningsupplevelse och kroppskontroll*). Knästående- och fyrfotaställning uppfattas som gynnsamma förlossningsställningar då de avlastar perineum (*Belastning och avlastning av perineum*), ger bättre förlossningsupplevelse och kroppskontroll samt lagom kraft under krystskedet, vilket anses minska risken för perineala bristningar. Den antagna relationen mellan kategorierna grundas på att lägesändring kan kopplas till kroppskontroll samt att avlastande förlossningsställningar också uppfattas ge bättre förlossningsupplevelse.

Gynställning tillämpas ofta vid interventioner (*Förlossningsställning och interventioner*) under utdrivningsskedet då den anses bredda bäckenet samt ge bra uppsikt över perineum. Både belastning mot perineum (*Belastning och avlastning av perineum*) i en gynställning samt forcerat krystskede (*Förlossningsställning och interventioner*) uppfattas innebära en ökad risk för perineala bristningar. Då uppräta förlossningsställningar skapar progress (*utdraget krystskede*) i förlossningen antas risken för interventioner, så som forcerad krystning, minska. Relationen mellan kategorierna är explorativ men görs då forcerad krystning kan innebära oönskad progress i förlossningen.

Att kunna förklara förlossningsförloppet och verbalt bromsa krystningen vid behov (*Verbal och Icke-verbal kommunikation*), tillämpa ställningar som avlastar trycket mot perineum (*Belastning och avlastning av perineum*) samt att kvinnor tillämpar förlossningsställningar som ger lagom kraft och kroppskontroll under krystskedet (*Förlossningsupplevelse och kroppskontroll*) antas ha tydligt samband med ett långsamt framfödande. Ett forcerat krystskede (*Förlossningsställningar och interventioner*) kan vara det långsamma framfödandets motsats då krystskedet kan gå för fort och vävnaden inte hinner tänjas. Hela krystskedet behöver dock inte forceras utan möjligheten för ett långsamt framfödande finns ändå och relationen mellan beskrivningskategorierna är därmed inte helt uppenbar. Ett långsamt framfödande uppfattas vara betydelsefullt för att minska risken för perineala bristningar då vävnaden i perineum hinner tänjas.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att värdera trovärdigheten i denna studie kommer begreppen giltighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet framtagna av Lincoln och Guba (1985) användas i diskussionen.

Resultatet som framkommit i den här studien visar en variation av uppfattning inom fenomenet förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar, vilket påvisar att fenomenografi som forskningsmetod är relevant till studiens syfte. En noggrann beskrivning av fenomenografi som forskningsmetod har gjorts och att den tidigare använts inom omvårdnadsforskning styrker studiens giltighet (Lincoln & Guba, 1985).

Barnmorskorna som medverkade i studien är tillfrågade via enhetschef eller Facebookgrupp. Då studien var frivillig och alla fick samma information om syftet anses inte tillfrågningsmetod ha påverkat forskningsresultatet. Det kan tänkas att informanterna hade ett personligt intresse utav ämnet på förhand men huruvida det påverkar resultatet eller inte är svårt att uttala sig om. Ett lämpligt antal informanter för en fenomenografisk studie är enligt Larsson och Knutsson-Holmström (2012) tio till tolv deltagare. Tio barnmorskor medverkade i studien och beskrivs noggrant med löpande text i metoden, vilket styrker studiens giltighet (Lincoln & Guba, 1985). Vi kan inte vara säkra på att ha upptäckt alla tänkbara sätt att uppfatta fenomenet. Om vi skulle utökat antalet informanter eller valt en helt annan undersökningsgrupp kan antalet upptäckta uppfattningar möjligen utökas.

En svaghet vad gäller studiens pålitlighet kan vara att vi båda är oerfarna av intervju som datainsamlingsmetod. För att kompensera för detta och förbättra vår intervjuteknik, gjordes två stycken provintervjuer med handledning från personer med mer erfarenhet av kvalitativ forskning. Handledning av personer med mer erfarenhet kan stärka studiens pålitlighet (Lincoln & Guba, 1985).

De två första intervjuerna genomfördes tillsammans och de resterande åtta utfördes var för sig. Efter genomläsning av det transkriberade materialet kunde likheter urskiljas utifrån hur intervjuaren hade ställt sina följdfrågor. Följdfrågor så som "kan du utveckla det..?" användes i syfte att framhäva otydligheter i informantens beskrivning av uppfattning. Vår förförståelse kan ha påverkat när följdfrågor ställdes, dock är det svårt att säga hur det kan ha påverkat resultatet. Den fenomenografiska forskningsmetoden förutsätter en viss karaktär på frågorna. Avgörande för en framgångsrik analys är att forskaren efterfrågar hur fenomenet uppfattas (Dahlgren & Johansson, 2009). De frågor som skapades var alla grundade på uppfattning. Fråga två i intervjuguiden "*Beskriv förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar*" är särskilt utformad efter studiens syfte vilket också innefattar fenomenet som önskades undersökas. Med det säkerställs möjligheten för informanten att uttrycka sin egen uppfattning om fenomenet, vilket också ökar studiens pålitlighet (Lincoln & Guba, 1985).

En svaghet vad gäller studiens giltighet är att informanterna inte getts möjlighet att ta del av det transkriberade materialet. Detta är något som Lincoln och Guba (1985) beskriver som

deltagarkontroll och innebär att informanterna får hela eller utskrift av det transkriberade materialet för att korrigera missuppfattningar eller göra förtydliganden.

Den fenomenografiska analysprocessen kan göras på olika sätt. Dahlgren och Johansson (2009) beskriver att gruppanalys kan göras inom fenomenografi. Modellen kallas förhandlad samstämmighet och innebär i korthet att flera forskare arbetar med samma intervjuer och analyserar fram ett kategorisystem var och en för sig. Därefter tar forskarna del av varandras material och bildar ett nytt kategorisystem. Modellen ansågs dock tidskrävande och vi valde istället samarbeta i analysprocessen. Det är svårt att se om och hur detta har kunnat påverka resultatet, det har dock varit hjälpsamt att tillsammans diskutera analysen av materialet. Alexandersson (1994) beskriver en fenomenografisk analysmodell med fyra olika steg. I jämförelse med analysmodellen beskriven av Sjöström och Dahlgren (2002), som vi utgick ifrån, är den uppbyggd på samma sätt men uppdelad i sju olika steg istället för fyra. Innehållet och målet med analysen är lika. De sju stegen beskrivet av Sjöström och Dahlgren (2002) valdes då de var tydligt beskrivna och visade hur de kunde användas i omvårdnadsforskning.

Bekräftelsebarhet innebär enligt Lincoln och Guba (1985) forskarens förmåga att vara neutral och inte färga data med egen förförståelse. I denna studie har hela analysprocessen med noggrannhet utgått från de sju stegen framtagna av Sjöström och Dahlgren (2002). Det kan inte säkerställas att egen tolkning inte gjorts i analysprocessen, men genom att utgå från en framtagen analysmodell ökar chanserna för rätt tolkning av materialet, vilket styrker studiens bekräftelsebarhet. Det transkriberade materialet har följt med genom alla stegen, då vi gått tillbaka och säkerställt att utsagor stämmer överens med dess sammanhang i beskrivningskategorierna. Citat från informanterna beskrivs ordagrant i varje beskrivningskategori för att bekräfta och styrka att rätt uppfattningar framkommer i studiens resultat. Ett sådant tillvägagångssätt i analysprocessen samt en noggrann beskrivning av detta styrker att resultatet är grundat i informanternas utsagor, vilket också styrker studiens giltighet (Lincoln & Guba, 1985).

Urvalsstrategin i en studie begränsar överförbarheten för forskningsresultatet. Vid användning av en kvalitativ metod är det svårare att påstå resultatets överförbarhet (Malterud, 2009). Resultatet anses i denna studie vara överförbart till barnmorskor med samma förutsättningar som de informanter vi intervjuat. Detta innebär barnmorskor med 1-20 års erfarenhet på förlossningskliniker i storstadsmiljö med 4000-5000 förlossningar per år, samt kliniker i tätort med anslutning till landsbygd där de har 2200-3200 förlossningar per år. Barnmorskorna kan både arbeta där särskilt framtagna riktlinjer vad gäller förebyggande av perineala bristningar finns, men också där sådana riktlinjer inte finns. Resultatet i denna studie kan bidra med ökad förståelse för förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar.

Resultatdiskussion

I resultatet framkommer barnmorskors olika tankar och resonemang om förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar. Förlossningsställningen uppfattas både kunna belasta och avlasta perineum, undvika ett utdraget krystskede, bidra till ett långsamt framfödande samt vara avgörande för kvinnors kropps kontroll och förlossningsupplevelse. Det uppfattas dock svårt att uttala sig om förlossningsställningens

betydelse om den samtidigt tillämpas vid interventioner, så som forcerad krystning. Barnmorskorna lyfter även kommunikationens värde för att förebygga bristningar och att förlossningsställningen inte har någon stor betydelse om god kommunikation och gott samarbete finns mellan barnmorska, den födande kvinnan och hennes partner. Studien hade som avsikt att undersöka förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar med problematisering att förklaring om ställningens betydelse är begränsad i befintlig forskning. Resultatet besvarar studiens syfte och ger förklaring till varför bristningar kan uppkomma och förebyggas i relation till tillämpning av en förlossningsställning.

Förlossningsställningar uppfattas både kunna belasta och avlasta perineum, vilket kan ha betydelse för uppkomst av perineala bristningar. Sido-, knästående- och fyrfotaställning uppfattas minska belastningen mot perineum medan halvsittande- och gynställning ökar belastningen. Gynställning, huksittande ställning och förlossningspall uppfattas av barnmorskor ogynnsamma för bristningar då de orsakar en breddning i perineum. Gottvall, Allebeck och Ekéus (2007) redovisar i deras studie att mest bristningar uppstår i gynställning samt i huksittande ställning. Barnmorskor uppfattar breddning av och belastning mot perineum som förklaring till varför förlossningsställningar kan vara ogynnsamma för bristningar. I studien av Shorten et al. (2002) framkommer det att sidoställning och fyrfotaställning minskar risken för perineala bristningar, vilket också styrker barnmorskors uppfattning om gynnsamma förlossningsställningar. Barnmorskorna förklarar att i sidoställning, knästående samt fyrfotaställning riktas trycket från föregående fosterdel fram mot symfyssen istället för bak mot perineum och ändtarmen. Det uppfattas ha en avlastande effekt och att risken för bristning därmed minskar.

Ett utdraget förlossningsförlopp uppfattas av barnmorskor öka risken för perineala bristningar. Detta styrks i studien av Flynn, Franiek, Janssen, Hannah och Klein (1997) som visar ökad skada på stödjande vävnad till urinblåsan samt på vävnaden och muskulaturen i perineum vid ett utdraget utdrivningsskede. Progress i förlossningsförloppet uppfattas av barnmorskor minska risken för perineala bristningar då det förhindrar ett utdraget krystskede. Upprätta förlossningsställningar uppfattas gynna förlossningens progress då barnets huvud lättare kan tränga ner i bäckenet. I en studie av Romano och Lothian (2008) framkommer det att stående, knästående och huksittande ställning är bra för att få progress då tyngdkraften hjälper barnet ner genom förlossningskanalen och att krystning i en upprätt position förkortar längden på utdrivningsskedet, vilket också styrker barnmorskors uppfattning.

Barnmorskorna uppfattar att gynställning ofta väljs om krystskedet måste forceras verbalt eller med sugklocka, då den breddar bäckenet samt ger bra uppsikt över framfödandet. Att forcera ett krystskede anses av barnmorskor som den värsta riskfaktorn för uppkomst av perineala bristningar, då krystskedet går snabbt och vävnaden inte hinner tänjas. Då gynställning ofta tillämpas om krystskedet behöver forceras uppfattar barnmorskor det också svårt att veta om det var ställningen i sig eller interventionen som orsakade bristningen. En studie gjord av Flynn et al. (1997) visar att forcerad krystning leder till ökad risk för skada på muskulatur, slemhinna och hud i perineum. I en annan studie av Smith, Price, Simonite och Burns (2013) framkommer att ett påskyndat krystskede signifikant ökar risken för perineala bristningar av grad tre och fyra. Båda studierna styrker barnmorskors uppfattning om att ett forcerat krystskede kan öka risken för perineala bristningar.

Att kvinnor känner sig bekväma eller obekväma i en förlossningsställning uppfattas ha stor betydelse för uppkomst av perineala bristningar. Halvsittande-, knästående- och fyrfotaställning uppfattas ge kvinnor en bra krystimpuls, lagom kraft att krysta samt en bättre förlossningsupplevelse, vilket gör det lättare för kvinnor att själv styra sin kropp under utdrivningsskedet. Alla förlossningsställningar där en breddning av benen påtvingas och som kvinnor inte tycker känns bra, uppfattas öka risken för perineala bristningar. Barnmorskor uppfattar även att om kvinnor inte är vana eller bekväma i en specifik förlossningsställning måste de balansera och spänna muskulaturen i bäckenbotten, vilket ökar risken för perineala bristningar. En studie gjord av Lindgren, Brink och Klingberg-Allvin (2011) visar att om kvinnor inte känner sig bekväma i en förlossningsställning anses den vara en orsak till uppkomst av bristningar. Gizzo et al. (2014) menar att kvinnor bör föda i den position de känner sig bekväma i, vilket också innebär en minskad risk för bristningar. Detta styrker barnmorskors uppfattning om att förlossningsställningen vid kroppskontroll och förlossningsupplevelse kan ha betydelse för uppkomst av perineala bristningar.

Ett utdrivningsskede uppfattas handla om förtroende och samspel samt att verbalt förklara förlossningens förlopp för att skapa trygghet. Enligt Lindgren et al. (2011) är kommunikation en av de viktigaste faktorerna för att undvika förlossningsrelaterade skador så som perineala bristningar. Förlossningsställningen beskrivs som sekundär och att den inte var betydelsefull för att förebygga perineala bristningar utan kan istället orsaka bristning om kvinnor upplever den som obekväma. Forskningen styrker barnmorskornas uppfattning om att god verbal och icke verbal kommunikation är betydelsefull för att förebygga bristningar. Det hittas inte mycket forskning om kommunikationens betydelse för förebyggande av perineala bristningar. Barnmorskornas uppfattning kan därmed vara en indikation på att vidare forskning behövs inom ämnet.

Förlossningsställningen uppfattas av barnmorskor ha betydelse för perineala bristningar vid ett långsamt framfödande. För att kvinnors vävnad ska hinna tänja uppfattas barnets framfödande behöva ta lite tid. En uppfattning som styrks av forskning enligt Laine, Pirhonen, Rolland och Pirhonen (2008). Enligt Shorten et al. (2002) är sidoställning fördelaktigt för ett långsamt framfödande. Barnmorskor har dock uppfattning om att både sidoställning, halvsittande samt fyrfotaställning är fördelaktiga för ett långsamt framfödande. Sidoställning beskrivs av barnmorskor ge kvinnor lagom kraft att krysta. Halvsittande ställning beskrivs ge barnmorskor uppsikt över framfödandet samt möjlighet att bromsa hastigheten med sin hand. Fyrfotaställning uppfattas ge kvinnor lagom kraft att krysta samt att vinkeln på bäckenet automatiskt bidrar till ett långsamt framfödande.

Utifrån resultatet i denna studie samt befintlig forskning inom ämnet förlossningsrelaterade skador så finns det många olika faktorer som är avgörande för uppkomst samt förebyggande av perineala bristningar och förlossningsställningens betydelse kan kännetecknas som en av dem.

Konklusion

Förlossningsställningen beskrivs av barnmorskor ha olika betydelser för uppkomst och förebyggande av perineala bristningar. Interventioner under utdrivningsskedet uppfattar barnmorskor kunna vara en bidragande orsak till uppkomst av bristningar. Vid samtidig tillämpning av en specifik förlossningsställning uppfattar barnmorskor det problematiskt att

uttala sig om dess betydelse, eftersom det kan vara svårt att veta om det var ställningen i sig som orsakade bristningen eller interventionen. Förlossningsställningen uppfattas dock kunna förebygga bristningar genom att avlasta perineum, undvika ett utdraget krystskede, underlätta ett långsamt framfödande samt ge en bättre förlossningsupplevelse och kroppskontroll. Om en förlossningsställning känns naturlig och bekväm för de födande kvinnorna anser barnmorskor det kunna förebygga uppkomst av perineala bristningar då de lättare kan styra sin kropp. Vissa förlossningsställningar uppfattas belasta perineum, minska kvinnors möjlighet att själv styra sin kropp samt bidra till spänd muskulatur i bäckenbotten och därmed kunna orsaka bristningar. Barnmorskor lyfter även värdet av kommunikation och att förlossningsställningen inte har någon stor betydelse om god kommunikation och gott samarbete finns mellan barnmorska, den födande kvinnan och hennes partner.

Förslag på klinisk tillämpning

I studiens resultat framkommer förlossningsställningens betydelse för förlossningsupplevelse och kroppskontroll. Ett förslag till klinisk tillämpning är att ge kvinnor möjlighet att prova olika förlossningsställningar i den miljö de planerar att föda samt att med barnmorska samtala om olika förlossningsställningars för- och nackdelar. Kvinnorna får då möjlighet att i lugn och ro känna efter vilken ställning som kan kännas bekväm samtidigt som de lär känna den miljö de ska föda i. Ett sådant förhållningssätt bjuder in till delaktighet i vården samt kan leda till en känsla av trygghet inför kommande förlossning.

Förslag på fortsatt forskning

Den här studien beskriver förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar ur ett barnmorskeperspektiv. Förslag på fortsatt forskning är att även undersöka kvinnors upplevelse av deras förlossningsställning i relation till grad av bristning. Något som skulle kunna fördjupa kunskapen om förlossningsställningens betydelse för perineala bristningar.

REFERENSLISTA

- Alexandersson, M. (1994). Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. I B. Starrin & P-G, Svensson (Red.) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (s. 111-136). Lund: Studentlitteratur.
- Altman, D., Ragnar, I., Ekström, A., Tydén, T., & Olsson, S.-E. (2007). Anal sphincter lacerations and upright delivery postures - a risk analysis from a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal: Including Pelvic Floor Dysfunction*, 18, 2, 141-146.
- Buhling, K., Schmidt, S., Robinson, J., Klapp, C., Siebert, G. & Dudenhausen, J. (2006). Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*, 124(1), 42-46.
- Chekol, I-M. (2012). Fenomenografi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 95-108). Lund: Studentlitteratur.
- Da Silva, F. M., De Oliviera, S. M., Bick, D., Osava, R. H., Tuesta, E. F. & Riesco, M. L. G. (2012). Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2209-2218. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04133.x.
- Dahlen, H. G., Homer, C. S. E., Leap, N. & Tracy, S. K. (2011). From social to surgical: Historical perspectives on perineal care during labour and birth. *Women and birth*, 24, 105-111. Doi: 10.1016/j.wombi.2010.09.002.
- Dahlgren, L. O. & Johansson, K. (2009). Fenomenografi. I A. Fejes & R. Thornberg (Red.) *Handbok i kvalitativ analys* (s. 122-135). Stockholm: Liber.
- De Jong, A., Teunissen, D. A. M., Van Diem. M. T., Scheepers, P. L. H. & Lagro-Janssen, A. L. M. (2008). Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 347-356. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x.
- East, C. E., Lau, R. & Biro, M. A. (2015). Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 31(1), 122-131. Doi: 10.1016/j.midw.2014.07.002.
- Flynn, P., Franiek, J., Janssen, P., Hannah, W. J. & Klein, M. C. (1997). How can second-stage management prevent perineal trauma?. *Can Fam Physician*, 43, 73-84.
- Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., & Nardelli, G. B. (2014). Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy. *Biomed Research International*. doi:10.1155/2014/638093
- Gottvall, K., Allebeck, P. & Ekéus, C. (2007). Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *BJOG*, 114, 1266-1272. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01482

- Hogg, B. (2009). Den okomplicerade förlossningen. I A, Kaplan., B, Hogg., I, Hildingsson & I, Lundgren. *Lärobok för barnmorskor* (s. 245-301) (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- International Confederation of Midwives (ICM). (2005). *Philosophy and Model of Midwifery care*. Hämtad 30 december, 2015, från http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20V2014%20ENG%20Philosophy%20and%20model%20of%20midwifery%20care.pdf
- International Confederation of Midwives (ICM). (2008). *International Code of Ethics for Midwives*. Hämtad 30 december, 2015, från http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf
- Kennedy, H. P. (2000). A model of exemplary midwifery practice: Results of a Delphi study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45, 4-19.
- Kennedy, H.P. & Shannon, M. T. (2003). Keeping Birth Normal: Research Findings on Midwifery Care During Childbirth. *JOGNN*, 33, 554-560.
- Laine, K., Pirhonen, T., Rolland, R., & Pirhonen, J. (2008). Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 111(5), 1053-7.
- Larsson, J. & Knutsson-Holmström, I. (2012). Fenomenografi. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 389-406). Studentlitteratur.
- Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys: exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Lindgren, H. E., Brink, Å. & Klingberg-Allvin, M. (2011). Fear causes tears - perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study. *BMC pregnancy and childbirth*, 11(6). doi: 10.1186/1471-2393-11-6.
- Lindgren, H., Rehn, M. & Wiklund, I. (2014). *Barnmorskors handläggning vid normal förlossning: forskning och erfarenhet*. (1:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Marton, F. (1981). Phenomenography- Describing Conceptions of the World Around Us. *Instructional Science*, 10, 177-200.
- Meyvis, I., Rompaey, V. B., Goormans, K., Truijen, S., Lambers, S., Mestdagh, E. & Mistiaen, W. (2012). Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. *Birth (berkeley, Calif.)*, 39(2), 115-120. Doi: 10.1111/j.1523-536X.2012.00529.x.

- Nicholls, L. & Webb, C. (2006). What makes a good midwife? An integrative review of methodologically-diverse research. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 414-429.
- Nieuwenhuijze, M. J., Kane-Low, L., Korstjens, I. & Lagro-Janssen, T. (2014). The Role of Maternity Care Providers in Promoting Shared Decision Making Regarding Birthing Positions During the Second Stage of Labor. *Journal of Midwifery & Womens Health*, (59), 277-285. Doi: 10.1111/jmwh.12187.
- Roberts, J. E. (2003). A New Understanding of the Second Stage of Labor: Implications for Nursing Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(6), 794-801.
- Romano, A.M. & Lothian, J. A. (2008). Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *JOGNN*, 37, 94-105. doi: 10.1111/J.1552-6909.2007.00210.x
- Rådestad, I., Olsson, A., Nissen, E. & Rubertsson, C. (2008). Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: A nationwide follow-up. *Birth*, 35(2), 98-106. Doi: 10.1111/j.1523-536X.2008.00222.x.
- Sandin-Bojöö, A- K. & Kvist, L. J. (2008). Care in labor: a Swedish survey using the Bologna Score. *Birth*, 35 (4), 321-328.
- SFS 2014:821. Patientlagen. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 30 december, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/#K3
- Shorten, A., Donsante, J. & Shorten, B. (2002). Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth*, 29, 18-27.
- Sjöström, B. & Dahlgren, L-O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 40(3), 339–345.
- Smith, L. A., Price, N., Simonite, V. & Burns, E. E. (2013). Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(59), 1–9. doi: 10.1186/1471-2393-13-59.
- Socialstyrelsen. (2001). *Handläggning av normal förlossning- State of the art*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Socialstyrelsen och folkhälsomyndigheten. Hämtad 18 december, 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19564/2014-10-26.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad den 30 december, 2015, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>

Soong, B. & Barnes, M. (2005). Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association?. *Birth (berkeley, Calif.)*, 32(3), 164-169.

Säljö, R. (1997). Talk as data and practice- a critical look at phenomenographic inquiry and the appeal to experience. *Higher education research & development*, 16(2), 173-190.

Terry, R., Westcott, J., O'Shea, L. & Kelly, F. (2006). Postpartum outcomes in supine delivery physicians vs nonsupine delivery by midwives. *Journal of american osteopath association*, 106, 199-202.

Visscher, A-P., Lam, T- J., Hart, N. & Felt-Bersma, R-J. (2014). Fecal incontinence, sexual complaints, and anorectal function after third-degree obstetric anal sphincter injury (OASI): 5-year follow-up. *International Urogynecology Journal*, 25(5), 607-613. Doi: 10.1007/s00192-013-2238-0.

Vetenskapsrådet. (2011). Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 6 januari, 2016, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

World Health Organization (WHO). (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Hämtad 29 December, 2015, från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

World Health Organization (WHO). (2006). *Defining sexual health report of a technical consultation on sexual health*, s. 28 - 31. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2015). *Sexual health, human rights and the law*. Geneva: WHO.

Bilaga 1

Arbetsfördelning

Här redovisas studiens arbetsfördelning.

Ane Cappelen

Veronica Stridh

Formulering inledning	Korrekturläsning och bearbetning inledning
Utformning och formulering av problemformulering	Utformning och formulering av problemformulering
Utformning och formulering syfte	Utformning och formulering syfte
Sökning av litteratur samt vetenskapliga artiklar till bakgrund	Sökning av litteratur samt vetenskapliga artiklar till bakgrund
Sammanställning av tidigare forskning i bakgrund	Sammanställning av tidigare forskning i bakgrund
Granskning av metod i litteratur samt artiklar	Granskning av metod i litteratur samt artiklar
Formulering metod	Formulering metod
Formulering etiska överväganden	Formulering etiska överväganden
	Figurer och tabeller
Utformning av intervjufrågor	Utformning av intervjufrågor
Sammanställning och nedskrivning av resultat	Sammanställning och nedskrivning av resultat
Dataanalys	Dataanalys
Formulering av metoddiskussion	Formulering av metoddiskussion
Bearbetning av metoddiskussion	Bearbetning av metoddiskussion
Formulering av resultatdiskussion	Formulering av resultatdiskussion
Bearbetning av resultatdiskussion	Bearbetning av resultatdiskussion
Formulering av sammanfattning	Bearbetning av sammanfattning
Korrekturläsning	Korrekturläsning