

Nyförlösta kvinnors upplevelser av perineal smärta samt eftervärkar – En kvalitativ intervjustudie

FÖRFATTARE	Camilla Karlsson Helene Andersson
PROGRAM/KURS	Barnmorskeprogrammet Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa, RPH 100 HT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margareta Mollberg
EXAMINATOR	Helen Elden

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Nyförlösta kvinnors upplevelser av perineal smärta samt eftervärkar: En kvalitativ intervjustudie
Titel (engelska):	Newly delivered women's experiences of perineal pain and postpartum uterine contractions: a qualitative interview study
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Barnmorskeprogrammet, 90 högskolepoäng
Kurs/kurskod/kursbeteckning:	Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa, RPH100
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	26 sidor
Författare:	Camilla Karlsson Helene Andersson
Handledare:	Margareta Mollberg
Examinator:	Helen Elden

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Smärtor i underlivet och livmodern är vanligt förekommande bland nyförlösta kvinnor. Orsaker till smärtan kan vara bristningar och/eller klipp i perineum och vaginas mjuka vävnader samt smärta relaterat till eftervärkar. Perineal skada kan hindra kvinnan från att mobiliseras och kan orsaka henne smärta i sittande ställning. Studier visar att ca 90 procent av nyförlösta kvinnor upplever perineal smärta första dygnet postpartum och 96 procent av kvinnorna upplever smärta till följd av kontraktioner i livmodern, s.k. eftervärkar. Forskning visar även att denna postpartumsmärta (PPS) kan dämpa den första upplevelsen av föräldraskapet hos kvinnorna. **Syfte:** Att beskriva nyförlösta kvinnors upplevelser av perineal smärta och eftervärkar. **Metod:** Studien baserades på intervjuer av fem nyförlösta kvinnor som vårdades på BB-avdelning ≥ 24 timmar postpartum. Kvalitativ innehållsanalys användes. **Resultat:** Fyra kategorier framkom; Kvinnors tidigare upplevelse av PPS påverkar smärtupplevelsen, informationen har betydelse för upplevelsen av PPS, professionellt bemötande påverkar upplevelse av PPS och kvinnor begränsas av PPS. **Diskussion:** Information, smärtlindring och god omvårdnad bör ses som en självklarhet för att kvinnan ska få en positiv upplevelse de första dagarna efter förlossningen. En noggrann bedömning och utvärdering av smärtan är avgörande för god smärtlindring. **Konklusion:** Studien visar att nyförlösta kvinnors upplevelser av PPS vid tidigare förlossningar påverkar deras upplevelser vid kommande förlossningar. Även närstående kvinnors negativa smärtupplevelser relaterat till PPS har visat sig ha en betydande roll i hur de nyförlösta kvinnorna upplever smärtan. Kvinnorna önskar utförlig information om PPS av barnmorskan på mödravården och BB-avdelningen. Dock upplever kvinnorna att fokus läggs på smärtan under förlossningen och att den nyförlösta kvinnans PPS försummas av barnmorskan. Kvinnorna begränsas i sitt dagliga liv då de förändrar sitt sätt att sitta och att röra sig pga. rädslan att smärtan ska förvärras. Även amningen blir påverkad relaterat till PPS, men genom barnmorskans kunskap och närvaro kan en god amning främjas.

Nyckelord: *Barnmorska, eftervärkar, information, kvalitativ innehållsanalys, perineal smärta, postpartumsmärta, upplevelse*

ABSTRACT

Background: Pain in the lower abdomen and uterus are common among newly delivered woman. Causes of pain may be rupture and/or perineotomy and pain related to postpartum uterine contractions. Perineal pain may prevent her from being mobile and can cause her severe pain in the sitting position. Studies show that about 90 percent of newly delivered woman experience perineal pain the first days postpartum, and 96 percent of women experience pain due to contractions of the uterus, known as postpartum uterine contractions. Studies also show that this postpartumpain (PPP) attenuates woman's first experience in parenthood. **Aim:** To describe newly delivered women's experiences of perineal pain and postpartum uterine contractions. **Method:** The study was based on interviews from five newly delivered women who were in the maternity ward ≥ 24 hours postpartum. Qualitative content analysis was used. **Results:** Four categories emerged; Women's previous experiences of PPP affect their perception of pain, the information is relevant to the experience of PPP, professional attitude affect the experience of PPP and women is limited by the PPP. **Discussion:** Information, pain relief and good caring should be taken as a given for the woman to have a positive experience the first days after giving birth. A thorough evaluation and assessment of pain is essential for the pain management process. **Conclusion:** The study was shown that newly delivered women's experiences of PPP in previous deliveries affect their experiences in future deliveries. Also affiliated women's negative experience of pain related to PPP has been shown to have a significant role in how the newly delivered women experience the pain. The women wanted detailed information about PPP from the midwife in the antenatal unit and at the maternity ward. However, the women felt that the pain during childbirth was in focus and that the newly delivered woman's PPP was neglected by the midwife. The women were limited in her daily life and she changed her way to sit and move because of the fear that the pain would get worse. Although breastfeeding was affected related to PPP, but the midwife's knowledge and presence fostered a good breastfeeding.

Keywords: *Experience, information, midwife, perineal pain, postpartum pain, postpartum uterine contraction, qualitative content analyses*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Definition av smärta	1
Perineal smärta och smärta av kontraktioner i livmodern, s.k. eftervärkar	2
Spontana bristningar och/eller perineotomi i perineums vävnader	2
PPS efter perineotomi och spontana bristningar	3
Eftervärkar	3
Negativa konsekvenser av PPS	3
Smärtupplevelser i samband med eftervärkar	4
Kvinnors upplevelser av vård vid PPS	4
Behandling av perineal smärta och eftervärkar	5
Mål med smärtlindring postpartum	5
Teoretisk referensram	6
Barnmorskans stödjande roll	6
Problemformulering	8
SYFTE	9
METOD	9
Datainsamling	9
Urval	10
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden	12
Risk/nytta analys	13
RESULTAT	13
Kvinnors tidigare upplevelser av PPS påverkar smärtupplevelsen	14
Tidigare upplevelser av PPS	14
Förväntningar påverkas av andra kvinnors inställningar	14
Informationen har betydelse för upplevelsen av PPS	15
Att få bristfällig information	15
Nöjd av att bli informerad på BB	16
Professionellt bemötande påverkar upplevelsen av PPS	17

Att bli sedd	17
Att vara trygg med barnmorskan.....	17
Att sätta barnets behov i centrum.....	18
Kvinnor begränsas av PPS.....	19
Amningen påverkas.....	19
PPS minskar möjligheten att fungera i det dagliga livet.....	20
Glädjen är större än begränsningarna	20
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
KONKLUSION	25
FRAMTIDA FORSKNING	25
FÖRDELNING AV ARBETET.....	26
REFERENSLISTA.....	27
BILAGA	
1. Forskningspersonsinformation	

INLEDNING

Smärta i underlivet och livmodern efter genomgången förlossning är vanligt förekommande bland nyförlösta kvinnor. Forskning inom området har fokuserat på hur många kvinnor som upplever smärta postpartum, inte hur kvinnorna beskriver sina upplevelser av perineal smärta samt eftervärkar. Stöd under tiden postpartum är en viktig del i barnmorskans profession. Intresset väcktes att studera ämnet för att vi som blivande barnmorskor ska kunna stödja och stärka kvinnan i hennes nya roll som mamma. Med utgångspunkt i det är denna studie motiverad för att erhålla en fördjupad kunskap om och förståelse för kvinnors upplevelser kring smärta postpartum.

BAKGRUND

Definition av smärta

Smärta är en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse associerad med faktisk eller potentiell vävnadsskada (1). Med smärtbeteende menas det uttryck med vilken individen genom verbal och kroppslig kommunikation signalerar sitt lidande till omvärlden. Lidandets signaler kan innefatta suckar, gråt, stön, klagomål, ändringar i rörelse- och andningsmönster och ändring av personens ansiktsuttryck. Smärtbehandlingens syfte är att de smärtrelaterande komplikationerna minskar samt ge individen ökad livskvalitet (1, 2).

Smärta är en subjektiv upplevelse och kan vara både akut och kronisk. Skillnaden mellan akut och kronisk smärta är att den akuta smärtan uppstår till följd av en direkt skada varpå den kroniska smärtan varar längre än tre månader. Dessa typer av smärta delas i sin tur in i nociceptiv, visceral, neurogen och psykogen. Enligt International association for the study of pain (IASP), är nociceptiv smärta den smärta som uppstår till följd av en vävnadsskada. Den visceral smärtan är en variant av nociceptiv smärta, vilken beror på att en syrebrist uppstår i musklerna vilket leder till en lokal energikris. Resultatet blir en kvarstående muskelkontraktion som leder till ytterligare syrebrist och en försämring av koldioxideliminationen vilket orsakar smärta (3). Exempel på visceral smärta är de kontraktioner i livmodern, s.k. eftervärkar, som beror på att livmodern dras samman i syfte

att kontrahera spiralartärerna i deciduan och förhindra blödning samt att livmodern så småningom ska återgå till sin pregravida storlek (4). Neurogen smärta uppstår då det föreligger en skada på det somatosensoriska nervsystemet. Den psykogena smärtan är inte fysiologisk och kan t ex uppkomma vid svåra psykogena tillstånd, t.ex. psykos. Det är oklart varför den psykogena smärtan uppstår men det kan röra sig om en obalans i hjärnans signalsubstanser. Förlossningssmärta och postpartumsmärta (PPS) är exempel på nociceptiv smärta men det är viktigt att påpeka att den precis som alla smärttillstånd är obehaglig och därför är den även en emotionell upplevelse (1, 2, 5).

Perineal smärta och smärta av kontraktioner i livmodern, s.k. eftervärkar

Spontana bristningar och/eller perineotomi i perineums vävnader

Det finns flera olika orsaker till smärta i perineum, det vill säga området mellan vagina och anus. Orsakerna kan vara bristningar och/eller klipp, perineotomi, i perineum och vaginas mjuka vävnader. Flera studier (6-8) visar dock att även kvinnor som har intakt anatomi i perineum upplever PPS under det första dygnet postpartum. Perineal smärta i perineum hos kvinnan kan bero på svullnad och/eller spontana bristningar. Perineal smärta är vanligt förekommande bland kvinnor som genomgått vaginal förlossning och upplevelsen av PPS är kopplad till omfattningen av den perineala skadan som uppstått i vävnaderna i underlivet (6, 7). Bristningar i underlivets vävnader delas in i fyra olika grader utifrån vävnadsskadans omfattning. Grad 1 omfattar ytliga skador i vaginas vävnader, grad 2 är en bristning i vaginalslemhinnan, introitus, hud och muskler i perinealvävnaden men innefattar inte skada på analsfinktern. Grad 3 är en bristning i ytlig vävnad, muskler i perineum och del av eller hela analsfinktern, men inte skada på rektalslemhinnan. Grad 4 är den mest omfattande skadan på hela perineum, den omfattar dess muskler, analsfinktern samt skada på rektalslemhinnan, och benämns total sfinkterruptur (9, 10).

En annan orsak till perineal smärta är perineotomi. Detta innebär att perineum och vaginas mjuka vävnader klipps upp några centimeter. Ett klipp anläggs antingen medialt eller medio-lateralt för att öka utrymmet i förlossningskanalens utgång, vilket underlättar barnets framfödande (9, 10). Medial perineotomi innebär ett rakt klipp som utgår från mitten av perineum lodrätt mot anus. Klippet anläggs i ett utspänt perineum för att minska

blödningsrisken. Vid medial perineotomi är risken för total sfinkterruptur ökad men anses minska blödningsrisken och ge mindre smärta. Medio-lateral perineotomi utförs på samma sätt som medial perineotomi förutom att klippet läggs snett utåt ca två centimeter utanför analsfinkterns ytterkant (10). Perineotomi är inget rutinmässigt ingrepp i Sverige och andelen klipp har minskat över tid. År 2000 utfördes perineotomi vid 22 procent av de vaginala förlossningarna bland förstföderskor och sex procent bland omföderskor. Motsvarande siffror år 2012 var 11 procent respektive två och en halv procent. De vanligaste indikationerna för att anlägga perineotomi är hotande fosterasfyxi, instrumentell förlossning eller för stram vävnad runt introitus. Perineotomi utförs då för att minska risken för stora vävnadsskador (11).

PPS efter perineotomi och spontana bristningar

Ett flertal studier (6, 12, 13) visar att ca 90 procent av nyförlösta kvinnor upplever perineal smärta första dygnet efter förlossningen. Oavsett om den vaginala förlossningen resulterade i en spontan bristning i perineum och/eller om perineotomi utfördes, är det troligt att kvinnan är öm i vagina och i perinealvävnaderna de närmsta dagarna efter förlossningen (14). Kvinnor som ådragit sig grad tre eller grad fyra bristningar i perineum och vagina samt kvinnor där perineotomi utförts upplever kvarstående smärta upp till sju dagar postpartum (7).

Eftervärkar

Eftervärkar är en visceral smärta och en annan orsak till PPS, vilka beror på att livmoderns muskler drar ihop sig efter förlossningen. Smärtan intensifieras ofta i samband med att kvinnan ammar det nyfödda barnet. I samband med amning när barnet suger på bröstvårtan frisätts hormonet oxytocin, vilket medför att nivåerna av oxytocin ökar i kvinnans blod. Oxytocinet har en kontraherande effekt på livmoderns muskler, vilket kan utlösa smärta (15, 16).

Negativa konsekvenser av PPS

Perineal smärta hindrar kvinnan från att mobiliseras och den kan orsaka henne intensiv smärta i sittande kroppsställning. Smärtan vid mobilisering är mer uttalad hos kvinnor som fått andra, tredje och fjärde gradens bristningar jämfört med kvinnor med intakt perineum

eller första gradens bristning (8, 12, 17). Om intensiteten av smärtan är stark i sittande ställning kan den leda till svårigheter att etablera en fungerande amning (8, 17). Smärtan kan även störa kvinnans sömn och kan leda till att det är svårt för kvinnan att praktiskt kunna sköta sitt nyfödda barn (7, 17). I studien av East (13) framkommer att 41 procent har svårigheter att ta hand om sitt nyfödda barn pga. av perineal smärta. Smärtan kan också dämpa den första upplevelsen av föräldraskapet (14).

Smärtupplevelser i samband med eftervärkar

Kvinnor beskriver sina upplevelser av eftervärkar i termer som skarpa, huggande och krampliknande. Nittiosex procent upplever smärta till följd av eftervärkar vid amning (16). En studie genomförd av Murray och Holdcroft (18) rapporterar att beskrivningar av intensiteten av PPS skiljer sig åt mellan först- och omföderskor. Omföderskor uttrycker i större besvär med PPS än förstföderskor. Intensiteten av smärtan ökar signifikant i takt med paritet. Detta beror på att livmodern behöver arbeta med större kraft för att kunna kontraheras (16). Eftervärkarnas smärtupplevelse kan upplevas vara så kraftiga att kvinnan behöver smärtlindring. Om hon ej erbjuds smärtlindring kan PPS försämra hennes välbefinnande (15, 16).

Kvinnors upplevelser av vård vid PPS

Kvinnor, både först- och omföderskor, beskriver att den perineala smärtan postpartum är värre än de föreställt sig under graviditeten. Kvinnorna uppger att de inte fått tillräcklig information från barnmorskor och läkare under graviditeten, vilket påverkat deras möjlighet till att mentalt kunna förbereda sig på eventuell PPS (8, 19, 20).

Det framkommer att kvinnor inte ber om smärtlindring trots att de upplever kraftig smärta postpartum (7). Anledningen till det är att kvinnan ger sitt behov av smärtlindring som lägre prioritet än det nyfödda barnets grundläggande behov (21). I Buurmans studie (19) beskrivs att kvinnorna accepterar smärtan postpartum då de antar att det är en naturlig del att känna smärta efter en förlossning. Smärtupplevelsen kan dock bli en chockupplevelse för kvinnorna som de har svårigheter att själva hantera (19). Flera studier (6, 7, 20) rapporterar att kvinnors upplevelser av smärta i perineum underskattas vid barnmorskans bedömning av den. I en sammanställning av flera utvärderingar av BB-vård i Sverige uttrycker ett flertal

kvinnor att deras upplevelser av smärtan negligeras av barnmorskan (20). Barnmorskan bedömer inte intensiteten av smärtan, erbjuder ofta inte smärtlindring och utvärderar inte effekten av smärtbehandling som ges (8).

Behandling av perineal smärta och eftervärkar

Om skador i perineum uppstår återställs anatomin efter förlossningen i det aktuella området genom att barnmorska eller läkare syr ihop skadade vävnader (10). En studie av Chou (9) visar att läkemedel såsom Paracetamol är effektiv vid perineal smärta. Ett behandlingsalternativ till läkemedel kan vara isbinda. Isbindan minskar genomblödning i vaginas vävnader samt dämpar inflammation och smärta. Kvinnan bör inte använda isbindan längre än 30 minuter/gång och göra ett uppehåll på ca en timme mellan behandlingarna. Forskning som styrker isbindans effekt på perineal smärta är begränsad (22), men Steen (23) har visat att kvinnor som använt isbinda de första tre dygnet postpartum upplevde minskad smärta jämfört med kvinnor utan behandling. Hoflich (24) beskriver att NSAID-preparat, däribland ibuprofen, har en god smärtlindrande effekt på eftervärkar. Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) är en icke-farmakologisk smärtlindrande metod och ett alternativ till NSAID-preparat. Vid TENS placeras elektroder bilateralt över livmodern. Elektroden skickar elektriska signaler genom huden och längs nervfibrerna. Smärtan lindras via den så kallade "grind-effekten" (25). En studie av Fagevik Olsen (26) visar att högfrekvent TENS är en effektiv smärtlindringsmetod mot eftervärkar.

Mål med smärtlindring postpartum

Det grundläggande målet med all smärtbehandling, baserat på en humanistisk-etisk grundsyn, är att minska lidandet och öka patientens välmående. En väl genomförd smärtbehandling där fullgod smärtlindring uppnåtts, leder ofta till minskande komplikationer relaterade till smärta och ökad livskvalitet för kvinnan. Smärtlindrande åtgärder har en central och integrerad roll i individuella vårdsituationer med mål att återställa patientens mentala och kroppsliga funktioner (2). Det är av betydelse att barnmorskan förstår att den perineala smärtan postpartum kan vara en källa till både oro och obehag hos kvinnan vare sig en bristning föreligger i vävnaderna eller ej (27).

Teoretisk referensram

Barnmorskans stödjande roll

Barnmorskans profession innefattas av yrkesmässig visdom vilket innebär en sammanflätning av både kunskap och erfarenhet tillsammans med teoretiska kunskaper och färdigheter (28). I en studie av Halldorsdottir och Karlsdottir (28) beskrivs fem huvudkategorier som förklarar hur barnmorskan i sin professionella roll kan göra gott. I den professionella rollen värnar den goda barnmorskan om kvinnan och hennes familj. Hon är varm, öppen och skapar en trygg atmosfär. Vidare är den goda barnmorskan kompetent, klok och vet hur erhållen visdom tillämpas. Hon vet hur kunskap integreras med förfarande och vet vad hon gör och varför. Barnmorskan har förmågan att bedöma kvinnans behov och reaktioner, vilket har betydelse för hennes välmående. Vidare för barnmorskan kvinnans talan, om behovet uppstår, och utgår från vetenskaplig beprövad kunskap i arbetet (28).

Stöd är en central del inom barnmorskans profession (29). Vad som innefattas i begreppet stöd beskrivs utifrån olika perspektiv. House (30) beskriver olika perspektiv av stöd, däribland känslomässigt och informativt stöd. Syftet med det känslomässiga stödet är att ge en människa bekräftelse och förmedla en känsla av att hon är värdefull för den hon är. Det informativa stödet ger handledning i att definiera, hantera och förstå svårigheter i olika situationer. Dessa olika former av stöd kan ge minskad stress och mindre ohälsa hos den nyförlösta kvinnan och på så sätt öka hennes välbefinnande (30, 31). I en studie av Berg (32) beskrivs att uteblivet stöd från barnmorskan kan bidra till att utvecklingen av kontakten mellan mor och barn försvåras, medan ett gott stöd och ett kärleksfullt omhändertagande bidrar till att kvinnan lättare anammar den nyblivna rollen som mamma.

Här nedan beskrivs begreppen empowerment, subjektiv kropp, livsvärld och vårdrelation då de alla kan kopplas till det studerade fenomenet.

Empowerment är en metod som tillämpas inom förlossnings- och BB-vård. Begreppet handlar om att stärka kvinnor och på så sätt stödja ett frigörande av deras egna resurser. Det innefattar att stödja personens självständighet, frihet att välja, ansvarstagande, kapacitet, kunskap och självkänsla. Metoden hjälper kvinnan att se sina egna resurser och ger kraft till

att göra medvetna val för att främja välbefinnande. Det främjar också kvinnans insikt att se sig själv som den viktigaste resursen i samband med barnafödande, såväl inför och under graviditeten som under och efter förlossningen (33). Empowerment innebär också barnmorskans möjlighet att få föräldrarna att lita till sin egen förmåga och kunskap. De delar som ingår i empowerment är alla nödvändiga och sammankopplade, inte nödvändigtvis hierarkiskt eller linjärt, men en samtida process (34).

Enligt Hermansson och Mårtensson (34) är det av värde för nyblivna föräldrar att känna sig delaktiga i beslut som fattas på BB-avdelningen och använda sina inre resurser för att växa i den nya rollen som föräldrar. Föräldrar som fått stöd av barnmorskan är bättre förberedda för att bemästra nya och oväntade situationer, och för att förstå innebörden av att bli föräldrar.

Ett vårdande och hälsofrämjande förhållningssätt som bygger på en helhetssyn av människan omöjliggör synen till att en kropp enbart är biologisk. Istället ses kroppen som subjektiv och betraktas som en helhet. Filosofen Merleau-Ponty som är starkt förbunden med fenomenologisk forskning beskriver att vi är en kropp istället för att vi har en kropp. Kroppen beskrivs som subjektiv genom vilket vi upplever både oss själva och omgivningen. Vi är i världen som kropp och genom kroppen förmedlar vi oss med världen, så också den barnafödande kvinnan (35). Som människor har vi en livsvärld, ett naturligt förhållningssätt till livet där allt tas för givet (36). I livsvärlden finns människors erfarenheter av livet vilket står i relation till omgivningen. Då kvinnan får barn förändras upplevelsen av den egna identiteten och förhållande till omgivningen. En god vård baseras på en helhetssyn vilket möjliggörs av livsvärldsperspektivet. Att utgå från livsvärldsperspektivet vid vård av en nyförlöst kvinna innebär att se, analysera, förstå och beskriva hennes livsvärld (36).

I övergången in i moderskapet är kvinnan sårbar men också mottaglig för råd och vård. Barnmorskan kan genom sitt professionella vårdande ge kvinnan råd om hur hon ska leva för att öka sitt välmående och få ett friskt barn. Sättet att vårda och förmedla kunskap till kvinnan och hennes partner kan påverka upplevelsen av både barnet och moderskapet. Forskning visar att ett uteblivet vårdande från barnmorskan kan bidra till en känsla av främlingskap till barnet, medan ett kärleksfullt vårdande bidrar till en frigörelse av egna

resurser hos kvinnan och en mognad in i föräldraskapet. Vårdandet sker inom ramen för en relation, vårdrelationen, vilket utgör basen för barnmorskans vårdande (37). Filosofen Buber beskriver vad som kännetecknar en "äkta och sann relation". Denna relation handlar om öppenhet gentemot varandra och att gränser mellan barnmorskan och föräldraparet suddas ut. Detta är en ständig process där parterna närmar varandra och bekräftas som unik och speciell. Det handlar även om att acceptera det annorlunda hos varandra (38). I den vårdande relationen mellan barnmorskan och kvinnan möts två unika personer med ett speciellt syfte. Kvinnan behöver vård och barnmorskan vill ge vård. De båda möts i relationen och både barnmorskan och kvinnan bestämmer hur öppen relationen blir. Genom öppenheten skapas en jag-du-relation där de båda utvecklar en gemenskap och ett delande vilket ger välbefinnande och merbefinnande (39, 40).

Under tiden på BB vårdar barnmorskan kvinnan och hennes nyfödda barn. Vårdrelationen utgör basen för att hjälpande kan äga rum och barnmorskan måste vara öppen för kvinnans livsvärld eftersom den är en del av henne själv. Genom att ta del av kvinnans livsvärld ges en möjlighet att förstå kvinnan och hennes sätt att vara. När barnmorskan är öppen för kvinnans livsberättelse ges en förutsättning att vårda hela människan. Barnmorskan har det yttersta ansvaret för att vårdrelationen skall utvecklas där den nyförlösta kvinnan får stöd att finna mening i den specifika situationen (36, 39, 40).

Kunskap om PPS är en viktig del för att främja ett gott välbefinnande hos den nyförlösta kvinnan. Barnmorskan kan genom kunskap om PPS och adekvat smärtlindring skapa goda förutsättningar för att den första tiden som nybliven mor ska bli en så positiv upplevelse som möjligt (8). I kompetensbeskrivningen för barnmorskor står också att barnmorskan ska visa respekt för kvinnans önskemål och integritet och att i enlighet med det bör smärtlindring anpassas individuellt och utifrån den enskilda kvinnans behov (29).

Problemformulering

Forskning visar att nio av tio kvinnor upplever perineal smärta samt eftervärkar första dygnet efter förlossningen. I barnmorskans professionella roll ingår att vara lyhörd för kvinnans fysiska och psykiska behov samt att ge stöd och vägleda henne i rollen som nybliven mamma. Flertalet kvinnor upplever dock att barnmorskans fokus i vårdmöten enbart är

riktat mot det nyfödda barnets behov och att PPS negligeras. Tidigare studier har fokuserat på prevalens av PPS. Studier som beskrivit kvinnors upplevelse av PPS saknas. Det är därför av värde att undersöka dessa kvinnors upplevelser av perineal smärta och eftervärkar. Om barnmorskan får ökad kunskap och förståelse för PPS kan stödet anpassas till att främja välbefinnande hos kvinnan.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva nyförlösta kvinnors upplevelser av perineal smärta och eftervärkar under BB-tiden.

METOD

För att kunna beskriva fenomenet valdes kvalitativ forskningsmetod då denna metod är passande för att beskriva upplevelser av fenomen (41). Kvalitativ innehållsanalys användes. Innehållsanalys är en metod som utvecklats för att hantera stora mängder data. Till en början användes analysmetoden främst inom forskning i massmedia och då för att kunna kvantifiera innehåll i nyhetsrapportering (42). Analysmetoden har även av tradition använts inom områden som t ex kommunikation, journalistik och sociologi (43, 44, 45). Ett sätt att förstå de teoretiska antaganden som ligger till grund för innehållsanalys är Watzlawicks kommunikationsteori från 1967. Denna grundteori beskriver att "det är inte möjligt att inte kommunicera" (42). Inom vårdvetenskap används metoden kvalitativ innehållsanalys för att identifiera skillnader och likheter i texten (43). Metoden kan användas både induktivt och deduktivt. Kvalitativ innehållsanalys var ett lämpligt verktyg för analys i denna studie då det saknades kunskap om fenomenet (44).

Datainsamling

Berörda vårdenhetschefer kontaktas via brev för att erhålla tillstånd att kunna intervjua nyförlösta kvinnor. När tillstånd erhållits från vårdenhetschefer får de kvinnor som tillfrågas

om deltagande i studien skriftlig FPI, forskningspersonsinformation, innehållande utförlig information om studiens syfte, se bilaga 1. I brevet framkommer att kvinnornas deltagande är frivilligt och att bandspelare kommer användas under intervjun samt försäkran om konfidentialitet. Ett muntligt samtycke till att delta kan därefter inhämtas.

Totalt genomförs fem intervjuer under vecka 19, 2014. Kvinnans partner tar hand om det nyfödda barnet under tiden som intervjun genomförs. Intervjuerna genomförs på två BB-avdelningar med friska förlösta kvinnor i Västra Götaland. De genomförs i ett avskilt rum av en av författarna. Den intervjuade personen ska känna sig trygg med omgivningen och intervjun ska utföras så ostört som möjligt. För att hålla intervjuaren fokuserad till det aktuella ämnet används en semistrukturerad metod, där frågorna är öppna utan givna svarsalternativ (46). Frågorna som ställs är: Beskriv hur du upplever smärtan från tiden efter förlossningen tills nu? Beskriv hur smärtan påverkar dig? Beskriv hur smärtan har påverkat upplevelsen av att bli mamma? Beskriv hur personalens bemötande har påverkat upplevelsen av smärtan? Vad hade du för tankar om smärtan, under graviditeten? Beroende på svaren som kvinnorna ger ställs följdfrågor som till exempel; kan du utveckla det?, kan du berätta mer?, utveckla hur du kände då? Intervjuerna spelas in och varar i 15 - 30 minuter.

Urval

Ett bekvämlighetsurval används i studien på grund av den begränsade tiden för datainsamlingen. Ett bekvämlighetsurval innebär att informanterna består av de personer som finns tillgängliga för forskaren vid tidpunkten (47). Inklusionskriterierna för studien är vaginalt förlösta först- eller omföderskor som fött ett friskt barn och som eftervårdas på en BB-avdelning med friska nyförlösta kvinnor. Kvinnorna som deltar i studien är mellan 25-39 år. De är både först- och omföderskor, varav två förstföderskor och tre omföderskor. Kvinnornas bristningar är av varierande grad. En kvinna har intakt perineum efter förlossningen, två av informanterna har ådragit sig en grad 2 bristning, en kvinna har genomgått perineotomi och fått en grad 3 bristning samt en kvinna har ådragit sig en grad 1 bristning. Samtliga kvinnor ammar sitt nyfödda barn. Urvalet kan enligt Trots (46) begränsas till ett mindre antal intervjuer, vilket innebär fyra till åtta innehållsrika intervjuer. Det för att på så sätt göra textmaterialet mer lätthanterligt och lättöverskådligt.

Dataanalys

Textmaterialet från intervjuerna analyseras med innehållsanalys enligt Lundman och Granheim (42). För att inte avslöja informanternas identitet numreras intervjuerna från ett till fem. Transkriberingen av intervjuerna utförs av intervjuaren vilket sker i nära anslutning till att respektive intervju utförs. Efter transkriberingen läses texten igenom enskilt av båda författarna varvid meningsenheter markeras löpande i texten (43). Därefter läses texten igenom systematiskt, och bärande meningsenheter lyfts ut efter att samstämmighet erhållits. Meningsenheter är meningar, stycken eller ord som tillför mening i texten, vilka genom sitt innehåll hör samman (43, 48). När alla meningsenheter valts ut kondenseras innehållet i varje meningsenhet och flyttas till ett separat dokument. Efter kondenseringen identifieras koder som sedan delas in i underkategorier och kategorier (43, 48). Vidare skrivs de abstraherade koderna för varje kondenserad enhet i ytterligare ett separat dokument. Tabeller i dataprogrammet Word används och koder som hör samman grupperas. Exempel på kondensering av textmaterial presenteras i Tabell 1. Under hela analysprocessen behålls intervjunumren vid sidan av koderna. Detta för att lättare kunna hitta tillbaka till texten och finna lämpliga citat och genom det styrka resultatet (42). Av koderna skapas tio underkategorier, vilka bildar fyra huvudkategorier. De olika kategorierna jämförs aktivt genom att klassificera data under en specifik kategori. Denna process skapar mening, underlättar förståelsen för fenomenet samt ger en ökad kunskap (42).

Tolkning av text är fokus vid en kvalitativ innehållsanalys. Inom den kvalitativa forskningen bör man ha bearbetat begreppen tillförlitlighet, giltighet och delaktighet samt överförbarhet för att uppnå trovärdighet i resultatet. Begreppet validitet inom kvalitativ forskning inkluderar dessa begrepp. Resultatets sanning bedöms utifrån dess giltighet (42).

Tabell 1. Exempel på analys av nyförlösta kvinnors upplevelse av perineal smärta och eftervärkar.

Meningsenhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Man får ju inte så mycket info från mödravården vad som händer med kroppen efter förlossningen måste jag säga. Det är mest det jag läst i boken man fick därifrån men inget direkt man diskuterade.	Ingen information om vad som händer efter förlossningen	Vara dålig förberedd	Att få bristfällig information	Informationen har betydelse för upplevelsen av PPS
... och så vet man ju det att så fort hon börjar suga så kommer det dra ihop sig och jag får jätteont.	Jag vet att det kommer göra ont när jag ammar. Drar mig för att amma.	Smärta vid amning	Amningen påverkas	Kvinnor begränsas av PPS

Forskningsetiska överväganden

Enligt Etikprövningslagen (2003:460) behövs ej forskningsetiskt tillstånd när forskning bedrivs på universitetsnivå, både grundnivå och avancerad nivå avses (49).

För att skydda deltagarna utfördes den aktuella studien enligt de fyra generella regler som ställs på forskningen. Informationskravet betyder att information skall ges till deltagaren i studien, att medverkan är frivillig och att de uppgifter som samlas in inte kommer att användas för något annat syfte än till studiens resultat. Information om studiens syfte skall ges samt en beskrivning på hur studien är utformad. Forskaren har skyldighet att inhämta deltagarens samtycke för deltagande i studien och detta innefattar samtyckeskravet. Deltagaren har också rätt att när som helst, utan förklaring, avbryta sitt deltagande i studien. Forskaren får då inte utöva påtryckningar för att övertala deltagaren om fortsatt medverkan. Konfidentialitetskravet innebär att insamlat material skall avkodas och lagras så att den enskilde deltagarens uppgifter ej skall vara tillgängliga och kunna härledas för utomstående personer. Det fjärde och sista kravet är nyttjandekravet. Detta innebär att insamlat datamaterial endast får användas i den aktuella studien och uppgifter som framkommit får inte påverka deltagarens fortsatta vård eller omhändertagande (50).

Deltagarna i den föreliggande studien får muntlig och skriftlig information om studiens syfte och metod. Information ges om att deltagande i studien inte kommer påverka den fortsatta vården i något avseende samt att deltagandet är frivilligt. Deltagarna försäkrats om konfidentialitet. De nyförlösta kvinnorna uppmanas att berätta om sina upplevelser och under intervjun kan upplevelser om personalens bemötande och vård framkomma. Kvinnorna ska känna sig trygga med att de kan tala fritt och att alla uppgifter som framkommer under intervjun inte kommer till personalens kännedom. När studien presenteras i sin helhet blir resultatet tillgängligt, men uppgifterna har då avkodats så att specifika citat eller uppfattningar inte kan härledas till någon specifik nyförlöst kvinna.

Risk/nytta analys

Intervjuerna genomförs då kvinnorna befinner sig i en känslig och omvälvande tid efter en förlossning. En medvetenhet finns om att en risk med intervjuerna är att det kan framkalla negativa upplevelser relaterat till smärta. Med detta i åtanke erbjuds därför kvinnorna möjlighet till ett senare enskilt samtal om eventuella frågor och funderingar uppkommer under intervjun. Ingen av kvinnorna fann dock ett behov av ytterligare samtal. Forskning visar att det kan vara terapeutiskt för personer att få samtala om en traumatisk upplevelse (49), vilket kan vara av nytta för informanterna i studien. Dessutom kan resultaten av studien medföra att andra kvinnor med PPS får en bättre vård, som resultat av att kunskap om kvinnors upplevelse av PPS ökar hos barnmorskor på BB.

RESULTAT

Analysen av texterna från intervjuerna resulterade i fyra kategorier och tio underkategorier, vilka presenteras i tabell 2. För att visa på trovärdighet av resultatet styrks kategorierna av illustrerande citat (42). Gemensamt för kvinnorna är att de genomgått en normal vaginal förlossning, fött ett friskt barn samt har vårdats på BB-avdelningen minst ett dygn efter förlossningen.

Tabell 2. Översikt av underkategorier och kategorier om hur nyförlösta kvinnor beskriver upplevelsen kring perineal smärta samt eftervärkar under tiden på BB.

Underkategorier	Kategorier
Tidigare upplevelser av PPS Förväntningar påverkas av andra kvinnors inställningar	Kvinnors tidigare upplevelser av PPS påverkar smärtupplevelsen
Att få bristfällig information Nöjd av att bli informerad på BB	Informationen har betydelse för upplevelsen av PPS
Att bli sedd Att vara trygg med barnmorskan Att sätta barnets behov i centrum	Professionellt bemötande påverkar upplevelsen av PPS
Amningen påverkas PPS minskar möjligheten att fungera i det dagliga livet Glädjen är större än begränsningarna	Kvinnor begränsas av PPS

Kvinnors tidigare upplevelser av PPS påverkar smärtupplevelsen

Tidigare upplevelser av PPS

Omfödernskorna beskriver hur deras tidigare PPS påverkar upplevelsen av PPS. Kvinnorna uttrycker också att tidigare smärtupplevelser medförde oro för PPS under graviditeten. De kvinnor som tidigare fått komplicerade bristningar eller akut kejsarsnitt beskrev att de varit rädda för att det skulle upprepas även denna gång. Om förlossningen inte resulterat i stor bristning eller kejsarsnitt beskrev de upplevelsen av förlossningen som både stärkande och hanterbar.

”Det jag var rädd för var att jag skulle få en stor bristning, att det skulle bli samma sak nu, så det känns ju fantastisk skönt att det gick så bra den här gången. Bara någon liten slitning sa barnmorskan.” (IP 3)

Förväntningar påverkas av andra kvinnors inställningar

Flertalet kvinnor beskriver att förväntningarna på PPS påverkas av närstående kvinnors uttalanden om smärtupplevelser postpartum. Det leder till att kvinnor jämför sina egna upplevelser av PPS med de närståendes. Konsensus blir att kvinnan förringar den egna smärtupplevelsen i tron om att andra kvinnor har en mer uttalad smärta än de själva. Kvinnorna beskriver en rädsla över komplicerade bristningar i underlivet och lång kroppslig återhämtning. Rädslan som beskrivs baseras på hur närstående kvinnor berättat om deras

traumatiska upplevelser av PPS. Vidare anser sig kvinnorna vara lyckosamma som ådragit sig en mindre uttalad PPS i jämförelse med vad andra kvinnor beskrivit.

”Sen har jag ju kompisar som har sagt att det kommer göra skitont efteråt. Att man inte alls blir av med smärtan när barnet kommit ut. Så det kanske är därför jag tycker att min smärta inte är så farlig. När man hade förväntat sig värre...” (IP 2)

Majoriteten av kvinnorna beskriver att de haft svårigheter att föreställa sig hur tiden efter förlossningen skulle bli och hur PPS skulle kunna påverka dem. Kvinnorna beskriver hur tankarna främst riktats mot förlossningsprocessen och den smärta det kan innebära. Efter genomgången förlossningen beskriver kvinnorna hur de jämför sin förväntade PPS med den smärta de upplevde under förlossningen. På grund av denna jämförelse av smärta beskriver de svårigheter att skatta PPS på ett objektivt sätt.

”Nej, man kan inte jämföra den smärtan med vad man känner innan. Sen är det klart det gör ont men det blir så svårt att tänka på då man haft så ont under själva förlossningen.” (IP 4)

Informationen har betydelse för upplevelsen av PPS

Att få bristfällig information

Övervägande delen av kvinnorna beskriver att de upplever att de fått bristfällig eller saknar information om PPS av barnmorskan de träffat vid vårdmöten på respektive mödravårdscentral. Informationen från barnmorskan har främst syftat till att beskriva för kvinnorna hur kroppen förändras fysiskt under graviditeten samt vad som sker med kvinnans kropp under en förlossning. Av den anledningen beskriver kvinnorna att de känner sig oförberedda angående PPS relaterat till vävnadsskador i underlivet och eftervärkar i livmodern. Den bristfälliga informationen om PPS under graviditeten skapar en känsla av ovisshet hos kvinnorna. Det leder till att denna grupp av kvinnor upplever att de burit på en obefogad oro under graviditeten.

”Man får ju inte så mycket information från mödravården vad som händer med kroppen efter förlossningen måste jag säga.” (IP 2)

Omfödernskorna beskriver hur de upplever att barnmorskan på respektive mödravårdscentral förutsätter att kvinnor som tidigare fött barn har kunskap om PPS. Barnmorskan förutsätter att omfödernskorna kommer ihåg anledningen till smärtan och hur den kan yttra sig. Det framkommer i omfödernskornas beskrivningar att det är en anledning till att information om PPS utelämnas till dem under efterföljande graviditet. Detta leder till att även omfödernskorna känner sig oförberedda på smärtan trots att de genomgått förlossning vid tidigare tidpunkt i livet. De beskriver vidare hur varje förlossningsupplevelse är unik för dem och så även PPS. Kvinnorna har haft svårigheter att under graviditeten förbereda sig på hur PPS kan komma att påverka dem, eftersom informationen från barnmorskor uteblivit.

”Det är som man förväntas kunna och veta hur det går till. Har man gjort det en gång så kan man och så vet man hur man ska göra och vad som kommer hända.” (IP 1)

”Jag hade ju bara förlöst med kejsarsnitt så jag visste ju inte hur det skulle bli. Jag fick nog information om det första gången men det fanns ju inte med nu.” (IP 5)

Nöjd av att bli informerad på BB

Kvinnorna beskriver att de får tydlig och saklig information om eftervårk och dess funktion av barnmorskorna på BB-avdelningen. Kvinnorna upplever att de kan ställa frågor till barnmorskan om kroppens naturliga återhämtning postpartum. De beskriver även det positiva i att erhålla saklig information från barnmorskan angående PPS. Kvinnorna berättar vidare hur de genom den sakliga informationen ges möjlighet till dels att utföra egenvård för att lindra smärtan och dels får vetskap om att de kan be om smärtlindring när behov av det uppstår.

”Jag tycker att jag har fått väldigt tydlig information om vad man går igenom efteråt.” (IP 4)

Professionellt bemötande påverkar upplevelsen av PPS

Att bli sedd

Flertalet kvinnor beskriver om hur de upplever att barnmorskan ser kvinnans individuella behov och bekräftar dem utifrån situationen. Vidare beskrivs betydelsen av att olika barnmorskor på avdelningen, oavsett arbetstid på dygnet, har vetskap om den enskilda kvinnans individuella smärta relaterat till grad av eftervärkar. Ett sådant professionellt bemötande innebär för kvinnan att hon av barnmorskan känner sig sedd som enskild individ och att hennes upplevelse av smärta tas på allvar. Genom det beskriver kvinnorna att barnmorskan stödjer henne på ett professionellt sätt i den nya situationen som nybliven mamma. Vidare beskrivs att barnmorskan vägleder kvinnan i hanteringen av PPS.

”Och sen kom nattpersonalen och då visste dom om att jag hade eftervärkar och frågade mig om det var bättre eller inte. Då fick jag ändå bekräftelse på att någon hade hört mig.” (IP 1)

I berättelserna framkommer värdet av ett gott bemötande från barnmorskan. Kvinnorna beskriver att barnmorskan ser henne, hennes partner och det nyfödda barnet som en familj vilket inger trygghet för kvinnorna. Deras känsla av trygghet skapar en optimal vårdmiljö på BB för återhämtning hos den nyförlösta kvinnan och hennes familj. Genom barnmorskans professionella omvårdnad ges goda förutsättningar för att kvinnan ska kunna hantera sin PPS.

”Men det känns som att de tar oss på allvar, jag känner mig trygg här.” (IP 5)

Att vara trygg med barnmorskan

Kvinnor beskriver barnmorskans professionella roll i omvårdnadshandlingar vid PPS. I det ingår att kvinnorna fått erbjudande om olika alternativ med syfte att lindra smärtan, såsom smärtstillande tabletter, TENS, isbinda och värmedyna. Att kvinnorna erbjuds alternativa smärtlindringsmetoder till farmakologiska metoder beskrivs som positivt och ger dem en känsla av självbestämmande. Kvinnorna beskriver att barnmorskans professionella roll vid hantering av smärtan gör dem trygga, vilket ger dem goda förutsättningar för att lindra smärtan och återhämta sig postpartum.

”Men det var ju positivt tycker jag att barnmorskan erbjöd mig TENS.” (IP 4)

Kvinnorna har i de flesta fall själva varit tvungna att själv be om smärtlindring för att betona sin grad av smärta till barnmorskan på BB-avdelningen. Kvinnor beskriver att om de inte själva uttryckt ett behov av smärtlindring till barnmorskan, erbjöds det heller inte. Kvinnorna beskriver att de blivit uppmanade av barnmorskan att själva be om smärtlindring när behov av det uppstår.

”Blev erbjuden smärtlindring i form av tabletter. Men det var jag som fick be om det och jag behövde det ju mycket där i början. De erbjöd faktiskt inte utan jag sa att jag behövde.” (IP 3)

En kvinna beskriver att hon ej blivit tillfrågad av barnmorskan om tabletterna hon fått mot PPS haft effekt. I motsats till det berättar en kvinna att barnmorskan varit observant på och tillfrågat kvinnan om smärtlindringen haft önskad effekt, vilket upplevs som positivt under vårdtiden på BB.

”Sen kan jag väl känna att de inte har kollat med mig om tabletterna hjälpte utan bara ställt in till mig för ett dygn. Det är aldrig någon som frågat om de hjälpt, men det kanske de förutsätter när jag inte sagt nåt annat.” (IP 2)

”Hon kommer ju tillbaka sen och frågar om det har hjälpt och så... Det tycker jag är positivt.” (IP 1)

Att sätta barnets behov i centrum

I en kvinnas berättelse beskrivs att efter förlossningen riktar både hon själv och barnmorskan främst sin uppmärksamhet och omsorg mot det nyfödda barnets basala behov, så som värme, närhet, mat och torr blöja. Det medför svårigheter för kvinnan att vara uppmärksam på sina egna basala behov, däribland smärtlindring. Kvinnan beskriver den bristande uppmärksamheten från barnmorskan som att hennes upplevda problem med PPS inte behöver uppmärksammas. Kvinnan beskriver att barnets basala behov ständigt efterfrågas av barnmorskan vilket medför att hon glömmer bort sig själv och behovet av att prata om smärta och eventuell smärtlindring med barnmorskan.

”Men det är nog så att barnmorskorna mer tänker på barnet måste jag ju säga. Men det kanske är för att jag inte haft så stora problem som kanske andra har.” (IP 3)

Kvinnor begränsas av PPS

Amningen påverkas

Samtliga kvinnor i studien beskriver att amningen påverkas negativt av att de upplever PPS. Kvinnans kunskaper om att amningen stimulerar till eftervärkar som framkallar smärta, leder till en anspänning inför amningstillfället. Det skapar i sin tur oro och stress hos kvinnorna. En kvinna beskriver att hon skjuter upp amningen på grund av smärtan. Det medför i sin tur negativa reaktioner från barnet som blir frustrerat och skriker av hunger, vilket stressar kvinnan än mer och en ond cirkel uppstår.

”Hon skriker och jag blir stressad över det och så vet man ju det att så fort hon börjar suga så kommer det dra ihop sig och jag får jätteont.” (IP 4)

”Det har varit så att jag försöker skjuta på amningen för att det gör så ont i magen under tiden. Men då blir hon arg och så blir allt bara kaos.” (IP 2)

Kvinnorna beskriver hur smärtan i underlivet påverkar möjligheten till en optimal amningsposition för både henne och barnet. Detta leder till att amningen avslutas innan barnet är tillfredställt.

”Så ibland är det svårt att amma. Jag kan inte sitta hur jag vill så det har varit svårt att lägga till henne på rätt sätt...” (IP 5)

En kvinna beskriver att barnmorskans kunskap om lämpliga sitt- och liggställningar och närvaro vid amningstillfällena har varit till hjälp för kvinnan att främja en fungerande amning.

PPS minskar möjligheten att fungera i det dagliga livet

Den övervägande delen av kvinnorna beskriver att PPS påverkar dem i det dagliga livet på olika sätt. Exempel på det är att sömnen påverkas negativt och att de upplever svårigheter att vända sig och ligga bekvämt i sängen. Det leder till en ökad trötthet och sänkt sinnesstämning. Vidare beskriver kvinnorna att de både begränsar och förändrar sitt sätt att sitta och att röra på sig på grund av rädsla att förvärra smärtan.

”Man blir ju så trött när man har ont och inte kan sova ordentligt. Då är det ju lite svårt att vara lycklig och glad hela tiden.” (IP 3)

Glädjen är större än begränsningarna

I kvinnornas berättelser framkommer att begränsningarna som smärtan medför postpartum är hanterbar för dem då glädjen över att ha fött ett friskt barn överskuggar all tänkbar smärta. Kvinnorna uttrycker blandade känslor om smärtan. De beskriver att samtidigt som smärtan är obehaglig är det en stärkande känsla för dem att de genomfört en vaginal förlossning.

”Men glädjen över att allt gått bra och att vi fått ett friskt barn är ju ändå det största, den största upplevelsen.” (IP 2)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Tiden för datainsamlingen var knapp och det var svårigheter att finna lämpliga informanter. Intervjuerna blev därför till antalet färre än vad som ursprungligen var planerat. Totalt tillfrågades 13 nyförlösta kvinnor som uppfyllde studiens inklusionskriterier. Av dessa valde fyra kvinnor att avstå från deltagande utan att ange orsak. Ytterligare fyra kvinnor avböjde medverkan på grund av att deras PPS var för uttalad och att all energi gick åt till att ta hand om det nyfödda barnet och sig själv. Då kvinnorna med mer intensivt smärta avböjde

deltagande kan detta ha medfört att resultatet påverkats och inte kan överföras på kvinnor med intensiv PPS.

Deltagarna i studien var mellan 25-39 år, de var både först- och omföderskor och hade olika grader av bristningar och perineotomier. Detta ger en god variation i urvalet, vilket kan stärka studiens resultat och öka dess tillförlitlighet (48). Det är dock viktigt att påverka att resultatet också påverkas av att det endast var fem informanter. Enligt Trots (46) kan dock urvalet begränsas till ett mindre antal innehållsrika intervjuer för att göra textmaterialet mer lättöverskådligt och enklare att analysera. Nyförlösta kvinnor som befinner sig på BB-avdelningen är svåra att studera då de befinner sig i en känslig period i livet. Förmodligen var det en bidragande orsak till svårigheter att finna informanter. En brist i studien kan anses vara att kvinnor som genomgått instrumentella förlossningar, exkluderades. Kvinnor som genomgått en instrumentell förlossning kan få en förstärkt smärtupplevelse då förlossningen inte avslutas på naturlig väg. Denna exkludering anses dock ej ha påverkat det slutgiltiga resultatet då syftet var att beskriva normalförlösta kvinnors smärtupplevelse.

Intervjuerna som utfördes transkriberades i nära anslutning till intervjutillfället. Det transkriberade textinnehållet bearbetades noga och systematiskt. Intervjuerna har analyserats och bearbetats av båda författarna för att genom det inte gå miste om bärande innehåll i textmaterialet (43, 48). En ökad variationsbredd ger studien en mer representativ bild av det studerade fenomenet (42). Den noggranna analysprocessen ökar tillförlitligheten i materialet och minskar risken för feltolkning (43, 48). Genom att använda citat från intervjuerna, ökar tillförlitligheten i resultatet då läsaren själv kan kontrollera om det överensstämmer (44).

Författarna hade ingen erfarenhet av att genomföra intervjuer, vilket kan ha påverkat rikligheten i data och därmed resultatet. Det hade varit önskvärt att öva på intervjuteknik för att på så sätt öka förutsättningen att kunna få ut mer information under intervjuerna. Vidare kan valet och utformningen av de öppna frågorna i intervjuguiden ha påverkat resultatet och dess tillförlitlighet. Eftersom intervjuerna har utförts av båda författarna kan det antas att en variation i uppföljningsfrågorna som använts. Det kan leda till att olika upplevelser av PPS från kvinnorna beskrivits i intervjuerna, vilket kan öka variationen av utsagor. En styrka med

de öppna frågorna var att kvinnorna fick berätta fritt om sina upplevelser om PPS, vilket resulterade i innehållsrika intervjuer (48).

Intervjuerna med kvinnorna genomfördes ≥ 24 timmar postpartum på BB-avdelningen. Orsaken var att den nyförlösta kvinnan och den nyblivna familjen skulle få vila ut efter förlossningen. Svårigheten med tidsramen var dock den gällande korta vårdtiden på cirka två dygn för normalförlösta kvinnor.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att kvinnor upplever en bristande information om PPS från barnmorskan vid vårdmöten på mödravårdscentral. Det leder till att kvinnorna känner sig oförberedda på smärtan och bristen på information skapar en obefogad oro för dem. Detta resultat stärks av tidigare forskning inom området, där kvinnor beskrivet bristande information både från läkare och barnmorskor. Forskning visar på vikten av att kvinnorna får information om PPS under graviditeten så att de vet varför PPS uppstår och på så sätt bättre kunna lättare kunna hantera smärtan (19, 20). Vidare beskrivs PPS som en försummad del av barnmorskans arbetsområde. Det saknas en helhetsbild av smärtan innan, under och efter en normal förlossning. Barnmorskan fokuserar på att informera kvinnan om smärta under förlossningen och vilka smärtlindringsmetoder som finns och kvinnorna får ej information om PPS (8).

I resultatet framkommer att kvinnan ger sina egna, individuella behov lägre prioritet än det nyfödda barnets behov. Detta bekräftas av Beake (21). Så trots att det i kompetensbeskrivningen för barnmorskor står att det ingår i den professionella rollen att vara uppmärksam på kvinnans behov och göra henne observant på vad hon behöver för stöd och smärtlindring så negligeras detta (29).

En öppenhet och lyhördhet från barnmorskan samt en visad empati och förståelse hjälper kvinnan att hantera sin smärta (28). Detta stämmer väl överens med de beskrivningar som framkommer i resultatet. Där beskriver kvinnorna att om barnmorskan ser henne, hennes partner och det nyfödda barnet som en familj, så inger det trygghet.

Att smärtlindring och god omvårdnad är en självklarhet inom barnmorskans profession beskrivs av Hallursdottir & Karlsdottir (28) så som barnmorskans professionella visdom. Professionell visdom utvecklas genom ett samspel mellan kunskap och erfarenhet och är självklarhet för att kvinnan ska få en positiv upplevelse de första dagarna postpartum (28). Flertalet av kvinnorna beskriver att barnmorskorna på BB-avdelningen inte uppmärksammade kvinnornas behov av omsorg och smärtlindring i önskad utsträckning, vilket Holdcroft (16) beskriver som en viktig komponent för att kvinnan ska uppnå välbefinnande. Detta visar att vården av den nyförlösta kvinnan på dagens BB-avdelningar ej är optimal för att främja en god upplevelse. Vikten av ett gott stöd och ett kärleksfullt vårdande för att den nyförlösta kvinnan lättare ska komma in i sin nya roll som mamma har beskrivits av Berg (32).

Kvinnorna beskriver hur de begränsas i sitt dagliga liv och hur sömnen blir lidande till följd av PPS. Vidare beskriver kvinnorna hur även amningen påverkas negativt. Halldorsdottir och Karlsdottir (28) beskriver att barnmorskan i sin professionella roll skall ha förmågan att bedöma kvinnans behov och reaktioner för att öka förutsättningen för kvinnans välbefinnande (28). Detta skiljer sig från resultatet där det framkommer att barnmorskan inte ser kvinnans individuella behov och tar inte hänsyn till hennes livsvärld. Enligt Eriksson är det av största vikt att barnmorskan tar del av kvinnans livsvärld för att kunna vårda henne och få henne att bejaka sina inre resurser (37).

I resultatet framkommer olika upplevelser bland kvinnorna angående barnmorskans benägenhet att utvärdera effekten av den smärtlindring som givits. En kvinna uttrycker att hon fick tabletter för ett dygn in på rummet men att barnmorskan aldrig utvärderade om smärtlindringen var tillräcklig. I motsats till detta menar en kvinna att barnmorskan förhört sig om smärtlindringen uppnått önskad effekt. Utvärdering av given smärtlindring kan tyckas vara en självklarhet och kan förväntas av barnmorskan när hon vårdar den nyförlösta kvinnan då det ingår i barnmorskans profession (27). En väl utförd smärtbehandling leder ofta till minskande komplikationer relaterade till smärta samt ökad livskvalitet (1, 2). I Sjöströms studie (51) beskrivs vikten av att smärtbehandlingen är tillräcklig för att uppnå välbefinnande. Vårdpersonal står i centrum för bedömning av smärtan och så också utvärderingen av den. Varje person har en individuell smärtupplevelse vilket måste bejakas.

Detta är en grundläggande aspekt som vårdpersonal måste vara lyhörda inför för att kunna ge en optimal vård (51). Resultatet om utvärdering av smärta stärks i Choiniér och Amsel studie (52). Där beskrivs vårdpersonals benägenhet att utvärdera smärta som bristande och att det leder till ett ökat lidande för patienten (52).

En noggrann bedömning och utvärdering av patientens smärta är avgörande för smärtlindringsprocessen. Det är av vikt att patienten själv får bedöma sin smärta. Ofta försummas patientens egen bedömning av smärtan och resultatet blir då utebliven smärtlindring vilket leder till ökat lidande (51). Smärta är en subjektiv upplevelse och kan inte kategoriseras utan påverkas av människans livsvärld (36). Det är även av vikt att vårdpersonal har förmågan att kunna bedöma den enskilde individens smärta utifrån dennes perspektiv och sitt individuella sätt att uttrycka den (51).

Ett verktyg som kan användas i barnmorskans bedömning och utvärdering av smärta är Visual Analogue Scale (VAS) (53). Skalan består av en tio centimeter lång linje där skalan i ena änden står beskriven som "ingen smärta" och i andra änden "värsta tänkbara smärta". På baksidan av skalan finns en numrerad skala från ett till tio där smärtan kan avläsas som ett nummer. Patienten markerar på linjen smärtans intensitet och barnmorskan kan på baksidan avläsa smärtan som en siffra. Instrumentet kan användas för bedömning av smärta samt utvärdering av den för att se om smärtlindringsmetoden haft effekt och smärtan minskat (53).

I en amerikansk sammanläggningsartikel från 2013 (54) beskriver forskaren smärtupplevelsen som ett kropp-själfenomen där tidigare erfarenheter färgar kvinnans PPS. Detta stärker resultatet i föreliggande studie där kvinnorna beskriver att tidigare smärtupplevelser relaterat till PPS, skapar en rädsla för att smärtan ska upprepas även denna gång. Barnmorskan på BB-avdelningen kan visa sitt stöd genom att uppmuntra kvinnan att berätta om sin förlossningsupplevelse. Den vårdande relationen mellan den nyförlösta kvinnan och barnmorskan baseras på en helhetssyn vilket möjliggörs av livsvärldsperspektivet (36). Vårdrelationen utgör basen för att hjälpande kan äga rum och kvinnans berättelse hjälper barnmorskan att vårda hela människan (36, 39, 40). Att få samtala om sin förlossningsupplevelse har visat sig hjälpa kvinnan att hantera PPS (54, 55).

KONKLUSION

Studien visar att nyförlösta kvinnors upplevelser av PPS vid tidigare förlossningar påverkar deras upplevelser vid kommande förlossningar. Även närstående kvinnors negativa smärtupplevelser relaterat till PPS har visat sig ha en betydande roll i hur de nyförlösta kvinnorna upplever smärtan. Kvinnorna önskar utförlig information om PPS av barnmorskan på mödravården och BB-avdelningen. Dock upplever kvinnorna att fokus läggs på smärtan under förlossningen och att den nyförlösta kvinnans PPS försummas av barnmorskan. Kvinnorna begränsas i sitt dagliga liv då de förändrar sitt sätt att sitta och att röra sig pga. rädslan att smärtan ska förvärras. Även amningen blir påverkad relaterat till PPS, men genom barnmorskans kunskap och närvaro kan en god amning främjas.

FRAMTIDA FORSKNING

För att barnmorskan ska kunna ge stöd till kvinnan och lindra PPS kan en kvalitativ intervjustudie med strategiskt urval av fler informanter med både normala förlossningar och instrumentella förlossningar öka kunskapen om fenomenet PPS. Ökad kunskap om PPS behövs inom såväl mödrhälsovård, förlossnings- samt BB-vård för att erbjuda dessa kvinnor en optimal och individanpassad vård.

FÖRDELNING AV ARBETET

Bakgrunden har skrivits gemensamt av C.K. och H.L. Under arbetsprocessen med examensarbetet har båda författarna redigerat och skrivit om texterna och på så sätt varit lika delaktiga i skrivprocessen. Den första artikelsökningen gjordes gemensamt och de utvalda artiklarna lästes och analyserades var för sig av författarna. Texten i bakgrunden kunde därefter sammanställas gemensamt. Vidare bidrog C.K. och H.L. med lika stor del till text i problemformulering, syfte, metod, etiska överväganden, risk/nytta analys, validitet, resultat och diskussion.

REFERENSLISTA

1. **International, association for the study of Pain.** IASP-Pain. [Online] 2012. [Cited: 09 5, 2014.] <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>.
2. **Werner, M.** Introduktion och kort historik. [ed.] Werner M Leden I. *Smärta och smärtbehandling*. 2:a uppl. Stockholm : Liber, 2010, pp. 13-26.
3. **Lundeberg T, Norrbrink C.** Klassifikation av smärta. *Om smärta - Ett fysiologiskt perspektiv*. Lund : Studentlitteratur, 2014, pp. 51-77.
4. **Nordström L, Wiklund I.** Puerperium - fysiologi och handläggning. [book auth.] Marsal K, Westgren M Hagberg H. *Obstetrik*. Lund : Studentlitteratur, 2014, pp. 123-126.
5. **Rivano, M.** Psykologiska, sociala och existentiella aspekter av smärta. [ed.] Werner M. Leden I. *Smärta och smärtbehandling*. 2:a uppl. Stockholm : Liber, 2010, pp. 63-81.
6. **Macarthur C, Macarthur AJ.** Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: A prospective cohort study. *American journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004, 191:(4), pp. 1199-204.
7. **Swain J, Dahlen H G.** Putting evidence into practice: A quality activity of proactive pain relief for postpartum perineal pain. *Woman and birth: Journal of the Australian College of Midwives*. 2013, 26:(1), pp. 65-70.
8. **Way, S.** A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: Expectations, reality and returning to normality. *Midwifery*. 2012, 28:(5), pp. 712-9.
9. **Chou D, Abalos E, Gyte GML, Gülmezoglu AM.** Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. . *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013, Vol. 1, CD008407.
10. **Hogg, B.** Den okomplicerade förlossningen. [ed.] Hildingsson I, Lundgren I. Kaplan A. Hogg B. *Lärobok för barnmorskor*. Lund : Studentlitteratur, 2009, pp. 245-301.
11. **Socialstyrelsen.** *Graviditeter, förlossning och nyfödda barn*. [Online] 2013. [Cited: 09 05, 2014.] <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19289/2013-12-16.pdf>.
12. **Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW.** Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia--a prospective study. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2008, Vol. 2, pp. 152-6.

13. **East CE, Sherburn M, Nagle C, Said J, Forster D.** Perineal pain following childbirth: Prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery*. 2012, 28:(1), pp. 93-7.
14. **Marchant, S.** Physiology and care in the puerperium. [ed.] Fraser M D. Cooper A M. *Myles textbook for midwives*. 15:e uppl. Nottingham : Churchill Livingstone Elsevier, 2009, pp. 651-678.
15. **Schytt, E.** Den komplicerade barnsängstiden. [ed.] Hogg B, Hildingsson I, Lundgren I. Kaplan A. *Lärobok för barnmorskor*. Lund : Studentlitteratur, 2009, pp. 447-458.
16. **Holdcroft, A, Snidvongs, S, Cason, A, Doré, C J, & Berkley, K. J.** Pain and uterine contractions during breast feeding in the immediate post-partum period increase with parity. *Pain*. 2003, Vol. 104(3), pp. 589-596.
17. **MacArthur C, Winter H, Bick D, Knowles H, Lilford R, Henderson C, et al.** Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: A cluster randomised controlled trial. *The Lancet*. 2002, 359:(9304), pp. 378-85.
18. **Murray A, Holdcroft A.** Incidence and intensity of postpartum lower abdominal-pain. *British medical journal*. 1989, 298:(6688), p. 1619.
19. **Buurman MBR, Lagro-Janssen ALM.** Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013, 27:(2), pp. 406-13.
20. **Ingmarsdotter Rudman, A.** Womens evaluations of intraparumand postpartum care. [dissertation]. Stockholm : Karolinska Institutet, 2007.
21. **Beake S, McCourt C, Bick D.** Women's views of hospital and community-based postnatal care: the good, the bad and the indifferent. *Evidence-Based Midwifery*. 2005, Vol. 3, pp. 80-86.
22. **East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant PR, Wallace K.** Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012, Vol. 5.
23. **Steen M A.** A randomised controlled trial to evaluate the effectiveness of localised cooling treatments in alleviating perineal trauma.the APT study. *MIDRIS Midwifery Digest*. 12, 2002, Vol. 3, pp. 373-376.
24. **Hoflich AS, Langer M, Jagsch R,.** Peripartum pain management. *Eur J Pain*. 2012, Vol. 16:(4), pp. 574-584.

25. **Sluka K A, Walsh D.** Transcutaneous electrical nerve stimulation: Basic science mechanisms and clinical effectiveness. *The Journal of Pain Volume. 3*, 2003, Vol. 4, pp. 109–121.
26. **Fagevik Olse M, Elden H, Dahme Janson E, Lilja H, Sterner-Victorin E.** A comparison of high- versus low-intensity, high-frequency, transcutaneous electric nerve stimulation for painful postpartum uterine contractions. *Acta Obstetrica et Gynecologica. 86*, 2007, pp. 310-314.
27. **Wylie, L.** *Essential Anatomy and Physiology in Maternity Care*. London : Churchill Livingstone, 2000.
28. **Halldorsdottir S, Karlsdottir SI.** The primacy of the good midwife in midwifery services: An evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian journal of caring sciences. 2011, 25:(4)*, pp. 806-17.
29. **Socialstyrelsen.** Kompetensbeskrivning för barnmorskor. [Online] 2006. [Cited: 12 15, 2013.] http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf.
30. **House, S J.** *Work stress and social support*. Addison-Wesley : Reading, Mass, 1981.
31. **Cohen S, Ashby Wills T.** Stress, Social Support, and the Buffering hypothesis. *Psychological Bulletin. 1985, 98:(2)*, pp. 310-57.
32. **Berg, M.** Vårdandets värdegrund vid barnafödande. [ed.] Lundgren I. Berg M. *Att stödja och stärka. 2:a uppl.* Lund : Studentlitteratur, 2004, pp. 29-43.
33. **Feste C, Anderson R M.** Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Educ Couns. 1995, Vols. 26(1-3)*, pp. 139-44.
34. **Hermansson E, Mårtensson L.** Empowerment in the midwifery context--a concept analysis. *Midwifery. 2011, 27:(6)*.
35. **Merleau-Ponty, M.** *Phenomenology of perception*. London : Routledge & Kegan Paul, 1974.
36. **Dahlberg K, Dahlberg H, Nyström M.** *Reflectiv lifeworld research*. Lund : Studentlitteratur, 2008.
37. **Eriksson, K.** Understanding the world of the patient, the suffering human being: the new clinical paradigm from nursing to caring. *Adv Pract Nurs Q. 1997, Vol. 3:(1)*, pp. 8-13.
38. **Buber M, Kaufmann W.** *I and thou*. New York : Charles Scribner's Sons, 1970.
39. **Paterson J G, Zderad L T.** *Humanistic Nursing*. New York : National league for nursing, 1988.

40. **Kasén, A.** *Den vårdande relationen*. Åbo : Åbo akademi, 2002.
41. **Vidich A, Lyman S.** Qualitative methods: their history in sociology and anthropology. *Handbook of qualitative research*. *Thousand Oaks*. 2000, pp. 37-48.
42. **Granheim Hällgren U, Lundman B.** Kvalitativ innehållsanalys. [ed.] Höglund-Nielsen B Granskär M. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund : Studentlitteratur, 2012, pp. 187-201.
43. **Graneheim U, Lundman B.** Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004, Vol. 24, pp. 105–12.
44. **Elo S, Kyngas H.** The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008, Vol. 62(1), pp. 107–15.
45. **Hsieh H, Shannon S.** Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005, Vol. 15(9), pp. 1277–88.
46. **Trost, J.** *Kvalitativa intervjuer*. Lund : Studentlitteratur, 2010.
47. **Malterud, K.** Qualitative research: standards: challenges and guidelines. *Lancet*. 2001, Vol. 358(9280), pp. 483-488.
48. **Danielson, E.** Kvalitativ innehållsanalys. [ed.] Henricson M. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund : Studentlitteratur, 2013, pp. 329-343.
49. **Utbildningsdepartementet.** *Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm : Notisum AB, 06 05, 2003.
50. **Vetenskapsrådet.** Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. [Online] [Cited: 12 16, 2013.] <http://codex.vr.se/texts/HSFR>.
51. **Sjöström B, Dahlgren L O, Haljamäe H.** Strategies in postoperative pain assessment: validation study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 1999, Vol. 15:1, pp. 247-258.
52. **Choinièr M, Amsel R.** A visual analogue thermometer for measuring pain intensity. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1996, Vol. 11:(5), pp. 299-311.
53. **Huskisson E C, Scott J.** Vertical or horizontal visual analogue scales. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1979, Vol. 38:(6).
54. **Eshkevari L, Trout KK, Damore J.** Management of postpartum pain. *Journal of midwifery & women's health*. 2013, 58:(6), pp. 622-31.

55. **Wessely S, Rose S, & Bisson J.** Brief psychological interventions debriefing for trauma-related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002, Vol. 2.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund

Smärtlindring under förlossningen är ett område som ägnats stor uppmärksamhet inom vetenskapen. Smärtan efter förlossningen är däremot ett relativt outforskat område. Så mycket som 90 % av alla nyförlösta kvinnor upplever smärta efter förlossningen vilket påverkar möjligheten till återhämtning. Vetenskapliga studier visar att nyförlösta kvinnor har en tendens att underrapportera sin smärta. Tidigare forskning som bedrivits inom området har främst fokuserat på antalet kvinnor som upplever smärta, men få studier har undersökt hur kvinnan verkligen upplever sin smärta.

Avsikten med den föreliggande studien är att undersöka vilka upplevelser Du som nyförlöst kvinna har kring smärta efter förlossningen. Studien vänder sig till patienter som vårdas på avdelning 310 eller 311 BB Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer av utvalda patienter tidigast 24 timmar efter förlossningen. Beräknad tid för samtalet är cirka 45 minuter och kommer att utföras i ett enskilt rum. Intervjun kommer att bestå av öppna frågor som berör din upplevelse av smärta efter förlossningen, där Du med egna ord får berätta om Dina tankar och känslor kring ämnet. Samtalet kommer att spelas in på band, efter avslutad intervju kommer forskningspersonal att avskilt lyssna igenom konversationen samt skriva ut den i textformat för vidare analys.

Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i forskningssyfte. Endast berörd forskningspersonal samt handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i den vetenskapliga studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt, Du kan när som helst välja att avbryta medverkan utan att behöva specificera varför. Ett beslut att avbryta det fortsatta deltagandet i studien kommer inte att på något vis påverka den övriga vården som tillhandahålls. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan Du ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

Ansvariga för studien

Helene Lundvall
Leg. Sjuksköterska
Tel: 070-6074793
guslunhe@student.gu.se

Camilla Karlsson
Leg. Sjuksköterska
Tel: 070-3591168
guskarcag@student.gu.se

Margareta Mollberg
Handledare
Lektor Göteborgs Universitet
margareta.mollberg@gu.se