



Høgskulen på Vestlandet

JOR508, Masteroppgave

JOR508

Predefinert informasjon

Startdato:	27-04-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	04-05-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave	Studiepoeng:	30
SIS-kode:	203 JOR508 1 O 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 518

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 6904

Tro- og loverklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 13

Andre medlemmer i gruppen: 513

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Kvinnens tilfredshet med smertelindring
ved suturering av fødselsrifter

Women's satisfaction of pain relief in
according suturing birth tears

Kandidatnummer: 518

JOR508 Masteroppgave

Master i jordmorfag

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innlevert: 03.05.2018

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Forord

Mastergradsstudiet i jordmorfag ved Høgskulen på Vestlandet går mot sin slutt. Det har vært to lærerike år. Spesielt det siste året med skriving av masteroppgaven skiller seg ut som særlig spennende. Forskerarbeid og oppgaveskriving har vært utrolig lærerikt, og gitt oss erfaringer og kunnskap som vil komme til nytte i fremtiden.

Masteroppgaven består av to deler: en artikkel og en kappe med tilhørende referanselister og vedlegg. Vi har som mål å få artikkelen publisert i tidsskriftet «Sykepleien Forskning». Artikkelen følger derfor tidsskriftets forfatterveiledning (*vedlegg IX*). Kappen har fulgt gjeldende retningslinjer for Høgskulen på Vestlandet.

Proessen har vært både interessant og utfordrende. Interessant fordi vi har fått mulighet til å fordype oss i et tema som tidligere studier tyder på er et problemområde i fødselsomsorgen. Utfordrende fordi forskerarbeid og akademisk skriving er nytt for oss begge.

Det er mange å takke for støtte og motivasjon underveis. Først og fremst tusen takk til barselkvinnene som velvillig fylte ut spørreskjema, og delte sine opplevelser. Uten de hadde det ikke blitt noen studie. Takk til alle jordmødre, sykepleiere og barnepleiere som distribuerte spørreskjema til kvinnene, og minnet de på utfylling før hjemreise. Takk til ledere og fagutviklingsjordmor ved kvinneklinikken som så viktigheten av temaet, støttet studien vår, og minnet de ansatte på prosjektet ved flere anledninger.

Vi vil også rette en stor takk til veileder og andre involverte lærerne for veiledning, oppmuntring, konstruktive tilbakemeldinger og rådgivning gjennom prosessen.

Til slutt vil vi takke våre familier og venner som har støttet og motivert oss, for tålmodighet, og for å ikke mistet troen på oss de mange gangene vi gjorde det selv.

Forfatterne,

mai 2018

Sammendrag

Omtrent 85% av alle kvinner som føder vaginalt, får en form for fødselsrift. De fleste av disse trenger å få suturert fødselsriften umiddelbart post partum. Kvinner smerte i forbindelse med denne sutureringen, er lite undersøkt. De studiene som er gjort på temaet, tyder på at en del kvinner opplever å få utført denne sutureringen som ubehagelig og smertefullt.

Hensikten med studien var å kartlegge om kvinnene ved én kvinneklinikk i Norge fikk tilfredsstillende smertelindring ved suturering av fødselsrifter. Formålet er å bidra til bedre kvalitet, herunder individuell tilpasning, på omsorgen som ytes når fødselsrifter sutureres.

Studien er en tverrsnittstudie. Data ble samlet inn ved bruk av et spørreskjema som ble utviklet spesielt for studien. I tillegg ble data innhentet fra deltakernes fødejournal. Studien ble gjennomført ved én kvinneklinikk, fra 7. desember 2017 til 31. januar 2018. 155 kvinner fødte vaginalt, enten spontant eller operativt, og fikk fødselsrift suturert, i løpet av perioden. 98 av disse kvinnene deltok i studien. Dataene er analysert og presentert ved deskriptiv statistikk.

13% av kvinnene fikk ikke-tilfredsstillende smertelindring da deres fødselsrift ble suturert. Krysstabulering med bakgrunnsvariabler og faktorer ved fødsel og suturering, har ikke avdekket forskjeller som ikke kan skyldes tilfeldigheter eller bakenforliggende årsaker. Det kan likevel synes som episiotomi er forbundet med noe mindre tilfredshet, både som type fødselsrift og som type fødsel. 18% av kvinnene fikk ikke-tilfredsstillende informasjon i forkant av sutureringen. 28% av kvinnene opplevde ikke-akseptabel smerte i forbindelse med sutureringen. 5% av kvinnene som sa ifra om ikke-tilfredsstillende smertelindring, ble ikke tatt på alvor, og 11% av kvinnene som sa ifra, fikk likevel ikke tilfredsstillende bedring av smertelindringen.

Et stort flertall av kvinnene fikk tilfredsstillende smertelindring ved suturering av fødselsrifter. Det er likevel betydelig at 13% ikke fikk det. Tilfredsheten med informasjon, opplevd smerte, tilfredsheten med hvordan kvinnene ble tatt på alvor, og tilfredsheten med bedring av smertelindring etter justering, tyder på at alle deler av sutureringspraksisen har forbedringspotensiale. Kvaliteten på omsorgen som ytes må bli bedre, slik at alle kvinner opplever individualisert og optimalisert smertelindring.

Nøkkelord: smerte, smertelindring, suturering, fødselsrifter, kvantitativ studie

Summary

About 85% of all women who give birth vaginally, get some sort of birth tear. Most of these require suturing immediately post-partum. Women's pain in according this suturing, is sparsely investigated. The studies that have been done on the aim of study, suggests that some women experience this suturing as unpleasant and painful.

The aim of the study, was to survey if the women in one women's clinic in Norway, was satisfactory pain relieved in according suturing birth tears. Furthermore, the purpose of this study is to contribute to better quality, including individual customization, in the care that is given when suturing birth tears.

This is a cross sectional study. The data was collected by using a questionnaire that was developed specifically for this study. Additionally, data was collected from the included women's electronical journal system. The study was carried out at women's clinic, lasting from 7th of December 2017 until 31st of January 2018. 155 women gave birth vaginally, either spontaneous or operatively, and had their birth tear sutured, during this period. 98 of these women attended the study. Data is analyzed and presented by descriptive statistics.

13% of women received non-satisfactory pain relief when their birth tear was sutured. Cross-tabulation of satisfaction in pain relief and back ground variables and factors in birth and suturing, hasn't revealed differences that cannot be due to coincidence or underlying factors. Still, it may seem like episiotomy is associated with lower satisfaction, both as birth tear and as birth method. 18% of women received non-satisfactory information ahead of the suturing. 28% of women experienced a non-acceptable level of pain in according the suturing. 5% of women that reported non-satisfactory pain relief, wasn't taken seriously, and 11% of women that reported, still didn't received satisfactory pain relief.

A large majority of women were given satisfactory pain relief when having their birth tear sutured. Still, it is not indifferent that 13% of women did not. Satisfaction of information given, pain experienced, experience of being taken seriously or not, and satisfaction of improvement in pain relief after adjustment, all indicate that all parts of the suturing practice has room for improvement. The quality of care needs to improve, so that all women experience individualized and optimized pain relief.

Keywords: pain, pain relief, perineal suturing, perineal tears, birthing tears

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt og formål	2
1.3 Problemstilling	3
1.4 Avklaring av begrep i problemstillingen	3
1.4.1 Tilfredsstillende smertelindring.....	3
1.4.2 Fødselsrifter.....	3
1.5 Omsorgsteori som teoretisk rammeverk.....	3
2.0 Metode	5
2.1 Inklusjonskriterier	5
2.2 Utvalg	5
2.3 Utvikling av datasamlingsverktøy	5
2.4 Datainnsamling.....	6
2.4.1 Praktisk gjennomføring	7
2.5 Analyse.....	7
2.6 Etikk	8
3.0 Resultater	9
3.1 Utvalget	10
3.2 Funn.....	11
3.2.1 Bakgrunnvariabler, tilfredshet og opplevd smerte	11
3.2.2 Variabler ved fødsel og suturering, tilfredshet og opplevd smerte.....	12
3.3 Dokumentasjon.....	15
4.0 Diskusjon	16
4.1 Metodediskusjon	16
4.1.1 Avveininger og sammenslåinger av variabler	18
4.1.2 Dikotomisering.....	19
4.2 Refleksjon rundt tolking av resultatene	19
4.3 Resultatdiskusjon.....	20
4.4 Konklusjon	24
4.5 Forslag til videre forskning	24
Referanseliste	25

Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1 – Presentasjon av utvalget	s.10
Tabell 2 – Tilfredshet med smertelindring [...] ved bakgrunnsvariabler	s.11
Tabell 3 – Tilfredshet med smertelindring [...] ved type fødsel	s.12
Tabell 4 – Tilfredshet med smertelindring [...] ved type fødselsrift	s.13
Tabell 5 – Tilfredshet med smertelindring [...] ved yrkesgruppe som suturerte	s.15
Figur 1 – Prosent kvinner fikk type fødselsrift.....	s.13
Figur 2 – Prosentfordeling av yrkesgrupper som utførte sutureringen.....	s.14

Artikkel

Vedlegg I-IX

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Omtrent 85% av alle kvinner som føder vaginalt, får en form for fødselsrifting. Kvinnene har som oftest behov for å få suturert sin fødselsrifting umiddelbart post partum. Perinealtraumer kan medføre både fysiske og psykiske plager for kvinnen (1).

God smertelindring anses som en forutsetning for optimal reparasjon av fødselsriften, og er viktig for kvinnens totale fødselsopplevelse (2). Å ikke bli hørt eller tatt på alvor, i kombinasjon med opplevelsen av å ikke få tilstrekkelig smertelindring under prosedyren, kan medføre konsekvenser for den psykiske helsen (3).

Suturering av fødselsrifter oppleves av mange kvinner som ubehagelig og smertefullt. Noen kvinner erfarer at det medfører sterk og nærmest uutholdelig smerte (4). En rekke faktorer kan påvirke kvinnens opplevelse. Graden av smerte som er rapportert, gjør det lite sannsynlig at faktorer som slitenhet, ubehagelig stilling og situasjonen i seg selv, kan forklare smerten kvinnene opplever (4). Studiene som tidligere er gjort på temaet, er entydige i at kvinner opplever ikke-tilfredsstillende smertelindring ved suturering av fødselsrifter (2,3,4,5).

Smerte defineres av International Association for the Study of Pain (IASP) som en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse, forbundet med faktisk eller potensiell vevskade. Smerte er alltid subjektivt (6).

I konteksten der kvinnen skal sutureres, har hun gjennomgått en vaginal fødsel. Fødselssmerte beskrives ofte som verst tenkelige smerte, og de fleste uttrykker alvorlig smerte i forbindelse med fødsel. Fødselssmerten er fysiologisk, og indikerer progresjon i fødselen, og er dermed annerledes en all annen smerte (16). Ved riftsmerter derimot, har kvinnen en reell vevskade.

Reparasjon av riften skjer samtidig som kvinnen møter sitt barn for første gang. Det første møtet med barnet innebærer en forsterkning av tilknytningsprosessen, og ofte finner også den første ammingen sted. Jordmor skal sørge for best mulig reparasjon av skaden, samtidig som hun i minst mulig grad vil forstyrre denne tidlige familiekontakten. For at kvinnen skal kunne være tilstede i den nye situasjonen, er det viktig at hun blir avledet så lite som mulig (15, s. 441).

Årsakene til at smertelindringen eventuelt ikke blir god nok ved suturering av fødselsrifter, er også lite undersøkt. Én kartleggingsrapport (7) beskriver jordmødres arbeidshverdag, og hvilke årsaker som oppgis for å vurdere å slutte i jobben. Hovedårsakene var

underbemanning, arbeidsmengde og for liten tid til å gi den enkelte kvinne god nok kvalitet på omsorgen man yter. Denne kartleggingen er gjort i England, men det er grunn til å tro at resultatene ville være liknende i Norge. I tillegg til riktig administrasjonsmåte, medikament og dose, må også tilstrekkelig tid for innsettende virkning gis for god effekt. Ved lokal infiltrasjon er denne tiden oppgitt til 3-5 minutter ved obstetrisk smertelindring ved bruk av Xylocain-Adrenalin (11), og 1-3 minutter ved bruk av Marcain (12). Innsettende virkningstid oppgis ikke av legemiddelprodusenten for Xylocain spray (13) og Xylocain gel (14).

Én studie (5) fremhever at det er foruroligende at flere studier har avdekket smertelindring i forbindelse med suturering av fødselsrifter som et problemområde i fødselsomsorgen, uten at det har ført til endringer. Det er fortsatt stor variasjon i hvordan kvinner blir smertelindret, og det mangler nasjonale og internasjonale føringer (2,5). Imidlertid finnes det retningslinjer; National Institute for Health and Care Excellence (NICE guidelines) (8), World Health Organization (WHO) (9) og «Veileder for fødselshjelp» (10). Disse anbefaler alle bruk av lokal infiltrasjon med Lidocain ved reparasjon av perinealrifter. NICE guidelines (8) presiserer at dersom kvinnen rapporterer at smertelindringen ikke er tilfredsstillende, skal det iverksettes tiltak umiddelbart. Ingen av retningslinjene adresserer smertelindring for andre rifter enn perinealrifter.

Ved kvinneklinikken der studien ble utført, finnes det ikke egen fagprosedyre for smertelindring ved suturering av fødselsrifter.

En av jordmødres sentrale utfordringer, er å ha tilstrekkelig kunnskap til at hun kan gi kvinnen tilfredsstillende og individuelt tilpasset smertelindring (15, s. 444).

Tidligere studier viser at smertelindring ved suturering av fødselsrifter ikke alltid er tilfredsstillende for kvinner. Alle studiene som er funnet, ved strukturerte litteratursøk i aktuelle databaser (2,3,4,5), er gjort i England. Bortsett fra en (2), er de mer enn 10 år gamle. Studien vil derfor bringe ny kunnskap vedrørende om smertelindring ved suturering av fødselsrifter er et generelt problem i fødselsomsorgen i Norge, og spesielt ved den aktuelle kvinneklinikken.

1.2 Hensikt og formål

Hensikten med studien er å kartlegge om kvinnene ved én kvinneklinikk i Norge fikk tilfredsstillende smertelindring ved suturering av fødselsrifter. Formålet er å bidra til bedre kvalitet, herunder individuell tilpasning, på omsorgen som ytes når fødselsrifter sutureres.

1.3 Problemstilling

«I hvilken grad får kvinner tilfredsstillende smertelindring ved suturering av fødselsrifter?»

1.4 Avklaring av begrep i problemstillingen

1.4.1 Tilfredsstillende smertelindring

Tilfredsstillende smertelindring er et skjønnsmessig begrep. I denne studien anvendes det i betydningen «godt nok» utfra kvinnens eget skjønn.

1.4.2 Fødselsrifter

Begrepet «fødselsrifter» inkluderer perinealrifter grad en til fire, vaginalrifter og rifter på labia.

1.5 Omsorgsteori som teoretisk rammeverk

Med utgangspunkt i de etiske retningslinjene for jordmødre (17), skal omsorg være en bærebjelke i alle deler av jordmødres arbeid. Kari Martinsens omsorgsteori benyttes derfor som teoretiske rammeverk for studien. I videre omtalelse av omsorgsteorien, vil Martinsens «sykepleier» være byttet ut med «jordmor». Dette er fordi teorien er tilsvarende relevant for jordmødres yrkesutøvelse.

Omsorgsbegrepet har ifølge Martinsen disse tre dimensjoner. *Omsorg som relasjonelt begrep*; omsorg beskriver den gjensidige avhengigheten, og plikten til å ta vare på hverandre, med et særlig ansvar for de svake. *Omsorg som praksis*; aktiv og praktisk deltagelse i den andres lidelse. Forståelse for den andre er en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt.

Fenomenet tillit vektlegges, og omtales som fundamentalt. Faglig dyktighet plasseres også her. *Omsorg som moralsk begrep og praksis*; den moralske siden av omsorg er overvurdert, og ens moral fremkommer gjennom arbeidet en utfører. Moralen er «mellom mennesker», og dermed også en del av det relasjonelle (18, s. 135-138). De tre dimensjonene er alle tilstede i en jordmors arbeidsfelt. Selv om fødekvinne ikke er svake på samme måte som alvorlig syke mennesker, befinner de seg i en sårbar og utsatt situasjon, og vil derfor likevel kunne betegnes som «den svake» i relasjonen mellom henne og jordmor. Omsorgsbegrepet handler derfor også om å lære å håndtere makt, fordi selv om avhengigheten av hverandre er gjensidig, preges relasjonen av «grunntonen»; jordmor-fødekvinne-relasjonen. Jordmor må derfor våge å være følelsesmessig til stede i relasjonen, men uten å bli følelsesstyrt (18, s.139). Jordmor har fagkunnskapen, og må handle ut ifra faglig skjønn, og derfor en er svak paternalisme i relasjonen naturlig. Samtidig må hun ha interesse for kvinnen, og være imøtekommende for

hennes opplevelse. Faglig dyktig jordmor er man bare dersom man kombinerer menneskekunnskap og fagkunnskap, og i tillegg omsetter dette til praktisk handling (18, s.148).

Jordmødre er autonome yrkesutøvere, og konteksten studien omhandler, gjør særlig punktet omhandlende omsorg som riktig håndtering av makt sentralt. Kvinner i svangerskap, fødsel og barsel er sårbare. Situasjonen medfører ekstrem fysisk nærhet. Kvinnen ligger svært blottlagt.

Jordmor er avhengig av å skape tillit i relasjonen mellom seg og fødekvinnen, «å bli tillit verdig». Dersom jordmor har vært emosjonelt til stede, slik at det er tillit i relasjonen, vil sutureringsprosedyren bli utført på best mulig måte. Jordmor viser seg tilliten verdig ved å utføre undersøkelser, smertelindring og suturering på best mulig måte, og ved å anvende omsorg som praksis, faglig dyktighet, for å gjøre situasjonen minst mulig ubehagelig for kvinnen, «den svake» (18, s.142).

Teorien er relevant for hensikt og problemstilling i studien fordi; - å administrere tilfredsstillende smertelindring er et uttrykk for omsorg som en del av fagligheten ved suturering av fødselsrifter. Dersom studien avdekker at dette ikke gjøres tilfredsstillende ved den aktuelle kvinneklinikken, kan det være et uttrykk for at denne omsorgen ikke anses som en avgjørende del av det å være en faglig dyktig jordmor.

2.0 Metode

Studien er en tverrsnittstudie. Tverrsnittstudier brukes for å kartlegge prevalensen ved en tilstand eller et problem på et gitt tidspunkt (19). Metoden ble valgt på bakgrunn av problemstilling og hensikt, da den ble vurdert som den mest hensiktsmessige for å besvare disse.

2.1 Inklusjonskriterier

Kvinner som har født vaginalt, - både spontant og operativt, og som har hatt behov for å få suturert sin fødselsrift.

2.2 Utvalg

Kvinner som hadde født vaginalt, og hatt behov for å få suturert sin fødselsrift ved den aktuelle kvinneklinikken innenfor datasamlingsperioden, skulle inviteres til å delta i studien. De fikk utdelt en folder med informasjonsskriv (*vedlegg III*) og spørreskjema (*vedlegg I*) av jordmor, sykepleier eller barnepleier når de ble overflyttet fra fødeavdelingen til barselavdelingen. Kvinnene leverte det ferdig utfylte spørreskjemaet til jordmor ved utreisesamtale, vanligvis 2-3 dager etter at hun fikk det utlevert.

2.3 Utvikling av datasamlingsverktøy

Spørreskjemaet (*vedlegg I*) som er anvendt, er konstruert spesielt for studien, da det ikke lyktes å finne et eksisterende og validert spørreskjema som passet studiens datainnsamling. Spørreskjemaet (*vedlegg I*) er konstruert med spørsmålsformuleringer fra et spørreskjema som er kvalitetssikret (20). Det er anvendt anerkjente måter å sette opp spørsmålene på; Likertskala, på fire av seks spørsmål. Ved Likertskala kommer man med et utsagn eller spørsmål, og har gradert svaralternativene i tre, fem eller syv utsagn eller grader av enighet. Disse skal være utformet slik at personer med ulik mening svarer ulikt (21). I spørreskjemaet (*vedlegg I*) er det anvendt fempunkts Likertskalaer; ingen grad, liten grad, noen grad, stor grad og svært stor grad. Kvinnene ble spurt i hvilken grad de fikk tilfredsstillende informasjon i forkant av sutureringen, og i hvilken grad de fikk tilfredsstillende smertelindring. Videre ble kvinnene spurt om de sa ifra dersom de ikke fikk tilfredsstillende smertelindring; ja-/nei-spørsmål. De ble også spurt i hvilken grad de opplevde å bli tatt på alvor når de rapporterte dette, og i hvilken grad smertelindringen ble bedret etter at rapporteringen. Kvinnene ble også spurt om opplevd smerte i forbindelse med sutureringen, gradert ved Numeric Rating Scale (NRS). NRS forklares ved at 0 er «ingen smerte», 1-3 er «mild smerte» og 4-6 er moderat smerte, og 7-10 er alvorlig og kraftig smerte, hvor 10 skal være «verst tenkelige smerte».

Skillet mellom «mild» og «moderat» smerte går mellom 3 og 4. Svaret oppgis som et tall i en tom rute. NRS er anerkjent og validert, men er best egnet for å måle smerte i nåtid (22).

Det ble gjennomført en pilottest av spørreskjemaet. Pilottesten ble gjennomført ved at det ble sendt ut informasjon og spørreskjema til 50 bekjente som hadde født og fått fødselsrifer suturert i løpet av de siste fem årene. De skulle ikke ha noen faglig kunnskap som gjorde at de lettere forstod skjemaet. På spørreskjemaet de mottok, var det også et kommentarfelt, slik at de kunne gi tilbakemelding på om det var noe som var uklart, eller kunne vært bedre. I tillegg svarte de på spørreskjemaet utfra opplevelsen ved siste fødsel. Omtrent 40 av kvinnene svarte på pilottesten. Svarene på spørreskjemaet motiverte for å gjennomføre studien, da flere hadde opplevd moderate eller sterke smerter i forbindelse med sutureringen av sine fødselsrifer. Pilottesten førte til at alternativet «ikke aktuelt» ble derfor lagt til spørsmål fire, i tillegg til «ja» og «nei», og at det ble derfor lagt til en informasjonslinje etter spørsmål fire: «Spørsmål fem og seks besvares bare dersom du har svart «ja» på spørsmål fire». Pilottesten førte slik til en tydeliggjøring og bedring av spørreskjemaet (*vedlegg I*).

Det ble også laget et skjema for å samle data fra fødejournalen (*vedlegg II*). Dette skjemaet omtales som «journal-skjemaet». Variablene som er inkludert, er faktorer som er vurdert å kunne ha en betydning for opplevelsen av smerte ved suturering av fødselsrifer.

Journal-skjemaet (*vedlegg II*) inneholder bakgrunnsdata som alder, utdanningsnivå og paritet. Disse bakgrunnsvariablene ble innhentet da det ved andre kartleggingsundersøkelser (20), har vist seg at disse faktorene kan påvirke formidlet tilfredshet. Denne informasjonen vil derfor kunne nyansere resultatene i studien. Det ble også innhentet data som omhandler variabler ved den aktuelle sutureringen; fødselstype, fødselsriftype, hvilken yrkesgruppe som suturerte, hvilken smertelindring som ble administrert og anvendte sutureringsteknikker.

2.4 Datainnsamling

Studien er utført ved en kvinneklinikk i Sør-Norge. Data ble samlet inn retrospektivt, ved hjelp av et spørreskjema (*vedlegg I*), samt at forfatterne hentet ut tilleggsdata fra kvinnes fødejournaler (*vedlegg II*).

Det er omtrent 2000 fødsler årlig ved den aktuelle kvinneklinikken (23).

Det er én fødeavdeling med 5 fødestuer, og én barselavdeling med 24 senger. Det arbeider omtrent 47 jordmødre ved avdelingene.

Studien ble fra begynnelsen forankret i ledelsen ved avdelingene. Den ble positivt mottatt både av seksjonsleder ved føde-/barselavdelingen, konstituert avdelingsleder ved barselavdelingen og fagutviklingsjordmor. Avdelingen har vært informert fra idéstadiet, og fikk tilsendt forskningsprotokollen da denne ble godkjent i juni 2017.

Datainnsamlingsperioden varte fra 7. desember 2017 til 31. januar 2018.

2.4.1 Praktisk gjennomføring

Invitasjonsskriv (*vedlegg III*) og spørreskjemaet (*vedlegg I*) ble lagt i kvinnens journal, påklippet navnelapp og fulgte henne fra innkomsten. Dette ble gitt henne sammen med velkomstpapirene da hun ble flyttet på barselavdelingen. Dersom hun ønsket å delta i studien, leverte hun det ferdig utfylte spørreskjemaet i lukket konvolutt til jordmor ved utreisesamtalen. Konvoluttene ble lagt tilbake i journalmappen, og postsekretær plasserte svarkonvoluttene på anvist plass da hun sorterte journalmappene. Forfatterne hentet spørreskjemaene hos postsekretær, og data ble innhentet fra kvinnens fødejournal. Når denne informasjonen var innhentet, ble spørreskjema og journalskjema stiftet sammen, og kvinnens navnelapp ble makulert.

2.5 Analyse

Plotting av data fra skjemaene ble gjort i Microsoft Office Excel 2016. Begge forfattere plottet sammen, i et felles dokument. I etterkant ble plottingen kontrollert mot skjemaene. Dette ble også gjort av begge, men hver for seg, for ekstra kontroll.

Det er utført manuelle analyser ved hjelp av Microsoft Office Excel 2016. Resultatene er bearbeidet i frekvens- og krysstabeller, og presenteres ved hjelp av deskriptiv statistikk, som univariate og bivariate analyser. Resultatene fremstilles i prosent, og enkelte resultat er presentert i gjennomsnitt. Noen resultater fremstilles ved hjelp av tabeller og figurer, i tillegg til utfyllende tekst (24, s. 219-220).

Gjennom analysene ble en del variabler slått sammen grunnet få svar på enkelte alternativ. Det ble også foretatt en dikotomisering av svaralternativene på Likertskalaen. Alle svar på «Stor grad» og «Svært stor grad» av tilfredshet, ble kategorien «Tilfredsstillende» og alle svar på «Ingen grad», «Liten grad» og «Noen grad» ble kategorien «Ikke-tilfredsstillende». Det samme ble gjort med svarene om opplevd smerte, rangert ved NRS, fra 0 til 10. Svar på NRS 0-3 ble kategorien «Akseptabel smerte», og svar på NRS 4 eller mer, ble kategorien «Ikke-akseptabel smerte». Det må presiseres at når «ikke-akseptabel smerte» omtales, er det

forfatterens definisjon, på bakgrunn av betydningen av tallene i NRS (20). Kvinnene har kun angitt opplevd smerte ved å svare et tall mellom 0 og 10.

2.6 Etikk

Alle deltakere i studien var voksne og myndige, og det ble ikke stilt sensitive spørsmål (25). Barselkvinner kan defineres som en sårbar gruppe. Det er derfor særlig viktig at etiske hensyn ivaretas, og at studien bare gjennomføres dersom den gir nødvendig kunnskap (26). Kravene om informert samtykke, krav til privatliv, og retten til korrekt gjengivelse av data tilfredsstilt så godt det har latt seg gjøre (24, s.31-38). Kvinnenes konfidensialitet ble ivaretatt ved å makulere identifiserbare data straks informasjon fra journalsystemet er koblet sammen med kvinnenes svar på spørreskjemaet. Videre ble dataene håndtert anonymt, og spørreskjemaene kun identifiseres ved tilfeldig nummerering. Dataene ble oppbevart på et låst kontor i avdelingen på sykehuset, og slettet så snart studien var gjennomført. Det ble ansett at å returnere utfylt spørreskjema, var tilstrekkelig uttrykk for samtykke (27, s. 2466).

Studien er godkjent av Regional Etisk Komité (REK), og har søknadsnr. 2017/1513 (*vedlegg IV-I + II*). I tillegg ble NSD søkt. Det var ikke nødvendig med NSDs vurdering av studien grunnet REK-godkjenning (*vedlegg V*). Det ble innhentet tillatelse til å utføre studien, og å samle inn data i avdelingen, ved seksjonsleder på føde-/barselavdelingen og avdelingssjef ved kvinneklinikken. Det ble mottatt tillatelse og forskningsfaglig godkjenning for gjennomføring av studien, ved den lokale forskningssjefen (*vedlegg VI*).

3.0 Resultater

I løpet av datasamlingsperioden fra 7. desember 2017 til 31. januar 2018, ble det født 237 barn ved kvinneklinikken. Blant disse var det 2 tvillingpar. Det var 235 fødsler i perioden. 36 av fødslene var sectio cesaræ (28). En av fødslene var en intrauterin fosterdød, og denne kvinnen ble ekskludert, selv om ikke det var presisert i inklusjonskriteriene.

Antall vaginale fødsler av levende barn i datasamlingsperioden, var 198. Kvinner som ikke fikk fødselsrift, eller fikk så liten fødselsrift at suturering ikke ville være hensiktsmessig, måtte ekskluderes. Dette var i datasamlingsperioden 43 kvinner (29). Studiens populasjon var derfor 155 kvinner.

102 kvinner svarte på spørreskjemaet (*vedlegg 1*). Fire av spørreskjemaene manglet navnelapp, og er derfor registrert som «missing», da det ikke var mulig å hente ut tilleggsdata fra fødejournalen.

Studiens utvalg er 98 kvinner ($n = 98$). Det er oppnådd en svarprosent på 63%.

.

3.1 Utvalget

Tabell 1: Presentasjon av utvalget.

Antall	
Utvalg	98 kvinner
Paritet	
Førstegangsfødende	40
Flergangsfødende	58
Alder	
Gjennomsnittsalder	29,8 år
16-20 år	3
21-25 år	14
26-30 år	39
31-35 år	27
36-40 år	14
> 40 år	1
Utdanningsnivå	
Grunnskole	7
Videregående utdanning	33
Høyere utdanning	49
Ikke registrert utdanningsnivå	9

Som *tabell 1* viser, består utvalget av langt flere flergangsfødende enn førstegangsfødende. Blant alderskategoriene, er det klart flest kvinner mellom 26 og 30år, og 31 og 35år, med relativt lik fordeling både under og over disse kategoriene. Blant utdanningsnivå, er halvparten av kvinnene høyere utdannet, mens en tredjedel har videregående utdanning.

3.2 Funns

13% (n=13) av kvinnene fikk ikke-tilfredsstillende smertelindring ved suturering av fødselsriften sin. 28% (n=27) av kvinnene opplevde en ikke-akseptabel smerte, smerte over NRS 3 (range 4-9) i forbindelse med sutureringen. Gjennomsnittlig NRS var 2,7.

18% (n=18) av kvinnene fikk ikke-tilfredsstillende informasjon i forkant av sutureringen, og 5% (n=2) av kvinnene som sa ifra om ikke-tilfredsstillende smertelindring, opplevde at dette ikke ble tatt på alvor. 11% (n=4) av kvinnene som sa fra om ikke-tilfredsstillende smertelindring, opplevde at smertelindringen ikke ble tilfredsstillende bedret etter justering.

3.2.1 Bakgrunnvariabler, tilfredshet og opplevd smerte

Tabell 2: Tilfredshet med smertelindring og opplevd smerte kategorisert ved bakgrunnsvariabler, presentert i prosent.

	Ikke - tilfredsstillende smertelindring, %	Tilfredsstillende smertelindring, %	Ikke- akseptabel smerte, %	Akseptabel smerte,%
Alderskategori				
15-20 år (n=3)	0	100	33	67
21-15 år (n=14)	14	86	23	77
26-30 år (n=39)	8	92	23	77
31-35 år (n=27)	22	78	41	59
36-40 år (n=14)	14	86	21	79
> 40 år (n=1)	0	100	0	100
Paritet				
Førstegangsfødende (n=40)	10	90	26	74
Flergangsfødende (n= 58)	16	84	29	71
Utdanningsnivå				
Grunnskole (n= 7)	14	86	29	71
Videregående utdanning (n= 33)	6	94	30	70
Høyere utdanning (n= 49)	14	86	21	79
Ikke registrert utdanning (n= 9)	33	67	56	44

Som presentert i *tabell 2*, er kvinner mellom 31 og 35 år (n=27) minst tilfreds med smertelindringen. Blant disse kvinnene var det 22% (n=6) som ikke fikk tilfredsstillende

smertelindring. Samme aldersgruppe opplevde også mest ikke-akseptabel smerte, 41% (n=11), i forbindelse med sutureringen.

Blant førstegangsfødende (n=40) er det prosentvis flere kvinner som fikk tilfredsstillende smertelindring, 90% (n=36), enn hos flergangsfødende (n=58), der det var 84% (n=49). Et liknende bilde sees ved opplevd smerte.

Kvinner med videregående utdanning (n=33), er i større grad tilfreds med smertelindringen enn andre kvinner, ved 94% (n=31). Kvinner med høyere utdanning har prosentvis oftest opplevd akseptabel smerte i forbindelse med sutureringen; 79% (n=38).

3.2.2 Variabler ved fødsel og suturering, tilfredshet og opplevd smerte

3.2.2.1 Spontane og instrumentelle fødsler

Tabell 3: Tilfredshet med smertelindring og opplevd smerte kategorisert ved type fødsel, presentert i prosent

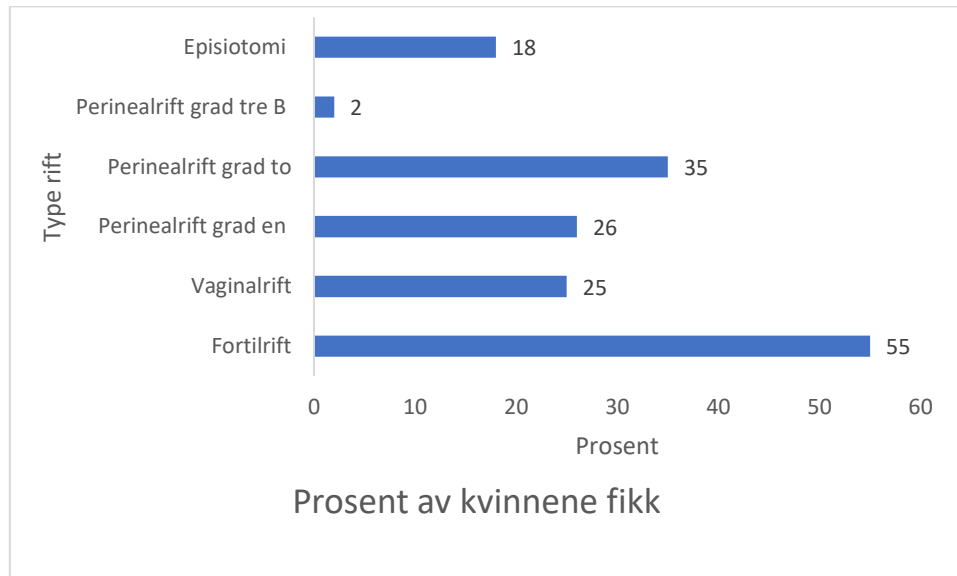
Type fødsel	Ikke-tilfredsstillende smertelindring, %	Tilfredsstillende smertelindring, %	Ikke-akseptabel smerte, %	Akseptabel smerte, %
Spontan (n=79)	11	89	26	74
Episiotomi (n=9)	33	67	44	56
Vakuum og episiotomi (n=7)	14	86	43	57
Tang og episiotomi (n=2)	0	100	0	100
Tang u/ episiotomi (n=1)	0	100	0	100

Som presentert i *tabell 3*, er det blant kvinnene som fødte ved hjelp av tang (n=3), 100% tilfredshet med smertelindringen og akseptabel smerte. Blant de andre fødselstypene, er det blant kvinnene som fødte spontant (n=79), prosentvis flest kvinner som fikk tilfredsstillende smertelindring, 89% (n=70), og tilsvarende ved opplevd smerte; 74% (n=58) akseptabel smerte.

3.2.2.2 Type fødselsrifter

Alle fødselsriftene kvinnene i utvalget fikk, ble registrert. Mange kvinner fikk mer enn en type fødselsrift. Det ble til sammen registrert 157 fødselsrifter hos de 98 kvinnene.

Figur 1: Prosent kvinner fikk type fødselsrift



Som presentert i *figur 1*, var fortilrift den fødselsriften flest kvinner fikk, etterfulgt av perinealrift grad to.

Tabell 4: Tilfredshet med smertelindring og opplevd smerte kategorisert ved type fødselsrift, presentert i prosent

Type fødselsrift	Ikke-tilfredsstillende smertelindring, %	Tilfredsstillende smertelindring, %	Ikke-akseptabel smerte, %	Akseptabel smerte, %
En type rift – 52% (n=51)				
To eller flere typer rift – 48% (n=47)				
Alle fortilrifter (n=54)	13	87	23	77
Kun fortilrift (n=16)	6	94	6	94
Alle vaginalrifter (n=24)	21	79	26	74
Kun vaginalrift (n=3)	33	67	0	100
Alle perinealrifter grad en (n=25)	8	92	28	72
Kun perinealrift grad en (n=11)	0	100	28	72
Alle perinealrifter grad to (n=34)	9	91	38	62
Kun perinealrift grad to (n=17)	12	88	24	76
Alle perinealrift grad tre B (n=2)	0	100	0	100
Alle episiotomier (n=18)	20	80	40	60
Kun episiotomi (n=4)	50	50	75	25

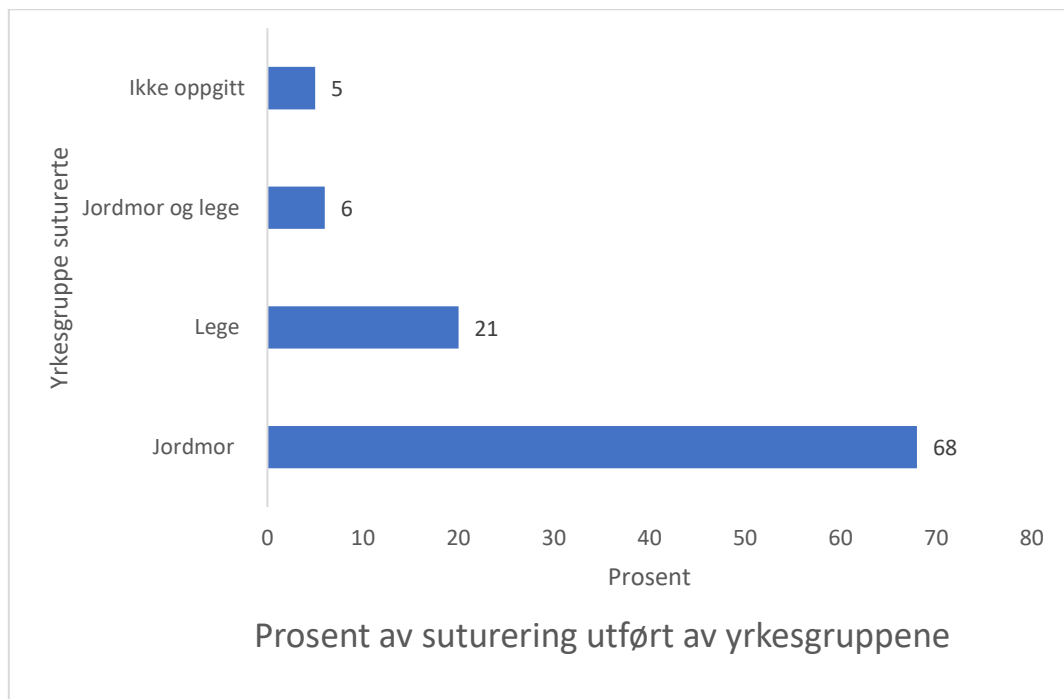
Det er ikke mulig å skille hvilken fødselsrift som medførte at kvinnen opplevde den smerten hun gjorde, hos kvinner med flere fødselsrifter. Fødselsriftene er derfor registrert slik: hvis en

kvinne med fortilrift og vaginalrift svarte at hun ikke fikk tilfredsstillende smertelindring, ble både en fortilrift og en vaginalrift bli registrert med en ikke-tilfredsstillende smertelindring. *Tabell 4* viser tilfredshet med smertelindring og opplevd smerte kategorisert etter alle rifter, og etter rifter der kvinnen kun hadde den ene typen rift.

Blant kvinnene som var minst tilfreds med smertelindringen, var de kvinnene som fikk kun vaginalrift (n=3), med 33% som ikke fikk tilfredsstillende smertelindring, og de som kun fikk episiotomi (n=4), der 50% av kvinnene ikke ble tilfredsstillende smertelindret. Merk at det i begge disse kategoriene er svært få kvinner. Kvinner som kun fikk episiotomi, opplevde også oftest en ikke-akseptabel smerte i forbindelse med suturering; 75%.

3.2.2.3 Hvilken yrkesgruppe suturerte

Figur 2: Prosentfordeling av yrkesgruppe som utførte sutureringen



Figur 2 viser at jordmødre suturerte mer enn tre ganger så ofte som leger blant kvinnene i utvalget.

Tabell 5: Tilfredshet og opplevd smerte kategorisert etter yrkesgruppe som suturerte, presentert i prosent

	Ikke-tilfredsstillende smertelindring, %	Tilfredsstillende smertelindring, %	Ikke-akseptabel smerte, %	Akseptabel smerte, %
Jordmor (n=67)	13	87	25	75
Lege (n=20)	15	85	35	65
Jordmor og lege (n=5)	0	100	40	60
Ikke oppgitt (n=6)	17	83	50	50

Som *tabell 5* viser, var det liten forskjell i tilfredshet med smertelindring utfra hvilken yrkesgruppe som suturerte. Opplevd smerte er oftere ikke-akseptabel ved suturering av lege, 35%, enn ved suturering av jordmor, 25%. Ved suturering av begge yrkesgrupper, er smerten ikke-akseptabel i 40%, mens smertelindringen er tilfredsstillende i 100%.

3.2.2.4 Administrert smertelindring og anvendte sutureringsteknikker

Analyse og resultat fra «anvendt sutureringsteknikk» og «administrert smertelindring» er ikke inkludert, da multiple variabler per kvinne, totalt henholdsvis 178 og 188, gjorde analysene svært usikre, og derfor ikke gir anvendbar informasjon.

3.2.2.5 Alvorlige rifter

2% av kvinnene fikk perinealrift grad tre b, i tillegg til andre rifter. 100% av disse kvinnene fikk både tilfredsstillende informasjon i forkant av sutureringen og tilfredsstillende smertelindring. 100% opplevde også akseptabel smerte i forbindelse med sutureringen.

3.3 Dokumentasjon

Et bifunn i studien var mangelfull dokumentasjon av sutureringsprosedyren. Administrert smertelindring var hos 15% av kvinnene, ikke registrert. I flere tilfeller var dokumentert smertelindring lite sannsynlig tilsvarende det kvinnen fikk; eksempelvis kun lystgass ved suturering av perinealrift grad to. Anvendt sutureringsteknikk var hos 11% av kvinnene ikke oppgitt, mens det hos 7% er registrert som «annet» eller «suturet på vanlig måte». I flere tilfeller var det ikke samsvar mellom registrert riftype og registrert sutureringsteknikk; eksempelvis kunne det stå perinealrift grad en, og registrert suturet i perineal muskulatur.

Hos 5% av kvinnene var det ikke registrert hvem eller hvilken yrkesgruppe som suturerte.

4.0 Diskusjon

4.1 Metodediskusjon

Å utføre studien ved hjelp av spørreskjema, gjorde at det var mulig å samle inn data enkelt, økonomisk og fra relativt mange (19, s.264-5). Spørreskjemaet som ble konstruert, bygger på formuleringer fra PasOpp-rapporten (20), og litteratur om å lage spørreskjema og utføre surveystudier (30,31). Det er anvendt fempunkts Likertskala. Spørsmålene er formulert tydelig og enkelt, slik at det både skal være enkelt å finne et alternativ som passer for den enkelte barselkvinne, og at det skal ta henne maksimalt fem minutter å fylle ut spørreskjemaet. Det ble gjennomført en pilottest, som et ledd i kvalitetssikringen og valideringen av studien. Pilottesten førte til en tydeliggjøring av spørreskjemaet. Ingen av spørsmålene ble byttet ut, men spørsmål fire, som var et rent ja/nei-spørsmål, fikk tilleggsalternativet «ikke aktuelt». I tillegg ble det lagt til en informasjonslinje angående at resten av spørreskjemaet bare skulle fylles ut dersom man hadde svart «ja» på ovennevnte spørsmål. Gjennomføringen av pilottesten førte til et bedre skjema, og ansees å ha vært en styrke i studien. Bruk av formuleringer fra anerkjent spørreskjema (20), fokus på enkelt og tydelig skjema (19, s.265, 32), samt pilotstudien anses å ha styrket validiteten og kvaliteten på studien.

Det er likevel ikke gjennomført en fullstendig validitet- og reliabilitetskontroll av spørreskjemaet (*vedlegg I*) som er utviklet for studien. I tillegg er skjemaet konstruert av forfatterne, som ikke har erfaring med slikt arbeid. Dette kan være en svakhet ved studien.

Journal-skjemaet (*vedlegg II*) ble også konstruert spesielt for studien. Det inneholder variabler som er aktuelle for sutureringen, og innholdet i dette skjemaet var derfor mer selvsagt. Den største utfordringen var dokumentasjon på ulike plasser og måter. Det var tidkrevende å kvalitetssikre at den informasjonen som ble plottet, var den som var ment dokumentert. Dette kan være en svakhet ved studien.

I følge Raosoft Sample Size Calculator (33), er det anbefalt at studien, med en populasjon på 155, burde hatt 111 svar. Kunnskapssenteret (32) anbefaler svarprosent på >70%. Studiens svarprosent er 63%. En noe lav svarprosent, sammen med et relativt lite utvalg, er svakheter ved studien. Dette medfører at reliabiliteten i datasamlingen er noe usikker, og studiens generaliserbarhet begrenset. Fordi funnene i studien var liknende funn i to sammenliknbare studier (2,4), antas det likevel at studien har en viss overførbarhet i tilsvarende kontekst.

Svarprosenten er imidlertid høyere enn både forfatterne og avdelingen hadde forhåpninger om, utfra konteksten studien er gjennomført i; nybakte mødre som naturligvis har fokus på sin nyfødte, og er slitne etter fødselen.

Det er gjort en rekke tiltak for å sørge for så høy svarprosent som mulig. Datasamlingen er gjort så lite krevende, og medførte så lite merarbeid som mulig for de ansatte. Studien var forankret i ledelsen, og et kontinuerlig samarbeid med fagutviklingsjordmor, som også sendte ut påminningsmailer. Det ble holdt informasjonsmøter, slik at informasjon om studien nådde flest mulig. Den utdelte folderens forside hadde et bilde for å vekke oppmerksomhet (*vedlegg VII*), og det var bilde av forfatterne på informasjonsskrivet. Det hang plakater (*vedlegg VIII*) med samme bilder og farger i gangen. Det hang informasjonsskriv på begge arbeidsrom. På skrivet var det også listet opp hvilken hjelp det var behov for fra hver yrkesgruppe. Det ble laget eget punkt på sjekklister som brukes ved overflytting til barselavdeling og ved hjemreise. Påminningslapp hang ved begge arbeidsstasjonene. Forfatterne var tilstede i avdelingen for å være tilgjengelig ved spørsmål, og minne på og motivere, og dele ut skjema, dersom dette var avglemt.

Årsakene til en noe lav svarprosent, kan være komplekse. En vesentlig faktor er antagelig at det ikke var mulig å purre på kvinnene. Det var et veloverveid valg, da kvinnene ble brydd nok ved å spørre én gang, fordi det gjelder tidsbruk i en sårbar og viktig tidsperiode for de nye familiene. Kvinnenes situasjon kan i seg selv også ha spilt inn, grunnet annet fokus og manglende overskudd. I tillegg kan de to-tre dagene mellom utlevert spørreskjema (*vedlegg I*) og innlevering av utfylt skjema, ha vært for lang tid, og økt sjansen for at skjemaet ble bortglemt.

Den faktoren som bidro mest til at svarprosent ikke ble høyere, så ut til å være om kvinnene faktisk fikk spørreskjemaet (*vedlegg I*). Det er flere sannsynlige årsaker til at dette var utfordrende; en er travelhet i avdelingen. På travle vakter, vil naturligvis ikke slike «ekstrating» bli prioritert. Jul og nyttår var midt i innsamlingsperioden, og kan ha bidratt til at det som ikke var nødvendig å gjøre, ikke ble gjort. I tillegg blir de ansatte stadig bedt om å være behjelpelige i forbindelse med undersøkelser, så om de ansatte ikke er motivert eller ser viktigheten av studien, kan det være en medvirkende faktor. Det er også mulig at informasjon om studien ikke nådde mange nok av de ansatte.

Informasjonsskriv og spørreskjema var skrevet på norsk, slik at studien sannsynligvis ikke har nådd ut til kvinner som ikke forstod dette.

Det kan ha virket avskrekkende at det var navnelapp på spørreskjemaet. Det ble forklart nøye i informasjonsskrivet at den ville bli makulert straks data fra fødejournal er innhentet, og at all data videre derfra, var anonym. I tillegg var det trykket på konvoluttene at svarene de gir, kun vil være tilgjengelige for forfatterne, for å motvirke engstelse for at den som suturerte skal se svaret. Likevel antas det at dette kan være en faktor.

4.1.1 Avveininger og sammenslåinger av variabler

For å kunne gjøre gode analyser når utvalget er relativt lite, er det gjort sammenslåinger av variabler med for mange alternativ, eller med for få svar på enkelte av alternativene.

Blant kvinnene med fortilrifter, hadde to affeksjon av klitoris. Grad av smerte var antatt å være større enn ved labial fortilrift., men analyse av to svar vil ikke kunne gi brukbar informasjon. De er derfor inkludert i fortilriftene.

Sutureringsteknikker ble slått sammen til kategorier utfra vev som er suturert. Det er likevel ikke usannsynlig at valg av fortløpende eller avbrutte suturer kan ha betydning for opplevelse av smerte, for eksempel med tanke på tidsbruk.

Sutureringer som er dokumentert som «annet» og «suturert på vanlig måte» er slått sammen. Det er dokumentert «Suturert på vanlig måte» fire ganger, utelukkende av leger. «Annet» omhandlet når leger har brukt andre typer suturer, som for eksempel madrassting eller kryssuturer.

Ved variablene for administrert smertelindring, er alle lokale infiltrasjoner slått sammen, og det samme med pudendusblokkadene. Medikamentnavn er fjernet.

Jordmorstudent er slått sammen med jordmor i analysen av yrkesgruppe som suturerte. Dette er gjort fordi det var tre kvinner som ble suturert av jordmorstudent. I tillegg antas det at jordmor er til stede og veileder studenten.

Mange kvinner har fått mer enn en type fødselsrift. Det er ikke mulig å skille hvilken fødselsrift, eller om det var en eller begge fødselsriftene, som førte til kvinnens manglende tilfredshet. Dette er en stor mulig feilkilde ved denne krysstabuleringen. For å motvirke dette noe, er det også gjort tilsvarende analyse på de kvinnene som kun hadde en type rift.

Utfordringen der er lite utvalg, og noen av fødselsriftene har svært få svar. Tilfredshet med smertelindring og opplevd smerte kategorisert ved type fødselsrift må derfor tolkes med stor forsiktighet, og har liten reliabilitet.

4.1.2 Dikotomisering

Både svarene som var gradert i fempunkts Likertskalaer, og svarene som var rangert fra 0 til 10 ved hjelp av NRS, er dikotomisert når resultatene presenteres. De fire spørsmålene som var en Likertskala, ble dikotomisert slik: Svarene «Ingen grad», «Liten grad» og «Noen grad» ble slått sammen til «Ikke tilfredsstillende», og alternativene «Stor grad» og «Svært stor grad» ble slått sammen til «Tilfredsstillende». Grenseverdien mellom kategoriene etter dikotomisering er kanskje ikke helt klar, men er vurdert utfra ordlyden i svaralternativene. Det er vurdert at for å kunne kategoriseres som «Tilfredsstillende», så må kvinnen ha svart at hun var tilfreds minimum i «stor grad». Det er også vurdert at en slik dikotomisering fører til en betydelig tydeliggjøring av resultatene, og at nyansene som forsvinner på bakgrunn av dikotomiseringen, er mindre betydningsfulle enn fordelene. NRS 0-3 er slått sammen til «Akseptabel smerte», mens NRS 4-10 ble til «Ikke-akseptabel smerte». Skillet mellom mild og moderat smerte, defineres å være mellom NRS 3 og 4 (22), og er årsaken til grensen mellom kategoriene. Det er vurdert at for å kunne plassere svaret i kategorien «akseptabel smerte», bør den opplevde smerten være definert som «mild». Her er grenseverdien mellom kategoriene etter dikotomisering ansett som naturlig og allment kjent, som bør være et kriterium for dikotomisering (35).

Disse sammenslåingene kan ha ført til at nyanser forsvinner. Grunnet et lite utvalg, argumenteres det likevel for at det er strategiske valg, som har tydeliggjort funnene.

4.2 Refleksjon rundt tolking av resultatene

Det er en klar inkonsistens mellom det kvinnene mener er akseptabel smerte, og det de rapporterer som tilfredsstillende eller ikke-tilfredsstillende grad av smertelindring, i forhold til slik dette er kategorisert i studien; 87% fikk tilfredsstillende smertelindring, mens bare 72% opplevde akseptabel smerte, NRS 0-3. 23% (n=3) av de som svarte ikke-tilfredsstillende smertelindring (n=13), opplevde akseptabel smerte. 63% av de kvinnene som svarte ikke-akseptabel smerte (n=17), svarte at de fikk tilfredsstillende smertelindring. Inkonsistensen er derfor enda større enn først antatt. Forklaringen ligger heller ikke i, som det dannet seg en hypotese om underveis i analysen, at de kvinnene som har sagt ifra om ikke-tilfredsstillende smertelindring har opplevd ikke-akseptabel smerte, men likevel blir tilfreds totalt sett etter tilfredsstillende bedring av smertelindringen. Det er bare 27% (n=10) av kvinnene som har sagt ifra (n=37), som har opplevd ikke-akseptabel smerte. 64% (n=9) av de som sa ifra, og hadde opplevd ikke-akseptabel smerte (n=14), hadde ikke fått tilfredsstillende smertelindring.

Det er derfor en reell inkonsistens uten selvsagte forklaringer. Eksempler som er sett i analyseprosessen, er kvinner som har svart både NRS 5 og 7, men likevel har fått tilfredsstillende smertelindring. Dette tyder på at deler av forklaringen bak inkonsistensen, kan være misforståelse av NRS. Denne måten å kvantifisere smerte på, er best egnet til å måle smerte i nåtid. Likevel blir det ansett som en av de best måtene å måle og forske på smerte på (20). Det kan være vanskelig for kvinnen å huske smerten, og vite hvordan hun skal plassere den på skalaen. En annen forklaring kan muligens være at kvinnen hadde forventninger om smerte i forbindelse med suturering, og at hun derfor opplevde smertelindringen som tilfredsstillende selv om hun opplevde moderat smerte eller mer. Selve smertelindringen medfører også, ved infiltrasjon og pudendusblokkade, en viss smerte. Denne smerten kan muligens oppfattes som «tilfredsstillende smertelindring» fordi den bidro til at ikke selve sutureringen var smertefull, men opplevdes likefullt som mer enn «mild smerte».

Ved tolkning av resultatene, må det tas med i betraktning at den som utførte smertelindringen, visste om at studien pågikk. Den enkeltes praksis kan, bevisst eller ubevisst, ha blitt påvirket av dette. Dette vil indirekte være den omdiskuterte Hawthorneeffekten, som forklares ved at deltakerne i en studie endrer adferd på bakgrunn av at de blir studert (36). I denne studien vet ikke deltakerne om studien før i etterkant av sutureringen, men de som utfører smertelindringen gjør. Denne effekten er vil eventuelt påvirke resultatene i positiv forstand, slik at de viser gjennomsnittlig bedre smertelindring enn ved et annet tidspunkt. På den annen side kan det virke sannsynlig at kvinner med negative opplevelse, har et større formidlingsbehov. Motsatt er det likevel ofte en tendens til underrapportering av det negative ved selvrappotering (19, s.188).

Bildet som er anvendt for å tiltrekke oppmerksomhet (*vedlegg VII*), viser en engstelig kvinne, og kan muligens tolkes som ledende. Det antas lite sannsynlig at det har påvirket kvinners svar.

4.3 Resultatdiskusjon

13% av kvinnene fikk ikke-tilfredsstillende smertelindring da deres fødselsrifer ble suturert. Det ser kanskje ut som et relativt positivt resultat ved første overblikk. Mange av kvinnene opplevde god kvalitet på omsorgen da fødselsriften ble suturert. 18% opplevde ikke-tilfredsstillende informasjon i forkant av sutureringen. 28% opplevde ikke-akseptabel smerte i forbindelse med sutureringen. 38% sa ifra om at smertelindringen ikke var tilfredsstillende. 5% opplevde ikke at de ble tatt på alvor når de sa ifra om dette. 11% fikk ikke tilfredsstillende

bedring av smertelindringen selv etter at de sa ifra. Disse samlede resultatene gjør at helhetsinntrykket oppfattes mindre heldig.

Resultatene viser, i likhet med resultatene fra en annen studie (3), at det ikke bare er selve smertelindringen som ikke alltid ble god nok ved sutureringsprosedyren. Informantene i referert studie, opplevde manglende kommunikasjon og empati, i tillegg til ikke-tilfredsstillende smertelindring. Helhetlig omsorg for kvinnen er vesentlig ved suturering, som ved resten jordmorutøvelsen; fysisk ved å administrere god smertelindring, psykisk og emosjonelt ved god kommunikasjon, empati og ved å ta kvinnen på alvor (17). Selv om det fokuseres på forbedringspotensialet, og viktigheten av opplevelsen til de kvinnene som ikke hadde en god erfaring med sutureringen, fikk de fleste kvinnene i studien omsorg av god kvalitet.

Gjennomsnittlig NRS var 2,7. Dette resultatet er ikke så ulikt de fra to studier gjort i England (2,4), der gjennomsnittlig VAS, som har tilsvarende verdier som NRS og derfor kan sammenliknes, var henholdsvis 2,88 og 2,97. Begge de refererte studiene konkluderer med at kvinner opplever ikke-tilfredsstillende smertelindring. Gjennomsnittlig NRS er like under grenseverdien mellom mild og moderat smerte (20); i denne studien akseptabel og ikke-akseptabel smerte. En del kvinner (n=19) har ikke opplevd smerte, svart NRS 0, i forbindelse med suturering. Når gjennomsnittet er så nær denne grenseverdien, betyr det at en del kvinner har opplevd sterk smerte. 8 kvinner har opplevd «alvorlig smerte» (20), NRS mellom 7 og 10. Det er tall som tydeliggjør behovet for fokus på fagområdet.

Kvinner mellom 31 og 35år (n=27) er minst tilfredse med smertelindring, 22%, og opplevde oftest ikke-akseptabel smerte, 41%.

De førstegangsfødende (n=40) er mer tilfreds enn flergangsfødende (n=58), med henholdsvis 90% og 84% tilfredsstillende smertelindring, og 74% og 71% opplevd akseptabel smerte. Det er mulig at tidligere opplevelser hos de flergangsfødende kan være medvirkende til dette resultatet.

Det er inkonsistens mellom tilfredshet med smertelindring og opplevd smerte hos kvinner med alle utdanningsnivå, men minst hos kvinnene med høyere utdanning (n=49), der 86% fikk tilfredsstillende smertelindring, og 79% opplevde akseptabel smerte.

Blant fødselstyper, er de som fødte ved hjelp av episiotomi (n=9) minst tilfreds, der 33% ikke fikk tilfredsstillende smertelindring, og 44% opplevde ikke-akseptabel smerte.

Kvinner med kun fortilrift (n=16), er mest tilfreds når det analyseres kategorisert utfra type fødselsrift, med 94% tilfredsstillende smertelindring, og 94% akseptabel smerte.

Fødselsriftene med minst tilfredshet, var episiotomi (n=18), og noe overraskende, kanskje, vaginalrift (n=24), med henholdsvis 80% og 79% tilfredsstillende smertelindring, og 60% og 74% opplevd akseptabel smerte. Begge rifttypene hadde enda dårligere resultat hos kvinner med kun denne rifttypen, men der er antall svar fire med episiotomi, der tilfredshet var 50% og akseptabel smerte 25%, og 3 med vaginalrift med 67% tilfredshet, men 100% opplevd akseptabel smerte.

Det må fremheves som positivt at 100% (n=2) av kvinnene som fikk alvorlige perinealriffter, begge fikk grad tre b, fikk begge tilfredsstillende smertelindring, begge svarte at de var tilfreds i svært stor grad, og opplevde akseptabel smerte, begge svarte NRS 0. Dette var kanskje forventet, i og med at de fikk spinalbedøvelse, men begge svarte også at de fikk tilfredsstillende informasjon i forkant, begge også der i svært stor grad.

Det er små forskjeller mellom tilfredsheten i forhold til yrkesgruppe som suturerte, 87% blant jordmødre (n=67), og 85% blant leger (n=20). Akseptabel smerte er noe bedre blant jordmødre, 75% mot 65% hos leger. Blant kvinnene som ble suturert av begge yrkesgrupper (n=5), var 100% tilfreds med smertelindringen, mens bare 60% opplevde akseptabel smerte. Det lave antallet svar gjør at hvert svar får svært stor betydning, og derfor har slike resultat liten betydning.

Studien har et relativt lite utvalg. Når funnene er kategorisert, er det derfor et lite antall på hvert alternativ. Betydningen av disse resultatene er derfor begrenset. Det er ikke sett forskjeller som man, utfra denne studien, kan argumentere for at skyldes annet enn tilfeldighet eller bakenforliggende årsaker. Det synes likevel som om episiotomi kan være forbundet med lavere tilfredshet med smertelindring, og oftere ikke-akseptabel smerte, både kategorisert ved fødselstype og ved rifttype.

Dokumentasjonen av alle aspekter ved sutureringsprosedyren, var mangelfull. Dette, i sammenheng med manglende lokal fagprosedyre, tolkes som et signal om at man ikke helt ser viktigheten av dette fagområdet. På den ene siden er det forståelig, i en arbeidshverdag der det kan dreie seg om liv eller død. På den andre siden, gjør den som regel ikke det, og for den

enkelte kvinne har smertelindring med suturering av fødselsrifter og tilhørende aspekter, stor betydning (3).

Årsakene til at smertelindringen ikke alltid blir god nok, er ukjente. Det kan antagelig dreie seg om faktorer både ved barselkvinnen og den som utfører sutureringen. Det er sannsynlig at faktorer som preger jordmødres arbeidshverdag, og også angis som grunner til at jordmødre vurderer å slutte i jobben sin; underbemanning, arbeidsmengde og for liten tid til å gi den enkelte kvinne god nok kvalitet på omsorgen man yter (7), bidrar negativt. I tillegg vil det antagelig være forskjeller blant jordmødrene i hvor flinke de er til å få til en tilfredsstillende smertelindring ved de ulike typer fødselsriftene.

Å administrere tilfredsstillende smertelindring, er et uttrykk for omsorg som en del av fagligheten ved suturering av fødselsrifter. 13% av kvinnene fikk en ikke-tilfredsstillende smertelindring ved suturering av fødselsrift. Det tyder på at omsorgen som jordmødre yter overfor kvinnen i sutureringsprosedyren, bør forbedres. Jordmødre skal alltid se den enkelte kvinnen og hennes behov. Det er ikke bare de medisinske aspektene som bidrar til «god omsorg». Kvinnen er i en sårbar situasjon, der hun er avhengig av jordmors hjelp, en situasjon der det er tydelig skjevfordeling av makt. Jordmor må forvalte denne makten på en riktig og klok måte. Hun har som omsorgsutøver ansvar og forpliktelse i omsorgsrelasjonen (18). Omsorgen og fagligheten skal ytes gjennom personlig omtanke, og med empati i hver enkelt situasjon. Omsorg handler om å gå inn i relasjoner, og om å knytte bånd. Omsorg består av tre dimensjoner; den er relasjonell, praktisk og moralsk (18). I tilfeller der smertelindringen ikke var tilfredsstillende, kan det hende at jordmor fokuserte på den praktiske handlingen, og at omsorgsaspektet i fagligheten ble redusert. Dette kan føre til at kvinnen kan føle seg oversett, og den relasjonelle dimensjonen av omsorgen blir ytterligere skadet. Moralen kan falle bort, - når man ikke oppnår en god relasjon til kvinnen, kan man heller ikke sette seg inn i hennes situasjon, og handle til hennes beste (18).

To av de etiske grunnprinsippene i den prinsippbaserte etiske tilnærmingen, som er en vanlig etisk tilnærming i helsevesenet, er ikke-skadeprikket og velgjørende-prinsippet (37, s.12). Under dette kommer det å sørge for minst mulig smerte hos alle pasienter, som er direkte overførbart til studiens tematikk.

Sykehusets visjon er «Trygghet når du trenger det mest». Verdiene «respekt», «faglig dyktighet», «tilgjengelighet» og «engasjement» fremheves (38). Sammenhengen med studiens tema og problemstilling er tydelig, - trygghet og respekt formidles gjennom faglig dyktighet,

herunder omsorg og engasjement. Ved å arbeide i tråd med sykehusets visjon og verdier, vil kvinner i større grad enn i dag få tilfredsstillende smertelindring ved suturering av fødselsrifter.

4.4 Konklusjon

Mange kvinner var fornøyd med smertelindringen de fikk, og det utføres mye godt arbeid på fagområdet. Kvaliteten på omsorgen som ytes ved suturering, er i de fleste tilfeller er god. Studien viser likevel at individuelt tilpasset smertelindring ved suturering av fødselsrifter, er et fagområde med forbedringspotensiale ved kvinneklinikken. Tilfredshet med informasjon og at kvinnene blir tatt på alvor når det rapporteres om ikke-tilfredsstillende smertelindring, er tilsvarende viktig som selve smertelindringen, og samlet er dette omsorg uttrykt ved faglig dyktighet. Ved å lage en fagprosedyre vil viktigheten av denne omsorg som en del av jordmors faglighet løftes frem. Det kan ikke konkluderes med at kvinner får tilfredsstillende smertelindring ved suturering av fødselsrifter, men de fleste, 87%, gjør det.

4.5 Forslag til videre forskning

Studiens tema er et fagområde innen fødselsomsorgen som er lite undersøkt. Det finnes få føringer for praksis, både internasjonalt, nasjonalt og lokalt. Det er behov for mer kunnskap. En stor kartleggingsstudie, for eksempel nasjonalt, liknende denne, for å undersøke om dette er et problem generelt i fødselsomsorgen i Norge ville gitt kunnskap om problemets prevalens. Dersom man samtidig hadde undersøkt hvordan suturerende jordmor var tilfreds med informasjon og smertelindring hun ga, samt kommunikasjonen med kvinnen, i tillegg til hva, hvorfor og hvordan hun gjorde som hun gjorde, ville det gitt utfyllende og nyttig kunnskap. Videre ville kvalitative studier med intervjuer, både av fødekvinne og av jordmødre, kunne bidra med ny kunnskap om hva som oppleves som problematisk, og hvorfor.

Referanseliste

1. Frohlich J., Kettle C. Perineal care. *BMJ Clin Evid.* [Elektronisk artikkel] 2015 mars. 2015: 1401 [23s] Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4356152/pdf/2015-1401.pdf> (nedlastet 07.06.2017).
2. Briscoe, L., Lavender, T., O'Brien, E., Campbell, M., McGowan, L. A mixed methods study to explore women and clinician's response to pain associated with suturing second degree perineal tears and episiotomies. *Midwifery.* [Elektronisk artikkel] 2015 apr. 31(4): 464-472. Tilgjengelig fra: https://ac-els-cdn-com.galanga.hvl.no/S0266613815000054/1-s2.0-S0266613815000054-main.pdf?_tid=00fb4383-509a-4171-a957-9a32c583dfbb&acdnat=1524649663_ea318b251cacae493d5c91dbec6d5e1f (nedlastet 08.02.2017).
3. Salmon, D. A feminist analysis of women's experiences of perineal trauma in the immediate post-delivery period. *Midwifery.* [Elektronisk artikkel] 1999 des, 15(4); 247-256. Tilgjengelig fra: https://ac-els-cdn-com.galanga.hvl.no/S0266613899901821/1-s2.0-S0266613899901821-main.pdf?_tid=5d87071f-e4ff-45e3-8709-2ff87209e0e5&acdnat=1524650567_516e203c922bf3d903ee5a25fafbf004 (nedlastet: 08.02.2017).
4. Sanders, J., Campbell, R., Peters, TJ. Effectiveness of pain relief during perineal suturing. *Br J Obstet Gynaecol.* [Elektronisk artikkel] 2002 sep; 109(9); 1066-8. Tilgjengelig fra: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-0528.2002.02033.x> (nedlastet 08.02.2017).

5. Sanders, J., Peters, TJ., Campbell, R. Techniques to reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal suturing: a UK survey of midwifery practice. *Midwifery*. [Elektronisk artikkel] 2005 jun; 21(2);154-160. Tilgjengelig fra: https://ac-els-cdn-com.galanga.hvl.no/S0266613804000890/1-s2.0-S0266613804000890-main.pdf?_tid=bedfcf23-b99e-4a5b-9987-02620a21c60e&acdnat=1524651153_7ae71ae5dd4e02da726e9460d96f2728 (nedlastet 08.02.2017).
6. Merskey, H., Lindblom, U., Mumford, JM., Nathan, PW., Sunderland, Sir S . Part III Pain terms – a current list with definitions and notes on usage. I Red. Merskey, H. og red. Bogduk, N. *Classification of chronic pain*. Seattle: IASP Press; 1994, s. 207-214.
7. Royal College Midwives. Why midwives leave – revisited. [Elektronisk artikkel]. London: The Royal College of Midwives; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Why%20Midwives%20Leave%20Revisited%20-%20October%202016.pdf> (nedlastet: 08.06.2017).
8. NICE guidelines. Intrapartum care for healthy women and babies, - care of the woman after birth. CG190 [Internett]. London: NICE; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190> (nedlastet: 17.01.2017).
9. WHO, UNFPA, UNICEF. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care. A guide for essential practice. [Internett] Luxembourg: WHO; 2015. Tilgjengelig fra: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249580/9789241549356-eng.pdf?sequence=1> (nedlastet 17.01.2017).
10. Spydslaug, AE., Baghestan, E., Laine, K., Norderval, S., Olsen, IP. Perinealrupturer. Veileder i fødselshjelp. [Internett] Bergen: Norsk Gynekologisk Forening; 2014. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselsjelp-2014/Perinealruptur/> (nedlastet 17.01.2017).

11. Felleskatalogen. *Xylocain-Adrenalin*. [Internett]. Oslo: Felleskatalogen AS; 2017a. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/xylocain-adrenalin-astrazeneca-565540> (nedlastet: 12.06.2017).
12. Felleskatalogen. *Marcain*. [Internett]. Oslo: Felleskatalogen AS; 2017b. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/marcain-astrazeneca-561228> (nedlastet: 12.06.2017).
13. Felleskatalogen. *Xylocain 100 mg/ml spray*. [Internett]. Oslo: Felleskatalogen AS; 2017c. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/xylocain-100-mg-ml-spray-astrazeneca-565549> (nedlastet: 12.06.2017).
14. Felleskatalogen. *Xylocain*. [Internett]. Oslo: Felleskatalogen AS; 2017d. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/xylocain-astrazeneca-565548> (nedlastet: 12.06.2017).
15. Ulvund, I. Fødselssmerte og smertelindring. I: red. Brunstad A., red. Tegnander, E. Jordmorboka - rolle, funksjon og arbeidsområde. Oslo: Akribe AS; 2010. s.439-455.
16. Dahl, V. Medikamentell smertelindring ved fødsel. Tidsskr Nor Lægeforen. [Elektronisk artikkel]. 2002 jun; 122(17); 1688-1690. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/2002/06/legemidler-i-praksis/medikamentell-smertelindring-ved-fodsel> (nedlastet: 11.06.2017).
17. ICM. International Code of Ethics for Midwives. [Internett].2014. Tilgjengelig fra: https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf (nedlastet 09.04.2018).

18. Martinsen, K. Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring (første gang utgitt som artikkel 1989). I red. Martinsen, Kari. Samtalen, skjønnhet og evidensen. Oslo: Akribe AS, 2005. s. 135-167.
19. Polit, DF., Beck, CT. Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 9.utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012. s.226-227.
20. PasOpp-rapport 5. Brukererfaringer med svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen. [Internett], Metoderapport. 2013 des. 13(5); 44s. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra:
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/pasopp_5_2013_sfb_metode (nedlastet 15.01.2017).
21. Likert, R. The Method of Constructing an Attitude Scale. I Red. Houston, SR., red. Schmid, J., red. Lynch, R., red. Duff, Wjr. Methods and techniques in business research. New York: MSS Information Corporation; 1933. s. 90-95.
22. Breivik, H., Borchgrevink, PC., Allen, SM., Rosseland, LA., Romundstad, L., Breivik Hals, EK. et al. Assessment of pain. British Journal of Anaesthesia. [Elektronisk artikkel]. 2008 jul. 101(1); 17-24. Tilgjengelig fra:
<https://academic.oup.com/bja/article/101/1/17/357820> (nedlastet: 08.06.2017)
23. Medisinsk fødselsregister (2017). Is1: Enkelt og -flerfødsler. [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://statistikk.fhi.no/mfr/> (begrenset til Kristiansand ved hjelp av filter). (nedlastet: 07.06.2017).
24. Jacobsen, DI.. Forståelse, beskrivelse og forklaring. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2010.

25. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) [Internett]. Sist endret okt. 2015. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/NL/lov/2000-04-14-31/§2> (nedlastet: 09.04.2018).
26. World Medical Association. Declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects. [Internett]. 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (nedlastet: 01.08.2017).
27. Bakketeig, LS. og Magnus, P. Tidsskr Nor Lægeforen. [Elektronisk artikkel] 2002 okt. 122(25); 2464-7. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/hva-er-en-forskningsprotokoll-og-hvorfor-er-den-nodvendig> (nedlastet: 21.02.2017)
28. Fødselsprotokoll, Sørlandet Sykehus Kristiansand, fom. 05.11.2017->.
29. Riftstatistikk SSK. Fagutviklingsjordmors kvalitetsarbeid omhandlende fødselsrifter.
30. Brindle, S., Douglas, F., Van Teijlingen, ER., Vanora, H. Midwifery research: questionnaire surveys. RCM. [Elektronisk artikkel]. 2005 mai.8(4)156-8. Tilgjengelig fra: <file:///C:/Users/Eier/Downloads/RCMMidwJQuestionnairesurveys2005.pdf> (nedlastet 25.06.2017).
31. Boynton, PM., Greenhalgh, T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. BMJ. [Elektronisk artikkel]. 2004 mai. 328(7451);1312-5. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC420179/pdf/bmj32801312.pdf> (nedlastet 25.06.2017).

32. Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGiuseppe, C., Pratap, S., Wentz, R. et al. Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ*. [Elektronisk artikkel]. 2002 mai. 324:1183 (9s). Tilgjengelig fra: <https://www.bmj.com/content/bmj/324/7347/1183.full.pdf> (nedlastet 02.05.2018).
33. Raosoft. Sample size calculator [Internett] Seattle: Raosoft Inc; 2004. Tilgjengelig fra: <http://www.raosoft.com/samplesize.html> (nedlastet: 07.06.2017).
34. Kunnskapssenteret. Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. [Internett]. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler> (nedlastet: 06.08.2017).
35. Skovlund, E. Dikotomisering av målevariabler – hva er prisen? *Tidsskr Nor Lægeforen*. [Elektronisk artikkel] 2017 des. utg. 23/24 (3s) Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2017/12/medisin-og-tall/dikotomisering-av-malevariabler-hva-er-prisen> (nedlastet 15.04.2018).
36. Svartdal, F. Hawthorne-effekt-psykologi i *Store norske leksikon*. [Internett]. 2017. Tilgjengelig fra https://snl.no/Hawthorne-effekt_-_psykologi (nedlastet: 18.04.2018)
37. Beauchamp, TL., Childress, JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Femte utg. Oxford; University Press; 2001.
38. SSHF. Strategiplan 2018-2020. Utviklingsplan 2035. [Internett]. 2017. Tilgjengelig fra: <https://sshf.no/seksjon/Styret/Documents/Styredokumenter%202017/2017-10/075-2017%20Vedl%20-%20KortversjonUtviklingsplan%20-%20strategi%202018-2020.pdf> (nedlastet: 15.04.2018).

**Kvinnens tilfredshet med smertelindring
ved suturering av fødselsrifter**

Forfattere:

Kandidatnr 513, Masterstudent i jordmorfag, Høgskulen på Vestlandet

og

Kandidatnr 518, Masterstudent i jordmorfag, Høgskulen på Vestlandet

Kontaktperson:

Navn

Adresse

E-post:

tlf.

Antall tegn inkl. mellomrom: 21043

Antall ord, tekst: 3000

Figurer: to, tabeller: to

Artikkelen er skrevet med tanke på publisering i det vitenskapelige tidsskriftet «Sykepleien
Forskning», etter deres retningslinjer (*vedlegg IX*).

Merknad: Tabeller og figurer presenteres fortløpende i teksten grunnet bedre lesbarhet. Ved
innsending for vurdering for evt. publisering, sendes de som egen fil, slik retningslinjene
tilsier.

Sammendrag

Bakgrunn

Omtrent 85% av alle kvinner som føder vaginalt, får en form for fødselsrift. De fleste av disse trenger å få fødselsriften suturert umiddelbart post partum. Kvinnerens smerte i forbindelse med denne sutureringen, er lite undersøkt. De studiene som er gjort på temaet, tyder på at mange kvinner opplever å få utført denne sutureringen som ubehagelig og smertefullt.

Hensikt

Hensikten med studien var å kartlegge om kvinnene ved én kvinneklinikk i Norge fikk tilfredsstillende smertelindring ved suturering av fødselsrifter. Formålet er å bidra til bedre kvalitet, herunder individuell tilpasning, på omsorgen som ytes når fødselsrifter sutureres.

Metode

Studien er en tverrsnittstudie. Data ble samlet inn ved bruk et spørreskjema som ble utviklet spesielt for studien. I tillegg ble data innhentet fra deltakernes fødejournal. Studien ble gjennomført ved én kvinneklinikk, og ble gjennomført i desember 2017 og januar 2018. 155 kvinner fødte vaginalt, enten spontant eller operativt, og fikk fødselsrift suturert, i løpet av perioden. 98 av disse kvinnene deltok i studien. Dataene er analysert og presentert ved deskriptiv statistikk.

Resultater

Svarprosenten i studien, ble 63%.

13% av kvinnene fikk ikke-tilfredsstillende smertelindring da deres fødselsrift ble suturert.

Konklusjon

Et stort flertall av kvinnene fikk tilfredsstillende smertelindring ved suturering av fødselsrifter. Det er likevel betydelig at 13% ikke fikk det. Praksis rundt sutureringsprosedyren bør derfor forbedres. Kvaliteten på omsorgen som ytes bør bli bedre, slik at alle kvinner opplever individualisert og optimalisert smertelindring.

Nøkkelord

Smerte, smertelindring, suturering, fødselsrifter, kvantitativ studie.

Introduksjon

«Fødselsomsorgen i Norge holder svært høy kvalitet i internasjonal sammenheng. Det er likevel flere forhold som taler for at denne delen av helsetjenesten kan forbedres på en del viktige områder» (1).

Omtrent 87% av norske kvinner føder barn i løpet av livet (2). Rundt 84% av fødslene er vaginale (3). De fleste kvinner som føder vaginalt, omtrent 85%, får en form for fødselsrifer, og har behov for å få suturert denne umiddelbart post partum (4).

Det er gjort mange studier som omhandler fødselsrifer. De fleste fokuserer hovedsakelig på alvorlige perinealrifer, OASI, og har undertema som forebygging av rifer (5), sutureringsteknikker eller sequele etter skader på sfinktermuskulatur (6). Flere av disse studiene nevner kort at tilstrekkelig smertelindring ved suturering er viktig, men den smerten som kvinnene opplever når fødselsriftene blir suturert, er derimot lite undersøkt. Evidens for jordmødres strategier og behandling ved suturering av fødselsrifer, er utilstrekkelige og inkonklusive (7). Det er gjort noen få studier på temaet, og de er entydige i at kvinner ofte opplever ikke-tilfredsstillende smertelindring ved suturering av fødselsrifer (8,9,10,11). Ingen av de refererte studiene er fra skandinavisk kontekst.

Det bemerkes at det er bekymringsverdig at man gjennom flere studier har fremhevet et problem, men at det fortsatt er stor variasjon i hvordan det smertebehandles når fødselsrifer sutureres (10). Samtidig mangler det føringer for hvordan man skal smertelindre (10,11). Imidlertid finnes det noen retningslinjer; NICE guidelines (12), WHO (13) og «Veileder for fødselshjelp» (14). Disse er alle lite spesifikke, og retningslinjene omhandler kun smertelindring ved reparasjon av perinealrifer, ikke andre typer fødselsrifer.

Ved kvinneklinikken der studien ble utført, finnes det ikke egen fagprosedyre for smertelindring ved suturering av fødselsrifer. Medikamentene som administreres ved smertelindring i forbindelse med suturering av fødselsrifer ved den aktuelle kvinneklinikken, er Xylocainspray, Xylocaingel, lokal infiltrasjon med Lidocain, Xylocain med adrenalin eller Marcain, og pudendusblokkade med Lidocain eller Marcain. I tillegg brukes lystgass (N₂O), «topping» av pågående epidural, og systemisk smertelindring med Fentanyl noe. Ved alvorlige rifer, OASI, brukes spinalbedøvelse på operasjonsstue.

Studien vil bidra til økt kunnskap om den lokale prevalensen av det som tidligere studier viser er et problemområde i fødselsomsorgen (8,9,10,11).

Hensikten med studien var å kartlegge om kvinnene ved én kvinneklinikk i Norge fikk tilfredsstillende smertelindring ved suturering av fødselsrifter. Formålet er å bidra til bedre kvalitet, herunder individuell tilpasning, på omsorgen som ytes når fødselsrifter sutureres. Studiens problemstilling er:

«I hvilken grad får kvinner tilfredsstillende smertelindring ved suturering av fødselsrifter?»

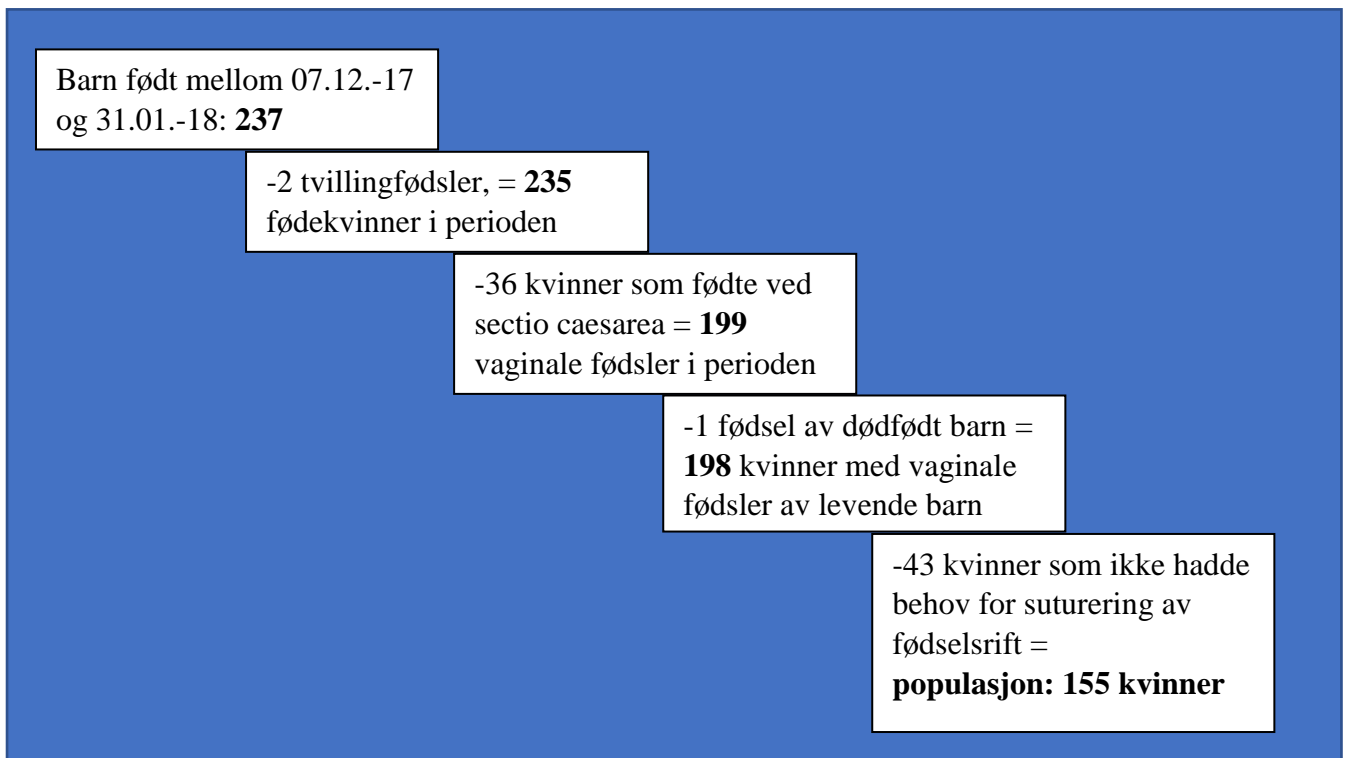
Metode

Studien er en tverrsnittstudie. Metoden er den mest hensiktsmessige for å svare på problemstillingen. Studien ble gjennomført ved hjelp av spørreskjema (*vedlegg 1*), der forfatterne i tillegg innhentet data fra kvinnenes fødejournal. Studien ble gjennomført ved en middelsstor kvinneklinikk i Norge, som har omtrent 2000 fødsler årlig (15). Kvinneklinikken består av en fødeavdeling og en barselavdeling.

Utvalg

Alle kvinner som hadde født vaginalt, både spontant og operativt, og fått en fødselsrift som måtte sutureres, skulle inviteres til å delta i studien. Kvinnene ble rekruttert av jordmødre, sykepleiere og barnepleiere ved føde- og barselavdelingen.

Tabell 1: Studiens populasjon (16,17).



Som presentert i *tabell 1*, var studiens populasjon 155 kvinner. Det ble samlet inn 102 utfylte spørreskjema, hvorav fire ble registrert som «missing», da disse ikke var påklistret navnelapp. Studiens utvalg bestod derfor av 98 kvinner.

Datasamling

Spørreskjemaet (*vedlegg I*) som ble brukt til datainnsamlingen, ble konstruert spesifikt for studien. Det ble satt opp ved fempunktets Likert-skalaer (18), og spørsmålsformuleringer fra et validert spørreskjema (19). I tillegg ble det brukt Numeric Rating Scale (NRS), som er en validert og anerkjent måte å måle smerte på, der smerte rangeres på en tenkt skala mellom 0 og 10. 0 er ingen smerte, og 10 er verst tenkelige smerte. Skillet mellom mild og moderat smerte går mellom 3 og 4 (20). Det ble utført en pilottest av spørreskjemaet (*vedlegg I*) som førte til en tydeliggjøring.

Spørreskjemaet (*vedlegg I*) etterspurte i hvilken grad kvinnene fikk tilfredsstillende informasjon om hva som skulle skje i forkant av sutureringen, og i hvilken grad de fikk tilfredsstillende smertelindring ved suturering. De ble bedt om å rangere smerten de opplevde i forbindelse med sutureringen ved hjelp av NRS. Kvinnene ble spurt om de sa fra dersom de ikke fikk tilfredsstillende smertelindring. De siste to spørsmålene skulle bare besvares av kvinnene som sa ifra om ikke-tilfredsstillende smertelindring. De ble spurt i hvilken grad de ble tatt på alvor da de rapporterte dette, og i hvilken grad det førte til bedring av smertelindringen.

Ved hjelp av journalskjemaet (*vedlegg II*) ble det samlet inn data fra sykehusets fødejournalsystem. Data som ble samlet inn, var bakgrunnsvariabler som paritet, alder og utdanningsnivå, og variabler som omhandler selve fødselen og sutureringen; spontan eller operativ fødsel, type rift, hvilken yrkesgruppe som suturerte, hvilken sutureringsteknikk som ble anvendt og hvilken smertelindring som ble administrert.

Gjennomføring

Datainnsamlingen til studien ble gjennomført fra 7. desember 2017 til 31. januar 2018. Jordmødre, sykepleiere og barnepleiere rekrutterte kvinner og distribuerte spørreskjemaene (*vedlegg I*). Kvinnene fikk utdelt spørreskjemaet (*vedlegg I*), sammen med informasjonsskriv (*vedlegg III*) og svarikonvolutt når de ble overflyttet fra fødeavdelingen til barselavdelingen. De leverte ferdig utfylt skjema til jordmor ved utreisesamtale. Spørreskjema (*vedlegg I*) ble koblet sammen med journalskjema (*vedlegg II*), og data fra fødejournalsystemet innhentet.

Analyse av data

Analysene er utført manuelt ved hjelp av Microsoft Office Excel versjon 2016. Resultatene er presentert ved deskriptiv statistikk, i prosent, og enkelte i gjennomsnitt. Utvalgte resultat er fremstilt i tabeller og figurer for visualisering av variablenes verdier.

Etiske overveielser

Studien omhandler barselkvinner, som er en sårbar gruppe (21), og studiens nødvendighet er derfor nøye vurdert. Det stilles ikke sensitive spørsmål (22). Kvinnenes konfidensialitet ble ivare tatt ved at data ble behandlet anonymt etter innhenting av journaldata. Deltakelse var frivillig og innebar liten tidsbruk for kvinnene. Det ble ansett at å returnere utfylt spørreskjema, var tilstrekkelig uttrykk for samtykke (23).

Studien er godkjent av Regional Etisk Komité (REK), og har søknadsnummer 2017/1513(*vedlegg IV-I + II*). Studien er også forskningsfaglig godkjent av den lokale forskningssjefen (*vedlegg VI*).

Resultater

155 kvinner fødte vaginalt, enten spontant eller operativt, i løpet av datasamlingsperioden. 98 kvinner deltok i studien. Studiens svarprosent er 63%.

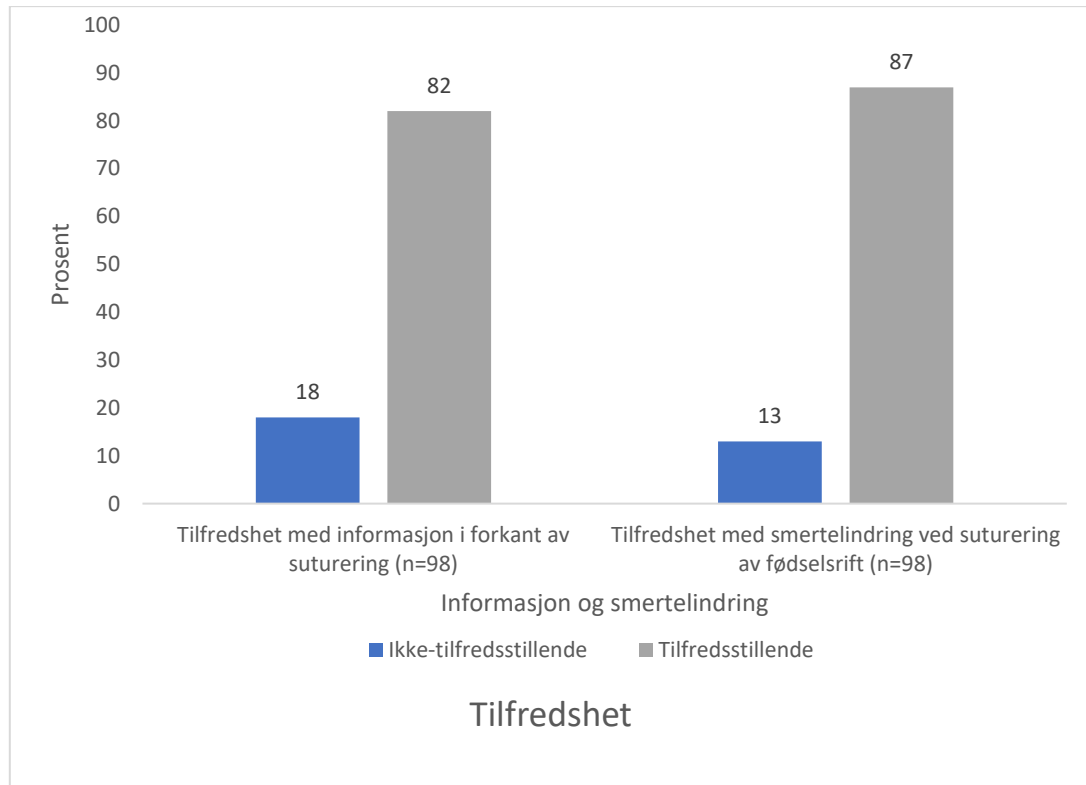
Tabell 2: Beskrivelse av utvalget.

Antall	
Utvalg	98 kvinner
Paritet	
Førstegangsfødende	40
Flergangsfødende	58
Alder	
Gjennomsnittsalder	29,8 år
16-20 år	3
21-25 år	14
26-30 år	39
31-35 år	27
36-40 år	14
> 40 år	1
Utdanningsnivå	
Grunnskole	7
Videregående utdanning	33
Høyere utdanning	49
Ikke registrert utdanning	9

Som *tabell 2* viser, består utvalget av langt flere flergangsfødende enn førstegangsfødende. Blant alderskategoriene, er det klart flest kvinner mellom 26 og 30 år og mellom 31 og 35 år, med relativt lik fordeling både under og over. Blant utdanningsnivå, er halvparten av kvinnene høyere utdannet, mens en tredjedel har videregående utdanning.

Tilfredshet

Figur 1: Fordeling mellom tilfredshet og ikke-tilfredshet blant alle kvinnene i utvalget



Studiens hovedfunn er presentert til høyre i *figur 1*. 13% (n=13) av kvinnene fikk ikke-tilfredsstillende smertelindring ved suturering av fødselsrift. Tilfredsheten med informasjon i forkant av sutureringen, var noe lavere, 18% (n=18) fikk ikke-tilfredsstillende informasjon.

Det ble kartlagt om det er de samme kvinnene som ikke fikk tilfredsstillende smertelindring som ikke fikk tilfredsstillende informasjon i forkant av sutureringen. Kvinner som ikke fikk tilfredsstillende smertelindring (n=13), har i 38% (n=5) heller ikke fått tilfredsstillende informasjon. Hos kvinner som fikk tilfredsstillende smertelindring (n=86), fikk 15% (n=13) ikke tilfredsstillende informasjon.

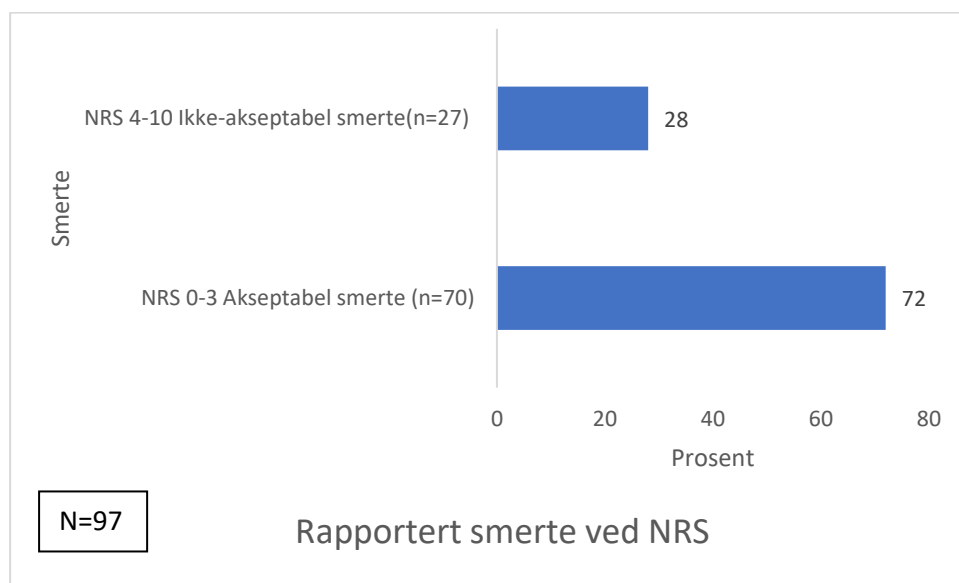
38 % (n=37) av kvinnene sa ifra om ikke-tilfredsstillende smertelindring. 5% (n=2) av disse, ble ikke tatt på alvor. Hos 11% (n=4) førte det at de sa ifra, ikke til tilfredsstillende bedring av smertelindringen.

Det er kartlagt om det er de samme kvinnene som ikke fikk tilfredsstillende bedring av smertelindring etter rapportering, som ikke opplevde at de ble tatt på alvor. Av kvinnene som

oppgå en ikke-tilfredsstillende bedret smertelindring (n=4), svarte 50% (n=2) at de heller ikke opplevde at de ble tatt på alvor i tilfredsstillende grad. Blant kvinnene som fikk bedret smertelindringen i tilfredsstillende grad (n=33), svarte 100% at de opplevde å bli tatt på alvor i tilfredsstillende grad. 100% av kvinnene som opplevde at de ikke ble tatt på alvor (n=2), fikk heller ikke tilfredsstillende bedring av smertelindring.

Opplevd smerte

Figur 2: Prosentvis fordeling mellom opplevd akseptabel og ikke-akseptabel smerte ved suturering av fødselsrift



Som presentert i *figur 2*, opplevde 28% (n=27) av kvinnene moderat smerte eller verre i forbindelse med suturering av fødselsrift. 72% (n=70) opplevde mild eller ingen smerte.

Gjennomsnittlig NRS var 2,7.

Diskusjon

Studiens resultater ser ved første overblikk relativt positive ut for smertelindringen ved den aktuelle avdelingen. Et stort flertall av kvinnene rapporterte om tilfredsstillende smertelindring, så mange er tilsynelatende godt fornøyd. Mange jordmødre ved den aktuelle kvinneklinikken utfører godt arbeid på fagområdet. Gjennom analysene av resultatene, ble bildet litt mer nyansert.

87% av kvinnene fikk tilfredsstillende smertelindring. 13% som fikk ikke-tilfredsstillende smertelindring; det vil si at de har svart tilfredshet i ingen, liten eller noen grad. 28% opplevde ikke-akseptabel smerte i forbindelse med suturering av fødselsrift. Dette defineres som NRS på 4 eller mer, det vil si moderat smerte eller verre. Begrepet «ikke-akseptabel smerte» er definert av forfatterne, utfra skillet mellom mild og moderat smerte i NRS (20), og ikke av kvinnene. 8% (n=8) av kvinnene har opplevd alvorlig smerte, det vil si NRS 7-10 (range 7-9). 63% av kvinnene som svarte NRS 4 eller mer, svarte likevel tilfredsstillende smertelindring. Det var 14 kvinner som både sa ifra om ikke-tilfredsstillende smertelindring, og opplevde en ikke-akseptabel smerte, var det 65% (n=9) som heller ikke opplevde tilfredsstillende smertelindring totalt. Forklaringen på inkonsistensen ligger derfor tilsynelatende ikke i at de som sa ifra om ikke-tilfredsstillende smertelindring opplevde større grad av smerte, men ble tilfreds med smertelindring totalt likevel grunnet tilfredsstillende bedring etter justering av smertelindringen, som var en hypotese underveis i analysene. Det er ikke avdekket noe trend mellom svarene som kan forklare inkonsistensen, men den kan ha ulike årsaker. To av de sannsynlige årsakene antas å være forventning om smerter ved prosedyren og misforståelse av NRS.

Det ble gjennomført en pilottest av spørreskjemaet som et ledd i kvalitetssikring av studien. Det er ikke gjennomført en fullstendig validitet- og reliabilitetskontroll. Studiens svarprosent er 63%, som er noe lavere enn anbefalt (23), og sammen med det relativt beskjedne utvalget, reduseres studiens generaliserbarhet. I tillegg visste de som utførte smertelindringen og sutureringen på kvinnene i utvalget, om studien. Dette kan, bevisst eller ubevisst, har påvirket deres praksis. Studiens resultater må derfor tolkes med forsiktighet.

Resultatene er likevel ikke så ulike resultatene fra en studie gjort i England i 2002 (9). Der var det brukt en analog smerteskala fra 0 til 100, med gjennomsnittsvar på 28,8, hvorpå det i denne studien, med NRS fra 0-10, er funnet et gjennomsnitt på 2,7. I samme studie har 16,5% svart at de opplevde plagsom, fryktelig eller uutholdelig smerte når de ble suturert, mens det i

denne studien er 28% som har opplevd moderat smerte eller verre. En annen studie fra England (11), har blant annet brukt en Visuell Analogue Scale (VAS), som gikk fra 0 til 10 for å måle smerten kvinnene i studien opplevde da fødselsriften ble suturert. Gjennomsnittlig VAS var 2,97. De brukte også et annet instrument for å måle smerte, som gikk fra 0-22, der grensen mellom mild til moderat og alvorlig smerte gikk mellom 10 og 11, hvor gjennomsnittet var 8,2. Denne studien er en mixed-method, og har derfor også noen kvalitative funn fra blant annet intervju og observasjon. Et av disse er at bruken av smertelindring ved suturering av fødselsriften, og dosen som ble administrert til den enkelte kvinnen, varierte, og var tilsynelatende opp til den enkelte jordmor. Det virket også som avgjørelsen angående dose og smertelindring handlet mer om jordmors oppfattelse av kvinnens smerte enn om kvinnens egen oppfattelse av smerte. Det var også opp til kvinnen selv å be om mer smertelindring ved behov. Måten man kommuniserer på, og kontinuerlige informasjon fremheves som vesentlig for kvinnene. Relasjonen mellom den som utførte sutureringen og kvinnen er avgjørende for kvinnens opplevelse (11).

Det er 38% av kvinnene som har svart ja på at de sa ifra om ikke-tilfredsstillende smertelindring. De fleste av disse, 70 % (n=26) har likevel svart at de fikk smertelindring i tilfredsstillende grad, fordi det at de rapporterte førte til betydelig bedring av smertelindringen. Dette vitner om god kommunikasjon, og at totalopplevelsen likevel ble god. Denne praksisen er i tråd med NICE guidelines' (12) presisering om å iverksette tiltak umiddelbart ved ikke-tilfredsstillende smertelindring. Likevel synes det også å si noe om hvor vanlig det er å i utgangspunktet gi for lite smertelindring, og at det i likhet med funnene fra studien over (11), relativt ofte var kvinnenes ansvar å be om mer smertelindring.

Det er gjort en studie (10) som har undersøkt blant annet hvilken type smertelindring som ble administrert ved suturering av fødselsriften ved 210 fødeavdelinger i England. Ingen av disse fødeavdelingene bruker Xylocaingel og bare 3,8% av avdelingene brukte Xylocainspray. Begge disse administrasjonsmåtene brukes i utstrakt grad ved fødeavdelingen der denne studien ble gjennomført. Hovedfunnet angående smertelindring ved suturering av fødselsriften i den refererte studien, er at den smertelindringen som utføres, varierer i stor grad mellom de ulike fødeavdelingene. Dette gjelder administrasjonsmåte, medikament som anvendes, og ikke minst at maksdosen man har lov til å anvende, for eksempel av Lidocain, varierer fra 50mg til 300mg. Ved avdelingen der denne studien er gjennomført, er det ingen allmenn kjent maksdose for Lidocain. Studien konkluderer med at det mangler formelle evalueringer og anbefalinger.

Ved litteratursøk på begrepet «smertelindring», er det meste som dukker opp post operativ smertelindring. Det er lite å finne om per-operativ smertelindring, som dette per definisjon er. Årsaken til dette, antas å være at per-operativ smerte ellers ikke er akseptabelt. Det er nok ikke realistisk å verken forvente eller ha som mål at ingen kvinner skal oppleve noe smerte i forbindelse med suturering av fødselsrifter. Dette begrunnes med den sårbare situasjonen kvinnene befinner seg i, og det faktum at de nettopp har født vaginalt. For mange kvinner er det smertefullt bare å bli berørt og tørket med kompresser. Det er ikke mulig å fjerne følelsen av at suturering pågår, og tråden som glir gjennom vevet. Denne studien inkluderte spørsmål om tilfredshet med informasjon i forkant av sutureringen, og til de som har rapportert om ikke-tilfredsstillende smertelindring, om i hvilken grad de ble tatt på alvor. Disse aspektene ved sutureringsprosedyren er avgjørende for den individuelt tilpassede omsorgen kvinner skal motta. 18% av kvinnene fikk ikke tilfredsstillende informasjon i forkant av sutureringen, og 5% opplevde at da de sa ifra om ikke-tilfredsstillende smertelindring, ble de ikke tatt på alvor. Dette gir viktig informasjon om manglende individuell tilpasning, og om at Helsedirektoratet (1) har rett når de påpeker at det er rom for forbedring på flere områder i fødselsomsorgen. Prosedyren rundt smertelindring ved suturering av fødselsrifter er et av disse områdene.

I en kvalitativ studie utført i 1999 (8), kommer frem hvordan manglende relasjon og kommunikasjon oppleves. Flere av deltakerne i den studien forteller om mangelfull smertelindring ved suturering av fødselsrifter, og derfor traumatiske opplevelser med sterk smerte. Opplevelsene ble enda verre grunnet lite og dårlig informasjon, og manglende kommunikasjon. Kvinnene i studien omtalte alle det å bli suturert som å bli «lappet sammen». Dette var en følge av dårlig kommunikasjon, og gjorde at de opplevde å ikke bli tatt vare på. De som utførte sutureringen, ble oppfattet empatiløse. De opplevde at de ikke ble sett, og heller ikke tatt på alvor.

Målet må være at alle kvinner, etter egen vurdering, får god og individuelt tilpasset informasjon i forkant av sutureringen, tilfredsstillende smertelindring ved suturering, vet at de kan og skal si ifra dersom det de har fått, ikke er tilfredsstillende, opplever at de blir tatt på alvor når dette rapporteres, og at det fører til tilfredsstillende bedring av smertelindringen.

Metoderefleksjon

Den anvendte metoden ansees som relevant i forhold til studiens hensikt og problemstilling.

Det ble gjennomført en pilottest av spørreskjemaet, som førte til tydeliggjøring. Spørsmålene er enkelt formulert, og utfylling av spørreskjema krevde maksimalt fem minutter. Dette ansees som en styrke ved studien. På den andre siden, ble spørreskjemaet utviklet av uerfarne, som kan være en svakhet ved studien.

Utvalget ble rekruttert av ansatte ved kvinneklinikken. Hvor mange kvinner som faktisk fikk spørreskjemaet (*vedlegg I*) og hvor mange som ikke fikk det, er ukjent. Det finnes heller ingen kunnskap om kvinnene som valgte å ikke delta i studien, og hvorvidt disse på noen måte skilte seg fra de som deltok. En mulig forskjell kan være at informasjonsskriv og spørreskjema var skrevet på norsk, og dermed vanskelig nådde ut til kvinner som ikke forstod norsk.

Mangelfull dokumentasjon av administrert smertelindring, anvendt sutureringssteknikk og hvem som suturerte, var utfordrende. Det var tidkrevende å kvalitetssikre at den informasjonen som ble plottet, var den som var ment dokumentert. Dette kan være en svakhet ved studien.

Konklusjon

Mange kvinner var fornøyd med smertelindringen de fikk, og det utføres mye godt arbeid på fagområdet. Kvaliteten på omsorgen som ytes ved suturering, er i de fleste tilfeller god. Studien viser likevel at individuelt tilpasset smertelindring ved suturering av fødselsrifter er et fagområde med forbedringspotensiale ved kvinneklinikken. Samlet sett, kan man ikke si at kvinner får en tilfredsstillende smertelindring ved suturering av fødselsrifter, men de fleste, 87%, gjør det.

Studiens tema er et fagområde innen fødselsomsorgen som er lite undersøkt. Det finnes få føringer for praksis, både internasjonalt, nasjonalt og lokalt. Det er derfor behov for mer kunnskap på området. En studie liknende denne, men gjennomført på nasjonalt nivå, ville gitt kunnskap om prevalensen på problemet generelt i Norge. Videre ville kvalitative studier med intervjuer, både av fødekvinne og av jordmødre, kunne bidra med ny kunnskap om hva som oppleves som problematisk, og hvorfor.

Konsekvenser for praksis

Den aktuelle kvinneklinikken vil få studien presentert på fagdager, samt motta en skriftlig utgave. Fagutviklingsjordmor ønsker å bruke studien til kvalitetsforbedringsarbeid. Studien vil slik bidra til en bevissthet rundt fagområdet, og forhåpentlig også til en bedring av praksis. Studien viser at dette er et område i jordmorfaget som bør få bedre kvalitet. Det bør gjøres tiltak som bidrar til at alle kvinner skal oppleve en individuelt tilpasset og tilfredsstillende smertelindring. Et slikt tiltak kan være å signalisere viktigheten ved å opprette en egen fagprosedyre.

Fordeling av arbeid mellom forfatterne

Begge forfatterne har lagt ned omfattende arbeid i utarbeidelsen av studien. Kandidat 518 hadde ideen til studiens tema. Kandidat 513 har hatt hovedansvaret for den praktiske gjennomføringen med datainnsamling, i samarbeid med kandidat 518. Kandidat 518 har hatt hovedansvaret for det skriftlige, i samarbeid med kandidat 513. Denne fordelingen begrunnes i at kandidat 513 ikke har norsk som morsmål, og at det slik ble en enhetlig språkform gjennom det skriftlige produktet tilhørende studien.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødeselsomsorgen. Oslo; 2010. IS-1877. Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodeselsomsorgen-IS-1877.pdf> (nedlastet 23.04.2018).
2. Statistisk sentralbyrå. Befolkningsstatistikk. [Internett]. 2013. Tilgjengelig fra www.ssb.no/befolkning (nedlastet 23.04.2018).
3. Medisinsk fødselsregister og Abortregisteret - statistikkbanker. F10c-2 Keisersnitt utført. [Internett]. 2016. Tilgjengelig fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/> . (nedlastet 23.04.2018).
4. Frohlich J, Kettle C. Perineal care. BMJ Clin Evid. [Elektronisk artikkel] 2015 mars. 2015;2015:1401. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4356152/pdf/2015-1401.pdf> (nedlastet 07.06.2017).
5. Aasheim, V., Nilsen, ABV., Lukasse, M., Reinar, LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (review). Cochrane Database Syst Rev. 2011 des. 7(12) (47s) Tilgjengelig fra: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub2/epdf> (nedlastet 23.04.2018).
6. Fernando, RJ., Sultan, AH., Kettle, C., Thakar, R. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury (review). Cochrane Database Syst Rev. 2013 des. 8(12). (55s) Tilgjengelig fra: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002866.pub3/epdf> (nedlastet 23.04.2018).
7. Kindberg, S. Perineal lacerations after childbirth. (Doktoravhandling). Aarhus: University of Aarhus. Faculty of Health Sciences; 2008. Tilgjengelig fra: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-OaTy9849aAJ:https://pure.au.dk/ws/files/104419009/PhD_Thesis_by_Sara_Kindberg.pdf+%&cd=1&hl=no&ct=clnk&gl=no (nedlastet 15.04.2018).

8. Salmon, D. A feminist analysis of women's experiences of perineal trauma in the immediate post-delivery period. *Midwifery*. [Elektronisk artikkel] 1999 15(4); 247-256 Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1054/midw.1999.0182> . (nedlastet: 08.02.2017).
9. Sanders, J., Campbell, R., Peters, TJ. Effectiveness of pain relief during perineal suturing. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. [Elektronisk artikkel], 2002sep; 109(9); 1066-8. Tilgjengelig fra: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-0528.2002.02033.x> (nedlastet 08.02.2017).
10. Sanders, J., Peters, TJ., Campbell, R. Techniques to reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal suturing: a UK survey of midwifery practice. *Elsevier Midwifery*. [Elektronisk artikkel], 2005 jun; 21(2); 154-160. Tilgjengelig fra: https://ac-els-cdn-com.galanga.hvl.no/S0266613804000890/1-s2.0-S0266613804000890-main.pdf?tid=bedfcf23-b99e-4a5b-9987-02620a21c60e&acdnat=1524651153_7ae71ae5dd4e02da726e9460d96f2728 (nedlastet 08.02.2017).
11. Briscoe, L., Lavender, T., O'Brien, E., Campbell, M., McGowan, L. A mixed methods study to explore women and clinician's response to pain associated with suturing second degree perineal tears and episiotomies. *Midwifery*. [Elektronisk artikkel] 2015 apr, 31(4); 464-472. https://ac-els-cdn-com.galanga.hvl.no/S0266613815000054/1-s2.0-S0266613815000054-main.pdf?tid=00fb4383-509a-4171-a957-9a32c583dfbb&acdnat=1524649663_ea318b251caca493d5c91dbec6d5e1f Tilgjengelig fra: (Nedlastet 08.02.2017).
12. NICE guidelines. Intrapartum care for healthy women and babies, - care of the woman after birth. CG190 [Internett]. London: NICE; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190> (Nedlastet : 17.01.2017).

13. WHO, UNFPA, UNICEF. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care. A guide for essential practice. [Internett] Luxembourg: WHO; 2015 Tilgjengelig fra: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249580/9789241549356-eng.pdf;jsessionid=1D27FD4EEF13BDDFD5994B998E45DF4F?sequence=1> (nedlastet 20.02.2017).
14. Spydslaug, AE., Baghestan, E., Laine, K., Norderval, S., Olsen, I P. Perinealrupturer. Veileder i fødselshjelp. [Internett] Bergen: Norsk Gynekologisk Forening; 2014. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels Hjelp-2014/Perinealruptur/> (nedlastet 20.02.2017).
15. Medisinsk fødselsregister Is1: Enkelt og -flerfødsler. 2016. [Internett]. Tilgjengelig fra <http://statistikk.fhi.no/mfr/>. begrenset til Kristiansand ved hjelp av filter. (nedlastet: 07.06.2017).
16. Fødselsprotokoll ved aktuell fødeavdeling, datert fra 5.november 2017 og fremover.
17. Kvalitetsprosjekt omhandlende fødselsrifter ved den aktuelle avdelingens fagutviklingsjordmor. Statistikk over registrerte fødselsrifter
18. Likert, R. The Method of Constructing an Attitude Scale. I red.Houston, SR., red. Schmid, J., red. Lynch, R., red. Duff, W.jr. Methods and techniques in business research. New York: MSS Information Corporation; 1933. s.90-95.
19. PasOpp-rapport. Brukererfaringer med svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen. Metoderapport. [Internett] Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2013 13(5). Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/pasopp_5_2013_sfb_metode (nedlastet: 15.01.2017).

20. Breivik, H., Borchgrevink, PC., Allen, SM., Rosseland, LA., Romundstad, L., Breivik Hals, E K., Kvarstein, G., Stubhaug, A. Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*. [Elektronisk artikkel]. 2008 jul. 101(1); 17-24. Tilgjengelig fra: <https://academic.oup.com/bja/article/101/1/17/357820> (nedlastet 08.06.2017).
21. The World Medical Association. Declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects. [Internett] 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (nedlastet: 01.08.2017).
22. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven). [Internett]. Sist endret 2015 okt. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/NL/lov/2000-04-14-31/§2> (nedlastet: 09.04.2018).
23. Bakketeig, LS., Magnus, P. Hva er en forskningsprotokoll og hvorfor er den nødvendig? *Tidsskr Nor Lægeforen*. [Elektronisk artikkel] 2002 okt. 122(25); 2464-7. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/hva-er-en-forskningsprotokoll-og-hvorfor-er-den-nodvendig> (nedlastet: 21.02.2017).
24. Kunnskapssenteret. Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. [Internett]. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler> (nedlastet: 06.08.2017).

Vedlegg I

Skjemanr.

A

Mors navnelapp

Denne delen fylles ut og leveres til jordmor i lukket konvolutt ved utreise:

Sett kryss i ruten foran svaralternativet som stemmer best for deg og din opplevelse.

1) Dersom du ble sydd etter fødselen, i hvilken grad opplevde du at du fikk informasjon om det som skulle skje?

Ingen grad Liten grad Noen grad Stor grad Svært stor grad

2) Dersom du ble sydd etter fødselen, i hvilken grad opplevde du at du fikk tilstrekkelig smertelindring i forbindelse med dette?

Ingen grad Liten grad Noen grad Stor grad Svært stor grad

3) Hvis du skulle rangert smerten du opplevde da du ble sydd på en skala fra 0-10, der 0 er ingen smerte, og 10 er verst tenkelige smerte, da ville du svart?

4) Hvis du opplevde at du ikke fikk nok smertestillende, sa du ifra om dette?

Ja

Nei

Ikke aktuelt

Resten av skjemaet fylles kun ut dersom du svarte «Ja» på spørsmål 4:

5) Dersom du sa ifra at du ikke var godt nok smertelindret, i hvilken grad opplevde du at dette ble tatt på alvor?

Ingen grad Liten grad Noen grad Stor grad Svært stor grad

6) I hvilken grad førte det at du sa ifra til at fikk du bedre smertelindring etterpå?

Ingen grad Liten grad Noen grad Stor grad Svært stor grad

Vedlegg II

Skjemannr.

B

Denne delen fylles ut av studentene ved hjelp av data fra Partus/dokumentasjonssystemet ved SSK

(vi setter kryss i den/de passende rutene).

Mors alder

--

Mors utdanningsnivå (høyeste fullførte)

	Grunnskole
	Videregående skole
	Høyere utdanning

Første- eller fleregangsfødende?

	Para 1
	Para 2 eller mer

Riften ble suturert av:

	Jordmorstudent
	Jordmor
	Lege

Fødte kvinnen:

	Spontan
	Ved hjelp av episiotomi
	Ved hjelp av vacuum
	Ved hjelp av tang

Sutureringsteknikk(er) anvendt:

	Avbrutte sting, subcutant
	Avbrutte sting, transcutant
	Fortløpende, subcutant
	Fortløpende, intracutant
	Fortløpende, transcutant
	Annet:

Hvilken type fødselsrift fikk hun?

	Fortilrift(er)
	Vaginalrift(er)
	Perinealrift gr 1
	Perinealrift gr 2
	Perinealrift gr 3a
	Perinealrift gr 3b
	Perinealrift gr 3c
	Perinealrift gr 4
	Episiotomi
	Annet:

Hvilken smertelindring fikk kvinnen ved suturering?

	Xylocainspray	Dose:
	Xylocaingel	Dose:
	Lystgass	Dose:
	Infiltrasjon, Xylocain m/adrenalin	Dose:
	Infiltrasjon, Marcain	Dose:
	Pudendal, Xylocain	Dose:
	Pudendal, Marcain	Dose:
	Epidural	Dose:
	Spinal/narkose i op. stue	Dose:
	Annet:	Dose:

Vedlegg III



Logoen til sykehuset der studien ble utført slettet grunnet anonymisering.

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

KVINNERS TILFREDSHET MED SMERTELINDRING VED SUTURERING AV FØDSELSRIFTER

Gratulerer med den nyfødte!

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å kartlegge i hvilken grad kvinner får tilfredsstillende smertelindring ved suturering (= sying) av fødselsrifter. Du mottar denne forespørselen fordi du nettopp har født barn, og har fått sydd en fødselsrift. Studien gjennomføres av to masterstudenter fra Høgskulen på Vestlandet;

Høgskulen på Vestlandet er den ansvarlige instans, men studien gjennomføres også i samarbeid med føde- og barselavdelingen her ved

Mange kvinner opplever å få utført denne sutureringen som ubehagelig og smertefullt, og for noen medfører det sterke, nærmest uutholdelige smerter. Tidligere forskning tyder på at dette er et kjent problem, men det er ikke undersøkt i Norge. Vi trenger derfor mer kunnskap, og vil med denne studien kartlegge om dette er et problem her ved

Formålet med studien er å bidra til en bedre opplevelse for kvinnene, bedre kvaliteten på omsorgen vi som jordmødre yter, og at denne delen av jordmors arbeidsoppgaver får en høyere prioritet.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Studien innebærer at du utfyller et spørreskjema.

Vi innhenter deretter data fra din fødejournal om hvilken rift du fikk under fødselen og hvilken smertelindring du fikk da syingen ble utført, samt noe bakgrunnsdata fra dokumentasjonssystemet ved sykehuset. Når disse dataene er innhentet, makuleres navn og personnummer, og dataene håndteres videre som anonyme, og identifiseres kun ved hjelp av tilfeldig nummerering. I spørreskjemaet vil du på noen spørsmål få svaralternativer og på andre vil svarene være graderte. Deltakelse i prosjektet vil ikke innebære avvik fra ordinær behandling. Tidsbruk er ca. 5 minutter.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Studien medfører ingen ulemper utover tidsbruk. Fordelen er økt kunnskap om kvaliteten ved denne delen av fødselsomsorgen.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, anser vi at å returnere spørreskjema utfyllt, er tilstrekkelig uttrykk for samtykke, også til å innhente de data vi trenger fra fødejournalen.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert, og ingen identifiserbare data forlater sykehusavdelingen.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, saksnr. hos REK (2017/1513).

Vennlig hilsen

Forfatteres og veileders navn fjernet grunnet anonym sensur.

Vedlegg IV - I



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Anna Stephansen	55978496	29.09.2017	2017/1513/REK vest
			Deres dato:	
			08.08.2017	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Veileders navn fjernet grunnet anonym sensur.

Avdeling for Helse og Sosislfag

2017/1513 Smertelindring ved suturering av fødselsrifter

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Bergen / Høgskulen på Vestlandet
Prosjektleder: Anne Brunstad

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 14.09.2017. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

Prosjektomtale

Forskningen skal gi ny kunnskap om opplevd smertelindring ved suturering av fødselsrifter. Studien retter fokus på et område av fødselsomsorgen som er lite belyst. Studien er et tverrsnittstudie som utføres ved hjelp av et spørreskjema samt opplysninger som hentes ut fra deltakernes journal. Ved denne kombinasjonen skal studien svare på om denne delen av fødselsomsorgen er god nok, eller om den er, som tidligere forskning antyder, en forsonet del av jordmorsomsorgen. Kvinnene svarer på spørsmål om sin opplevelse i forbindelse med suturering av sin(e) fødselsrifer, og opplysninger fra den som utførte sutureringen hentes ut av journalsystemet. Dataene presenteres ved deskriptiv statistikk.

Vurdering

Styrkeberegning:

Komiteen påpeker at begrunnelsen for styrkeberegning er uklart formulert. Det er uklart hvorfor 200 deltakere er et ønskelig eller tilstrekkelig antall.

Rekruttering:

Deltakerne vil få tildelt informasjonsskriv og spørreskjema når de overflyttes fra fødeavdelingen til barselavdelingen, sammen med resten av informasjonspapirene jordmor deler ut ved velkomstsamtale på barsel. De leverer det ferdig ut fylte spørreskjemaet ved utreisesamtale med jordmor. REK vest har ingen innvendinger til dette.

Informasjonsskriv:

Informasjonsskriv og samtykkeskjema bør utformes i henhold til REK mal. Det mangler logo til de forskningsansvarlige og dato for prosjektslutt.

Informasjonsskriv skal ikke være en invitasjon, men skal inneholde objektiv informasjon. Oppfordrende uttrykk skal fjernes fra skrevet. Informasjon om tidsbruken for å fylle ut spørreskjemaet må inkluderes i skrevet.

Prosjektslutt og håndtering av data:

Besøksadresse: Armauer Hansens Hus (AHH), Tverrflyøy Nord, 2 etasje, Rom 201. I Laukelandsveien 28	Telefon: 55975000 E-post: rek-vest@iuh.no Web: http://helseforskning.etikkom.no/	All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK vest og ikke til enkelte personer	Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK vest, not to individual staff
--	---	---	---

Prosjektslutt er satt til 31.01.2018, og data vil slettes ved prosjektslutt. REK vest har ingen innvendinger til dette.

Vilkår:

Revidert informasjonsskriv sendes til REK vest på post@helseforskning.etikk.no.

Vedtak

REK vest godkjenner prosjektet på betingelse av at ovennevnte vilkår tas til følge.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 31.07.2018, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning
dr.med.
Komiteleder, professor

Anna Stephansen
Sekretariatsleder

Kopi til: post@hvl.no

Vedlegg IV - II

Emne: REK vest tar revidert informasjonsskriv til orientering

Vår ref. nr.: 2017/1513

Prosjektittel: "Smertelindring ved suturering av fødselsrifter"

Prosjektleder: Veileders navn fjernet grunnet anonym sensur.

Til Veileders navn fjernet grunnet anonym sensur.

Vi viser til revidert informasjonsskriv innsendt 23.10.2017. Komiteen tar dette til orientering og har ingen ytterligere merknader.

Med vennlig hilsen

Jessica Svård

rådgiver

post@helseforskning.etikkom.no

T: 55978497

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest)**

<http://helseforskning.etikkom.no>



Vedlegg V



Veileders navn fjernet grunnet anonym sensur.

Høgskulen på Vestlandet
Møllendalsveien 6
5009 BERGEN

Vår dato: 15.11.2017

Vår ref: 56537/3/EPA/LR

Deres dato:

Deres ref:

AVSLUTTET SAKSBEHANDLING

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 11.10.2017, samt opplysninger i meldeskjemaet om at det er mottatt godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og samsvarende opplysninger på REKs nettsider, for prosjektet;

56537

Kvinnens tilfredsheit med smertelindring ved suturering av fødselsrifter

Personvernombudet tar til orientering at prosjektet faller inn under helseforskningslovens bestemmelser, og at prosjektet er godkjent av REK.

Personvernombudet avslutter dermed saksbehandlingen av meldingen uten å realitetsbehandle denne. Vi avslutter også all videre oppfølging av prosjektet.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen


Marianne Høgetveit Myhren


Eva J. B. Payne

Kopi:
Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskulen på Vestlandet

Forfatters navn fjernet grunnet anonym sensur.

Vedlegg VI

Navn fjernet grunnet anonymisering

Til

Navn fjernet grunnet anonymisering

Kopi

Navn fjernet grunnet anonymisering

12/06/17 på 8:21AM

Prosjektet er med siste svar fra REK og NSD forskningsfaglig godkjent.

[...]

Mvh

Navn fjernet grunnet
anonymisering.

Forskningsjef

Detaljer fjernet grunnet
anonymisering.

Vedlegg VII



Originalbildet, funnet på en blogg (http://enmaskefortellermerennetansikt.blogg.no/1479292627_frste_gang_til_gyneko.html). Tillatelse til bruk av bildet innhentet via epost. Også fremvist det bearbejdede bildet for godkjenning.



Bildet som ble brukt på forsiden av folderen som ble utdelt, samt på plakater i gangene. Bildet er bearbejdet i Adobe Photoshop Elements 12 av kandidatnummer 518.

Vedlegg VIII

Smertelindring ved suturering av fødselsrifter

Har DU fått spørreskjemaet vårt?



Vi vil gjerne ha tilbakemelding fra DEG og din opplevelse!

Bildet av forfatterne fjernet grunnet anonym sensur.

Med hilsen masterstudenter i jordmorfag ved Høgskulen på Vestlandet,

Forfatterens navn fjernet grunnet anonym sensur.

(kontaktinformasjon finner du i folderen du har mottatt 😊)

Vedlegg IX

Forfatterveileder for artikler til tidsskriftet «Sykepleien forskning»:

<https://sykepleien.no/forfatterveiledning>