

Riskfaktorer för utveckling av dyspareuni post partum

En retrospektiv fall-/kontrollstudie av patienter förlösta
i Region Kronoberg

Pia Keijser, ST-läkare obstetrik och gynekologi Kvinnokliniken Växjö,
pia.keijser@kronoberg.se

Vetenskaplig handledare: Henrik Björkman,
Specialist urologi, med.dr

Sammanfattning

Bakgrund: Det finns förlossningsrelaterade faktorer som orsakar dyspareuni (samlagssmärta) som kan vara kvarstående under en tid efter förlossningen. Tidigare studier har bland annat identifierat djupa förlossningsbristningar, episiotomi samt instrumentell förlossning som riskfaktorer för att utveckla dyspareuni. Indikationen för episiotomi samt instrumentell förlossning varierar över länder och även mellan regioner i Sverige, vilket även påverkar förekomsten av bristningar. Vilka riskfaktorer som skulle kunna påverka kvinnor som föder barn i region Kronoberg är hittills inte känt.

Syfte: Att med material ur bristningsregistret och journaltext från Kronobergskvinnor identifiera faktorer som givit upphov till dyspareuni, och om möjligt upptäcka riskpatienter innan besvären blivit långdragna och mer svårbehandlade.

Metod: Enkät svar från bristningsregistrets uppföljningsenkät ett år efter sutur av förlossningsbristning har inhämtats. Ur dessa har 100 kvinnor som angett att de har dyspareuni, och 100 kvinnor som inte har dyspareuni, plockats ut. Kompletterande uppgifter har hämtats ur journalen. Skillnaden mellan grupperna avseende ålder, BMI, paritet, förekomst av instrumentell förlossning och episiotomi, utdrivningsskedets längd samt bristningsgrad har bedömts. En ytterligare jämförelse mellan först- och omföderskor med avseende på förlossningsutfall har utförts som sekundärutfall.

Resultat: I det relativt lilla materialet på 200 patienter som utgjorde studiepopulationen, kunde endast nulliparitet identifieras som en statistiskt signifikant riskfaktor för dyspareuni ett år efter förlossning.

Diskussion: Större studier med fler deltagare skulle behövas för att säkert kunna bedöma vilken risk de övriga faktorerna utgör. Även insamling av ytterligare data, som prekonceptionell dyspareuni, amning etc., skulle vara av intresse för att ge en mer heltäckande bild av riskfaktorer för att utveckla dyspareuni efter förlossning.

Innehåll

Bakgrund.....	3
Syfte	5
Material och metod	6
Studiepopulation/urval	6
Metod.....	6
Etik.....	7
Resultat.....	8
Diskussion	11
Referenser.....	13
Bilaga 1-års enkäten.....	14

Bakgrund

Dyspareuni, samlagssmärta, är ett vanligt och multifaktoriellt problem i den kvinnliga befolkningen. Förekomsten har varierat stort mellan olika studier och varierar dessutom med åldern. En systematisk översikt från WHO skattar förekomsten i världen till mellan 8–21,8 procent, medan andra studier visar en mycket större variation än så (1, 2, 3, 4, 5). Förekomsten varierar sannolikt över världen beroende på faktorer som könssjukdomar, kultur, könsstympning, tillgång till sjukvård etc. (1) En nyligen genomförd svensk studie skattar förekomsten av dyspareuni till 18,2 procent i tidig graviditet (6). Det första samlaget efter en vaginal förlossning är ofta smärtsamt och 59–85 procent av förstföderskor rapporterar smärta vid detta tillfälle (2, 7, 8). Därefter avtar frekvensen successivt fram till 6–12 månader postpartum. Den totala prevalensen dyspareuni efter förlossning har i en metaanalys beräknats till 35 procent, utöver det första samlaget (9, 10). Vid tiden 6–12 månader postpartum har samma studie beräknat prevalensen till 22 procent (10) inkluderat alla förlossningssätt, medan en annan metaanalys som endast bedömt prevalensen efter vaginal förlossning, anger siffran 32 procent för samma period. (9). Högre siffror än så har redovisats i enskilda studier, bl.a. 37,5 procent (4) respektive 37,2 procent (11), men även lägre, däribland 19,2 procent (12) 27,6 procent (3) respektive 29,8 procent (6).

Orsakerna till dyspareuni är många. Djup samlagssmärta kan orsakas av gynekologiska infektioner, myom, endometrios och många andra tillstånd. Svampinfektioner och hudsjukdomar kan ge upphov till ytlig samlagssmärta, och till detta symptom hör tillstånd av mer multifaktoriell art som generell och provocerad vestibulodyn. Relationsproblem, stress, psykisk ohälsa och tidigare sexuella övergrepp kan både ge upphov till dyspareuni och förstärka den. Många gånger föreligger flertalet faktorer samtidigt. Efter förlossning tillkommer ytterligare förstärkande faktorer. Förlossningsbristningar, amning, traumatisk förlossningsupplevelse, psykisk ohälsa och sömnbrist kan samtliga vara bidragande.

Det finns ett flertal studier som har skattat hur stor inverkan dessa faktorer har, enskilt och tillsammans. Förlossningsbristning har visat sig utgöra en stark riskfaktor. Bristning i mellangården vid förlossning delas upp i fyra grader. Grad 1 motsvarar endast skada på slemhinna och/eller hud. Grad 2 innebär skada på bäckenbottens muskulatur förutom analsfinktern. Grad 3 innebär en

partiell eller total skada på analsfinktern. Vid en grad 4-bristning är även tarmslemhinnan involverad i bristningen.

En spansk studie där man exkluderade patienter med dyspareuni före förlossningen, visade en kraftigt förhöjd risk för samlagssmärta 6 månader postpartum om patienten drabbats av en grad 2-bristning (37 %) eller episiotomi (klipp i mellangården) (40 %), jämfört med grad 1-bristning (7 %) eller avsaknad av bristning (6,6 %). (13) Även en djupare grad 2-bristning omfattande både m bulbospongiosus och m transversus perinei, ökade risken för dyspareuni drygt 3 gånger, jämfört med en ytligare grad 2-bristning. En nyligen genomförd svensk studie från 2021 visar liknande resultat för både grad 2-bristning och sfinkterskada, jämfört med grad 1-bristning eller intakt perineum, 12 månader efter förlossning (6). En dansk studie påvisade att hälften av alla förstföderskor med grad 3- eller 4-bristning hade samlagssmärta 12 månader postpartum, jämfört med 38 procent med grad 2-bristning och 25 procent med grad 1-bristning (5). Man kunde i samma studie se högre förekomst av prekonceptionell dyspareuni ju högre bristningsgrad kvinnorna fick, vilket väcker frågan om dyspareuni i sig kan ge högre risk för förlossningsbristning, eller om tillstånden har gemensamma orsaker. Förekomsten av samlagssmärta var emellertid i alla grupper högre efter än före förlossningen, och prekonceptionell samlagssmärta var associerad med postpartal smärta (aRR 1,79). I en irländsk studie från 2018 har multivariatanalys visat signifikant association mellan grad 3-bristning och postpartumdyspareuni, i synnerhet om detta kombinerades med amning. Samma studie visade att äldre kvinnor var mindre benägna att drabbas av detta (4).

Klipp i mellangården, episiotomi, utförs i vissa länder rutinmässigt hos förstföderskor, i andra länder, bl.a. Sverige, mer restriktivt. (14). Detta innebär en bristning motsvarande grad 2, och syftet med rutinmässig användning är att undvika djupare bristningar. En metaanalys från 2019 visade högre förekomst av smärta i perineum postpartum hos patienter förlösta med episiotomi jämfört med andra bristningar (8). En Cochrane-analys från 2017 kunde dock inte påvisa någon skillnad mellan rutinmässig och restriktiv episiotomi när det gäller förekomst av dyspareuni 6 månader efter förlossning (14).

Förlossning med sugklocka ökade risken för dyspareuni (aOR 2,28) i en australiensisk studie från 2015 (2). Tidigare dyspareuni, låg ålder samt våld i nära relation ökade också denna risk (OR 2,18, OR 1,58 resp OR 1,84). Sugklocka har även i andra studier visat sig öka risken för samlagssmärta, bland annat i den tidigare nämnda svenska studien från 2021 (aOR 1,63) (6).

Alla patienter som drabbas av en grad 2-bristning eller djupare vid förlossning i Kronoberg, registreras i det nationella kvalitetsregistret för gynekologisk kirurgi, GynOP, i delregistret Bristningsregistret. Alla patienter följs upp med enkäter 2 månader respektive 1 år efter förlossning. Enkätsvaren läggs i Region Kronoberg också in i den vanliga journalen. I enkäten tillfrågas patienterna om urinläckage, avförings-läckage, globuskänsla, tarmtömningssvårigheter, buksmärta. Dessutom ställs frågan om hur nöjd patienten är med resultatet, och om komplikation har inträffat, samt om samlagssmärta föreligger. Denna fråga ställs bara till patienter som svarat ”ja” på frågan om de har haft samlag de senaste 3 månaderna. Hela enkäten finns att läsa som bilaga till rapporten.

Syfte

Att ur uppföljningsenkäter och journaluppgifter identifiera riskfaktorer för att en kvinna ska drabbas av samlagssmärta efter förlossningen, för att bättre kunna identifiera patienter med hög risk för detta utfall på efterkontrollen. Barnmorskan kan då erbjuda kontakt med sexolog alternativt dyspareunispecialiserad barnmorska. En nyttillkommen dyspareuni med fysiologiska orsaker kan hos vissa kvinnor leda till en mer svårbehandlad multifaktoriell dyspareuni, samt andra genitala smärttillstånd.

Material och metod

Studien är en kvantitativ retrospektiv fall-/kontrollstudie. Alla kvinnor som drabbas av en grad 2-bristning eller djupare registreras i Bristningsregistret. Patienterna får möjlighet att fylla i en uppföljande enkät efter 2 månader respektive 1 år postpartum. Enkäten är frivillig att fylla i, och patienterna informeras i samband med enkäten att uppgifterna de lämnar syftar till att utveckla hälso- och sjukvården, samt bidra till forskning. De har informerats om att uppgifterna skyddas av hälso- och sjukvårdssekretessen. Ettårsenkäterna har uthämtats ur den lokala delen av Bristningsregistret, och kompletterande uppgifter har hämtats ur journalen. Eftersom endast patienter som valt att fylla i den frivilliga enkäten deltar i studien, bedöms inte ytterligare samtycke behöva inhämtas.

Studiepopulation/urval

Ettårsenkäterna som registrerats i Kronoberg har uthämtats ur bristningsregistret. Patienterna som svarat ”ja” på frågan om de haft samlag de senaste 3 månaderna, har delats in i 2 grupper beroende på huruvida samlagssmärta föreligger eller ej. Ett hundrade kvinnor med samlagssmärta ingår i studie-gruppen, och 100 kvinnor utan samlagssmärta i kontrollgruppen. Kvinnor som var inskrivna i mödravården vid tiden för enkäten valdes inte ut. Kvinnorna med samlagssmärta utgör en mindre del av kvinnorna som svarat på enkäten, jämfört med kvinnorna utan samlagssmärta. Därför har studiegruppen behövt uthämtas under en längre tidsperiod, jämfört med kontrollgruppen. Samtliga enkäter är ifyllda under åren 2021 till 2023, och den något längre tidsperioden under vilken studiegruppen är förlöst, bedöms inte påverka resultatet. Samtliga kvinnor är förlösta i Kronoberg.

Metod

Utdata hämtades ur bristningsregistret genom att de lokalt registrerade ettårsenkäterna under tidsperioden 2022 togs fram. Enkätsvaren gicks igenom och beroende på svar på frågan om dyspareuni delades patienterna in i studiegruppen respektive kontrollgruppen. Endast patienter som besvarat frågan om dyspareuni kunde väljas ut. Det visade sig finnas färre enkät svar än vad som ursprungligen förutsetts, därför fick tidsperioden förlängas till att omfatta även enkäter ifyllda

2021, samt enstaka från början av 2023. En del enkäter var ifyllda mer än ett år efter förlossningen, därför kom datumen för förlossningarna att även omfatta enstaka datum från 2019. Efter att 100 patienter inkluderats i respektive grupp, inhämtades uppgifter ur journalen. Förlossningsdatum samt ålder vid tiden för förlossningen registrerades. BMI vid inskrivning i mödravården avrundades till heltal. Paritet har bedömts som tidigare vaginal-förlossning eller ej. Utdrivningsskedets längd har avrundats till närmaste 0,25 timmar, och definieras som tiden från retraherad cervix tills barnet är fött. Förekomst av instrumentell förlossning respektive episiotomi har noterats. Bristningsgraden har delats in i grad 2, 3 resp. 4 efter diagnoskod. Patienter som lider av dyspareuni har i enkäten graderat nivån till lätt, måttlig, svår resp. outhärdlig dyspareuni. Några patienter har inte graderat nivån. Nivågraderingen presenteras endast i procent av svaranden. För resterande variabler har jämförelser gjorts mellan grupperna. Statistikprogrammet SPSS har använts för statistisk bearbetning. För kontinuerliga variabler (ålder, BMI samt utdrivningsskedets längd) har operat t-test utförts. Bristningsgrad som egentligen är en ordinalskala, har registrerats både som förekomst av sfinkterskada (grad 3 samt 4) eller ej (grad 2), och också hanterats separat. I båda fallen har graderingen registrerats som en dikotom variabel och Chi²-test alternativt Fisher's exakta test har utförts, liksom för resterande dikotoma variabler. Logistisk regressionsanalys har utförts för att eliminera en variabels påverkan på en annan. Ett p-värde på 0,05 har antagits för statistisk signifikans.

En ytterligare sekundär jämförelse mellan förstföderskor och omföderskor gjordes, med avseende på förlossningsutfallen bristningsgrad, utdrivningsskedets längd, episiotomi och instrumentell förlossning. Samma statistiska tester som ovan har utförts på respektive variabel, och p-värde på 0,05 har antagits för statistisk signifikans.

Etik

Arbetet har utförts inom ramen för specialistläkarutbildning och är juridiskt sett att betrakta som ett studentarbete. Arbetet betraktas dessutom som uppföljning och kvalitetssäkring av den egna verksamheten, vilket är en för verksamheten lagstadgad skyldighet. Etikprövning har därför inte bedömts behövas. Skriftligt godkännande av projektarbetet och utlämnande av sekretessbelagd information har utfärdats av verksamhetschef på Kvinnokliniken. Personuppgifter har inhämtats ur GynOP-registret och journal-programmet Cambio Cosmic. Avtryck har lämnats i journalen med diarienummer 23RGK1589. Ett register där varje patient förses med kod har upprättats och förvarats lösenordsskyddat. Därefter har alla uppgifter hanterats avidentifierat.

Resultat

I Tabell 1 presenteras resultatet av de deskriptiva och analytiska statistiska beräkningarna på materialet. För en enskild patient saknades uppgift om BMI, för en annan uppgift om utdrivningsskedets längd. För dessa patienter har de aktuella variablerna behövt tas bort. Eftersom det endast rör sig om ett enskild värde bedöms inte resultatet påverkas nämnvärt av det. I materialet finns ett väldigt litet antal bristningar grad 4, liksom även få episiotomier. Ålder och BMI var mycket likt mellan grupperna. Den enda variabel som var statistiskt signifikant förhöjd i gruppen med samlagssmärta, var paritet, det vill säga förstföderskor var mer benägna att drabbas av samlagssmärta efter förlossningen (76 % var förstföderskor i dyspareuni-gruppen jämfört med 61 procent i kontrollgruppen. Logistisk regressionsanalys utfördes på materialet. Efter detta kvarstod paritet som skyddsfaktor med p-värde 0,025. Ingen ytterligare variabel tillkom som statistiskt signifikant.

		DYSPAREUNI (n=100)	EJ DYSPAREUNI (n=100)	Skillnad (95% CI för skillnaden)	P-värde
Förlossningsdatum		2019-09-17 – 2022-02-12	2020-10-15 – 2021-12-30		
Ålder (år)	medel	29,7	30,5	-0,94 (-1,99 till 0,11)	0,835
	SD	3,7	3,8		
	intervall	19-39	23-43		
BMI (kg/m ²)	medel	25,6	25,5	0,1 (-1,29 till 1,5)	0,276
	SD	5,7	4,1		
	intervall	17–60	19–40		
Paritet (% tidigare vaginalförlösta)		24%	39%		0,022
Instrumentell förlossning		16%	12%		0,415
Bristningsgrad	2	83%	88%		0,315
	3	16%	11%		0,301
	4	1%	1%		1,000
Sfinkterskada totalt		17%	12%		0,315
Utdrivningsskedets längd (h)	medel	2,32	1,91	0,41 (-0,16 till 0,99)	0,297
	median	1,5	1,25		
	SD	2,17	1,98		
	intervall	0–8,5	0–10		
Episiotomi		5%	2%		0,445

Tabell 1.

En ytterligare jämförelse mellan tidigare vaginalförlösta kvinnor respektive förstföderskor gjordes (Tabell 3). Här framkom redan kliniskt bekanta samband med statistisk signifikans, däribland en mer än 5-faldigt ökad förekomst av instrumentell förlossning bland förstföderskor. Alla kvinnor förlösta med episiotomi var förstföderskor; antalet var emellertid för litet för att slumpen skulle kunna uteslutas. Ett betydligt längre utdrivningsskede samt en ökad förekomst av sfinkterskador grad 3 var statistiskt signifikanta. Endast två grad 4-bristningar förekom i materialet, därför kan eventuella samband mellan detta och dyspareuni respektive att inte tidigare ha fött barn, inte avgöras. Ingen av dessa frågeställningar utgjorde emellertid huvudforskningsfrågan, och får anses som sekundära utfallsmått.

Nivå av dyspareuni	Andel av kvinnor med dyspareuni n=100	Kvinnor med dyspareuni har graderat svårighetsgraden enligt tabell 2, en övertygande majoritet har således lätt samlagssmärta.
Lätt	70%	
Måttlig	23%	
Svår	0%	
Outhärdlig	2%	
Ej graderat	5%	

Tabell 2.

En ytterligare jämförelse mellan tidigare vaginalförlösta kvinnor respektive förstföderskor gjordes (Tabell 3). Här framkom redan kliniskt bekanta samband med statistisk signifikans, däribland en mer än 5-faldigt ökad förekomst av instrumentell förlossning bland förstföderskor. Alla kvinnor förlösta med episiotomi var förstföderskor; antalet var emellertid för litet för att slumpen skulle kunna uteslutas. Ett betydligt längre utdrivningsskede samt en ökad förekomst av sfinkterskador grad 3 var statistiskt signifikanta. Endast två grad 4-bristningar förekom i materialet, därför kan eventuella samband mellan detta och dyspareuni respektive att inte tidigare ha fött barn, inte avgöras. Ingen av dessa frågeställningar utgjorde emellertid huvudforskningsfrågan, och får anses som sekundära utfallsmått.

		Ej tidigare vaginalförlöst n=137	Tidigare vaginalförlöst n=63	Totalt N=200	P-värde
Instrumentell förlossning		19% (n=26)	3,3% (n=2)	14% (n=28)	0,002
Episiotomi		5,1% (n=7)	0% (n=0)	3,5% (n=7)	0,1
Utdrivningsskedets längd (h) (medelvärde ± SD)		2,78 ± 2,14	0,65 ± 0,84	2,12 ± 2,09	0,000
Bristningsgrad	2	82,5% (n=113)	92,1% (n=58)	85,5% (n=171)	0,074
	3	16,8% (n=23)	6,3% (n=4)	13,5% (n=27)	0,045
	4	0,7% (n=1)	1,6% (n=1)	1% (n=2)	0,532

Tabell 3.

Diskussion

Materialet i studien var relativt litet och vissa av variablerna var sällsynt förekommande i båda grupperna, vilket trots den i vissa fall tydliga numerära skillnaden (episiotomi, sfinkterskada, instrumentell förlossning), gav en låg statistisk säkerhet. Det enda som med säkerhet visat sig vara vanligare förekommande hos gruppen med dyspareuni ett år postpartum, var nulliparitet. Det saknas emellertid uppgift om prekonceptionell dyspareuni, något som i andra studier visat sig öka risken för att symtomet finns även efter förlossningen. Det är svårt att veta huruvida detta skulle vara vanligare inför första graviditeten än inför de följande. De sekundära utfallsmåtten, skillnaden i förlossningsutfall hos först- respektive omfödorskör, var säkrare, men utgjorde allesammans redan kända samband. Både sfinkterskada, episiotomi samt instrumentell förlossning uppfattas vara vanligare i studiematerialet än i klinikens tidigare kända statistik. En förklaring till detta är sannolikt att materialet endast hämtats från patienter med bristningar grad 2 och djupare, vilket helt utesluter den stora gruppen utan bristningar eller med grad 1-bristningar. En episiotomi utgör minst en grad 2-bristning, och instrumentell förlossning ökar risken för djupa bristningar, vilket sannolikt är förklaringen till denna ökade förekomst.

Inga patienter har bortfallit under studiens gång, eftersom all data insamlats retrospektivt. Någon vetenskaplig analys av vilka patienter som inte svarat på enkäten har inte utförts, eftersom dessa inte kan ingå i studiepopulationen. Enkäten erbjuds dock endast på svenska, vilket naturligtvis skulle kunna påverka utfallet i olika riktningar. Patienter som inte haft samlag under de senaste 3 månaderna före enkätens ifyllande, kan inte heller delas in i grupperna och ingår därför inte i studiepopulationen. Ett antagande skulle kunna vara att det i denna grupp ingår kvinnor som efter förlossningen drabbats av dyspareuni och därför avstått samlag på sistone. Huruvida symtomet fortfarande föreligger framgår dock ej, varför de inte kunnat delta.

Över lag fanns färre enkäter än förväntat, vilket innebar att tidsperioden för ifyllandet behövde utökas. Detta anses dock inte påverka utfallet, eftersom det fortfarande rör sig om en relativt kort tidsperiod. Studien är i sig inte en enkätstudie, men tidigare enkätstudier har visat en högre frekvens svarande bland högutbildade och vetenskapsintresserade, vilket också skulle kunna påverka utfallet.

Endast kvinnor som är vaginalförlösta med en bristning grad 2 eller djupare ingår i studiematerialet. Huruvida dyspareuni är vanligare i denna grupp jämfört med patienter med grad 1-bristning eller utan bristning, kan därför inte undersökas. Databasen bristningsregistret har valts endast för att materialet är lättillgängligt och att inga ytterligare uppgifter behöver inhämtas från patienterna. Ett relativt litet antal patienter har tagits ut för att datamängden ska vara hanterbar för studiens korta tid. Tyvärr blir resultatet därför till stora delar inte statistiskt säkerställt. Inte heller utgör studien ett heltäckande underlag för att kunna identifiera riskpatienter för att utveckla dyspareuni efter förlossningen, eftersom många uppgifter som skulle kunna påverka detta utfall inte ingår i det materialet som inhämtats. Bland annat saknas uppgifter om amning, psykisk ohälsa, och våld i nära relation. För omföderna finns inte heller uppgifter om hur bristningen varit vid den första förlossningen, utan endast den aktuella bristningen finns med i materialet. Kejsarsnittsförlösta ingår inte heller i studiematerialet. För en mer omfattande bild av riskfaktorer för att utveckla dyspareuni post partum, behövs ytterligare studier med fler ingående variabler, och, framförallt, ett större patientmaterial.

Referenser

1. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*. 2006;6:177.
2. McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *Bjog*. 2015;122(5):672-9.
3. Fauconnier A, Goltzene A, Issartel F, Janse-Marec J, Blondel B, Fritel X. Late post-partum dyspareunia: does delivery play a role? *Prog Urol*. 2012;22(4):225-32.
4. O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):196.
5. Gommesen D, Nøhr E, Qvist N, Rasch V. Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2019;9(12):e032368.
6. Dahlgren H, Jansson MH, Franzén K, Hiyoshi A, Nilsson K. Sexual function in primiparous women: a prospective study. *Int Urogynecol J*. 2022;33(6):1567-82.
7. Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2006;124(1):42-6.
8. Manresa M, Pereda A, Bataller E, Terre-Rull C, Ismail KM, Webb SS. Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2019;30(6):853-68.
9. Ghasemi V, Beheshti Nasab M, Saei Ghare Naz M, Shahsavari S, Banaei M. Estimating the prevalence of dyspareunia according to mode of delivery: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol*. 2022;42(7):2867-78.
10. Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M, Ghasemi V, Khiabani A, et al. Prevalence of postpartum dyspareunia: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;153(1):14-24.
11. Fodstad K, Staff AC, Laine K. Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. *Int Urogynecol J*. 2016;27(10):1513-23.
12. Molin B, Sand A, Berger AK, Georgsson S. Raising awareness about chronic pain and dyspareunia among women - a Swedish survey 8 months after childbirth. *Scand J Pain*. 2020;20(3):565-74.
13. Manresa M, Pereda A, Goberna-Tricas J, Webb SS, Terre-Rull C, Bataller E. Postpartum perineal pain and dyspareunia related to each superficial perineal muscle injury: a cohort study. *Int Urogynecol J*. 2020;31(11):2367-75.
14. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2(2):Cd000081.
15. GynOP-kansliet. Dataskyddsförordningen och patientdatalagen 2022 [Available from: Dataskyddsförordningen och Patientdatalagen - Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (gynop.se).

Bilaga 1-års enkäten

Din värdering av ehandlingen
efter förlossningsbristning
(ca 1 år)

Besvara gärna din enkät via
www.gynop.se Klicka "Logga in".
Ditt lösenord är xxxxx

Personnummer: -

Namn.....

Adress.....

Postnummer.....Ort.....

.

Telefon

E-
post.....

....

Telefonnummer saknas

E-post:



***Saknas uppgifter ovan eller är
de felaktiga i så fall fyll i här***

Det finns luckor i frågenumereringen
eftersom vissa frågor inte är aktuella för
dig.

1. Datum när enkäten ifylls:

6a. Har du en känsla av att något buktar ut ur slidan?

- ☐ Aldrig ☐ Nästan aldrig ☐ 1–3 ggr per månad ☐ 1–3 ggr per vecka ☐
Dagligen

6c. Använder du ring/inlägg mot framfall efter förlossningen?

- ☐ Aldrig haft ring efter förlossningen
☐ Har haft ring efter förlossningen men inte nu
☐ Har ring nu
☐ Vet ej

7d. Har du urinläckage eller ofrivillig urinavgång?

- ☐ Aldrig ☐ Nästan aldrig ☐ 1–3 ggr per månad ☐ 1–3 ggr per vecka ☐
Dagligen

Om du har svarat Aldrig – Nästan aldrig på ovanstående fråga 7d, hoppa till fråga 9a

Kryssa i **ett av alternativen** i var och en av frågorna 8b och 8d

8b. Hur ofta läcker du urin i samband med fysisk aktivitet, när du skrattar, hostar eller nyser?

- ☐ Aldrig
☐ 1–4 gånger per månad
☐ 1–6 gånger per vecka
☐ 1 gång per dag
☐ Mer än 1 gång per dag

8d. Upplever du någonsin en hastigt påkommande, stark känsla av att behöva kissa och läcker urin innan du hinner fram till toaletten?

- ☐ Aldrig
☐ 1–4 gånger per månad
☐ 1–6 gånger per vecka
☐ 1 gång per dag
☐ Mer än 1 gång per dag

9a. Händer det att du har svårt att tömma tarmen?

- ☐ Aldrig ☐ Nästan aldrig ☐ 1–3 ggr per månad ☐ 1–3 ggr per vecka ☐
Dagligen

9b. Händer det att du behöver hålla emot bakre slidväggen för att tömma tarmen?

- ☐ Aldrig ☐ Nästan aldrig ☐ 1–3 ggr per månad ☐ 1–3 ggr per vecka ☐
Dagligen

Frågor om att kunna hålla avföring:

10a. Har du svårt att hålla avföring eller gaser?

- ☐ Nej
- ☐ Ja

Om du har svarat nej på ovanstående fråga, hoppa till fråga 11a

10b. Händer det att du släpper dig även när det är olämpligt?

- ☐ Nej
- ☐ Nästan aldrig
- ☐ Ja, 1-3 gånger i månaden
- ☐ Ja, 1-3 gånger i veckan
- ☐ Ja, dagligen

10c. Har du läckage av lös avföring?

- ☐ Nej
- ☐ Nästan aldrig
- ☐ Ja, 1-3 gånger i månaden
- ☐ Ja, 1-3 gånger i veckan
- ☐ Ja, dagligen

10d. Har du läckage av fast avföring?

- ☐ Nej
- ☐ Nästan aldrig
- ☐ Ja, 1-3 gånger i månaden
- ☐ Ja, 1-3 gånger i veckan
- ☐ Ja, dagligen

10e. Använder du skydd pga. avföringsläckage?

- ☐ Nej
- ☐ Nästan aldrig
- ☐ Ja, 1-3 gånger i månaden
- ☐ Ja, 1-3 gånger i veckan
- ☐ Ja, dagligen

10f. Påverkar dina läckageproblem din livsstil?

- ☐ Nej
- ☐ Nästan aldrig
- ☐ Ja, 1-3 gånger i månaden
- ☐ Ja, 1-3 gånger i veckan
- ☐ Ja, dagligen

Frågor om magproblem:

11a. Under de senaste tre månaderna, har du haft smärta eller obehag någonstans i buken?

- ☐ Nej
- ☐ Ja

11b. Förekom obehaget/smärtan enbart i samband med mens eller graviditet?

- ☐ Nej
- ☐ Ja

Om du bara hade ont vid mens eller graviditet, fortsatt till fråga 12a

Har du ofta de besvär som det handlar om i frågorna nedan kan det tala för att du har IBS som ger ofarliga men ibland jobbiga tarmproblem. Önskar du mer information, gå in på 1177.se och sök på IBS eller tala med din distriktsläkare

11c. När obehaget/smärtan i buken börjar, brukar antalet tarmtömningar bli fler?

- ☐ Aldrig eller sällan
- ☐ Ibland
- ☐ Ofta
- ☐ Den mesta tiden
- ☐ Alltid

11d. När obehaget/smärtan i buken börjar, brukar antalet tarmtömningar bli färre?

- ☐ Aldrig eller sällan
- ☐ Ibland
- ☐ Ofta
- ☐ Den mesta tiden
- ☐ Alltid

11e. När obehaget/smärtan i buken börjar, brukar du få lösare avföring?

- ☐ Aldrig eller sällan
- ☐ Ibland
- ☐ Ofta
- ☐ Den mesta tiden
- ☐ Alltid

11f. När obehaget/smärtan i buken börjar, brukar du få hårdare avföring?

- ☐ Aldrig eller sällan
- ☐ Ibland
- ☐ Ofta
- ☐ Den mesta tiden
- ☐ Alltid

11g. Under de senaste tre månaderna, hur ofta har du haft lös avföring?

- ☐ Aldrig eller sällan
- ☐ Ibland
- ☐ Ofta
- ☐ Den mesta tiden
- ☐ Alltid

11h. Under de senaste tre månaderna, hur ofta har du haft hård avföring?

- ☐ Aldrig eller sällan
- ☐ Ibland
- ☐ Ofta
- ☐ Den mesta tiden
- ☐ Alltid

11i. Började dina magsymtom med att du hade "magsjuka" (någon typ av mag-/tarminfektion)?

- ☐ Nej
- ☐ Ja

Frågor om underlivet

12a. Har du haft samlag de senaste 3 månaderna?

- ☐ Ja ☐ Nej ☐ Avstår från att svara

12b. Om ja på fråga 12a, känner du smärta i underlivet vid samlag?

- ☐ Nej, ingen smärta
☐ Ja, lite smärta
☐ Ja, måttlig smärta
☐ Ja, stark smärta
☐ Ja, olidlig smärta

12d. Om ja på fråga 12a, upplever du

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| slidöppningen alltför liten/trång? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| slidöppningen alltför stor/öppen? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| smärta i slidöppningen? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| andra besvär från slidöppningen? | ☐ Ja | ☐ Nej |

Om ja, vilken typ av besvär?

.....
.....

14. Har du under perioden två månader efter förlossningen och fram till nu haft besvär eller komplikationer till följd av förlossningsbristningen?

(Om du haft så mycket besvär att du behövt receptbelagd medicin eller extra återbesök, brukar det räknas som en *lindrig* komplikation. Om dina besvär gett långvarig påverkan på livskvaliteten och/eller behöver opereras igen, brukar det räknas som en *allvarlig* komplikation).

.... Nej, **hoppa till fråga 22**

.... Ja, lindrig

.... Ja, svår/allvarlig

15. Är dessa besvär/compikationer så allvarliga att de är anmälda? (t.ex. till patientförsäkring)

- ☐ Nej ☐ Ja

16a. Tänk på perioden två månader efter lagningen av bristningen och fram till nu:
Har du behövt uppsöka sjukvården pga. besvär/komplikaioner efter den operationen?

- ☐ Nej
☐ Ja.

Om ja, vilken sjukvårdsinrättning besökte du?	Namn på klinik och sjukhus/vårdcentral som du besökte
☐ Kvinnokliniken där du opererades	
☐ Vårdcentral	
☐ Annan vårdinrättning	

16b. Om ja på fråga 16a: Blev du inlagd på sjukhus pga. komplikationen?

- ☐ Ja, stannade kvar två nätter eller fler.
☐ Ja, stannade kvar en natt.
☐ Nej, lämnade sjukhuset samma dag.

16c. Om ja på fråga 16a: Ingick operation i behandlingen av komplikationen?

- ☐ Nej
☐ Ja

Beskriv dina besvär/komplikaioner genom att välja ett eller flera av följande alternativ.

17a. Vilket/vilka organ drabbades?

- "" Operationsärr
"" Nerv/Känsel
"" Urinblåsan
"" Urinrör
"" Slida
"" Tarm
"" Annat/annan (Beskriv vid fråga 17c)

17c. Beskriv de besvär/komplikationer du haft:.....

.....

.....

.....

.....

18. Har du fortfarande besvär som beror på förlossningsbristningen?

☐ Nej

☐ Ja Om Ja,

beskriv:.....

22. Vad tycker du om resultatet av lagningen av din förlossningsbristning?

☐ Mycket nöjd

☐ Nöjd

☐ Varken nöjd eller missnöjd

☐ Missnöjd

☐ Mycket missnöjd

23. Har du fått behandling eller träningsråd av sjukgymnast eller uroterapeut för ditt underliv sedan du skrevs ut från BB?

☐ Nej

☐ Ja

24. Har du haft problem med att förstå någon eller några frågor i enkäten? ☐ Nej ☐ Ja

Om Ja, skriv numret på frågan/frågorna och beskriv problemet:

.....

.....

.....
Namn (den som fyllt i formuläret)