



Det helsevitenskapelige fakultet

Fødselsriff – hva så?

Kvinnens vurdering av informasjon om fødselsriff mottatt på barselavdelingen, oppfølgingen de mottar, og betydningen av informasjonen for bekymringer, utfordringer og mestring av fødselsriffet de første seks måneder etter fødsel

En tverrsnittstudie

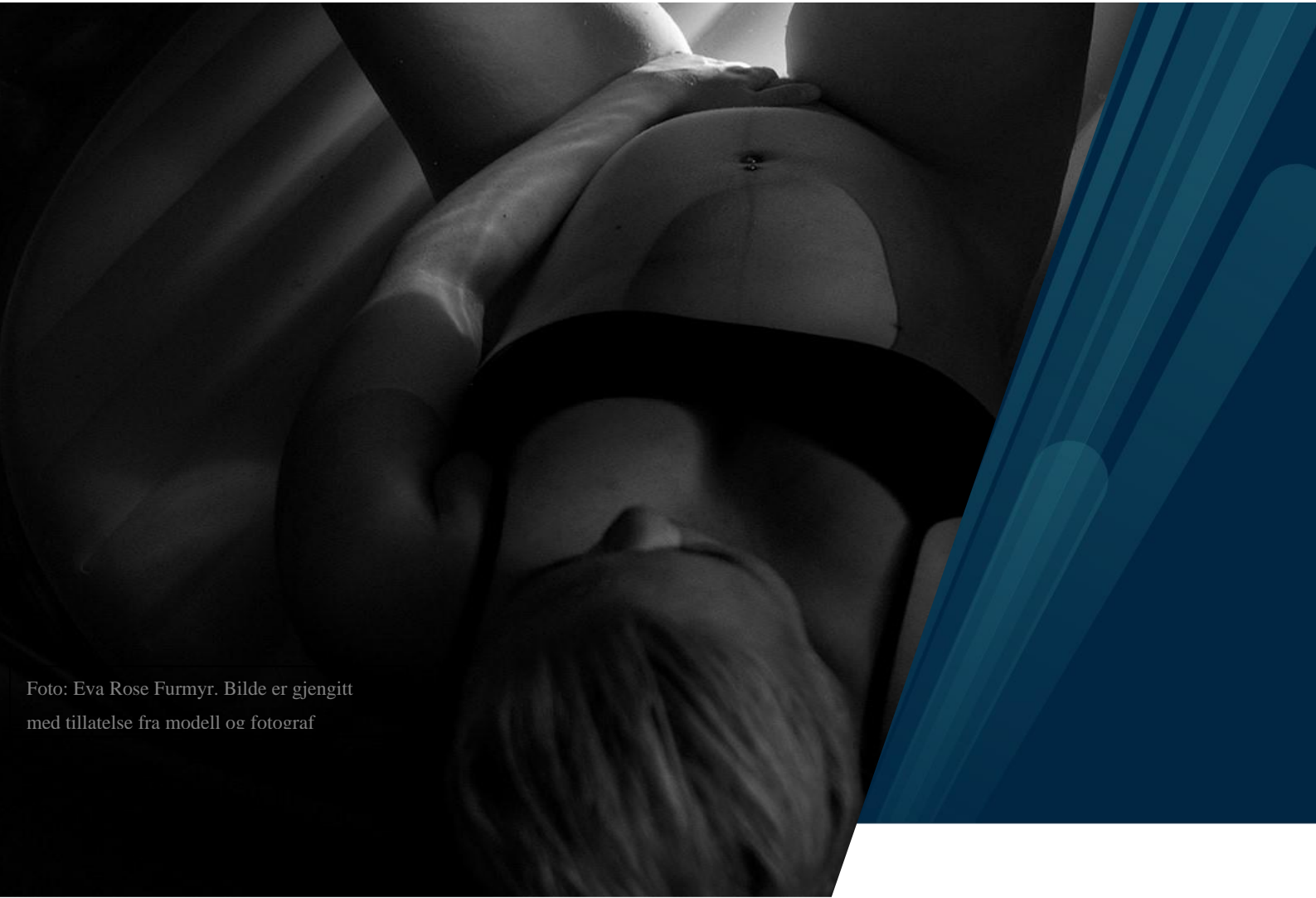
Hedda Hortemo og Sigrid Gundersen

Masteroppgave i Jordmorfag, JMO-3008, mars 2022

Hovedveileder Solrunn Hansen

Biveileder Kajsa Møllersen

Antall ord: 17177



Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært utfordrende, spennende, nervepirrende og veldig lærerik, men nå er vi endelig kommet i mål!

Først og fremst vil vi takke alle deltakere i spørreundersøkelsen, og ikke minst kvinnehelseforkjemperne som har hjulpet oss å dele dette prosjektet på Instagram og Facebook, slik at vi kunne nå ut til så mange mennesker. Uten dere hadde dette prosjektet blitt noe helt annet. Til dere som bidro som prøvekaniner i pilotundersøkelsene, tusen takk for konstruktive tilbakemeldinger på spørreskjemaet.

Tusen takk til veileder førsteamanuensis Solrunn Hansen ved UiT, Norges arktiske universitet for god og tålmodig veiledning. Ditt gode humør og inspirerende ord har hjulpet oss gjennom et ukjent kvantitativt terreng.

Takk til Fredrik, Henrik og Mari, mamma Inger-Johanne, pappaer Bjørn og Hans, søstre Christine og Mari, mentor Bente og svigermødre Anne og Bjørg for gode ord underveis, hjelp med tabell, nettside, korrekturlesing og forståelse for at dette har vært et tidkrevende prosjekt. Takk til Emil for mye godt selskap og fine lufteturer på lange dager.

Jordmorutdanningen går mot slutten, og vi kan ikke si annet enn at det har vært to arbeidsomme, men fine og lærerike år. Hvem skulle tro at en nyttårsaften i 2017, at vi to tilfeldigvis skulle havne på samme sted og i samme utdanning flere år senere? Takk for et fantastisk samarbeid, masse godt humør og pågangsmot, dette hadde vi ikke klart uten hverandre.

Sammendrag

Bakgrunn:

Kvinner som rammes av en fødselsrift kan ha et udekt informasjonsbehov. Mangel på informasjon kan føre til utfordringer relatert til fysisk og psykisk helse, uavhengig av hvilken grad av rift som er ervervet.

Hensikt:

Hensikten med studien var å kartlegge kvinners vurdering av informasjonen mottatt om sin fødselsrift på barselavdelingen, erfaringen med oppfølgingen fra helsevesenet og betydningen av informasjon for bekymringer, utfordringer og mestring relatert til fødselsriften de første seks månedene etter fødsel.

Metode:

Tverrsnittstudie med elektronisk spørreundersøkelse. Totalt 2107 kvinner ble inkludert gjennom sosiale medier i november/desember 2021. Dataanalyser var deskriptiv statistikk, kji-kvadrat, Mann-Whitney U og Spearman Rho's korrelasjon.

Resultat:

Totalt 83 % av kvinnene rapporterte behov for informasjon om sin fødselsrift, mens 67 % fikk informasjon. Informasjon var variabel. I alt 31 % av kvinnene fikk ikke informasjon om hvem de kunne henvende seg til for 6-ukerskontroll. Informasjonsstatus hadde betydning for om deltakere kontaktet helsepersonell for hjelp relatert til fødselsriften. Informasjon mottatt av helsepersonell på barselavdelingen viste en signifikant sammenheng med mindre bekymringer, utfordringer og økt mestring av fødselsriften de første seks måneder etter fødselen. Stratifisert var sammenhengen avhengig av eksempelvis alder, utdanning, tidligere fødselsrift og tidsintervall med noen forskjeller på utfordring og mestring.

Konklusjon:

Den påviste sammenhengen mellom informasjonsstatus og kvinnenes bekymring, utfordring og mestring relatert til fødselsriften, kan signalisere betydningen av informasjon, for å

istandsette kvinnen til å ivareta egen helse. Det er behov for søkelys på myndiggjøring, helsekommunikasjon og føringer fra helsemyndighetene om hvilken informasjon som bør gis om fødselsrift.

Nøkkelord:

Fødselsrift, Informasjon, Oppfølging, Mestring, Utfordring, Barselomsorg, Empowerment, Kvinneres opplevelse

Abstract

Background:

Women affected by a perineal laceration can have an unfulfilled need for information. Lack of information can lead to challenges related to physical and psychological health, regardless of grade of laceration inflicted.

Objective:

The intention of the study was to analyze women's assessment of information received about their perineal laceration at the maternity ward, experience with follow-up from health services and the importance of information with regards to concerns, challenges and coping related to the laceration the first six months after birth.

Methods:

A quantitative cross-section study with an online survey. A total of 2107 women was included through social media in November/December 2021. Used data analysis: descriptive analysis, Chi-square, Mann-Whitney U and Spearman Rho's correlation.

Results:

A total of 83 % of the women reported a need for information about their perineal laceration, while 67 % received such. The information was variable. 31 % of the women did not receive information about who to contact for a six-week control after birth. Information status affected if the participants contacted health personnel to seek help related to the laceration. Information received from health personnel at the maternity ward showed a significant correlation with less concerns, challenges at increased coping of the first six months after birth. The correlation was stratified depending on for example age, education, previous lacerations and time intervals with some differences with challenges and coping.

Conclusion:

The shown correlation between information status and women's concerns, challenges, and coping related to the perineal laceration, could show the importance of information to enable the women to handle their own health. There is a need for increased focus on empowerment,

health communication and guides from health authorities about which information should be given about perineal lacerations.

Keywords:

Perineal laceration, Information, Follow-up, Coping, Challenge, Maternity care, Empowerment, Women's experience

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Introduksjon | 11 |
| 1.1 | Bakgrunn | 11 |
| 1.2 | Hensikt og problemstilling | 13 |
| 1.2.1 | Studiens problemstilling er todelt: | 14 |
| 1.2.2 | Hovedhypotese | 14 |
| 1.3 | Avgrensninger | 14 |
| 1.4 | Oppgavens oppbygning | 14 |
| 2 | Teoretisk referanseramme | 16 |
| 2.1 | Gradering av fødselsrifter | 16 |
| 2.2 | Informasjon og oppfølging til barselkvinner | 16 |
| 2.3 | Den salutogene modellen – Antonovsky | 18 |
| 3 | Metode..... | 21 |
| 3.1 | Design..... | 21 |
| 3.2 | Utvalg og rekruttering | 21 |
| 3.3 | Datasamling | 23 |
| 3.4 | Kodebok og koding | 24 |
| 3.5 | Variabler brukt i analysene..... | 25 |
| 3.6 | Gjennomførte analyser | 26 |
| 3.7 | Etiske overveielser..... | 30 |
| 4 | Presentasjon av data | 32 |
| 4.1 | Beskrivelse av sosio-demografi og fødselshistorikk | 32 |
| 4.2 | Vurdering av informasjon om fødselsriften fått på barselavdelingen | 33 |
| 4.3 | Oppfølging fra helsepersonell relatert til informasjon | 36 |
| 4.4 | Bekymring og utfordring relatert til informasjonsstatus | 38 |

| | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.5 | Sammenheng mellom informasjon og utfordring relatert til fødselsrift..... | 41 |
| 4.6 | Sammenheng mellom informasjon og mestring relatert til fødselsrift | 44 |
| 4.7 | Korrelasjon mellom fornøydhet med livet og utfordringer eller mestring | 47 |
| 5 | Diskusjon..... | 49 |
| 5.1 | Resultatdiskusjon..... | 49 |
| 5.2 | Metodekritikk | 60 |
| 5.3 | Forslag til videre forskning..... | 65 |
| 5.4 | Implikasjoner for praksis | 65 |
| 6 | Konklusjon | 68 |
| | Referanseliste | 69 |
| | Vedlegg 1 | 74 |
| | Vedlegg 2 | 75 |
| | Vedlegg 3 | 92 |
| | Vedlegg 4 | 94 |
| | Vedlegg 5 | 95 |
| | Vedlegg 6 | 97 |
| | Vedlegg 7 | 104 |

Tabelliste

| | | |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabell 1 | Bruk av sosiale medier | 22 |
| Tabell 2 | Sosio-demografiske karakteristikk av deltakere i studien | 32 |
| Tabell 3 | Fødselserfaring fra siste fødsel og eventuelt tidligere fødsler | 33 |
| Tabell 4 | Oppfølging etter hjemreise fra barselavdelingen | 37 |
| Tabell 5 | Deltakernes opplevelse av utfordring relatert til fødselsriften, i forhold til status for mottatt informasjon på barselavdelingen og deretter stratifisert på ulike faktorer. Mann-Whitney U test..... | 43 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabell 6 Deltakernes opplevelse av mestring relatert til fødselsriften, i forhold til status for mottatt informasjon på barselavdelingen, og deretter stratifisert på ulike faktorer. Mann-Whitney U Test | 46 |
| Tabell 7 Spearmans korrelasjon mellom kvalitet på informasjon i forhold til utfordring og mestring | 47 |

Figurliste

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figur 1 (n = 2105) Prosentfordeling av behov for informasjon om fødselsriften | 34 |
| Figur 2 (n = 2106) Fordeling av informasjonsform i prosent | 34 |
| Figur 3 (n = 1380) Tema relatert til fødselsriften som ble berørt i informasjonen deltakerne fikk før hjemreise fra barselavdelingen | 35 |
| Figur 4 Hvordan deltakere har gradert informasjon om fødselsrift, nyttig, fornøyd og tilpasset. Likert skala | 36 |
| Figur 5 (n=2097) Sjekk av fødselsrift før 6-ukerskontrollen fordelt i prosent..... | 38 |
| Figur 6 Bekymringer relatert til fødselsrift fordelt på Likert skala for mottatt informasjon/ikke mottatt informasjon. Helfarget linje viser «mottatt informasjon» og prikket linje viser «ikke mottatt informasjon». Signifikante resultater er uthevet i hvitt | 39 |
| Figur 7 Utfordringer relatert til fødselsrift fordelt på Likert skala for mottatt informasjon/ikke mottatt informasjon. Helfarget linje viser mottatt informasjon, prikket linje viser ikke mottatt informasjon. Signifikante resultater er uthevet i hvit skrift | 40 |
| Figur 8 (n = 2104) Utfordring relatert til fødselsriften, fordelt på mottatt/ikke mottatt informasjon om fødselsriften på barsel i Likert skala | 41 |
| Figur 9 (n = 2095) Mestring relatert til fødselsriften, fordelt på mottatt/ikke mottatt informasjon om fødselsriften på barselavdelingen i Likert skala | 44 |

Forkortelser og ordforklaringer:

| | |
|-------------|---------------------------------------------------------------|
| Empowerment | Myndiggjøring, begrepene brukes om hverandre gjennom oppgaven |
| Konfunder | Bakenforliggende faktor som kan påvirke resultatet |
| MFR | Medisinsk fødselsregister |
| MWU | Mann-Whitney U test |
| UiO | Universitet i Oslo |
| UiT | Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet |
| r | Spearman's korrelasjon |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| SSB | Statistisk sentral byrå |
| WHO | World health Organization, Verdens Helseorganisasjon |
| χ^2 | Kji-kvadrat |

1 Introduksjon

Som jordmorstudenter har vi tilegnet oss kunnskap og ferdigheter gjennom teori og praksis. Vi har fått ta del i det som kan betegnes som kvinnens største opplevelse, fødselen. Dette betyr at vi har fulgt kvinnen fra første svangerskapskontroll til tiden etter fødselen. Som jordmorstudenter har vi merket oss ulik praksis, på de forskjellige stedene hvor vi har hospitert. Vi har sett på betydningen av informasjon om fødselsrift, hvor viktig det er med god oppfølging, for kvinners opplevelse av bekymring, utfordring og mestring etter å ha fått en fødselsrift.

1.1 Bakgrunn

Det kommer frem av studier presentert i dette kapittelet at kvinner har et behov for informasjon om fødselsriften sin, på grunn av ervervede opplevelser, bekymringer og utfordringer etter fødselen. Det rapporteres at informasjon om fødselsrift til barselkvinner er mangelfull (Lindqvist, Persson, Nilsson, Uustal, & Lindberg, 2018). Informasjon kan sees i sammenheng med empowerment. Informasjon om egen helsetilstand er viktig fordi kunnskap er kilden til folks evne til å ivareta sin egen helse. WHO definerer empowerment som «en prosess som setter folk i stand til en økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse» (World Health Organization, 2021). Uten informasjon om egen situasjon, er det vanskelig for folk å ta ansvar for sin egen helse (Nutbeam, 2000).

Kvinner som er rammet av skader i bekkenbunnen i forbindelse med fødsel, befinner seg i en sårbar fase da slike skader kan gi en ekstra påkjenning. Blødning og tømning av urinblære og tarm kan påvirkes og komplikasjoner med infeksjoner og smerter er faktorer som kan utvikles på grunn av skadene (Dumoulin, Cacciari, & Hay - Smith, 2018; H. Priddis, Dahlen, & Schmied, 2013). Kvinner opplever skaden ulikt. Noen føler aksept for at det er konsekvensen av å føde, mens andre opplever at plager gir usikkerhet og utfordringer med problemer knyttet til seksualliv, psykisk helse, tilknytning til barnet og amming (H. Priddis et al., 2013). Det er trolig store mørketall på området, og dessverre venter alt for mange kvinner med å oppsøke hjelp. Mange erfarer at plager vedvarer og det kan ta så lang tid som 2 år før kvinnen oppsøker hjelp (Pretlove, Thompson, Toozs-Hobson, & Radley, 2004).

Tillit til helsepersonell er ifølge H. Priddis et al. (2013) svekket da kvinner rapporterer at de får manglende støtte og oppfølging etter barseloppholdet. Fornærmende uttalelser fra helsepersonell relatert til utseende på vulva etter fødsel, har ført til at mange kvinner føler seg mislykket og sitter igjen med en negativ opplevelse i møte med helsepersonell.

Lindberg, Persson, Nilsson, Uustal og Lindquist (2020), rapporterte i sin studie at kvinner med fødselsrift grad 2 var helt uforberedt på hvordan fødselsriften skulle påvirke dem i etterkant av fødselen. Kvinnene ønsket muntlig og skriftlig informasjon om hva de kunne forvente i forhold til smerter, tilheling, komplikasjoner, inkontinens, forstoppelse og hvordan de skulle forholde seg til fødselsriften før de reiste hjem fra sykehuset. Kvinnene etterlyste også informasjon om hvem de kunne kontakte dersom komplikasjoner oppstod eller de hadde spørsmål. Noen uttalte at det var vanskelig å komme i kontakt med rett instans og rapporterte at de ble henvist til forskjellige helsetjenester. Det kom frem at mange av kvinnene ønsket seg en rutinekontroll tidligere for å få en bekreftelse om at fødselsriften var tilhelet og at vulva var normalisert etter fødsel.

Mangelfull informasjon gjenspeiles i studien til Crookall, Fowler, Wood og Slade (2018), hvor mange kvinner opplevde å få lite eller ingen informasjon. Flere av kvinnene rapporterte at de la skylden på seg selv for å ha fått en fødselsrift, og at de manglet kunnskap om at det finnes ulike typer fødselsrift fordi de kun hadde hørt om den fødselsriften de selv hadde fått. Dette førte til at kvinnene trodde at fødselsriften de fikk var mye mer alvorlig enn hva som var tilfellet.

Det ble i en annen studie rapportert om stor variasjon av informasjonen kvinnene mottok om graden av fødselsrift og symptomer, noe som bidro til følelse av ensomhet, usikkerhet og sårbarhet. Spesialisert helsehjelp til kvinner som har fått en fødselsrift kan være gunstig for langsiktig psykisk og fysisk velvære (H. S. Priddis, Schmied, Kettle, Sneddon, & Dahlen, 2014). Prenatal informasjon om fødselsrift var et av undertemaene i Bidwell et al. (2021) sin studie hvor mangel på informasjon om fødselsrift til kvinner i svangerskapsomsorgen gjorde at kvinner følte det var opp til dem å finne informasjon fra andre kilder. I samme studie var det svært få kvinner som rapporterte at de hadde fått sjekket fødselsriften av jordmor på hjemmebesøket etter fødsel.

På offentlige informasjonssider på internett – Helsenorge.no – finnes det generell informasjon om smerter i vulva og kroppslige forandringer etter fødsel, kort om tiltak som kan iverksettes dersom en har problemer. Det finnes lite konkret informasjon om fødselsrift og problemer som kan oppstå på grunn av fødselsrift, eller hvem man kontakter ved spørsmål som gjelder fødselsriften. Det vises til at kvinnen må opprette kontakt med fastlege eller jordmor dersom hun er bekymret (Helsenorge.no, 2019b).

I veileder for fødselshjelp (2020) og retningslinjer for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014) legges det føringer for hva slags informasjon kvinnen skal få etter fødsel, oppfølging, bekkenbunnstrening og sårtilheling ved utskrivelse fra barselavdelingen og ved 6-ukerskontrollen, spesielt ved 3. og 4. grads fødselsrift.

Forskningen som er beskrevet over tegner et bilde av sårbare barselkvinner i møte med helsevesenet. Kvinnene befinner seg i en usikker fase, hvor de ikke har kontroll over sin egen situasjon, og mangler informasjonen de trenger for å håndtere utfordringer rundt egen fødselsrift. Det finnes lite forskning fra Norge så vidt vi vet etter systematiske søk, som går direkte på kvinners opplevelse av mestring og utfordring relatert til fødselsrift, og deres erfaring med informasjon de har fått fra helsevesenet etter å ha fått en fødselsrift.

Som jordmorstudenter har vi erfart at kvinner ikke vet hvilken grad av fødselsrift, hvor mange sting eller hvor i vulva de har blitt sydd, og at det er noen kvinner som heller ikke vet hvordan de skal forholde seg til fødselsriften etter fødselen. Det har også vært medieoppslag de siste årene, og spesielt den siste tiden, som handler om at kvinner mener de får manglende informasjon og oppfølging etter fødsel (Barselopprøret, 2021; Bunadsgeriljaen, 2019).

Gjennom denne studien ønsker vi å bidra med kunnskap som kan sette søkelys på barselomsorgens tilbud rettet mot fødselsrift og være et bidrag i forbedringsarbeidet. På bakgrunn av dette er vi interessert i å kartlegge informasjonen kvinner får av helsevesenet om sin fødselsrift, og hva informasjonen kan ha å si for kvinners opplevelse av bekymring, mestring og utfordring relatert til fødselsriften.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å kartlegge kvinners vurdering av informasjonen de har fått om sin fødselsrift på barselavdelingen, erfaringen med oppfølgingen fra helsevesenet og hva

informasjonen har å si for deres bekymringer, utfordringer og mestring relatert til fødselsriften. Vi avgrenser studien til at informasjonen skal være gitt av helsepersonell, og opplevelse av bekymring, mestring og utfordringer gjelder de første seks månedene etter fødsel.

1.2.1 Studiens problemstilling er todelt:

Hva er kvinners vurdering av informasjonen om fødselsriften mottatt på barselavdelingen og hvilken oppfølging fikk de?

Hvilken betydning har informasjon om fødselsrift for kvinners opplevelse av bekymring, utfordring og mestring relatert til fødselsriften de første seks måneder etter fødsel?

1.2.2 Hovedhypotese

I vår studie er nullhypotesen at det ikke er noen forskjell mellom gruppen som har mottatt informasjon om fødselsriften på barselavdelingen og gruppen som ikke har mottatt informasjon, og hvordan de mestrer og opplever utfordringer/bekymringer relatert til fødselsriften de fikk ved siste fødsel. Den alternative hypotesen er at gruppen som har mottatt informasjon om fødselsriften på barselavdelingen mestrer i større grad og har i mindre grad utfordringer og bekymringer relatert til fødselsriften, enn gruppen som ikke mottok informasjon på barselavdelingen.

1.3 Avgrensninger

Studien er avgrenset til å omhandle informasjonen kvinner med fødselsrift mottok av helsepersonell på barselavdelingen. Alle grader av fødselsrift samt episiotomi inkluderes. Informasjonen ble gitt på barselavdelingen før hjemreise, og kvinnen kunne være maksimum 6 måneder etter fødsel. Kvinnene som kunne delta i spørreundersøkelsen måtte ha født barn i Norge og fått en fødselsrift i en periode på 6 måneder; juli – desember 2021. Grunnen til denne begrensningen var at kvinnen skulle ha fødselen og tiden etter friskt i minnet.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av 6 kapitler:

Kapittel 1 presenterer bakgrunn, hensikt og problemstilling. Kapittel 2 består av oppgavens teorigrunnlag hvor vi presenterer nasjonale faglige retningslinjer, klassifisering av fødselsrift

samt den salutogene modellen av Aron Antonovsky. Kapittel 3 tar for seg metodevalg og design, utvalg og rekruttering samt datasamling. Her presenteres også variabler og gjennomførte analyser. Kapittel 4 gir en presentasjon av data og utvalg fra spørreundersøkelsen med gjennomgang og behandling av variabler som vi presenterer i figurer og tabeller. Kapittel 5 diskuterer funn fra studien opp mot forskning og teoretisk referanseramme. Kapittel 6 er det avsluttende kapittelet hvor vi kort oppsummerer resultatene med utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmål.

2 Teoretisk referanseramme

I dette kapittelet vil vi presentere teorigrunnet for studien. Teorien er hentet fra veileder for fødselshjelp (2020), nytt liv og trygg barseltid for familien – nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014), samt den salutogene modellen for helse av Aaron Antonovsky.

Ifølge veileder for fødselshjelp (Laine et al., 2020) får 85% av førstegangsfødende en form for perinealskade, og 60 – 70 % av disse vil ha behov for suturering selv om det ikke er en alvorlig fødselsrift (Laine et al., 2020; O'Kelly, Moore, & O'Kelly, 2017). Medisinsk fødselsregister (MFR) rapporterer at 17,2 % av alle kvinner som fødte vaginalt fikk episiotomi og 1,3 % fikk en fødselsrift grad 3 eller 4 i 2020 (Folkehelseinstituttet, 2020b). Episiotomi regnes som en grad 2 fødselsrift, og sutureres av jordmor (Fleming, Newton, & Roberts, 2003).

2.1 Gradering av fødselsrifter

Vi har hentet klassifiseringen av fødselsrifter fra veileder i fødselshjelp 2020. Det anbefales i veilederen at denne klassifiseringen brukes ved alle fødeinstitusjoner i Norge.

| Anatomiske strukturer involvert | Grad av skade | ICD-10 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|
| Overfladisk skade av hud i perineum eller vaginalslimhinne | 1 | O 70.0 |
| Dyp perinealskade med affeksjon av muskulatur i perineum, men uten affeksjon av anal sfinktermuskulatur | 2 | O 70.1 |
| Skade av perineum som involverer anal sfinktermuskulatur | 3 | O70.2 |
| Mindre enn 50 % av EAS er skadet | 3A | O 70.2 |
| Mer enn 50 % av EAS er skadet | 3B | O 70.2 |
| Både EAS og IAS er skadet | 3C | O 70.2 |
| Analsfinktermuskulatur og anal/rektalslimhinne | 4 | O 70.3 |

Bildet er hentet fra fødselsveileder 2020 (Laine et al., 2020).

2.2 Informasjon og oppfølging til barselkvinner

Helsedirektoratet (2014) har, i retningslinjer for barselomsorgen, en svak anbefaling om at kvinner skal få tilbud om samtale med jordmor eller lege om sin opplevelse av fødselen, postpartum samtale. Helsedirektoratet foreslår at kvinner får en til to strukturerte samtaler under barseloppholdet før utreise hvor kvinnen skal få informasjonen om barnet, egen helse

og videre plan for oppfølging. Det er en sterk anbefaling at kvinner får individuelt tilpasset informasjon, oppfølging og at varighet på barseloppholdet tilpasses etter behov.

Helsedirektoratet har ingen spesifikke anbefalinger om informasjon til kvinner relatert til fødselsrifi, med mindre kvinnen har fått en fødselsrifi grad 3 og 4. Ved fødselsrifi grad 3 og 4, er det en svak anbefaling at kvinnen får muntlig og skriftlig informasjon, samt henvisning til fysioterapeut og oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har en svak anbefaling om at kvinner får tilbud om 6-ukerskontroll for egen helse etter fødselen.

Kontrollen bør omfatte fysisk og psykisk helse hvor hensikten er å fange opp forhold som trenger oppfølging, og å støtte kvinnen. I realiteten er dette et tilbud kvinner selv må ta ansvar for og avtale med sin lege eller jordmor.

Oppfølging

Spesialisthelsetjenesten skal gi kommunehelsetjenesten informasjon som gjør at kommunehelsetjenesten kan gi barselkvinner og barn den oppfølgingen de trenger.

Helsedirektoratet skriver at kvinnen skal vite hvor de skal henvende seg for å få hjelp dersom fastlege, jordmor og helsestasjon ikke er tilgjengelig for henne og barnet (Helsedirektoratet, 2014). Helsenorge.no slår fast at kvinner som har født bør få et hjemmebesøk av jordmor innen 3 dager etter hjemkomst fra barselavdelingen (Helsenorge.no, 2019a).

Barselomsorgen i Norge skal være en del av et helsefremmende arbeid, og skal bidra til god fysisk og psykisk helse, mestring av motgang og belastninger. Kvinnen skal informeres om generelle tegn og symptomer på sykdom som kan være alvorlige. Hun skal vite hvor hun kan ta kontakt. Det skal være tilstrekkelige ressurser i barselomsorgen til at kvinnen kan ta kontakt når hun har spørsmål eller bekymringer om seg selv eller barnet (Helsedirektoratet, 2014).

Helsedepartementet i England beskriver mangler i forhold til oppfølgingen kvinner får etter fødsel, enten de har fødselsrifi eller ikke. Det opplyses at oppfølgingen kvinner får mellom fødsel og 6-ukerskontroll er mangelfull. Det er kort tid til rådighet når kvinnens 6-ukerskontroll skal gjennomføres, og at det beviselig er for dårlig standard på oppfølgingen, men at dette ikke er gjort rede for innen forskning (Bick et al., 2015).

Sett i lys av WHO sin definisjon av empowerment, bør jordmor legge til rette for brukermedvirkning. Informasjon kvinnen får kan bidra til at hun mestrer utfordringer hun kan møte på etter å ha fått en fødselsrift (World Health Organization, 2021). Pasient- og brukerrettighetsloven stadfester at alle har rett på tilpasset informasjon og mulighet til å medvirke i egen behandling. Informasjon er nødvendig for å få innsikt i egen helsesituasjon og helsehjelpen som tilbys (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

2.3 Den salutogene modellen – Antonovsky

Det salutogene perspektivet retter oppmerksomheten mot faktorer som fremmer helse, hvor uhelse og helse ligger i et kontinuum. Antonovsky oppsummerer de viktigste følgene av det salutogene perspektivet til at den salutogene tankegangen tvinger oss til å aktivt utforme og fremme en teori om mestring (Antonovsky & Sjøbu, 2012, p. 36). I spørreundersøkelsen definerte vi mestring som opplevelse av kontroll, kunnskap og oversikt knyttet til fødselsrift. Olsson (2013) forklarer mestring som en persons evne til å gjenopprette mening og sammenheng i livet, bearbeide følelsesmessige reaksjoner og problemløsning. Opplevelse av sammenheng er viktig i den salutogene modellen. Den uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig og dynamisk følelse av tillit til at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige. I tillegg har man nok ressurser til rådighet for å kunne håndtere kravene som disse stimuliene stiller, og vurdere om disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i. Folkehelseinstituttet skriver i en retningsendring at helsepersonell må ha en mer helsefremmende tilnærming i møte med pasienter og brukere (Folkehelseinstituttet, 2019). Brukermedvirkning er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Brukermedvirkning er helsefremmende og bidrar til mestring og motivasjon hos pasienter. For å få tilgang til barselkvinnens perspektiv, må helsepersonell skape en god relasjon og åpen dialog mellom seg og kvinnen. For å få til en mer helsefremmende tilnærming må helsepersonell arbeide med sine holdninger og verdier (Folkehelseinstituttet, 2019).

I vårt prosjekt handler den salutogene modellen om at kvinnen må ha tillit til seg selv og jordmors evne til å følge opp hennes situasjon med fødselsrift. Dersom kvinnen har liten tro på seg selv, og også liten tro på den hjelpen hun kan få fra jordmors side, vil hennes helse

utvikle seg i en negativ retning. Hvis kvinnen derimot er godt informert, og har tro på at hennes kropp vil heles og komme tilbake til normalen, samtidig som hun opplever god støtte og informasjon fra jordmor – vil sannsynligheten for at hun opplever god helse til tross for utfordringer med fødselsrift være stor (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Salutogenese fokuserer på å identifisere årsaker for god helse, som gir et helsefremmende rammeverk for jordmortjenestene. Helsefremming i barselperioden inkluderer profesjonell støtte for å fremme familiens evne til å håndtere deres nye livssituasjon. Menneskers evne til å utvikle seg og bruke egne ressurser representerer en viktig faktor i god helse. Nybakte mødre har en sterk vilje til å takle morsrollen. Egne behov som mat, søvn og tåle smerte, settes til side til fordel for det nyfødte barnets behov. Antonovsky sin teori handler om hva som gjør individer friske til tross for stress og kritiske hendelser i livet. Dette er kjernen av salutogenese og understreker at stressmestring er avgjørende for om resultatet vil være patologisk, nøytralt eller forbedret helse. Antonovsky beskriver individets mestringsevne som opplevelse av sammenheng (sense of coherence – SOC) inkludert de tre aspekter som handler om meningsfullhet, forståelighet og håndterbarhet. Ifølge Antonovsky sin teori vil den gravide kvinnen med en sterk opplevelse av sammenheng sannsynligvis definere stimuli som ikke-stressende, forutsatt at hun er i stand til å tilpasse seg de kravene graviditet og fødsel medfører og at hun vil se på utfordringene som en investering verdt hennes engasjement. Orden, struktur, kontinuitet og tydelig informasjon er viktig for kvinnen som skal møte utfordringer i forbindelse med graviditet, fødsel og barseltid. Studier viser at i vanskelige perioder, når et individ identifiserer en iboende mening i sin kamp, styrkes håndterbarheten og forståeligheten (Lindström & Eriksson, 2005).

Et omsorgsfullt miljø preget av tillit, åpenhet, ærlighet og aksept av mennesker som de er for å kunne betrakte dem som likeverdige, er nødvendige forutsetninger for myndiggjøring av kvinnen og hennes partner. Jordmødre må være klar over at de er i en maktposisjon med sin kompetanse. Det er derfor nødvendig for jordmødre i sitt arbeid med myndiggjøring av kvinner å bruke sine profesjonelle kunnskaper, deriblant helsekommunikasjon.

Helsekommunikasjon dreier seg om å drive en dialog fremfor en monolog mellom helsepersonell og pasient, med hensikt i å gjøre budskapet forståelig for pasienten (Finbråten

& Pettersen, 2009). Konsekvensen av empowerment er ifølge Hermansson og Mårtensson (2011) økt selvtillit, evne til å sette seg mål og nå dem, følelse av kontroll i livet og forandringene man utsettes for, samt håp for fremtiden. En jordmor som arbeider «empowering» har økt bevissthet om foreldrenes ressurser og kapasitet til å mestre den endrede situasjonen de befinner seg i (Hermansson & Mårtensson, 2011).

Informasjon er en nødvendig forutsetning for at pasienter skal få innsikt i og kunne medvirke i egen helsesituasjon. Pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre og ivareta pasienter og brukere i møte med helse- og omsorgstjenesten, og bidra til tillit, respekt for liv, integritet og menneskeverd. Alle skal ha lik tilgang til tjenester uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomisk status, kulturell, språklig og sosial status. Helse- og omsorgstjenester som tilbys, skal ha god kvalitet med hensyn til innhold og tidspunkt for tjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

3 Metode

I dette kapitlet vil vi presentere arbeidet med datasamling fra valg av metode til utarbeidelse av spørreskjemaet og gjennomførte analyser.

3.1 Design

Vi har valgt kvantitativ metode med tverrsnittstudie som design for å besvare problemstillingen i studien. Vi mener at dette er et hensiktsmessig design for å beskrive barselkvinnens opplevelse av bekymring, utfordring og mestring relatert til informasjon om fødselsriften gitt av helsepersonell. Tverrsnittstudien tar for seg en bestemt gruppe på en gitt tidspunkt og måler en rekke variabler (Bjørndal & Hofoss, 2010). En svakhet ved bruk av kvantitativ metode er at den kan gi et overfladisk preg på undersøkelsen, nettopp fordi man ikke har mulighet til å gå i dybden i materien. (Jacobsen, 2021). I vår studie er det bestemte utvalget kvinner som har født de siste 6 måneder i Norge og fått en fødselsrift.

Vi har brukt et empiristisk positivistisk perspektiv i studien, dataene som er samlet inn er erfaringer fra barselkvinner, som senere har blitt omgjort til tall som telles og måles, hvor målet er å utvikle kunnskap som kan komme til nytte og være til praktisk bruk i barselomsorgen (Thornquist, 2018).

3.2 Utvalg og rekruttering

Populasjonen vi ønsket å undersøke i denne studien var kvinner som fødte i Norge i løpet av de siste 6 månedene fra spørreundersøkelsens start, og som hadde hatt en fødselsrift av hvilken som helst type, inkludert episiotomi. Utvalget vårt var et ikke-tilfeldig utvalg, en gruppe kvinner som var selvselektert til frivillig å delta i spørreundersøkelsen. Kvinnene måtte beherske norsk skriftspråk og være over 18 år. Kvinnene var i all hovedsak rekruttert gjennom sosiale medier, Instagram og Facebook (Vedlegg 1). Vi sendte i tillegg ut invitasjoner til helsestasjoner og føde- og barselavdelinger i store deler av landet, men fikk helt tydelig flest svar de dagene vi arbeidet med å rekruttere gjennom sosiale medier, blant annet ved hjelp av større profiler innen kvinnehelse.

En usikkerhet ved denne rekrutteringsstrategien er at vi ikke med sikkerhet kan beskytte oss mot nettrull og useriøse deltakere. I forkant av en slik rekruttering kan man heller ikke vite

hvor representativt utvalget kan bli for populasjonen. Forarbeid for publiseringen gjorde likevel at vi ønsket å gå videre med bruk av sosiale medier som rekruteringsarena, da vi i sosiale medier kunne nå svært mange mennesker på kort tid (Herbell, 2019; Topolovec-Vranic & Natarajan, 2016). Gjennom SSB fant vi at de fleste kvinner i aldersgruppen vi ønsket å undersøke befant seg på sosiale medier (Tabell 1).

Tabell 1 Bruk av sosiale medier

| Bruk av sosiale medier daglig eller nesten daglig, kvinner, prosent, år 2019 | % |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| 16-24 år | 91 |
| 25-34 år | 96 |
| 35-44 år | 90 |
| 45-54 år | 80 |

(SSB, 2019)

Kvinner mellom 25-34 år bruker mest tid på sosiale medier. I medisinsk fødselsregister (MFR) er den største aldersgruppen for kvinner 30-34 år, og gjennomsnittsalderen totalt for alle fødende i 2020 var 31,4 år (Folkehelseinstituttet, 2020a). Med bakgrunn i dette mente vi at sosiale medier ville være den beste måten å nå ut til mange kvinner på kort tid, og få så mange deltakere som mulig til studien. Vi valgte å dele studien i lukkede grupper på Facebook som hadde kvinnehelse, termingrupper, barselgrupper og lignende som tema. På Instagram laget vi en egen profil for studien, og kontaktet store profiler innen kvinnehelse, som hjalp oss med å dele studien til sine følgere. I 2021 ble det født 56060 barn i Norge (SSB, 2022), cirka 28030 barn i løpet av 6 måneder, som tilsvarer størrelsen på vår populasjon.

Spørreundersøkelsen ble åpnet samme dag som publisering av internettsiden, 22.11.21 og lå åpen for deltakelse i 4 uker frem til 20.12.21. Mandagene i denne perioden brukte vi på å rekruttere gjennom de samme kanalene i sosiale medier som tidligere, vi hadde ekstra fokus på de profilene som hadde vært positive til studien vår ved første kontakt. I perioden var det 2146 deltakere som deltok i spørreundersøkelsen, hvorav 39 ble ekskludert grunnet at de ikke oppfylte inklusjonskriteriene. Inkluderte deltakere var 2107, noe som tilsvarer ca. 8% av hele fødepopulasjonen for perioden.

For å kunne gi informasjon til de som ønsket å delta i spørreundersøkelsen, opprettet vi en internettside gjennom wordpress.com, som er Universitet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT) sin foretrukne plattform for slike informasjonssider. Vi valgte domenet www.fodselrift.com til vår nettside. På nettsiden finner interesserte en forside med kort presentasjon av studien, lenke til spørreundersøkelsen, deltakerinformasjon (Vedlegg 3), datahåndtering, etikk og en side med kontaktinformasjon til oss og veileder. Nettsiden ble publisert med godkjenning fra veileder og personvernombudet ved UiT, mandag 22.11.21. Nettsiden ble brukt ved rekruttering i sosiale medier. Vi laget også plakater og flyers, som ble sendt til helsestasjoner og føde- og barselavdelinger over store deler av landet, sammen med lenke til nettsiden vår (Vedlegg 4).

3.3 Datasamling

Vi utarbeidet et elektronisk spørreskjema gjennom Universitetet i Oslo (UiO) sin plattform www.nettskjema.no. Nettskjema er et verktøy som kan brukes til å utarbeide elektroniske spørreundersøkelser (UiO, 2010). Nettskjema bidrar til å holde spørreundersøkelsen anonym, ved at deltagerne ikke kan spores på IP-adresse av forskerne. Nettskjema gir mulighet til å lage spørreundersøkelser med forskjellig grad av sikkerhet ved innlogging i spørreskjemaet, eksempelvis kan spørreskjemaet ligge åpen for alle gjennom link, man kan bruke feide-innlogging eller innlogging via ID-port (UiO, 2014). Vi valgte å bruke åpent spørreskjema uten bruk av innlogging, for å gjøre det enkelt for deltakerne. Ingen personidentifiserende opplysninger ble etterspurt. Linken til spørreskjemaet ble ikke delt direkte, men gjennom informasjonssidene vi opprettet på www.fodselrift.com. Dette for å øke sannsynligheten for at deltakerne fant informasjon om studien før de deltok.

Spørreundersøkelsen inneholdt totalt 39 spørsmål om kvinnens bakgrunn, fødsel, informasjonsbehov, oppfølging, bekymring, utfordring og mestring knyttet til opplevelsen av å ha fått en fødselsrift. Ikke alle deltakerne fikk alle spørsmålene, eksempelvis hvis en deltaker hadde krysset «nei» på spørsmål om man hadde mottatt informasjon eller ikke, fikk deltakeren heller ikke mulighet til å krysse av for hva slags type informasjon man hadde fått. Noen spørsmål hadde en sorteringsfunksjon, slik at deltakere som hadde svart avkreftende på et spørsmål skulle slippe å få oppfølgingsspørsmål om temaet som ikke berørte dem. Grunnen

til denne sorteringen var å forhindre at deltakerne mistet interessen underveis, da flere spørsmål kunne fremstå som unødvendig å svare på (Folkehelseinstituttet, 2018). Spørsmål 12 ble ekskludert på grunn av dårlig formulering av svaralternativer fra vår side.

Spørsmålene i spørreskjemaet er av type Likert-skala hvor 1 er ikke i det hele tatt og 5 er i svært stor grad. Det er også spørsmål hvor deltakerne kunne krysse av for flere alternativer, og spørsmål hvor svaralternativene er gjensidig utelukkende. Gjennom hele spørreundersøkelsen er det uthevet at spørsmålene gjelder siste fødsel, med unntak av et spørsmål, hvor det spørres om deltakeren tidligere har fått en fødselsrift.

I utarbeidelse av spørreskjema, leste vi gjennom validerte spørreskjema i folkehelseinstituttets spørreskjemabank. PasOpp undersøkelsen om brukeres erfaringer fra fødsels- og barselomsorgen ble brukt for innhenting av bakgrunnsinformasjon (Holmboe & Sjetne, 2018). De konkrete validerte spørsmålene vi brukte fra PasOpp-undersøkelsen var: hva er din alder, hva er din høyeste fullførte utdanning og hva gjør du til daglig når du ikke er i permisjon. I tillegg ble spørsmålet alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden, hentet fra Livskvalitetsundersøkelsen 2020 (Folkehelseinstituttet, 2018; Helsebiblioteket, 2015; SSB, 2020).

3.4 Kodebok og koding

For å analysere datamaterialet fra spørreskjemaet vårt, opprettet vi en kodebok i nettskjema.no hvor hver variabel fikk et navn. Dette ble gjort for å lettere håndtere dataene mens vi arbeidet med datamaterialet i statistikkprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). De navngitte variablene fikk en verdi i form av tall. Fra nettskjema.no lastet vi ned kodeboken med variabler og verdier direkte inn i SPSS (UiO, 2013). Spørsmål på Likert skala fikk verdi i form av tall, hvor 1 tilsvarte ikke i det hele tatt, 2 tilsvarte i liten grad, 3 tilsvarte i noen grad, 4 tilsvarte i stor grad og i svært stor grad tilsvarte 5. Spørsmål som var gjensidig utelukkende, eksempelvis ja/nei spørsmål, har alltid «ja» fått tallet 1 og «nei» fått tallet 2.

3.5 Variabler brukt i analysene

Spørsmålene i spørreundersøkelsen bestod av ja/nei spørsmål, flere kategorier og spørsmål med flere svaralternativer hvor deltakerne kunne krysse av for mer enn et svaralternativ. På spørsmål hvor deltaker kunne velge kun et svaralternativ, ble spørsmålet omgjort til en variabel med verdier som representerte hvert svar. For spørsmål hvor deltaker kunne velge mer enn ett svaralternativ, ble hvert alternativ omgjort til en variabel (UiO, 2013). I forarbeid med analysene, ble spørsmål som hadde flere variabler slått sammen til en variabel, hvor hvert svaralternativ fikk en verdi innen gjeldene variabel. Eksempelvis spørsmålet hvor deltakerne kunne krysse av for fødselsrift grad 1, grad 2, grad 3, grad 4, episiotomi og vet ikke. Deltakerne fikk muligheten til å krysse av for flere svaralternativ fordi det kan oppstå fødselsrift grad 1 – fortilrift og en grad 3 i kombinasjon med episiotomi. Det ble vist illustrasjoner til hvert svaralternativ slik at deltakerne kunne gjenkjenne egen fødselsrift. Vi opprettet en ny variabel i SPSS hvor hver grad av fødselsrift fikk en verdi i form av tall. For deltakere som hadde krysset av for flere svaralternativer, ble fødselsriften med alvorligst grad gjeldende. Dersom deltakeren hadde krysset av for fødselsrift grad 2 og 3, fikk deltakerens svar verdi for fødselsrift grad 3. Alle deltakerne som hadde krysset av for «vet ikke» ble samlet i samme gruppe, uavhengig av om de hadde krysset av for andre svaralternativer.

Variablene har nominalt og ordinalt målenivå og gir retning for hvilke statistiske analyser som skal gjennomføres. Variabler på nominalt målenivå er variabler som er gjensidig utelukkende, og som ikke kan rangeres på en logisk måte, eksempelvis sivilstatus. Ordinalt målenivå er variabler som kan rangeres på en logisk måte, er gjensidig utelukkende, og kan ordnes i en rekkefølge, eksempelvis Likert skala; ikke i det hele tatt, i liten grad, i noen grad, i stor grad og i svært stor grad (Jacobsen, 2021). I analysene ble 26 spørsmål brukt.

Variabler på nominalt målenivå:

- Utdanning (grunnskole, videregående skole, høyskole/universitet/årsstudium, høyskole/universitet 1- 4 år, høyskole/universitet > 4 år)
- Sivilstatus (enslig/singel, kjæreste som du ikke bor med, samboer/gift)
- Fått rift ved tidligere fødsler (ja - fødselsrift, ja - klipp, ja - fødselsrift og klipp og nei)
- Informasjon om fødselsrift på barselavdelingen (ja - muntlig informasjon, ja - skriftlig informasjon, ja - muntlig og skriftlig informasjon, nei - ingen informasjon)
- Behov for informasjon (ja - nei)
- Har du på eget initiativ tatt kontakt med helsepersonell (ja - nei)

- Fikk du sjekket fødselsriften før 6-ukerskontrollen (ja – på barselavdelingen før hjemreise, ja – under hjemmebesøk av jordmor, ja – hos jordmor på helsestasjonen, ja – hos fastlegen, ja – hos gynekolog, ja – hos annet helsepersonell, nei – ingen har sjekket fødselsriften)
- Har du hatt 6-ukerskontroll for egen helse (ja - nei)
- Fikk du informasjon om hvem du kunne kontakte (ja, nei, nei - jeg måtte finne ut hvem jeg kunne kontakte selv)
- Var fødselsrift et tema under 6-ukerskontrollen (ja, nei, husker ikke)
- Ble fødselsriften din sjekket under 6-ukerskontrollen (ja, nei - men jeg ønsket det, nei - jeg hadde ikke behov for det)
- Har du utsatt å ta kontakt (ja - nei)

Utdanning ble i videre analyser slått sammen til grunnskole/vgs, høyskole/universitet ≤ 4 år, høyskole/universitet ≥ 4 år. Fødselsrift ved tidligere fødsler ble senere slått sammen til ja - nei. Informasjon om fødselsrift på barselavdelingen ble i hovedanalysene slått sammen til ja - nei. Sjekking av fødselsriften før 6-ukerskontrollen ble senere slått sammen til ja – nei. Fikk du informasjon om hvem du kunne kontakte ble i videre analyser slått sammen til ja - nei.

Variabler på ordinale målenivå:

- Alder (år)
- Måneder siden siste fødsel (0 til 6 måneder)
- Antall barn født (1 barn, 2 barn, 3 barn, 4 eller flere barn)
- Født siste barn på kvinneklinikk, lokalsykehus, fødestue eller utenfor institusjon
- Fødselsrift grad 1, grad 2, grad 3, grad 4, klipp eller vet ikke
- Dersom du fikk informasjon på barselavdelingen før hjemreise, handlet informasjon om følgende (sting, hygiene/lukt, tilhelingsprosess/infeksjonsfare, smerter/smertestillende, vannlating/avføring/luftavgang, samleie, bekkenbunnstrening, kontaktsted ved spørsmål vedrørende fødselsriften etter utreise og annet)
- Likert skala (ikke i det hele tatt, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad)
 - Var informasjonen tilpasset
 - Var du fornøyd med informasjonen
 - Var informasjonen nyttig
 - Har du bekymringer knyttet til fødselsriften
 - Har du utfordringer knyttet til fødselsriften
 - Alt i alt, hvor utfordrende har det vært for deg å ha fødselsrift
 - Alt i alt, hvordan har du mestret fødselsriften du fikk
- Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt på en skala fra 1-10

Alder ble i videre analyser slått sammen til 5-års aldersgrupper. Antall barn ble senere omgjort til førstegangsfødende og flergangsfødende.

3.6 Gjennomførte analyser

Vi har brukt SPSS IBM versjon 28, 2021 til å gjennomføre statistiske analyser. Litteratur vi har brukt i arbeidet med analysene er SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS (Pallant, 2020), Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i

metode for helse- og sosialfagene (Jacobsen, 2021), Introduksjon til SPSS: versjon 17 (Johannessen, 2009) og Statistikk for helse- og sosialfagene (Bjørndal & Hofoss, 2010).

Deskriptive analyser

Deskriptive analyser beskriver hvordan enheter fordeler seg i et utvalg eller populasjoner med utgangspunkt fra et datasett (Johannessen, 2009). Vi har gjennomført deskriptive analyser med frekvenstabeller for variablene bakgrunn, fødselserfaring, informasjon og oppfølging. Frekvens- og krysstabeller gir oss tall og prosent for hvor mange deltagere som har krysset av for hver variabel. Tabell 2 og 3 er krysstabeller, som henholdsvis viser fordelingen av deltakerne i alder, sivilstatus, utdanning, paritet, måneder siden siste fødsel, spontan fødselsrift eller episiotomi og type fødselsrift ved siste fødsel.

Normalfordeling

Normalfordeling uttrykker funksjonen av gjennomsnittet og spenningen i populasjonen. Normalfordelingens eneste variable størrelser er gjennomsnittet og standardavviket. Tallverdien for gjennomsnittet styrer hvor kurven ligger på tallinjen. Standardavvikets størrelse bestemmer om kurven er spiss eller flat. En kjent prosentdel av det totale antall observasjoner ligger mellom gjennomsnittet og et gitt antall standardavvik (Bjørndal & Hofoss, 2010, p. 56).

Mann-Whitney U test

Mann-Whitney U test (MWU) tester forskjellen mellom to grupper fordelt på en kontinuerlig variabel (Pallant, 2020). I vår studie, har vi testet mestring og utfordring på den kontinuerlige Likert skalaen og faktorer fordelt på kategorier som uavhengige variabler. MWU test er en ikke parametriske test av nullhypoteser. Testen sammenligner medianen for to grupper, og konverterer skårene på den kontinuerlige variabelen til gjennomsnittlig rangering for de to gruppene, rangsum. På denne måten sees hvilken kategori som i gjennomsnitt har skåret høyest eller lavest på mestring og utfordring i vår studie (mean rank). P-verdien viser med hvilken sikkerhet vi kan stole på resultatet i testen, vi har valgt den tradisjonelle grensen for på maksimum 0,05 (Bjørndal & Hofoss, 2010).

MWU test ble anvendt for å undersøke sammenheng mellom kvinners opplevelse av utfordring og mestring relatert til fødselsrift og mottatt/ikke mottatt informasjon på barselavdelingen før hjemreise. Konfundere, bakenforliggende faktorer, som ikke kommer frem i første analyse (MWU mestring/utfordring) kan bidra til signifikante resultater. Vi har derfor stratifisert på ulike kategorier som vi forestiller oss at kan påvirke resultatet. Disse kategoriene er som følger: aldersgrupper, utdanning, måneder siden siste fødsel, paritet, fødselsrift ved tidligere fødsel, fødselsrift ved siste fødsel, behov for informasjon, sjekk av fødselsrift før 6-ukerskontroll og utsatt å ta kontakt med helsepersonell til tross for behov for hjelp relatert til fødselsriften. Disse kategoriene er valgt fordi vi forestiller oss at de representerer erfaringer som kan påvirke deltakerens behov for informasjon.

Først har vi med MWU testet spørsmålet som spør deltakerne om hvor utfordrende det har vært å ha fødselsrift. Nullhypotesen i dette tilfellet er at det ikke er forskjell mellom gruppen som har fått informasjon og gruppen som ikke har fått informasjon på hvor utfordrende de opplever fødselsriften. Den alternative hypotesen er at de som har fått informasjon før hjemreise i mindre grad har utfordringer med fødselsriften, og de som ikke har fått informasjon før hjemreise i større grad har utfordringer med fødselsriften.

Spearman's korrelasjonsanalyse

Spearman rank order korrelasjon (Rho), er en ikke parametrisk test, som brukes for å utforske relasjonen mellom to kontinuerlige variabler. Testen gir en indikasjon på retningen (positiv/negativ) og styrken på relasjonen. En positiv korrelasjon indikerer at dersom den ene variabelen øker, så gjør også den andre variabelen det. En negativ korrelasjon indikerer at dersom en variabel synker, stiger den andre. En korrelasjon på 0, indikerer at det ikke finnes en relasjon mellom variablene (Pallant, 2020). Pallant (2020) refererer til Cohens måte å tolke tallene på: svak korrelasjon: +/-0,10 – 0,29. Medium korrelasjon: +/-0,30 – 0,49. Sterk korrelasjon: +/-0,50 – 1,00.

I vår studie har vi brukt Spearman's korrelasjonsanalyse for å undersøke om det foreligger en lineær samvariasjon mellom å ha mottatt informasjon, mestring/utfordring totalt og om deltakeren har fått tilpasset informasjon om fødselsriften. Det samme er gjort med variablene

«nyttig å motta informasjon om fødselsriften» og «fornøyd med informasjonen mottatt om fødselsriften.

Pearson kji-kvadrat og Yates' korreksjon for kontinuitet

Oppfølging etter hjemreise fra barselavdelingen er analysert i en krysstabell for Pearson kji-kvadrattest med p-verdi. Pearson kji-kvadrattest brukes for å undersøke forholdet mellom to kategoriske variabler, og baserer seg på en krysstabell. Det testes for om det er en sammenheng mellom to variabler, men ikke hvor forskjellen ligger (Bjørndal & Hofoss, 2010). Når en krysstabell har to kategorier i hver variabel, tilføyer SPSS en korreksjonsverdi; Yates' korreksjon for kontinuitet (continuity correction). Yates' korreksjon for kontinuitet kompenserer for overvurdering av kji-kvadrattesten når det er en 2x2 krysstabell (Pallant, 2020).

P-verdi

Ifølge Bjørndal og Hofoss (2010) er en hypotese en påstand om sannheten, hvor en undersøker utvalg og observerer forskjell i grupper for å trekke konklusjoner om en hel populasjon. Nullhypotesen vil alltid være at det ikke er en forskjell mellom gruppene som undersøkes. For å imøtekomme nullhypotesen, regner en ut sannsynligheten for å finne en forskjell som er så stor som den observerte, hvis sannheten er at det ikke er noen forskjell. P-verdi er et uttrykk for sannsynlighetsberegning som vises i form av et tall. P-verdien angir hvor sannsynlig det er at observasjonene er tilfeldige. Tradisjonelt har man valgt å sette en grense for p-verdien på 0,05, eller 5 %. P-verdien på $\leq 0,05$ betyr at man godtar en tilfeldig observasjon som skjer i maksimalt 5 % av tilfellene, og dermed forkastes nullhypotesen (Bjørndal & Hofoss, 2010). Eksempelvis, i vår studie er nullhypotesen at det ikke er noen forskjell mellom gruppene som har mottatt informasjon om fødselsriften på barselavdelingen og de som ikke har mottatt informasjon, og hvordan de mestrer og opplever utfordringer relatert til fødselsriften de fikk ved siste fødsel. Den alternative hypotesen er at gruppen som har mottatt informasjon om fødselsriften på barselavdelingen mestrer i større grad og har i mindre grad utfordringer relatert til fødselsriften, enn gruppen som ikke mottok informasjon på barselavdelingen.

3.7 Etiske overveielser

Datasikkerhet

Da prosjektbegrivelsen for studien var dannet, tok vi kontakt med Norsk senter for Forskningsdata (NSD) for å bekrefte at prosjektet kunne gjennomføres, med bakgrunn i at vi ikke ville samle inn personidentifiserende opplysninger (NSD, 2021). NSD bekreftet at det ikke var nødvendig å søke til dem. Vi bestemte oss likevel for å sende e-post til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og fikk vurdert prosjektet som ikke framleggs-pliktig (Vedlegg 5). Vår studie er ikke et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt og faller utenom helseforskningsloven § 2 (Helseforskningsloven, 2009). Opplysninger det spørres etter i spørreskjemaet, er ikke av en slik karakter at deltakerne kan identifiseres gjennom svarene de leverer. Studien gjennomføres i samsvar med grunnleggende personvern hensyn og ivaretar personlig integritet, privatlivets fred og kvalitet på personopplysninger (Personopplysningsloven, 2018). UiO sitt nettsted www.nettskjema.no sikrer at IP-adresser ikke kan spores tilbake til deltakere i studien (Universitetet i Oslo, 2017).

Gjennom arbeidet med denne studien, har vi forholdt oss til forskningsetikkloven, ved at vi arbeider innen forskningsetiske normer med tydelig avklart ansvarsfordeling blant oss som er involvert i ansvaret med studien (Forskningsetikkloven, 2017). Det er tydelig formulert i informasjonsskriv og på nettsiden til studien at spørreundersøkelsen var frivillig å delta på, og at deltakerne samtykket ved deltakelse og innsending av undersøkelsen. Datamaterialet skal slettes innen november 2022. Ved en eventuell publikasjon, vil sletting av datamaterialet utsettes til november 2024.

Oppbevaring av data

For å bruke www.nettskjema.no må man være tilknyttet en institusjon og logge inn via Feide, som sikrer identiteten til studenter og lærere. UiT, som er behandlingsansvarlig institusjon, bruker Microsoft Office 365 og SharePoint som lagringsområde. For å få tilgang til dette området må man være ansatt eller student ved UiT, og logge inn via Feide, gjennom en to-faktor-autentisering. Vi opprettet en gruppe hvor kun veileder og vi som studenter har hatt tilgang, data fra nettskjema.no oppbevares her. Se vedlegg 6 for datahåndteringsplan.

Nytte og risiko

Ved gjennomføring av spørreundersøkelser må det tas i betraktning at personer som inviteres til å delta kan ha hatt traumatiske fødselsopplevelser. Det er vanskelig å definere og forutse hvordan psykiske belastninger kan gi langsiktige virkninger hos mennesker man ikke møter, og det må tas stilling til om denne risikoen er verdt å ta (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2019; Everett & Furseth, 2004). Ved at spørreundersøkelsen er frivillig, har deltakere mulighet til å vurdere om deltakelse er aktuelt for den enkelte. Informasjon om studien er lagt frem slik at deltakeren har fått informasjonen presentert i forkant av deltakelse. I tillegg til dette er informasjonen kort oppsummert på første side i spørreundersøkelsen. Risikofaktor som rekrutteringsmetoden kan medføre, er bruken av sosiale medier. Dette utvalget tilkommer ved en selvseleksjonsutvelging og kan i denne sammenheng ugyldiggjøre resultatene. Ved at rekruttering er gjennomført innenfor begrensede grupper og brukere, kan resultatene være mer pålitelige (NESH, 2018). I forkant av publisering av spørreundersøkelsen ble det gjennomført pilotundersøkelser i to omganger, hvor 21 kvinner deltok. De ble spurt om tema og spørsmål opplevdes støtende eller sjenerende.

Studien kan forhåpentligvis bidra til å belyse et område av barselomsorgen det ikke finnes mye dokumentert forskning på, og bidra til å sette fokus på kvinners behov for informasjon, oppfølging, bekymring, utfordring og mestring etter å ha fått en fødselsrift (Everett & Furseth, 2004).

4 Presentasjon av data

Med utgangspunkt i oppgavens todelte problemstilling «Hva er kvinners vurdering av informasjon om fødselsriften mottatt på barselavdelingen og hvilken oppfølging fikk de?» og «Hvilken betydning har informasjon om fødselsrift for kvinners opplevelse av bekymring, utfordring og mestring relatert fødselsriften de første seks måneder etter fødsel?» vil innhentet data presenteres i kapitlet.

4.1 Beskrivelse av sosio-demografi og fødselshistorikk

Tabell 2 beskriver sosio-demografiske karakteristikk av deltakerne i studien. Alder var normalfordelt, med en gjennomsnittsalder på $30 \pm 3,9$ år. Det var færrest deltakere i gruppen 19-24 år og 40-44 år. I alt 97,8 % av deltakerne var samboer eller gift. De fleste av deltakerne i utvalget (81,8 %) hadde fullført høyere utdanning, tilsvarende høyskole/universitet. Majoriteten av deltakerne fødte sitt siste barn på kvinneklinikk (71 %).

Tabell 2 Sosio-demografiske karakteristikk av deltakere i studien

| | Variabel total n = 2107 | Total n eller n (%) | Mean | SD | Median | Min | Max |
|---------------|--------------------------------|------------------------|-------|-------|--------|-----|-----|
| Alder (år) | | 2107 | 30,06 | 3,941 | 30 | 19 | 43 |
| Aldersgrupper | | 2107 | | | | | |
| | 19 - 24 år | 166 (7,9) | | | | | |
| | 25 - 29 år | 797 (37,8) | | | | | |
| | 30 - 34 år | 874 (41,5) | | | | | |
| | 35 - 39 år | 247 (11,7) | | | | | |
| | 40 - 44 år | 23 (1,1) | | | | | |
| Sivilstatus | | 2095 | | | | | |
| | Enslig/singel | 38 (1,8) | | | | | |
| | Kjæreste (som du ikke bor med) | 9 (0,4) | | | | | |
| | Samboer/gift | 2048 (97,8) | | | | | |
| Utdanning | | 2102 | | | | | |
| | Grunnskole/ Videregående skole | 383 (18,2) | | | | | |
| | Høgskole/universitet <4 år | 964 (45,9) | | | | | |
| | Høgskole/universitet >4 år | 755 (35,9) | | | | | |
| Fødenivå | | 2100 | | | | | |
| | Kvinneklinikk | 1492 (71) | | | | | |
| | Fødeavdeling | 508 (24,2) | | | | | |
| | Fødestue | 79 (3,8) | | | | | |
| | Utenfor institusjon | 21 (1) | | | | | |

Deskriptiv analyse

Tabell 3 beskriver tidligere fødselserfaring. Førstegangsfødende representerte den største gruppen med 66,2 % mot 33,8 % flergangsfødende. Gjennomsnittstid siden siste fødsel var 3,6 måneder. Prosentandelen økte med antall måneder siden fødsel med den største gruppen som har født for 6 måneder siden på 22,2 %. Av flergangsfødende, rapporterte 88,9 % at de fikk en fødselsrift eller episiotomi ved tidligere fødsel. Majoriteten (88,5 %) oppga at de ved siste fødsel fikk fødselsrift av type grad 1 (34 %), eller grad 2 inkludert episiotomi (54,5 %). Deltakere med fødselsrift grad 3 og 4, utgjorde en liten del av utvalget (8 %). De færreste (3,5 %) hadde ikke kjennskap til hvilken type rift de fikk.

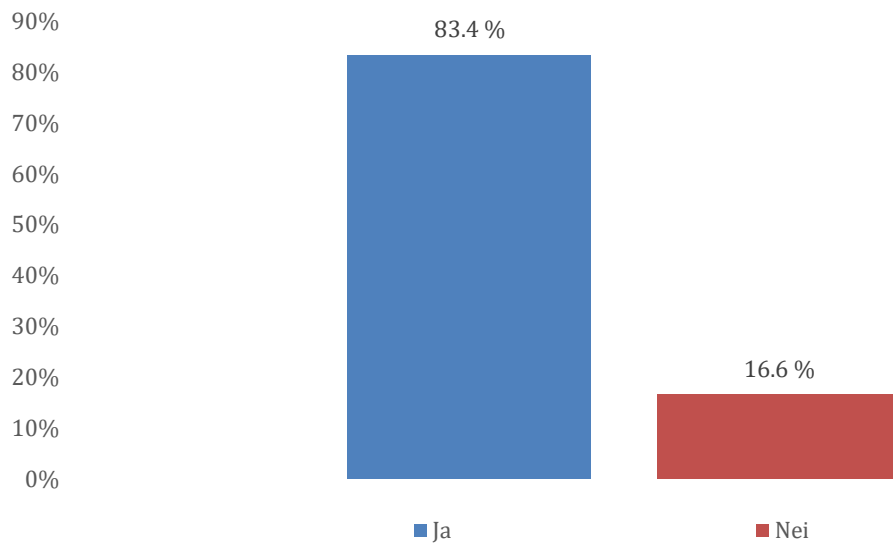
Tabell 3 Fødselserfaring fra siste fødsel og eventuelt tidligere fødsler

| Variabel | Total n eller n (%) = 2107 | Mean | SD | Median | Min | Max |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------|------|-------|--------|-----|-----|
| Paritet | 2103 | | | | | |
| Førstegangsfødende | 1393 (66,2) | | | | | |
| Flergangsfødende | 710 (33,8) | | | | | |
| Måneder siden siste fødsel | 2106 | 3,57 | 1,928 | 4 | 0 | 6 |
| 0 mnd | 181 (8,6) | | | | | |
| 1 mnd | 184 (8,7) | | | | | |
| 2 mnd | 280 (13,3) | | | | | |
| 3 mnd | 334 (15,9) | | | | | |
| 4 mnd | 325 (15,4) | | | | | |
| 5 mnd | 334 (15,9) | | | | | |
| 6 mnd | 468 (22,2) | | | | | |
| Spontan fødselsrift eller episiotomi ved tidligere fødsler | 704 | | | | | |
| Ja | 626 (88,9) | | | | | |
| Nei | 78 (11,1) | | | | | |
| Rift siste fødsel, klassifisering* | 2105 | | | | | |
| Grad 1 | 715 (34) | | | | | |
| Grad 2 og/eller episiotomi | 1148 (54,5) | | | | | |
| Grad 3, 4 og/eller episiotomi | 169 (8,0) | | | | | |
| Vet ikke | 73 (3,5) | | | | | |

*Riften med alvorligst grad telles som gjeldende

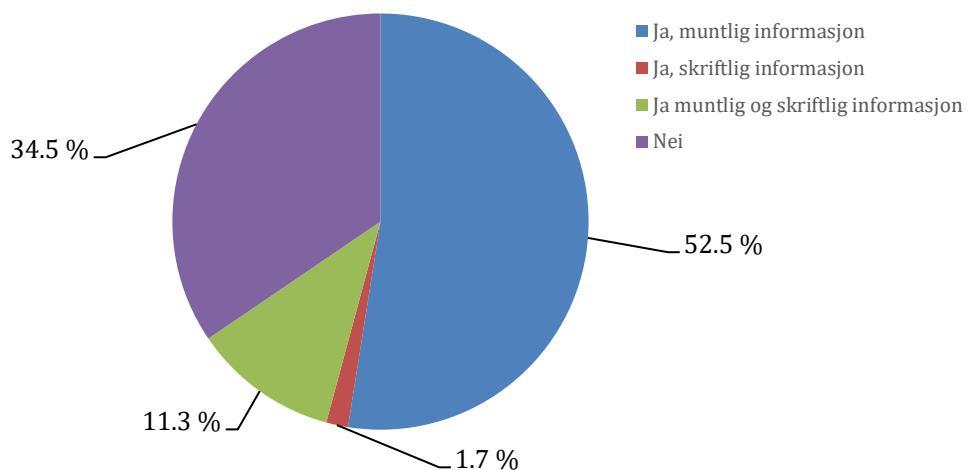
4.2 Vurdering av informasjon om fødselsriften fått på barselavdelingen

Figur 1 viser at de aller fleste deltakerne hadde behov for informasjon om fødselsriften de fikk ved siste fødsel (83,4 %). Kun et fåtall hadde ikke behov for informasjon (16,6 %).



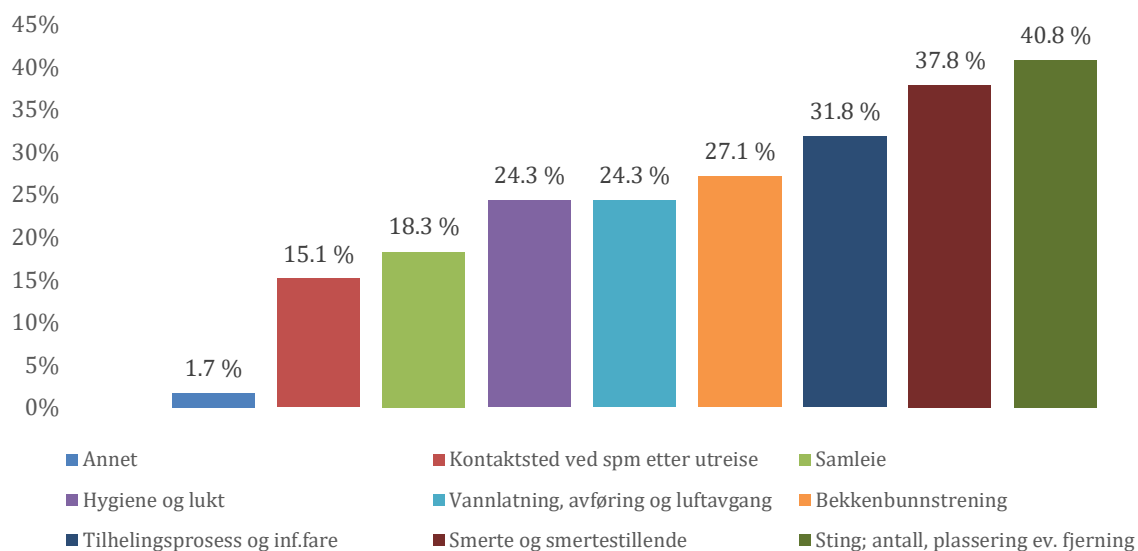
Figur 1 (n = 2105) Prosentfordeling av behov for informasjon om fødselsriften

Figur 2 viser at i alt 34,5 % av deltakerne rapporterte at de ikke fikk informasjon om fødselsriften under barseloppholdet. Over halvparten (52,5 %) fikk muntlig informasjon om sin fødselsrift. En liten andel av deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon (11,3 %) og kun skriftlig informasjon (1,7 %).



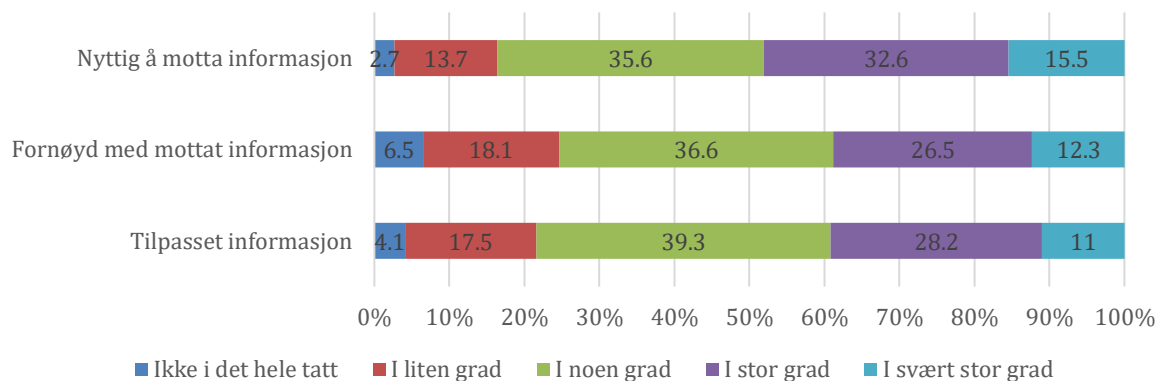
Figur 2 (n = 2106) Fordeling av informasjonsform i prosent

Figur 3 viser informasjon om fødselsriften som ble gitt på barselavdelingen før hjemreise. De mest berørte tema var sting (40,8 %), smerte og smertestillende (37,8 %) og tilhelingsprosess (31,8 %). Tema som sjelden ble nevnt var kontaktsted ved spørsmål om fødselsriften etter utreise (15,1 %) og samleie (18,3 %).



Figur 3 (n = 1380) Tema relatert til fødselsriften som ble berørt i informasjonen deltakerne fikk før hjemreise fra barselavdelingen

Figur 4 viser hvordan deltakerne har gradert seg på en Likert skala ut ifra hvor nyttig, fornøyd og tilpasset de syntes at informasjonen om fødselsriften gitt på barselavdeling var. Med hensyn til om informasjon var tilpasset og fornøydhet, svarte to av ti ikke i det hele tatt/i liten grad, fire av ti i noen grad og fire av ti i stor/svært stor grad. Nytteverdien var litt høyere, hvor halvparten oppga stor/svært stor nytte (data ikke vist i tabell).



Figur 4 Hvordan deltakere har gradert informasjon om fødselsrift, nyttig, fornøyd og tilpasset. Likert skala

4.3 Oppfølging fra helsepersonell relatert til informasjon

I tabell 4 har vi undersøkt sammenhengen mellom informasjonsstatus og faktorer for oppfølging av fødselsriften etter hjemreise fra barselavdelingen med bruk av kji-kvadrattest. En stor andel (45 %) av deltakerne hadde på eget initiativ tatt kontakt med helsepersonell fordi de hadde behov for hjelp relatert til fødselsriften. Informasjonsstatus før hjemreise hadde ingen betydning for slik kontakt ($p > 0,05$). Nesten en tredjedel av deltakerne fikk ikke informasjon om hvem de kunne kontakte for 6-ukerskontroll for egen helse (31 %). Deltakerne som fikk informasjon om hvem de kunne kontakte for 6-ukerskontroll, fikk også oftest informasjon om fødselsriften sin sammenlignet med de uten mottatt informasjon ($p < 0,001$). Mer enn seks av ti deltakere hadde fødselsriften som et tema på 6-ukerskontrollen, og hovedandelen av disse mottok informasjon om fødselsriften sin på barselavdelingen ($p < 0,001$). Om lag halvparten av deltakerne fikk sjekket fødselsriften på 6-ukerskontrollen (52 %) med en påvist sammenheng med å motta informasjon ($p < 0,001$). Nesten en tredjedel (27,2 %) av deltakerne utsatte å ta kontakt med helsepersonell til tross for behov for hjelp relatert til fødselsriften. Deltakerne som ikke mottok informasjon om fødselsriften på barselavdelingen, hadde større sannsynlighet for å ikke ta kontakt til tross for behov for hjelp ($p < 0,001$).

Av deltakerne som hadde utsatt å ta kontakt, var følgende årsaker oftest krysset av for; jeg finner ikke ut hvem jeg kan kontakte for å få hjelp, jeg har ikke blitt tatt på alvor når jeg har

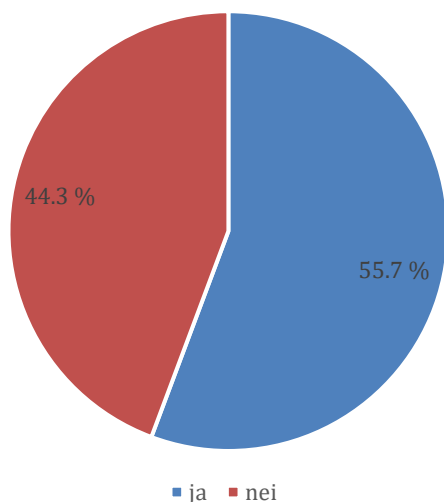
bedt om hjelp av helsepersonell, jeg har ikke tid til å oppsøke hjelp og jeg hadde en dårlig fødselsopplevelse. «Annet» var også et av svaralternativene som hyppig ble kryssset av for (ikke vist i tabell).

Tabell 4 Oppfølging etter hjemreise fra barselavdelingen

| Faktor | n (%) | Kategori | Mottatt informasjon (%) | Ikke mottatt informasjon (%) | Test: kji-kvadrat (χ^2) | p-verdi ^a |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Tatt kontakt med helsepersonell pga. fødselsriften på eget initiativ (n=2105) | 949 (45) 1156 (55) | Ja Nei | 46,4 53,6 | 42,6 57,4 | χ^{2b} | 0,101 |
| Fikk du informasjon om hvem du kunne kontakte for 6-ukerskontroll for egen helse? (n=1478) | 1020 (69) 458 (31) | Ja Nei | 74,8 25,2 | 57,5 42,5 | χ^{2b} | < 0,001 |
| Var fødselsriften et tema på 6-ukerskontrollen? (n=1478) | 912 (61,7) 504 (34,1) 62 (4,2) | Ja Nei Husker ikke | 68,1 27,9 4 | 49,1 46,3 4,6 | χ^{2c} | < 0,001 |
| Ble fødselsriften sjekket på 6-ukerskontrollen? (n=1476) | 768(52) 422(28,6) 286(19,4) | Ja Nei, men ønsket det Nei, hadde ikke behov | 55,4 24,6 20,0 | 45,4 36,5 18,1 | χ^{2c} | < 0,001 |
| Utsatt å ta kontakt til tross for behov for hjelp relatert til fødselsriften (n=2101) | 572 (27,2) 1529 (72,8) | Ja Nei | 24,1 75,9 | 33,1 66,9 | χ^{2b} | < 0,001 |

^ap-verdi/asymptotic significance 2-sided er signifikant dersom $p < 0,05$ χ^{2b} yates' korreksjon for kontinuitet. χ^{2c} Pearson kji-kvadrat

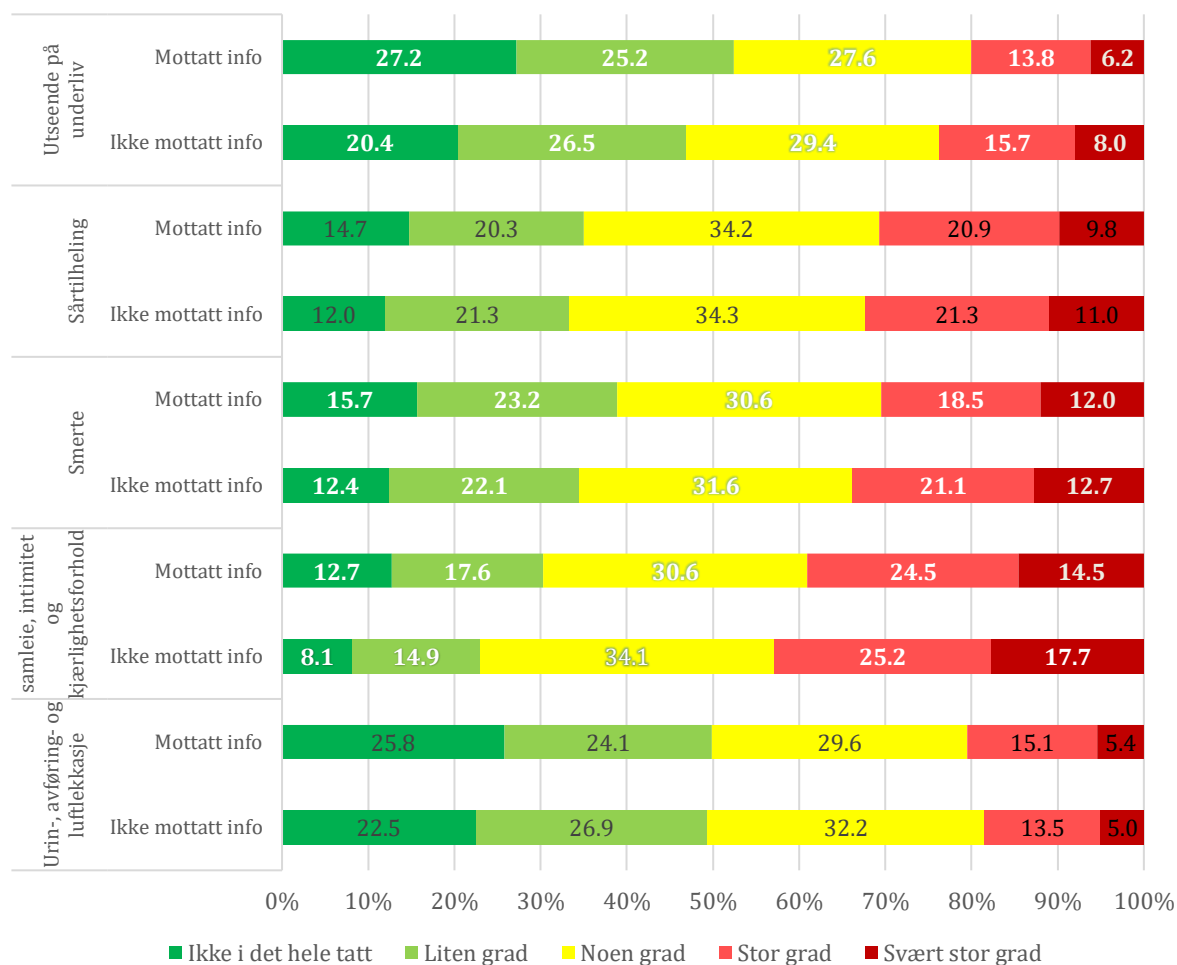
Figur 5 viser om deltakerne i spørreundersøkelsen fikk fødselsriften sin sjekket før 6-ukerskontrollen. Like over halvparten (55,7 %) fikk sjekket fødselsriften før 6-ukerskontrollen, eksempelvis på barselavdelingen før hjemreise eller ved hjemmebesøk av jordmor.



Figur 5 (n=2097) Sjekk av fødselsrift før 6-ukerskontrollen fordelt i prosent

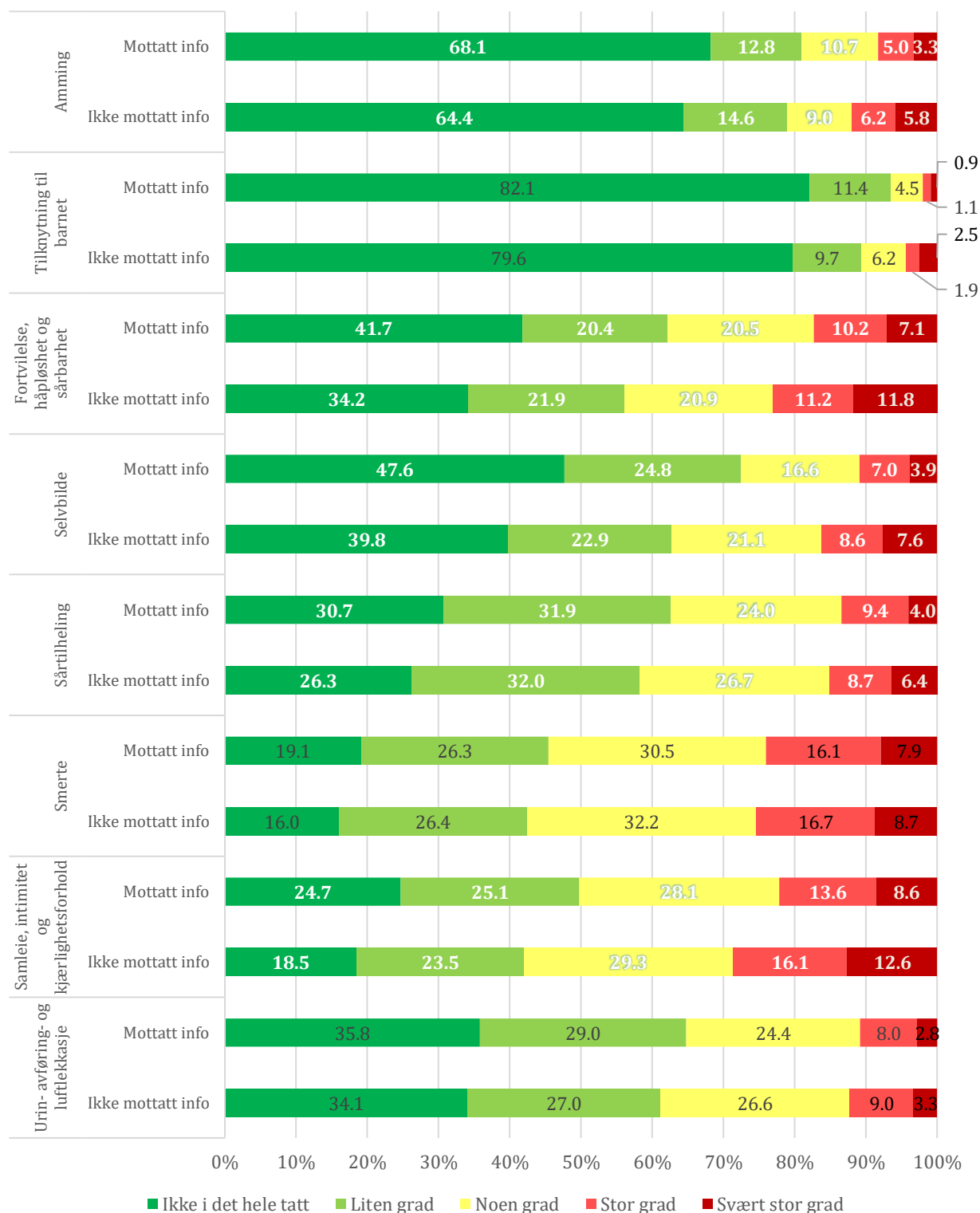
4.4 Bekymring og utfordring relatert til informasjonsstatus

Deltakerne graderte seg på en Likert skala for hvordan de bekymret seg som følge av fødselsriften de fikk ved siste fødsel. De største bekymringene var knyttet til samliv, smerter og sårtilheling. Figur 6 viser hvordan grad av bekymringer knyttet til ulike plager fordeler seg på informasjonsstatus. MWU test viste at de som hadde mottatt informasjon om fødselsriften rapporterte signifikant lavere grad av bekymringer for samleie, intimitet og kjærlighetsforhold ($p = 0,001$), for utseende på underlivet ($p = 0,001$) og smerte ($p = 0,033$). Samleie, intimitet og kjærlighetsforhold skilte seg ut ved at deltakerne i stor og i svært stor grad bekymret seg (42,9 % - ikke mottatt informasjon). For tema urin- avføring- og luftlekkasje samt sårtilheling viste MWU test ingen signifikant forskjell mellom informasjonsstatus ($p < 0,05$). MWU test vises ikke i tabell.



Figur 6 Bekymringer relatert til fødselsrift fordelt på Likert skala for mottatt informasjon/ikke mottatt informasjon. Helfarget linje viser «mottatt informasjon» og prikket linje viser «ikke mottatt informasjon». Signifikante resultater er uthevet i hvitt

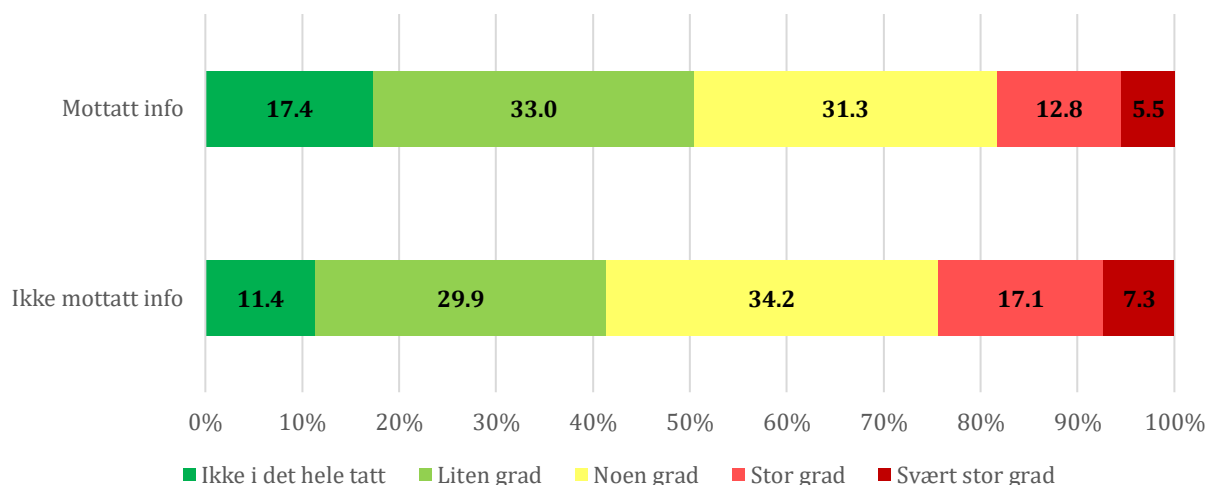
Figur 7 viser hvordan grad av utfordring knyttet til ulike plager fordeler seg på informasjonsstatus. De største utfordringer var knyttet til smerter, samliv og sårtilheling. MWU test viste at informasjonsstatus for fødselsrift på barselavdelingen før hjemreise hadde signifikant betydning for om deltakerne hadde utfordringer relatert til samleie, intimitet og kjærlighetsforhold ($p < 0,001$), sårtilheling ($p = 0,018$), selvbilde ($p < 0,001$), fortvilelse, håpløshet og sårbarhet ($p < 0,001$), og amming ($p = 0,050$). Mottatt informasjon ga lavere grad av utfordringer. For urin-, avføring- og luftlekkasje, smerte og tilknytning til barnet var resultatene fra MWU test ikke signifikant. MWU test vises ikke i tabell.



Figur 7 Utfordringer relatert til fødselsrift fordelt på Likert skala for mottatt informasjon/ikke mottatt informasjon. Helfarget linje viser mottatt informasjon, prikket linje viser ikke mottatt informasjon. Signifikante resultater er uthevet i hvit skrift

4.5 Sammenheng mellom informasjon og utfordring relatert til fødselsrift

Figur 8 viser hvordan grad av utfordring fordeler seg på informasjonsstatus. Deltakerne som mottok informasjon om fødselsriften på barselavdelingen, opplyste oftere at de ikke i det hele tatt eller i liten grad hadde utfordringer relatert til fødselsriften.



Figur 8 (n = 2104) Utfordring relatert til fødselsriften, fordelt på mottatt/ikke mottatt informasjon om fødselsriften på barsel i Likert skala

Tabell 5 viser hvordan kvinners opplevelse av utfordring er relatert til fødselsrift, og informasjonsstatus på barselavdelingen. Videre har vi stratifisert på ulike faktorer, potensielle konfundere, hvor en ser på forskjeller i utfordring mellom informasjon (mottatt/ikke mottatt) for hver gruppe innen kategorien. Slik får vi frem hvilke strata innenfor hver kategori sammenhengen er gyldig for. Uten å stratifisere viser tabell 5 at å motta informasjon om fødselsriften på barselavdelingen, assosieres med mindre grad av utfordring knyttet til fødselsriften enn å ikke motta informasjon om fødselsrift på barselavdelingen ($p < 0,001$).

For å illustrere tolkningen av testens retning, vises det til at gruppen som ikke har mottatt informasjon, har høyere skår (mean rank 1133) knyttet til utfordringer med sin fødselsrift enn gruppen som har mottatt informasjon (mean rank 1009). Dette betyr at gruppen som ikke har mottatt informasjon i gjennomsnitt skårer høyere på grad av utfordringer enn gruppen som har mottatt informasjon.

Bakgrunn

Den påviste sammenhengen mellom informasjon og utfordringer er gjeldene for samtlige 5-årsgrupper mellom aldersgruppene 25-39 år ($p = \leq 0,048$) med unntak av de yngste og eldste ($p > 0,05$). Det var også en påvist sammenheng for utdanningsgruppene grunnskole/videregående og høyskole/universitet ≥ 4 år ($p < 0,001$).

Fødselserfaringer

Med hensyn til erfaringer knyttet til fødsel, er det en påvist sammenheng mellom informasjon og utfordringer for både førstegangs- og flergangsfødende. Det samme gjelder for deltakere som tidligere har fått fødselsrift ($p < 0,001$) og for nåværende fødselsrift uavhengig av gradering ($p \leq 0,041$). Tilsvarende sees også for deltakerne som har født for 2, 3 og 4 måneder siden ($p \leq 0,045$), men med unntak av kategoriene ≤ 1 måned og 5-6 måneder.

Informasjon

Det var en påvist sammenheng mellom informasjon og utfordringer for deltakerne som hadde behov for informasjon ($p < 0,001$) og de som ikke hadde behov for informasjon om fødselsriften ($p = 0,022$).

Oppfølging

Når det gjelder oppfølging, var det sammenheng mellom informasjon og utfordringer for deltakerne som både fikk sjekket fødselsriften og de som ikke fikk sjekket fødselsriften sin før 6-ukerskontrollen for egen helse ($p < 0,001$). Dette gjelder også deltakerne som ikke har utsatt å ta kontakt med helsepersonell på grunn av behov for hjelp relatert til fødselsriften ($p = 0,001$), men ikke for deltakerne som har utsatt å ta kontakt.

Tabell 5 Deltakernes opplevelse av utfordring relatert til fødselsriften, i forhold til status for mottatt informasjon på barselavdelingen og deretter stratifisert på ulike faktorer. Mann-Whitney U test

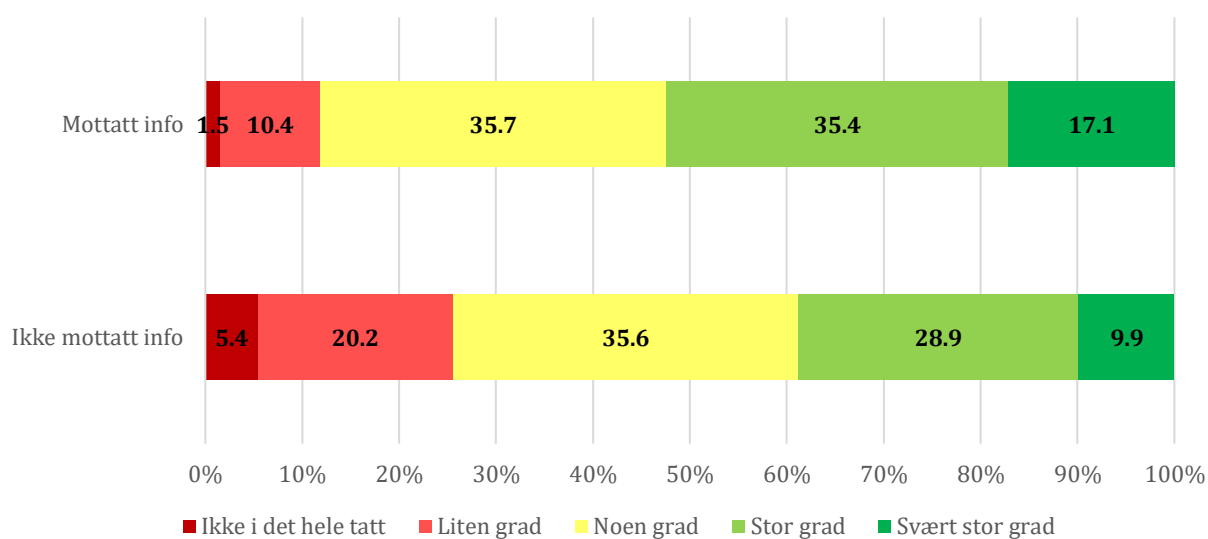
| Tema | Faktor | Total n | Kategori | Mottatt informasjon | | Ikke mottatt informasjon | | p-verdi |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------|-------------------------------|---------------------|----------------|--------------------------|-------------------|-------------------|
| | | | | n | Mean rank | n | Mean rank | |
| Hvor utfordrende har det vært for deg å ha fødselsriften du fikk ved din siste fødsel? (n=2104) | | | Likert 1-5^a | 1379 | 1009,72 | 725 | 1133,87 | < 0,001 |
| Bakgrunn | Aldersgrupper (n = 2104) | 166 | 19 – 24 år | 109 | 80,80 | 57 | 88,66 | 0,301 |
| | | 796 | 25 – 29 år | 527 | 387,39 | 269 | 420,28 | 0,048 |
| | | 873 | 30 – 34 år | 572 | 415,30 | 301 | 478,23 | < 0,001 |
| | | 247 | 35 – 39 år | 158 | 116,37 | 89 | 137,54 | 0,020 |
| | | 22 | 40 – 44 år | 13 | 11,46 | 9 | 11,56 | 0,972 |
| Fødselserfaring | Utdanning (n = 2099) | 381 | Grunnskole/vgs | 239 | 173,90 | 142 | 219,78 | < 0,001 |
| | | 963 | Høgskole/universitet < 4 år | 630 | 476,63 | 333 | 492,17 | 0,392 |
| | | 755 | Høgskole/universitet ≥ 4 år | 508 | 359,48 | 247 | 416,09 | < 0,001 |
| | Paritet (n = 2100) | 1390 | Førstegangsfødende | 955 | 665,97 | 435 | 760,34 | < 0,001 |
| | | 710 | Flergangsfødende | 423 | 333 | 287 | 388,66 | < 0,001 |
| | Fødselsrift v/ tidl. fødsel (n = 704) | 626 | Ja | 371 | 292,15 | 255 | 344,56 | < 0,001 |
| | | 78 | Nei | 49 | 36,81 | 29 | 44,05 | 0,150 |
| | Fødselsrift siste fødsel ^b (n = 2102) | 713 | Grad 1 | 452 | 333,84 | 261 | 397,11 | < 0,001 |
| | | 1148 | Grad 2 | 760 | 544,3 | 388 | 633,65 | < 0,001 |
| | | 168 | Grad 3 og 4 | 141 | 81,29 | 27 | 101,26 | 0,041 |
| 73 | | Vet ikke | 25 | 33,42 | 48 | 38,86 | 0,274 | |
| Måneder siden siste fødsel (n = 2103) | 181 | 0 mnd | 129 | 93,00 | 52 | 86,05 | 0,402 | |
| | 184 | 1 mnd | 132 | 93,57 | 52 | 89,78 | 0,650 | |
| | 279 | 2 mnd | 188 | 133,54 | 91 | 153,35 | 0,045 | |
| | 334 | 3 mnd | 221 | 153,88 | 113 | 194,15 | < 0,001 | |
| | 325 | 4 mnd | 205 | 151,25 | 120 | 183,07 | 0,002 | |
| | 333 | 5 mnd | 227 | 161,78 | 106 | 178,17 | 0,130 | |
| 467 | 6 mnd | 276 | 227,96 | 191 | 242,72 | 0,226 | | |
| Informasjon | Behov for info (n=2102) | 1753 | Ja | 1165 | 833,66 | 588 | 962,88 | < 0,001 |
| | | 349 | Nei | 214 | 165,93 | 135 | 189,38 | 0,022 |
| Oppfølging | Sjekk av rift før 6-ukers kontroll (n = 2094) | 1168 | Ja | 841 | 564,01 | 327 | 637,19 | < 0,001 |
| | | 926 | Nei | 532 | 431 | 394 | 507,38 | < 0,001 |
| | Utsatt å ta kontakt (n = 2099) | 571 | Ja | 332 | 280,96 | 239 | 293 | 0,360 |
| 1528 | Nei | 1042 | 740,90 | 486 | 815,09 | 0,001 | | |

^aLikertskala hvor 1= ikke i det hele tatt, 2= i liten grad, 3= i noen grad, 4= i stor grad, 5= i svært stor grad

^bFødselsrift med alvorligst grad telles som gjeldende

4.6 Sammenheng mellom informasjon og mestring relatert til fødselsrift

På spørsmålet om mestring i spørreundersøkelsen vår, ble mestring definert som opplevelse av kontroll, kunnskap og oversikt knyttet til fødselsrift. Figur 9 viser hvordan grad av mestring av fødselsriften fordeler seg på informasjonsstatus. Mer enn 50 % av deltakerne som mottok informasjon om fødselsriften på barselavdelingen opplyste at de i stor eller i svært stor grad mestret fødselsriften.



Figur 9 (n = 2095) Mestring relatert til fødselsriften, fordelt på mottatt/ikke mottatt informasjon om fødselsriften på barselavdelingen i Likert skala

I tabell 6 vises sammenhengen mellom kvinners opplevelse av mestring relatert til fødselsrift, og informasjonsstatus på barselavdelingen. Vi har stratifisert på ulike faktorer, potensielle konfundere, hvor vi ser på forskjeller mellom informasjonsstatus for hver gruppe innen kategorien. Slik får vi frem hvem sammenhengen er gyldig for. Å motta informasjon om fødselsrift på barselavdelingen assosieres i større grad med opplevelse av mestring knyttet til fødselsrift, enn å ikke ha mottatt informasjon på barselavdelingen ($p < 0,001$).

Bakgrunn

Det er en sammenheng mellom informasjon og mestring for aldersgruppene 19-39 år ($p \leq 0,027$) med unntak av den eldste aldergruppen 40-44 år. Sammenhengen er gjeldene for alle utdanningsnivå ($p < 0,001$).

Fødselserfaring

Den påviste sammenhengen mellom informasjon og mestring er gjeldende for førstegangs- og flergangsfødende, deltakere som tidligere har fått fødselsrift, alle grader av fødselsrift og deltakere som har født for 2, 3, 4 og 6 måneder siden ($p \leq 0,010$). Det var ingen påvist sammenheng mellom informasjonsstatus og mestring for deltakere som ikke hadde hatt fødselsrift ved tidligere fødsler, de som ikke visste hva slags fødselsrift de hadde og deltakere som fødte for 0, 1 og 5 måneder siden ($p \geq 0,05$).

Informasjon

Det ble påvist en sammenheng mellom informasjon og mestring for deltakerne som hadde behov for informasjon om fødselsriften ($p < 0,001$).

Oppfølging

Angående oppfølging, er det en påvist sammenheng mellom informasjon og mestring for deltakerne som fikk sjekket- og ikke fikk sjekket fødselsriften før 6-ukerskontrollen for egen helse, samt deltakerne som hadde- og ikke hadde utsatt å ta kontakt med helsepersonell på grunn av behov for hjelp relatert til fødselsriften ($p < 0,001$).

Tabell 6 Deltakernes opplevelse av mestring relatert til fødselsriften, i forhold til status for mottatt informasjon på barselavdelingen, og deretter stratifisert på ulike faktorer. Mann-Whitney U Test

| Tema | Faktor | Total n | Kategori | Mottatt informasjon | | Ikke mottatt informasjon | | p-verdi | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------|--------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | | | n | Mean rank | n | Mean rank | | |
| Hvordan har du mestret^c fødselsriften du fikk ved din siste fødsel? (n = 2095) | | | Likert 1-5^a | 1371 | 1121,07 | 724 | 909,63 | < 0,001 | |
| Bakgrunn | Aldersgrupper (n=2095) | 165 | 19 – 24 år | 108 | 88,75 | 57 | 72,10 | 0,027 | |
| | | 790 | 25 – 29 år | 522 | 424,01 | 268 | 339,97 | < 0,001 | |
| | | 873 | 30 – 34 år | 572 | 465,68 | 301 | 382,50 | < 0,001 | |
| | | 245 | 35 – 39 år | 156 | 132,51 | 89 | 106,33 | 0,004 | |
| | | 22 | 40 – 44 år | 13 | 12,88 | 9 | 9,50 | 0,201 | |
| | Fødsels-erfaring | Utdanning (n = 2090) | 375 | Grunnskole/vgs | 234 | 207,44 | 141 | 155,73 | < 0,001 |
| | | | 961 | Høgskole/universitet < 4 år | 628 | 503,46 | 333 | 438,65 | < 0,001 |
| | | | 754 | Høgskole/universitet ≥ 4 år | 507 | 406,75 | 247 | 317,46 | < 0,001 |
| | | Paritet (n = 2091) | 1386 | Førstegangsfødende | 952 | 747,93 | 434 | 574,11 | < 0,001 |
| | | | 705 | Flergangsfødende | 418 | 376,50 | 287 | 318,78 | < 0,001 |
| | | Fødselsrift v/ tidl. fødsel (n = 694) | 621 | Ja | 366 | 332,98 | 255 | 279,45 | < 0,001 |
| | 78 | | Nei | 49 | 42,73 | 29 | 34,03 | 0,073 | |
| | Fødselsrift siste fødsel ^b (n = 2093) | 709 | Grad 1 | 448 | 378,82 | 261 | 314,12 | < 0,001 | |
| | | 1143 | Grad 2 | 756 | 616,80 | 387 | 484,49 | < 0,001 | |
| | | 168 | Grad 3 og 4 | 141 | 88,48 | 27 | 63,72 | 0,010 | |
| | | 73 | Vet ikke | 25 | 39,76 | 48 | 35,56 | 0,384 | |
| | | Måneder siden siste fødsel (n = 2094) | 181 | 0 mnd | 129 | 91,55 | 52 | 89,63 | 0,816 |
| | 183 | | 1 mnd | 131 | 95,07 | 52 | 84,26 | 0,188 | |
| | 276 | | 2 mnd | 186 | 148,18 | 90 | 118,50 | 0,002 | |
| | 333 | | 3 mnd | 220 | 189,68 | 113 | 122,85 | < 0,001 | |
| 324 | 4 mnd | | 204 | 176,09 | 120 | 139,40 | < 0,001 | | |
| 331 | 5 mnd | | 225 | 171,45 | 106 | 154,43 | 0,111 | | |
| Informasjon | Behov for info (n = 2093) | 1746 | Ja | 1159 | 949,45 | 587 | 723,55 | < 0,001 | |
| | | 347 | Nei | 212 | 178,92 | 135 | 166,28 | 0,223 | |
| Oppfølging | Sjekk av fødselsrift før 6-ukers kontroll (n = 2085) | 1163 | Ja | 836 | 622,20 | 327 | 479,22 | < 0,001 | |
| | | 922 | Nei | 529 | 495,73 | 393 | 415,42 | < 0,001 | |
| | Utsatt å ta kontakt (n = 2090) | 570 | Ja | 332 | 308,30 | 238 | 253,69 | < 0,001 | |
| | | 1520 | Nei | 1034 | 801,87 | 486 | 672,47 | < 0,001 | |

^aLikertskala hvor 1= ikke i det hele tatt, 2= i liten grad, 3= i noen grad, 4= i stor grad, 5= i svært stor grad

^bFødselsrift med alvorligst grad telles som gjeldende. ^c

Med mestring av fødselsrift menes opplevelse av kontroll, kunnskap og oversikt knyttet til fødselsrift

Korrelasjon mellom kvalitet på informasjon og utfordring

Det er påvist en negativ sammenheng mellom utfordring relatert til fødselsriften både med hensyn til hvorvidt informasjonen var tilpasset ($r = -0,350$), nyttig ($r = -0,240$) og om kvinnen var fornøyd med informasjon ($r = -0,394$). Når graden av tilfredshet, fornøydhet og nytteverdi av informasjon er synkende, stiger graden av utfordringer.

Korrelasjon mellom kvalitet på informasjon og mestring

Det er påvist en positiv sammenheng mellom mestring relatert til fødselsriften både med hensyn til hvorvidt informasjonen var tilpasset ($r = 0,392$), nyttig ($r = 0,324$) og om kvinnen var fornøyd med informasjon ($r = 0,412$). Når graden av tilfredshet, fornøydhet og nytteverdi av informasjon er stigende, stiger graden av mestring.

Tabell 7 Spearmans korrelasjon mellom kvalitet på informasjon i forhold til utfordring og mestring

| Utfordring | | | | | Mestring | | | | |
|---------------------|---------------------|----------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|----------|---------------------|----------------------|
| Faktor ^d | Kategori | (n=1380) | s. rho ^a | p-verdi ^c | Faktor ^d | Kategori | (n=1380) | s. rho ^a | p-verdi ^c |
| Tilpasset | Likert ^b | 1377 | -0,350 | < 0,001 | Tilpasset | Likert ^b | 1369 | 0,392 | < 0,001 |
| Nyttig | | 1376 | -0,240 | < 0,001 | Nyttig | | 1368 | 0,324 | < 0,001 |
| Fornøyd | | 1378 | -0,394 | < 0,001 | Fornøyd | | 1370 | 0,412 | < 0,001 |

Deltakere som har mottatt informasjon, stratifisert på grad av utfordring og mestring. Test: Spearman rho.

^aSpearmans korrelasjon (rho/r). ^bLikert skala 1-5 (ikke i det hele tatt, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad). ^cp-verdi signifikant <0,05. Cohens guidelines: liten korrelasjon +/- 0,10-0,29, medium korrelasjon +/- 0,30-0,49, stor korrelasjon +/- 0,50-1,00 (Pallant, 2020). ^dKun deltakere som har fått informasjon om fødselsriften på barselavdelingen, har fått spørsmål om informasjonen var tilpasset, nyttig og om de var fornøyd

4.7 Korrelasjon mellom fornøydhet med livet og utfordringer eller mestring

Siste spørsmål fra spørreundersøkelsen handlet om deltakernes fornøydhet med livet.

Her skulle deltakerne plassere seg på en skala fra 0 - 10 hvor 0 = ikke fornøyd i det hele tatt, og 10 = svært fornøyd. Ved gjennomføring av deskriptiv analyse fikk vi et gjennomsnittsvar på 7,62 hvor av 2101 deltakere hadde svart. Korrelasjonene mellom egenvurderte utfordringer

og mestring var henholdsvis negativ -0,306 for utfordring og positiv 0,306 for mestring ($p < 0,001$). Med økende grad av egenvurdert utfordring, synker graden av fornøydhet med livet. Med økende grad av mestring, stiger også graden av fornøydhet med livet. Data ikke vist i tabell.

5 Diskusjon

I dette kapitlet vil vi diskutere resultatene fra studien vår opp mot forskning og teoretisk referanseramme. Hensikten med studien er å kartlegge kvinners vurdering av informasjon de har fått om sin fødselsrift på barselavdelingen, erfaring med oppfølging fra helsevesenet og hva informasjon har å si for deres bekymringer, utfordringer og mestring relatert til fødselsriften.

5.1 Resultatdiskusjon

Oppsummert fant vi følgende hovedfunn: I studien kom det frem at like over halvparten av deltakerne mottok informasjon om fødselsriften under barseloppholdet. Informasjonen syntes å være lite standardisert både i form og innhold. Halvparten eller færre evaluerte informasjonen til å være tilpasset, nyttig eller at de var fornøyde. Informasjonsstatus for fødselsriften gitt av helsepersonell under barseloppholdet, har betydning for deltakernes opplevelse av utfordring med og mestring av fødselsriften. Deltakerne som hadde mottatt informasjon om fødselsriften sin, skåret i gjennomsnitt lavere på utfordring og høyere på mestring relatert til fødselsriften enn de som ikke hadde mottatt informasjon av helsepersonell på barselavdelingen. Stratifisert på ulike grupper, var denne sammenhengen gyldig for samtlige faktorer, herunder de fleste strata innen variabler som dekket demografi, fødselserfaring, informasjon og oppfølging.

Deltagernes vurdering av informasjon

I studien vår kom det frem at to tredjedeler av deltakerne rapporterte at de mottok informasjon om fødselsriften på barselavdelingen. Men informasjon deltakerne mottok var variabel og kan tolkes til at informasjonen om fødselsriften ikke er standardisert. Det var tre tema som oftest ble nevnt i informasjonen deltakerne fikk: sting - antall, plassering og fjerning (40,8 %), smerter og smertestillende (37,8 %) samt tilhelingsprosess og infeksjonsfare (31,8 %). Tema som sjelden ble berørt var kontaktsted etter utreise (15,1 %), samleie/intimitet (18,3 %) og hygiene, lukt, vannlatning, avføring og luftavgang (24,3 %). At informasjon er lite standardisert er i samsvar med studiene til Lindqvist et al. (2018) og Lindberg et al. (2020) som oppgir at kvinner med fødselsrift grad 2, 3 og 4 ønsker seg standardisert og konsekvent informasjon fra helsepersonell om hva man kan forvente seg etter å ha fått en fødselsrift. Det

rapporteres at informasjon som gis er avhengig av helsepersonellet som gir informasjonen. Både Lindqvist et al. (2018) og Hermansson og Mårtensson (2011) påpeker at helsepersonell og spesielt jordmødre er i en posisjon hvor de bør arbeide helsefremmende, styrke kvinners egenomsorg og kunnskap for å opprettholde god helse til tross for møte med utfordringer. Det understrekes også at det er behov for nasjonale og lokale retningslinjer slik at informasjonen som gis blir mer standardisert (Lindqvist et al., 2018). Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) stadfester at alle brukere og pasienter har rett på tilpasset informasjon og mulighet til å medvirke i egen behandling. Uten informasjon om egen fødselsrift, får kvinnene dårligere innsikt i egen situasjon og kan ha vanskeligheter med å oppdage komplikasjoner og dermed miste mulighet for å medvirke i egen behandling. I lys av lovverket, kan dårlig kvalitet og utilstrekkelig informasjon være brudd på kvinners rettigheter. Tilsvarende kan sies for mindretallet, en av tre kvinner, som rapporterte å ikke ha mottatt informasjon.

Mer enn åtte av ti deltakere i studien rapporterte at de hadde behov for informasjon om fødselsriften. Mangelfull informasjon eller å ikke ha mottatt informasjon i det hele tatt slik beskrevet i studien vår, kan tolkes som uklare eller mangelfulle retningslinjer for barselinformasjon. Kommunikasjonsferdigheter og god kvalitet på informasjon gitt av helsepersonell etter fødsel er forbundet med høyere tilfredshet hos barselkvinner. Studier viser at kvinners psykiske helse og amme-erfaring kan påvirkes av dårlig kommunikasjon eller mangelfull informasjon fra helsepersonell (McLellan & Laidlaw, 2013). Wiklund, Wiklund Petterson og Bostrom (2018) trekker fram at kvinner har behov for informasjon om fysiske kroppslige forandringer, egenomsorg, tegn på sykdom, rådgivning og veiledning etter fødselen. Helsedirektoratet angir i nasjonalfaglig retningslinje for barselomsorgen (2014) en svak anbefaling om å gi kvinner med fødselsrift grad 3 og 4 skriftlig og muntlig informasjon, og at de bør tilbys oppfølging av fysioterapeut og spesialisthelsetjeneste. Kvinner med fødselsrift grad 1 og 2 er ikke nevnt, men det oppgis at kvinner skal få tilpasset informasjon etter behov, uten at det er spesifisert hva som bør informeres om angående fødselsrift. Det vises videre til en svak anbefaling om at kvinner kan tilbys en til to samtaler før utreise fra barselavdelingen, hvor kvinnens helse bør være et tema, igjen uten at fødselsrift er spesifisert. Hvert helseforetak har ansvar for å lage egne prosedyrer for hva som kan tas opp i samtale

med barselkvinnen. Helsepersonell støtter seg til lokale prosedyrer for hva som skal gis av informasjon relatert til fødselsrift.

En liten andel (8 %) av deltakerne i vår undersøkelse fikk en fødselsrift grad 3 eller 4. Som beskrevet over, er det kun spesifisert at kvinner med alvorlig fødselsrift skal få muntlig og skriftlig informasjon (Helsedirektoratet, 2014). Med den høye andelen deltakere i studien vår som rapporterte at de hadde behov for informasjon (83,4 %), er det grunn til å anta at kvinner med fødselsrift grad 1 og 2 også har et informasjonsbehov når det gjelder fødselsrift. Med denne bakgrunn er det overraskende at det kun er kvinner med fødselsrift grad 3 og 4 som vies oppmerksomhet i de nasjonale retningslinjene for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014). Bidwell et al. (2021) presiserer at informasjon om fødselsriften er et savn for mange kvinner. De ønsket seg informasjon om tilhelingsprosessen etter å ha fått en fødselsrift, hvorfor den oppsto, hvor raskt ville den gro, og hva de kunne forvente fremover. Det var uklart hva tilhelingsprosessen handlet om og hvordan de skulle forholde seg til fødselsriften. Crookall et al. (2018) sin systematiske oversiktsartikkel viser til at kvinner ønsker informasjon om klassifisering av fødselsrift, da de tror at alle fødselsrifter er av svært alvorlig grad. Ser man våre resultater om informasjonsbehov i lys av Antonovsky sin opplevelse av sammenheng (SOC), bør helsepersonell etterstrebe at kvinner får informasjon i en slik grad og også på en slik måte, at de får mulighet til å tilpasse seg en ny situasjon og dermed mestre den nye hverdagen (Aune, Dahlberg, & Haugan, 2015). Dersom jordmor oppleves som sensitiv og anerkjenner barselkvinnens ønske og behov, kan det føre til en opplevelse av individuell omsorg. Det er viktig å bli respektert og myndiggjort, bli både sett og hørt som det unike individet man er. Helsekommunikasjon er et viktig verktøy for jordmor, som kan føre til at et gjensidig forhold mellom jordmor og barselkvinne etableres, og kvinnens evne til medvirkning styrkes. Hun får innflytelse og beslutningsevne for sin situasjon. Når helsekommunikasjon mellom jordmor og kvinnen baserer seg på empowerment, vil jordmor i større grad kunne ivareta det som er viktig for kvinnen. Å slippe kvinnen til og gi henne anledning til å definere egne behov og ønsker, er definert som et hovedaspekt innen helsefremmende arbeid (Finbråten & Pettersen, 2009; Vedeler, Nilsen, Blix, Downe, & Eri, 2022).

I England har helsemyndighetene laget et eget kapittel i de nasjonale retningslinjene om perinealhelse etter fødsel. Her oppfordres jordmødre til å informere kvinner nøye om hva de skal være oppmerksomme på relatert til fødselsrift, som infeksjonsfare, hygiene, smerter, hevelse med mer. De engelske helsemyndighetene understreker at det ikke finnes nok forskning på kvinners helse relatert til fødselsrift, men på bakgrunn av bred faglig erfaring har de valgt å lage tydelige retningsliger for jordmødre og helsepersonell slik at de bedre kan informere og myndiggjøre kvinner til å ivareta seg selv etter å ha fått en fødselsrift (NICE, 2021).

Oppfølging av fødselsriften etter utreise fra barselavdelingen

Nesten en tredjedel av deltakerne i vår undersøkelse fikk ikke informasjon om hvem de kunne kontakte for 6-ukerskontroll for egen helse, til tross for at det er spesifisert i retningslinjene for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014). Det er en svak anbefaling om at kvinner bør få tilbud om en kontroll fire til seks uker etter fødsel, men at kvinnen selv har ansvar for å skaffe denne kontrollen hos fastlege eller jordmor (Helsedirektoratet, 2014). Seks av ti hadde fødselsriften som et tema på 6-ukerskontrollen for egen helse, og det var mer sannsynlig at fødselsriften ble tatt opp som tema, dersom deltakeren hadde fått informasjon om fødselsriften på barselavdelingen før hjemreise. Nesten halvparten av deltakerne fikk sjekket fødselsriften på 6-ukerskontrollen, og 55,4 % av disse hadde mottatt informasjon på barselavdelingen. Kan det at informasjon gis til kvinner på barselavdelingen, gjøre at kvinnene bidrar til at fødselsriften blir et tema og sjekkes på 6-ukerskontrollen? Informerte kvinner kan ha bedre forutsetninger for å ta opp det de selv lurer på relatert til fødselsriften, hvis en setter informasjon og kvinnens egen mestringsevne inn i et empowering perspektiv (Hermansson & Mårtensson, 2011). Informasjon gitt på barselavdelingen kan bidra til at kvinner føler seg myndiggjort, og selv bidrar til at fødselsriften blir et tema på 6-ukerskontrollen. Som våre resultater viser var det mer sannsynlig at fødselsriften var et tema på 6-ukerskontrollen dersom deltakerne hadde fått informasjon om fødselsriften på barselavdelingen. Dette kan være et godt eksempel på hvordan informasjon kan virke helsefremmende og er i tråd med Antonovsky sin teori om salutogenese (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Walseth & Malterud, 2004). Man kan også tenke seg at kvinner som har fått informasjon på barselavdelingen har hatt en mer alvorlig fødselsrift, og at det av denne årsak

er tatt opp på 6-ukerskontrollen fra fastlegens side, spesielt hvis fødselsriften er nevnt i kvinnens epikrise fra barselavdelingen. Studien til Pretlove et al. (2004) antyder at informasjon, samtale og åpenhet om fødselsrift og eventuelle utfordringer fødselsriften kan føre med seg, bidrar til at kvinner opplever at dette er et akseptabelt tema å snakke om på 6-ukerskontrollen.

Over halvparten av deltakerne i studien vår fikk fødselsriften sjekket *før* 6-ukerskontrollen for egen helse. Helsedirektoratet (2014) slår fast at kvinnen bør få sjekket fødselsriften før 6-ukerskontrollen, eksempelvis ved helsestasjon eller hos fastlege, dersom hun opplever komplikasjoner, men at dette er noe hun må passe på selv. For kvinner som har fått en fødselsrift grad 3 eller 4, foreslår helsedirektoratet i en svak anbefaling at kvinnene får oppfølging av fysioterapeut og spesialisthelsetjeneste, samt skriftlig og muntlig informasjon (Helsedirektoratet, 2014). At helsepersonell bidrar til åpenhet ved å tilby kvinner en sjekk av fødselsriften før 6-ukerskontrollen, kan føre til trygghet og mindre utfordring relatert til fødselsriften (Bidwell et al., 2021). At over halvparten av deltakerne i vår spørreundersøkelse fikk sjekket fødselsriften før 6-ukerskontrollen for egen helse, kan synes å være positive resultater dersom vi sammenligner oss med H. Priddis et al. (2013). De trekker frem at helsepersonell ikke gjorde adekvate undersøkelser relatert til maternell helse etter fødsel, og at dårlig informasjon om tilgjengelige hjelpeinstanser resulterte i at kvinner ikke visste hvem de kunne kontakte for å få hjelp. Lindberg et al. (2020) oppgir at kvinner rapporterte at de ble henvist til ulike helsetjenester og at de opplevde utfordringer med å komme i kontakt med riktig helseinstans for deres problemer. Flere trakk frem at 6-ukerskontrollen var et sent tidspunkt, og at de gjerne skulle vært på en tidligere kontroll, noe mange kvinner hadde ordnet på eget initiativ. Det kom frem at det var viktig med en sjekk av perineum etter fødsel for å få en bekreftelse på at vulva hadde normalisert seg. Det ble også oppgitt at kvinner satte pris på å møte helsepersonell som lyttet til dem og understreket hvor viktig det var for dem at spørsmål og bekymringer ble tatt på alvor.

Informasjonsstatus hadde signifikant betydning for om deltakerne i vår studie hadde utsatt å ta kontakt med helsepersonell på grunn av behov for hjelp med fødselsriften. Pretlove et al. (2004) påpeker at det i gjennomsnitt tar 2 år før kvinner tar kontakt med helsepersonell, til tross for at de opplever utfordringer med fødselsriften. H. S. Priddis et al. (2014) oppgir at

noen kvinner leste seg opp på tiltak de selv kunne gjøre for å unngå å få fødselsrift. De hadde forsøkt massasje med olje på perineum, samt å strekke vevet. Flere av disse kvinnene rapporterer at de selv hadde skylden for at de fikk en fødselsrift, fordi de ikke hadde utført tiltakene godt nok. Andre skyldte på at de hadde dårlig anatomi. Kvinner rapporterte at de hadde utfordringer med å forstå når et problem var så alvorlig at de bure tatt kontakt med helsepersonell. Dette understøtter viktigheten av helsepersonells arbeid med informasjon, åpenhet og myndiggjøring av kvinnen for å styrke hennes evne til å oppdage komplikasjoner og oppsøke hjelp dersom hun har behov for det (Folkehelseinstituttet, 2019).

I vår studie rapporterte deltakerne årsaker til hvorfor de utsatte å ta kontakt med helsepersonell. Alternativer som gikk igjen, var at de manglet informasjon om hvem de kunne kontakte for å få hjelp, de hadde ikke blitt tatt på alvor da de hadde bedt om hjelp fra helsepersonell og de hadde hatt en dårlig fødselsopplevelse. Holdninger blant helsepersonell kan føre til at kvinner bruker lengre tid enn nødvendig på å ta kontakt med hjelpeinstans. De som ikke fanges opp rett etter fødsel, kan være en sårbar gruppe da forskningen viser at det er høy terskel blant kvinner for å ta kontakt på grunn av utfordringer de opplever relatert til fødselsrift. Kvinner som over lengre tid plages med utfordringer på grunn av fødselsrift, har større sannsynlighet for å utvikle kroniske plager med depresjon og skam (NICE, 2021; Pretlove et al., 2004; H. Priddis et al., 2013). Williams, Lavender, Richmond og Tincello (2005) beskriver at kvinner ønsket informasjon etter fødselen slik at de var forberedt på hva de kunne forvente i ettertid. Informasjon gitt av helsepersonell ble ofte gitt med hastverk, var vag og mangelfull. Mangel på god informasjon og oppfølging var et stort problem for kvinner. De som fikk oppfølging av en perinealklinikk i barseltiden var takknemlig for informasjonen de fikk om fødselsriften. Til tross for at informasjonen på flere områder kunne vært forbedret, følte de seg godt informert.

Bekymring og utfordring relatert til informasjonsstatus

Resultatene fra vår spørreundersøkelse viser at deltakerne som fikk informasjon på barselavdelingen før hjemreise, sammenlignet med de som ikke fikk informasjon, bekymret seg i mindre grad for utseende på underlivet, smerte, samleie, intimitet og kjærlighetsforhold. Både H. Priddis et al. (2013) og Crookall et al. (2018) påpeker at mangel på informasjon kan

gi bekymringer og påvirke kvinnen langt inn i barselperioden. De la skylden på seg selv, følte seg mislykket, stolte ikke på kroppen sin og følte at de ikke kunne møte partners seksuelle behov, noe som resultatene fra våre undersøkelser også viser. Kvinnene som fikk alvorlig fødselsrifi bekymret seg for fremtidige graviditeter og konsekvenser graviditet og fødsel kunne medføre (H. Priddis et al., 2013). Bidwell et al. (2021) beskriver at kvinner rapporterte at informasjon om fødselsrifi kunne gi økt bekymring for noen, men ønsket likevel at informasjon om fødselsrifi skulle være fritt tilgjengelig, slik at kvinnen selv kunne vurdere hvor mye informasjon hun ønsket.

Resultatene i studien vår viste også at deltakerne som fikk informasjon hadde mindre utfordringer med samleie, intimitet, kjærlighetsforhold, sårtilheling, selvbilde, fortvilelse, håpløshet, sårbarhet og amming, sammenlignet med de som ikke fikk informasjon. O'Kelly et al. (2017) beskriver i en oversiktsartikkel at det er kjent at fødselsrifer påvirker kvinners helse psykisk og fysisk, men at det finnes lite forskning på om informasjon til kvinner i svangerskapet kan bidra til at kvinner mestrer eventuelle utfordringer komplikasjoner etter fødselsrifi bærer med seg. Crookall et al. (2018) beskriver at mangelfull informasjon om symptomer, gjorde at kvinnene følte seg uforberedt og overlatt til seg selv når uventede komplikasjoner etter fødselsriften oppsto. Det påpekes at kvinnene møttes med lite forståelse hos helsepersonell, noe som fikk kvinnene til å se på helsepersonellet som uvennlige. Flertallet av kvinner rapporterte en «profesjonell stillhet» som ga dem inntrykk av at problemene de opplevde etter fødselsriften ikke skulle snakkes om. Dette, sammen med mangelfull informasjon bidro til at situasjonen følte håpløs. Vedeler et al. (2022) trekker frem viktigheten av kontinuitet. Jordmødres tilgjengelighet var viktig gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Det legges vekt på at jordmor måtte være tilgjengelig for den nye familien ved spørsmål og spesielt ved oppstart av amming. Det var ikke nødvendigvis viktigst at jordmoren var den samme, men at personalet hadde satt seg inn i kvinnens ønsker og journal fra tidligere, slik at de kjente til kvinnes fødselshistorikk. Følelsen av kontinuitet var sterkt koblet med tilpasset informasjon som ble gitt av jordmødre, og å få tilbud om postpartum samtalen var viktig, slik at kvinnene kunne stille spørsmål og ta informerte valg.

Sammenheng mellom informasjonsstatus, utfordringer og mestring

Resultatene i studien vår viser at informasjonsstatus hadde betydning for om deltakerne opplevde utfordringer eller mestring relatert til fødselsriften. Deltakerne som mottok informasjon om fødselsriften på barselavdelingen, rapporterte at de hadde mindre utfordringer eller økende mestring relatert til fødselsriften. På spørsmål om mestring i spørreundersøkelsen vår, ble mestring definert som opplevelse av kontroll, kunnskap og oversikt knyttet til fødselsrift. Olsson (2013) forklarer mestring som en persons evne til å gjenopprette mening og sammenheng i livet, bearbeide følelsesmessige reaksjoner og problemløsning.

Resultatet av stratifiseringen kan indikere mulige konfundere eller effektmodifikasjon som tilsier at de kan ha en effekt på betydningen av informasjon på utfallet. At en faktor er en konfunder betyr at det kan være andre påvirkninger enn det man forsøker å måle som gir resultatet (Bjørndal & Hofoss, 2010). Ujustert vil effekten av informasjon på utfordring og mestring med overveiende sannsynlighet være overvurdert. Studiens påviste sammenheng mellom informasjon, utfordringer og mestring må tolkes med varsomhet. Siden det ikke er justert for mulige påvirkende faktorer, kan betydningen av informasjon gitt om fødselsrift være overvurdert uten å ha vært vurdert i en justert regresjonsanalyse. Men stratifiseringen har gitt innsikt i hvilke grupper enkeltfaktorer sammenhengen er gyldig for og at det kan være nyanser av effekten mellom de ulike strata.

Det var ulik påvirkning av utfordring og mestring innad for noen av kategoriene. For deltakerne i den yngste og eldste aldersgruppen, hadde ikke informasjonsstatus noe å si for deres opplevelse av utfordring relatert til fødselsriften. Informasjonsstatus hadde betydning for opplevelse av mestring for alle aldersgrupper unntatt den eldste gruppen. For deltakerne med grunnskole/videregående skole og høgskole/universitet ≥ 4 år hadde informasjonsstatus betydning for deltakernes opplevelse av utfordring relatert til fødselsriften. På alle utdanningsnivåer hadde informasjonsstatus betydning for deres opplevelse av mestring relatert til fødselsriften. Resultatene viser at bakgrunnsfaktorer kan påvirke for om informasjon hadde betydning for deltakernes opplevelse av utfordring og mestring eller ikke.

Briscoe, Lavender og McGowan (2016) har skrevet en studie om kvinners sårbarhet i møte med helsevesenet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. De trekker frem at alder, lavt

utdanningsnivå og lav yrkesstatus er faktorer som påvirker kvinners sårbarhet i møte med fødsel- og barselomsorgen i negativ grad. Barselkvinner med lav alder blir hyppigere oversett av helsepersonell og barselkvinner med høy alder bærer oftere med seg komplekse behov, som helsetjenesten ikke er tilrettelagt for. Studien til Briscoe et al. (2016) kan gi en indikasjon på hvorfor informasjonsstatus hos den yngste og eldste aldergruppen i vår studie ikke hadde betydning, uten at vi kan si dette med sikkerhet. Lindberg et al. (2020) skriver at alder, kjønn og kulturell bakgrunn kan legges til listen over sårbarhetsfaktorer. At helsepersonell støtter, reduserer ulikhet og gir veiledning er viktig for å redusere sårbarhet blant kvinner i svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen. Dårlig støtte og oppfølging fra helsepersonell predisponerer for dårlig mental helse hos nybakte mødre, og øker kvinnes sårbarhet for å takle store omveltninger i livet. Et omsorgsfullt, gjensidig forhold mellom helsepersonell og barselkvinnen, bidrar til økt tillitt og åpenhet og kan gi kvinnen en opplevelse av empowerment (Hermansson & Mårtensson, 2011). Antonovsky beskriver at mennesker som mestrer situasjonen sin og har en sterk opplevelse av sammenheng, lettere vil tilpasse seg forandringene de utsettes for (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Aune et al., 2015). Dette kan sammenlignes med kvinner som møter utfordringer relatert til fødselsrift og er i tråd med våre resultater som viser at informasjon om fødselsriften reduserer deltakernes opplevelse av utfordring og øker opplevelsen av mestring. Sviktende helsekommunikasjon kan også forklare de observerte ulikheter innenfor de stratifiserte gruppene. Det kan være at kvinnen som mottaker av informasjon, ikke har forstått den ut fra mindre forutsetninger (for eksempel alder, erfaring) eller at helsepersonell har overvurdert mottaker (for eksempel utdanning) og dermed ikke gitt tilpasset eller tilstrekkelig informasjon.

For både førstegangsfødende og flergangsfødende hadde det å motta informasjon en positiv effekt på opplevelsen av utfordring og mestring. At dette kom frem i våre resultater er interessant, med tanke på at forskningen fokuserer mest på førstegangsfødendes informasjonsbehov, og vier lite oppmerksomhet til flergangsfødende (McLellan & Laidlaw, 2013). Det kan tenkes at førstegangsfødende kan være en sårbar gruppe etter å ha fått en fødselsrift, fordi de mangler erfaring med fødsel fra tidligere, og kan ha lite kunnskap om hva man kan forvente seg i etterkant, spesielt hvis det har vært sparsomt med informasjon fra

helsepersonell. Artikkelen til Wiklund et al. (2018) påpeker at den første tiden etter fødsel er sårbar for nybakte foreldre og behovet for informasjon og rådgivning bør bli lagt vekt på.

For deltakere i studien vår som tidligere har fått en fødselsrift, har det å få informasjon positiv effekt på utfordring og mestring. Å få informasjon om fødselsriften har betydning for alle grader av fødselsrift for mestring og utfordring. Det er et overraskende funn at resultatene i vår studie viser at informasjon har betydning uavhengig av type fødselsrift, for deltakernes opplevelse av mestring og utfordring, når det kun er fødselsrift grad 3 og 4 som vies oppmerksomhet i retningslinjene for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014). Leeman, Rogers, Borders, Teaf, and Qualls (2016) konkluderer med at kvinner med fødselsrift grad 2 ikke har økt risiko for problemer med bekkenbunnen i forhold til kvinner som har en fødselsrift grad 1 eller ingen fødselsrift etter fødsel. Med bakgrunn i dette kunne kvinner etter fødselen informeres om at det var svært lite sannsynlig at en spontan fødselsrift grad 2 ville gi komplikasjoner som vedvarte mer enn 6 måneder etter fødselen, forutsatt at de fikk den informasjonen de hadde behov for. Som Lindberg et al. (2020) har påpekt i sin artikkel, var kvinner med fødselsrift grad 2 dårlig informert om fødselsriften, noe som medførte opplevelser med utfordringer relatert til seksualitet, psykisk og fysisk helse. Sammenlignet med kvinner som fikk fødselsrift grad 3 og 4, hadde kvinner med fødselsrift grad 2 like store utfordringer (Lindberg et al., 2020). Martin, Horowitz, Balbierz og Howell (2013) beskriver at flertallet av kvinner med fødselsrift grad 3 og 4 følte seg dårlig informert om skadene de hadde fått. Mangel på informasjon om forskjellige typer fødselsrifter, førte til at kvinner trodde at alle typer fødselsrifter var svært alvorlig, og etterlyser informasjon dersom eventuelle symptomer skulle oppstå. Veileder for fødselshjelp anbefaler at kvinner får informasjon om grad av fødselsrift, og hvilke symptomer som kan inntreffe (Laine et al., 2020).

For deltakerne som fødte for 2, 3 og 4 måneder siden, hadde informasjon betydning for opplevelse av mestring og utfordring av fødselsriften. For deltakere som hadde født for 0-1 måned siden hadde ikke informasjonsstatus betydning for deres opplevelse av mestring og utfordring. En forklaring kan være at uventede plager over tid utfordrer håndteringen. McLellan og Laidlaw (2013) slår fast at flere måneder etter fødselen hadde kvinner

utfordringer med urininkontinens, hodepine, hårtap og ryggmerter. Kvinner følte seg dårlig rustet til å håndtere symptomer, fordi de ikke visste hva de skulle forvente.

For deltakerne i vår studie som hadde behov for informasjon, hadde informasjonsstatus signifikant betydning for mestring og utfordring relatert til fødselsrift. Dette faktum og at sammenhengen mellom informasjonsstatus og utfordring var gyldig både for de med behov for informasjon og de uten behov, kan forklares med at informasjon om fødselsriften øker kvinners opplevelse av sammenheng (SOC), og bedrer deres evne til å håndtere utfordringer med mestring av fødselsriften. Walseth og Malterud (2004) viser til at pasienter med sterk opplevelse av sammenheng, ser på seg selv som mindre syke. Her kan det trekkes parallelle linjer over til barselkvinnene. Med sterk opplevelse av sammenheng, lar de seg ikke påvirke av fødselsriften i like stor grad som kvinner som ikke opplever sammenheng i situasjonen. Dette kan også kobles opp mot resultatene som viste at stor grad av tilpasset, nyttig og fornøyd med informasjon positivt korrelerte med økt grad av opplevd mestring relatert til fødselsriften og med negativ korrelasjon med utfordring relatert til fødselsriften. Dette kan igjen sees i lys av opplevelse av sammenheng (SOC) og helsekommunikasjon mellom helsepersonell og barselkvinner (Aune et al., 2015; Finbråten & Pettersen, 2009).

McLelland og Laidlaw (2013) demonstrerte at førstegangsmødre rapporterer om et udekket informasjonsbehov. De skriver at kommunikasjonsferdighetene hos helsepersonell og god kvalitet på informasjon gitt av helsepersonell etter fødsel, er forbundet med høyere tilfredshet hos barselkvinnene. Faktorer som kan påvirkes av dårlig kommunikasjon og informasjon er kvinnens psykiske helse og mulighet for vellykket amming.

Til tross for at alle deltakerne i studien har fått fødselsrift, er det positivt at gjennomsnittskåren for fornøydhet med livet er 7,62 på en skala mellom 0-10. Livskvaliteten viste seg å øke med opplevelse av mestring og synke med opplevelse av utfordringer. Utfallet kan tenkes å ha en sammenheng med informasjonsstatus, samtidig som at det kan være andre faktorer som gjør at deltakerne har skåret høyt på fornøydhet med livet, da spørsmålet ikke er rettet mot det å ha hatt en fødselsrift.

5.2 Metodekritikk

Validitet og reliabilitet

Validitet står for relevans og gyldighet. Det som måles må være relevant og gyldig for problemstillingen, og spørsmålene i spørreskjemaundersøkelsen må måle det de var ment til å måle (Dalland, 2007; Pallant, 2020). Tilfeldige og systematiske feil samt konfundere må være klarert for at et funn kan sies å være valid (Bjørndal & Hofoss, 2010). Vi kan ikke med sikkerhet si at det ikke finnes tilfeldige eller systematiske feil i vår studie. Vi har imidlertid gjennom hele arbeidsprosessen med dataene, kontrollert for feil, sjekket at tallene stemmer, dobbeltsjekket utregninger manuelt gjentatte ganger og fysisk jobbet sammen med analysene for å sikre at de riktige variablene og tallene ble brukt. Reliabilitet, pålitelighet, indikerer hvordan en studie er fri for tilfeldige feil, resultatene kan påvirkes av selve undersøkelsen som er gjort. Reliabiliteten er knyttet til målekvalitet, hvor godt vi måler det som måles, og om vi kan stole på data som er kartlagt (Busch, 2013, p. 62). Generaliserbarhet vil si om resultatene fra studien kan overføres til andre populasjoner eller situasjoner (Busch, 2013).

Statistiske analyser

Det at vi gjennom hele arbeidet med masteroppgaven har jobbet fysisk sammen, har resultert i at begge studentene har hatt svært god oversikt over materialet, og det er en styrke for oppgavens reliabilitet (Busch, 2013). Vi har arbeidet sammen med inn- /omkoding, og har dermed redusert faren for tastefeil av tall og resultater. Tall og analyser er sjekket for feil flere ganger. Både signifikante og ikke signifikante resultater er rapportert gjennom analysekapittelet noe som styrker rapporteringen. Manglende data (missing) er ikke eksplisitt rapportert i analysene, men leserne har fått presentert totalt antall deltakere samt antall deltakere som har svart på hvert enkelt spørsmål. Det er gjennomgående få manglende svar gjennom spørreundersøkelsen.

Spørsmål på Likert-skala, representerer personlige meninger, og er sådan kvalitative. Mestring, utfordring og bekymring er hovedmål ved bruk av Likert-skala. I statistiske undersøkelser vil man omgjøre innsamlet empiri til tall, men deltakernes oppfatning av gradering er individuell, og vi som forskere kan ikke med sikkerhet vite hva deltakerne legger i «ikke i det hele tatt, i liten grad, i noen grad, i stor grad og i svært stor grad». Dette kan føre

til at svarene tolkes i en retning deltakerne ikke har ment (Jacobsen, 2021; Johannessen, 2009).

Mann-Whitney U test, tester forskjellen i gjennomsnittskår for ordinale data i utvalget. Vi mener at dette var en egnet test for å undersøke sammenhengen mellom informasjonsstatus og mestring og utfordring fordelt på enkeltvariabler. Måten vi har gjennomført testene på, viser om det var en forskjell mellom deltakerne innen samme faktor, og egnet seg for å se om det var en sammenheng mellom informasjonsstatus på mestring og utfordring (Pallant, 2020).

En svakhet ved bruk MWU, er at vi kun har testet sammenhengen mellom enkeltvariabler, binære analyser, og kan derfor heller ikke si noe om årsakssammenheng. Et alternativ til MWU test kunne vært multippel regresjonsanalyse, hvor man kan finne konfundere og hvordan faktorer påvirker hverandre i analysene (Pallant, 2020). Våre statistiske ferdigheter og tiden vi hadde til rådighet, er en begrunnelse for at ikke andre typer analyser er valgt.

En styrke ved å forske i eget fagfelt er at vi sitter på bakgrunnskunnskap som kan bidra til at vi har stilt spørsmål som har vært målrettet for temaet vi ønsket svar på. En svakhet er at vi har kort erfaring innen fagfeltet, og har hentet vår erfaring hovedsakelig fra barselavdelinger på kvinneklinikk og lokalsykehus. Vi kan også lett la oss påvirke av egne holdninger, forforståelse og forventning til resultatene, noe vi etter beste evne har forsøkt å legge bort.

Design

En styrke ved kvantitativ metode og tverrsnittstudie, med spørreskjemaundersøkelse er muligheten til å nå ut til mange deltakere på kort tid (Jacobsen, 2021). Samtidig kan vi ikke utelukke at useriøse deltakere, net troll, deltar i spørreundersøkelsen. Vi kan heller ikke vite hvem som deltar i studien ettersom spørreundersøkelsen er anonym. Vår korte erfaring med kvantitativ metode og spørreskjemaundersøkelse, har vist seg gjennom tidsbruken for utvikling av spørreskjema og analyser. Bruk av sosiale medier i rekrutteringen viste seg å være et godt utgangspunkt for å samle mange deltakere på kort tid, og vi har fått satt offentlig søkelys på et tema vi engasjerer oss i, hvor også kvinner har kommet med tilbakemeldinger direkte til oss om at de syntes at tiden for lengst har vært inne for en slik undersøkelse i Norge. Vi går mer og mer over til en digital hverdag, noe de siste to årene med pandemi også

har vist oss. Det er ikke vanskelig å se for seg at det i fremtiden kan bli mer normalt å bruke sosiale medier til rekruttering i befolkningsundersøkelser. Topolovec-Vranic og Natarajan (2016) beskriver at bruk av sosiale medier i rekruttering av deltakere til spørreundersøkelser egner seg hvis utvalget som skal rekrutteres er unge, i tillegg til at det er kostnadseffektivt. Herbell (2019) beskriver at bruk av Facebook i rekruttering til spørreundersøkelser er tidsbesparende, og bidrar til å nå mange potensielle deltakere på kort tid og i store områder.

Spørreundersøkelse

Utformingen av spørsmål og svar er en sentral del av gyldighetsdiskusjonen i kvantitative undersøkelser. Samvariasjon mellom variabler spiller en sentral rolle for reliabilitet og validitet i analysen som gjennomføres (Jacobsen, 2021). Ved utforming av spørreundersøkelsen, oppsøkte vi tidligere spørreundersøkelser for å danne oss et bilde av oppsettet. Spørreundersøkelsen ble til stadighet omformulert og testet på venner og bekjente. Validerte måleinstrument for mestring innen helse finnes, men vi valgte å legge inn et konkret spørsmål på mestring av riften – med forklaring på hva mestring i dette tilfellet innebar. Jahani Shoorab, Taghipour, Esmaily og Latifnejad Roudsari (2020) har utviklet et validert spørreskjema som fokuserer på kvinner med fødselsrift sin psykiske og fysiske helse. Spørsmålene tok ikke for seg kvinners vurdering av informasjon gitt av helsepersonell om fødselsrift, men tok sikte på å stille spørsmål som kunne tolke kvinnens opplevelse av utfordringer og plager etter å ha fått en fødselsrift. Vi fant ikke spørreundersøkelser som var gjennomført med samme fokus som oss – vurdering av informasjonen pasienter har fått av helsepersonell, og hvilken betydning informasjonen har hatt for dem med tanke på bekymring, utfordring og mestring relatert til helseplager. Med dette grunnlaget utformet vi egne spørsmål.

Utforming av spørsmål og svaralternativer som leses og tolkes subjektivt for hver deltaker, misforståelser, at deltaker ikke husker (hukommelsesbias) og forskjeller i subjektiv tolkning kan føre til feiltolkning fra forskernes side. Dette fører til informasjonsskjevheter i studien. Vi har også erfart at dårlig formulering av spørsmål og svaralternativer fra vår side har ført til at et spørsmål måtte ekskluderes. Det kan heller ikke legges skjul på, at vi underveis i arbeidet har identifisert faktorer vi gjerne ville hatt svar på, eksempelvis deltakernes opplevelse av kontinuitet i informasjon som ble gitt om fødselsriften. Spørreundersøkelsen består av mange

spørsmål, kanskje i overkant mange, for en liten studie. Dette ga oss et svært stort materiale å sortere i forkant av analyser, men er til gjengjeld et svært godt utgangspunkt for ulike forskningsartikler. Dataene kan også muligens deles med andre forskere for å bidra i fagfeltet.

Utvalget i studien sammenlignet med fødepopulasjonen i Norge

Sammenlignet med tall fra MFR 2020 (Folkehelseinstituttet, 2021), har vi en høyere andel førstegangsfødende og deltakere med fødselsrift grad 3 og 4 i vårt utvalg i forhold til fødepopulasjonen i Norge, ellers må man kunne si at utvalget i studien er representativt for populasjonen. Førstegangsfødende viser seg i forskningslitteraturen å være en gruppe som trenger mer informasjon om fødselsriften sin enn de får i dag (McLellan & Laidlaw, 2013). Førstegangsfødende med fødselsrift grad 1 og 2, trekkes spesielt frem som en gruppe som oversees (Lidberg & Hammar, 2020). En høy andel førstegangsfødende kan ha introdusert skjevhet til utvalget sammenlignet med populasjonen. Kanskje kan den høye andelen førstegangsfødende forklares med at denne gruppen har økt motivasjon for å delta på en slik spørreundersøkelse, nettopp fordi de har manglet informasjon etter å ha fått en fødselsrift. At andelen deltakere med fødselsrift grad 3 og 4 er høyere enn i fødepopulasjonen i Norge, kan forklares med spørreundersøkelsens fokus, at alle deltakerne i spørreundersøkelsen hadde fått en fødselsrift. Når utvalget ikke inkluderer fødende uten fødselsrift, vil naturligvis andelen med alvorlig grad av fødselsrift være større enn sammenlignet med hele fødepopulasjonen i Norge hvor også kvinner uten fødselsrift telles med.

Rekruttering av utvalg og utvalgsbias

Utvalget vårt består av et ikke tilfeldig selvselektert utvalg, av personer som har meldt seg frivillig til å delta. Selvseleksjon er en trussel mot den interne validiteten til studien som følge av eksisterende forskjeller mellom grupper som studeres (Polit & Beck, 2017). Vi kan ikke med sikkerhet vite hvor representativt utvalget er for populasjonen, men våre undersøkelser viste at store deler av populasjonen vi ønsket å nå fram til befant seg på sosiale medier. Statistikk fra SSB viste at 96 % av kvinner i aldersgruppen 25-34 år befant seg daglig eller nesten daglig på sosiale medier i 2019. Hovedandelen for vårt utvalg i studien samt tall fra MFR befant seg innenfor gjeldende aldergruppe (SSB, 2019).

Bias, er skjevhet i forskning som kan føre til at resultatene i studien ikke samsvarer med virkeligheten. Seleksjonsbias betyr at frivillige deltakere i en studie skiller seg fra dem som ikke ønsker å delta i studien. Valg av studiepopulasjon er essensielt for forskningsresultatenes generaliserbarhet. Mange faktorer kan påvirke seleksjon av studiedeltakere, eksempelvis, responsbias og skalabias. Skalabias innebærer at deltakere har subjektive normer for hvordan de graderer seg på en skala eksempelvis fra 1-10 eller fra «ikke i det hele tatt» til «i svært stor grad» (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2015).

Nettsiden vi opprettet egnet seg godt til å promotere studien og dele informasjon om studien til potensielle deltakere. En styrke ved bruk av nettside, er at den kan bidra til at besøkende på nettsiden får inntrykk av at dette er et profesjonelt og ekte prosjekt. En svakhet, kan være at nettsiden blir et ekstra element i rekrutteringsprosessen, og kan føre til utålmodighet blant potensielle deltakere til spørreundersøkelsen. Vi mener likevel at denne nettsiden var viktig, da informasjon om prosjektet til potensielle deltakere, bidro til at deltakerne hadde et inntrykk av hvilke opplysninger som ville bli spurt etter, og dermed minske sjansen for å påføre deltakere ekstra belastning eller lignende, da vi ikke kan kjenne til bakgrunn og eventuelle traumer potensielle deltakere bærer med seg. Ved bruk av nettside, er wordpress.com UiT sin foretrukne plattform (UiT, 2011)

Profilene vi tok kontakt med på Instagram er primært profiler med fokus på kvinnehelse, med følgere som sannsynligvis også er engasjert i kvinnehelse. Dette kan ha bidratt til stor deltakelse, fordi utvalget har vært svært motivert for å delta i spørreundersøkelsen. Jacobsen (2021) beskriver at spørreundersøkelser får dårligere og dårligere deltakelse, befolkningen er lite motivert for å delta, men med sosiale medier har vi erfart at motivasjonen til deltakelse har vært stor. Vi hadde kort tid til rekruttering, og deltakelsen var overveldende. Statistikk fra nettsiden viser deltakelsen de dagene vi jobbet mest med rekruttering (vedlegg 7). I tillegg til sosiale medier sendte vi e-post til føde- og barselavdelinger og helsestasjoner i alle deler av landet, med oppfordring om å dele studien og henge opp informasjonsplakat. Vi fikk liten respons på e-post som ble sendt ut.

Tittelen på studien og spørreundersøkelsen kan både ha provosert og bidratt til engasjement. Ordlyden på tittelen, som kan assosieres med negativitet, kan ha bidratt til at kvinner med

negativ erfaring fra barselomsorgen i større grad har engasjert seg i spørreundersøkelsen. Likevel synes resultatene i hovedsak å være positive til sammenligning med forskningslitteratur (McLellan & Laidlaw, 2013).

5.3 Forslag til videre forskning

Denne studien baserer seg på kvinners vurdering av informasjon om fødselsrift, oppfølgingen de mottok på barselavdelingen og hvilken betydning informasjonen hadde for deres opplevelse av bekymring, utfordring og mestring relatert til fødselsriften. Studien ble gjennomført med lukkede spørsmål, og det ville være interessant å vite kvinnenes konkrete meninger om temaene som ble tatt opp og deres erfaringer, enten i fritekstfelt eller gjennom kvalitative intervju. Å få kvinners personlige innspill, ville beriket materialet og kanskje gitt en enda tydeligere føring for framtidige retningslinjer i barselomsorgen. Med både kvantitativ og kvalitativ empiri, kunne slik forskning være svært interessant for helsemyndighetene og framtidig forbedringsarbeid i barselomsorgen.

5.4 Implikasjoner for praksis

Tydelige føringer til helsepersonell om hvordan de skal møte kvinner med alle typer fødselsrift mangler både i forskningen og i retningslinjene for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014). Vi ser et økende fokus i Helsenorge.no på pasienter og brukeres medvirkning, og helsepersonell oppfordres til å myndiggjøre og inkludere i møte med pasienter og brukere (Folkehelseinstituttet, 2019; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Oppfordringen til helsepersonell om å bruke empowerment og helsefremming i møte med pasienter, bør fastsettes i retningslinjer som helsepersonell kan støtte seg på.

Temaet er dagsaktuelt, og føde- og barselomsorgen er viet oppmerksomhet i mediene spesielt i de siste to årene med pandemi. Resultatene og forskning viser at informasjon gitt av helsepersonell er mangelfull og lite standardisert. Funn fra studien tilsier et behov for økt fokus på kvinners informasjonsbehov, uavhengig av type fødselsrift, og helsepersonell bør få tydelige retningslinjer for hva som skal gis av informasjon. Vår erfaring fra barselomsorgen som jordmorstudenter, er at det er store variasjoner ikke bare mellom barselavdelingene, men også fra jordmor til jordmor, i forhold til hva som blir gitt av informasjon om fødselsriften. Vi mener at kvinner bør få konkret og standardisert informasjon om komplikasjoner og plager

som kan oppstå etter å ha fått en fødselsrift og viktigheten av å ta kontakt med jordmor eller fastlege. Kanskje kan denne studien inspirere fremtidige og nåværende jordmødre til å gi informasjon om fødselsrift med holdninger som fremmer helse, bygger tillitt, myndiggjør, anvende helsefremmende kommunikasjon – og gi kvinnen mulighet til medvirkning, samt øke hennes evne til å tilpasse seg nye situasjoner med redskapene hun trenger (Aune et al., 2015; Finbråten & Pettersen, 2009).

Barseloppørret er en organisasjon som jobber for å bedre tilbudet i barselomsorgen (Barseloppørret, 2021). Barseloppørret har den siste tiden vært synlige i det offentlige rom og spesielt i sosiale medier. De trekker frem i et innlegg på Instagram 8/3-22 at barselkvinner har særlige behov som ikke møtes med lovfestede rettigheter (Barseloppørret, 2021).

Organisasjonen er tydelig på at retningslinjer som beskriver hva en gunstig barselomsorg innebærer ikke er bra nok. De påpeker også at retningslinjer ikke har rang som formell norsk lov, og dermed ikke fastsetter lovbestemte rettigheter, og mener at det er uklart hvilke rettigheter barselkvinner faktisk har. Barseloppørret påstår at retningslinjene følges i varierende grad, og påpeker at retningslinjene for barselomsorgen er vanskelige å sette seg inn i og finne for kvinner i barsel (Barseloppørret, 2021). At kvinner i svangerskap-, fødsel-, og barselomsorgen ikke har lovfestede rettigheter kan diskuteres, da alle brukere og pasienter i Norge har lovfestede rettigheter gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Det bør likevel trekkes frem at kvinner i svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen er særlig sårbare, og at en egen forskrift til loven ville være gunstig og tydelig fremme hva som bør være minstestandard for kvinner i behov av svangerskap-, fødsel-, og barselomsorg.

Åpenhet vi ser blant kvinner og kjente profiler det siste året i media, kan bidra positivt til å skape mindre tabu rundt tema «fødselsrift» og dermed føre til at flere kvinner oppsøker hjelp, i tillegg til at man kanskje får økt fokus på området i fagmiljøet.

WHO slår fast at barselperioden er den mest kritiske for kvinnen og barnet. Til tross for dette er barselomsorgen den mest neglisjerte delen av omsorgen for kvinner og barn før, under og etter fødsel på verdensbasis (WHO, 2013). Dersom helsemyndighetene hadde utarbeidet en standard, eksempelvis gjennom forskrift eller nasjonale retningslinjer, for hva som skulle

nevnes i forbindelse med informasjon om fødselsriften, ville det vært mindre tilfeldig hva slags informasjon kvinner får etter å ha fått en fødselsrift. Flere studier påpeker at negative erfaringer og manglende informasjon er mer sannsynlig å oppleve i barselavdelinger enn i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Lav bemanning er en av grunnene som trekkes frem og kan være årsak til dette (Rudman & Waldenström, 2007; Turner, Culliford, Ball, Kitson-Reynolds, & Griffiths, 2022).

6 Konklusjon

Gjennom studien har vi satt søkelys på informasjon som kvinner har mottatt på barselavdelingen. Informasjon om fødselsriften bidro til mindre bekymring og utfordring relatert til fødselsrift hos deltakerne på flere områder. Informasjonsstatus hadde betydning for opplevelse av mestring og utfordring relatert til fødselsrift, men med noe variasjon med hensyn til gyldighet for ulike grupper. Deltakerne som var fornøyd med informasjonen og mente at den var nyttig og tilpasset, hadde høyere grad av mestring og mindre grad av utfordring knyttet til fødselsriften.

Vi mener å ha avdekket at det er et behov for informasjon uavhengig av grad av fødselsrift. Den informasjonen som gis fremstår som lite konkret, noe som kan være et uttrykk for at det er et behov for standardiserte retningslinjer til helsepersonell om informasjon som gis om fødselsrift.

En stor andel deltakere fikk ikke informasjon om hvem de skulle kontakte for 6-ukerskontroll – for egen helse. Informasjonsstatus hadde betydning for om fødselsriften ble tatt opp som tema og sjekket på 6-ukerskontrollen. Informasjonsstatus hadde også betydning for om deltakerne tok kontakt med helsepersonell ved behov for hjelp relatert til fødselsriften.

På bakgrunn av de funnene som kom frem i studien ser vi et behov for føringer for hvilken informasjon som bør gis til kvinner med alle typer fødselsrift ved norske barselavdelinger. I lys av empowerment, mestring og helsekommunikasjon har helsepersonell (jordmor) en viktig rolle i å istandsette kvinner til å fremme egen helse. Standardisert informasjon kan bidra til bedre maternell helse etter fødsel, når det gjelder kvinners psykiske og fysiske helse. Tydelige retningslinjer for barselomsorg og egen forskrift for svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen til pasient og brukerrettighetsloven, kan hjelpe helsepersonell å ha et helsefremmende og myndiggjørende perspektiv, bidra til økt mestring og opplevelse av sammenheng for sårbare kvinner i barselperioden.

Referanseliste

- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aune, I., Dahlberg, U., & Haugan, G. (2015). Sense of coherence among healthy Norwegian women in postnatal care: Dimensionality reliability and construct validity of the Orientation to Life Questionnaire. *Sex Reprod Healthc*, 8, 6-12. doi:10.1016/j.srhc.2015.12.001
- Barseloppørret. (2021). Barseloppørret. Retrieved from <https://barselopporet.no/>
- Bick, D., MacArthur, C., Knight, M., Adams, C., Nelson-Piercy, C., & Shakespeare, J. (2015). *Annual Report of the Chief Medical Officer - Post-pregnancy care: missed opportunities during the reproductive years*. England: Department of Health Retrieved from https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/595439/CMO_annual_report_2014.pdf
- Bidwell, P., Sevdalis, N., Silverton, L., Harris, J., Gurol-Urganci, I., Hellyer, A., . . . Thakar, R. (2021). Women's experiences of the OASI Care Bundle; a package of care to reduce severe perineal trauma. *Int Urogynecol J*, 32(7), 1807-1816. doi:10.1007/s00192-020-04653-2
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2010). *Statistikk for helse og sosialfagene* [e-bok](2 utg ed.).
- Briscoe, L., Lavender, T., & McGowan, L. (2016). A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. *J Adv Nurs*, 72(10), 2330-2345. doi:10.1111/jan.13017
- Bunadsgeriljaen. (2019). Bunadsgeriljaen. Retrieved from <https://bunadsgeriljaen.no/>
- Busch, T. (2013). *Akademisk skriving for bachelor- og masterstudenter*. Bergen: Fagbokforl.
- Crookall, R., Fowler, G., Wood, C., & Slade, P. (2018). A systematic mixed studies review of women's experiences of perineal trauma sustained during childbirth. *J Adv Nurs*, 74(9), 2038-2052. doi:10.1111/jan.13724
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2015). Bias. Retrieved from <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias/?fbclid=IwAR0mzEL10uUEvYUEh0cBs5MCo-IE7FFzunEUsr1ggEZM3wWJxIJkLHxFiis>
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2019). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Retrieved from <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Dumoulin, C., Cacciari, L. P., & Hay - Smith, E. J. C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane database of systematic reviews*(10). doi:10.1002/14651858.CD005654.pub4
- Everett, E. L., & Furseth, I. (2004). *Masteroppgaven : hvordan begynne - og fullføre*. Oslo: Universitetsforl.
- Finbråten, H. S., & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Tidsskriftet sykepleien*, 97(5), 60-63. doi:10.4220/sykepleiens.2009.0009
- Fleming, N., Newton, E. R., & Roberts, J. (2003). Changes in postpartum perineal muscle function in women with and without episiotomies. *J Midwifery Womens Health*, 48(1), 53-59. doi:10.1016/S1526-9523(02)00368-9

- Folkehelseinstituttet. (2018). Brukeres erfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2017. *PasOpp-rapport nr 2018:46*. Retrieved from www.fhi.no
- Folkehelseinstituttet. (2019). Hva er viktig for deg? - En retningsendring. Retrieved from <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>
- Folkehelseinstituttet. (2020a). Enkelt- og flerfødsler. Retrieved from <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Folkehelseinstituttet. (2020b). F10a: Inngrep og tiltak under fødselen. Retrieved from <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Folkehelseinstituttet. (2021). Medisinsk fødselsregister - statistikkbank. Retrieved from <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=forskningsetikk>
- Helsebiblioteket. (2015). Validerte spørreskjema. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukererfaringer/validerte-sporreskjema>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_1
- Helsenorge.no. (2019a, 291019). Barseltiden - oppfølging etter hjemkomst. Retrieved from <https://www.helsenorge.no/etter-fodsel/oppfolging-etter-hjemkomst/>
- Helsenorge.no. (2019b, 280219). Kroppen og den første tiden etter fødsel. Retrieved from <https://www.helsenorge.no/etter-fodsel/mor-og-far-partner-etter-fodsel/>
- Herbell, K. (2019). Using Facebook To Recruit Pregnant Women for Research. *Nurs Res*, 68(3), 242-245. doi:10.1097/NNR.0000000000000353
- Hermansson, E., & Mårtensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context—a concept analysis. *Midwifery*, 27(6), 811-816. doi:10.1016/j.midw.2010.08.005
- Holmboe, O., & Sjetne, I. S. (2018). Brukererfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2017. Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2018/bruker-erfaringer-med-fodsels-og-barselomsorgen-i-2017/>
- Jacobsen, D. I. (2021). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene* (3. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jahani Shoorab, N. N., Taghipour, A. A., Esmaily, H. H., & Latifnejad Roudsari, R. R. (2020). Development and Psychometric Properties of the Women's Recovery of Postnatal Perineal Injuries Questionnaire (WRPPIQ). *International journal of community based nursing and midwifery*, 8(4), 311-323. doi:10.30476/ijcbnm.2020.85610.1279
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS : versjon 17* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt forl.
- Laine, K., Spydslaug, A. E., Baghestan, E., Norderval, S., Olsen, I. P., & Fodstad, K. (2020). Perinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel. In *Veileder i fødselshjelp*. Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/perinealskade-og-anal-sfinkterskade-ved-fodsel/>
- Leeman, L., Rogers, R., Borders, N., Teaf, D., & Qualls, C. (2016). The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a

- Prospective Cohort of Nulliparous Women. *Birth*, 43(4), 293-302.
doi:10.1111/birt.12258
- Lidberg, J., & Hammar, S. (2020). *Allt är normalt*. (student essay examens arbete i reproduktiv och perinatal hälsa). Göteborgs universitet, Göteborg. Retrieved from <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/66219>
- Lindberg, I., Persson, M., Nilsson, M., Uustal, E., & Lindqvist, M. (2020). "Taken by surprise" - Women's experiences of the first eight weeks after a second degree perineal tear at childbirth. *Midwifery*, 87, 102748-102748. doi:10.1016/j.midw.2020.102748
- Lindqvist, M., Persson, M., Nilsson, M., Uustal, E., & Lindberg, I. (2018). 'A worse nightmare than expected' - a Swedish qualitative study of women's experiences two months after obstetric anal sphincter muscle injury. *Midwifery*, 61, 22-28.
doi:10.1016/j.midw.2018.02.015
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health*, 59(6), 440-442. doi:10.1136/jech.2005.034777
- Martin, A., Horowitz, C., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Views of Women and Clinicians on Postpartum Preparation and Recovery. *Matern Child Health J*, 18(3), 707-713. doi:10.1007/s10995-013-1297-7
- McLellan, J., & Laidlaw, A. (2013). Perceptions of postnatal care: factors associated with primiparous mothers perceptions of postnatal communication and care. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13(1), 227-227. doi:10.1186/1471-2393-13-227
- NESH. (2018). *Forskningsetisk veileder for internettforskning* [Veileder]. In N. D. n. f. k. f. s. o. humaniora (Ed.), (Vol. 2. utgave). Retrieved from www.etikkom.no
- NICE. (2021). Postnatal care. *NICE guideline [NG194]*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/chapter/Recommendations#postnatal-care-of-the-woman>
- Norsk gynekologisk forening. (2020). *Veileder i fødselshjelp*. Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/>
- NSD. (2021). Personverntjenester. Retrieved from <https://www.nsd.no/personverntjenester>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
- O'Kelly, S. M., Moore, Z. E. H., & O'Kelly, S. M. (2017). Antenatal maternal education for improving postnatal perineal healing for women who have birthed in a hospital setting. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017(12), CD012258-CD012258.
doi:10.1002/14651858.CD012258.pub2
- Olsson, A. B. S. (2013, 16112018). Mestring. Retrieved from https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/mestring/?fbclid=IwAR3zLXfLBKj9324ViRBRJ9tQU9tJ9ullm1vqgK82_cq3gMPnnB0mmzpMHuU
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7th edition. ed.). London: Open University Press.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63 C.F.R. (2001).
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (personopplysningsloven). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38?q=personopplysningsloven>

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Pretlove, S. J., Thompson, P. J., Toozs-Hobson, P. M., & Radley, S. (2004). The first 18 months of a new perineal trauma clinic. *J Obstet Gynaecol*, 24(4), 399-402. doi:10.1080/01443610410001685538
- Priddis, H., Dahlen, H., & Schmied, V. (2013). Women's experiences following severe perineal trauma: a meta-ethnographic synthesis. *J Adv Nurs*, 69(4), 748-759. doi:10.1111/jan.12005
- Priddis, H. S., Schmied, V., Kettle, C., Sneddon, A., & Dahlen, H. G. (2014). "A patchwork of services" - caring for women who sustain severe perineal trauma in New South Wales - from the perspective of women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(1), 236-236. doi:10.1186/1471-2393-14-236
- REK. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Retrieved from <https://rekportalen.no/#hjem/home>
- Rudman, A., & Waldenström, U. (2007). Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Serv Res*, 7(1), 178-178. doi:10.1186/1472-6963-7-178
- SSB. (2019). Bruk av IKT i husholdningene. Retrieved from <https://www.ssb.no/statbank/table/11437/tableViewLayout1/>
- SSB. (2020). Livkvalitet i Norge 2020. Retrieved from <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/433414?ts=17554096418&fbclid=IwAR0idwuLE1fotEL6k7b9cJ5ivaYEaWEUHeJGMGLfw3nggUhacTs4FikTDSk>
- SSB. (2022). Fødte. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Topolovec-Vranic, J., & Natarajan, K. (2016). The Use of Social Media in Recruitment for Medical Research Studies: A Scoping Review. *J Med Internet Res*, 18(11), e286-e286. doi:10.2196/jmir.5698
- Turner, L., Culliford, D., Ball, J., Kitson-Reynolds, E., & Griffiths, P. (2022). The association between midwifery staffing levels and the experiences of mothers on postnatal wards: Cross sectional analysis of routine data. *Women Birth*. doi:10.1016/j.wombi.2022.02.005
- UiO. (2010, 220321). Hva er nettskjema. Retrieved from <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/mer-om/>
- UiO. (2013, 10.11.21). Kodebok i Nettskjema for TSD og analyse. Retrieved from <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/kodebok.html>
- UiO. (2014, 031121). Del et nettskjema med respondenter. Retrieved from <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/rettigheter-tilgang-til-skjema.html>
- UiT, N. a. u. (2011). blogg UiT. Retrieved from <https://blogg.uit.no>
- Universitetet i Oslo. (2017, 030321). Informasjonssikkerhet og risikovurdering for Nettskjema. Retrieved from <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/mer-om/informasjonnssikkerhet/>

- Vedeler, C., Nilsen, A. B. V., Blix, E., Downe, S., & Eri, T. S. (2022). What women emphasise as important aspects of care in childbirth – an online survey. *BJOG*, 129(4), 647-655. doi:10.1111/1471-0528.16926
- Walseth, L. T., & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmenmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2004/01/kronikk/salutogenese-og-empowerment-i-allmenmedisinsk-perspektiv>
- WHO. (2013). *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*.
- Wiklund, I., Wiklund, J., Pettersson, V., & Boström, A. M. (2018). New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review. *Sex Reprod Healthc*, 17, 35-42. doi:10.1016/j.srhc.2018.06.001
- Williams, A., Lavender, T., Richmond, D. H., & Tincello, D. G. (2005). Women's Experiences After a Third-Degree Obstetric Anal Sphincter Tear: A Qualitative Study. *Birth*, 32(2), 129-136. doi:10.1111/j.0730-7659.2005.00356.x
- World Health Organization. (2021). Track 2: Health literacy and health behaviour. Retrieved from <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/health-literacy>

Vedlegg 1

Deling i sosiale medier og via e-post:

34 profiler delte prosjektet på Instagram en eller flere ganger, med til sammen cirka 817898 følgere.

11 grupper på Facebook delte prosjektet en eller flere ganger, med til sammen cirka 181 717 følgere.

52 foreninger, helsestasjoner og føde/barselavdelinger fikk e-post med forespørsel om å dele prosjektet.

Vedlegg 2

Side 1

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

Fødselsrift – HVA SÅ!?

informasjonsside: <https://fodselsrift.com/>

I dette anonyme spørreskjemaet kommer det spørsmål om bakgrunn, fødsel, informasjonsbehov, oppfølging, bekymringer, utfordringer og mestring knyttet til din fødselsrift.

I forbindelse med ett av spørsmålene vil det komme noen beskrivende illustrasjoner på fødselsrift.

Det tar ca 5-15 minutter å svare på spørreskjemaet.

 Sideskift

Side 2

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

1. Har du født barn de siste 6 månedene? *

Ja

Nei

2. Fødte du ditt siste barn i Norge? *




Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1. Har du født barn de siste 6 månedene?»

Ja

Nei

3.I forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsriff? *

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «2.Fødte du ditt siste barn i Norge?»

Med fødselsriff menes en rift i underlivet eller skjeden som måtte sys etter fødselen. Fødselsriff kan være en spontan rift, eller et klipp (episiotomi) for å gjøre skjedeåpningen større.

Gjennom denne spørreundersøkelsen vil "klipp" også omtales som fødselsriff.


Ja

Nei

 Sideskift


Side 3

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.I forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsriff?»


Bakgrunnsinformasjon

4.Hva er din alder? *

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.I forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsriff?»

Oppgitt i hele år.

5. Hva er din sivilstatus?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.1 forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrifi?»

Enslig/singel

Kjæreste (som du ikke bor med)

Samboer/gift

6. Hva er din høyeste fullførte utdanning?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.1 forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrifi?»

Velg det alternativet som tilsvarer din fullførte utdanning. Hvis du er under utdanning, og forrige grad av fullførte utdanning er videregående skole, velg videregående skole.

Velg ...



7. Hva gjør du til daglig når du ikke er i permisjon?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.1 forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrifi?»

Dersom du er ferdig med din permisjon eller ikke har hatt permisjon, hva gjør du til daglig?

Yrkesaktiv

Student

Hjemmeværende


Sykemeldt

Arbeidsledig

Uføretrygd/arbeidsavklaringspenger


Fødsel

8.Hvor mange måneder er det siden din siste fødsel?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.I forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

Merk: din **siste** fødsel.

Svaret oppgis i hele måneder fra 0-6 måneder.

Velg ... 


9.Hvor mange barn har du født til sammen?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.I forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

- **inkludert** din siste fødsel.

Velg ... 

10.Fikk du spontan fødselsrift eller klipp (episiotomi) ved tidligere fødsler?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «2 barn», «3 barn» eller «4 eller flere barn» er valgt i spørsmålet «9.Hvor mange barn har du født til sammen?»

Merk: **tidligere** fødsler.

Fødselen av ditt siste barn teller ikke her.


Ja - fødselsrift

Ja - klipp

Ja - klipp og fødselsrift

Nei

11. Fødte du ditt siste barn på kvinneklinikk, lokalsykehus eller fødestue?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.1 forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

Merk: din **siste** fødsel.

Her ser du en oversikt over steder hvor ulike fødetilbud finnes:


Kvinneklinikk/stor fødeavdeling: Ahus, Haukeland, Ålesund, Bodø, Rikshospitalet, Ullevål, Tromsø, St. Olav, Kalnes, Drammen, Kristiansand, Haugesund, Vestfold, Førde, Stavanger, Lillehammer, Telemark.

Lokalsykehus/ mindre fødeavdeling: Kongsvinger, Hammerfest, Mo i Rana, Voss, Haugesund, Stord, Førde, Kristiansund, Molde, Volda, Levanger, Harstad, Namsos, Kirkenes, Vesterålen, Narvik, Sandnessjøen, Elverum, Levanger, Arendal, Gjøvik, Flekkefjord, Kongsberg, Ringerike, Bærum,

Fødestue (jordmorstyrt enhet): Alta, Brønnøysund, Gravdal, Tynset, Storslett, Midt-Troms, St. Olav fødestue, ABC-enheten.


Dersom du ikke finner ditt fødetilbud her, plasser deg der du mener du hører til.

- Kvinneklinikk/stor fødeavdeling
- Fødeavdeling på lokalsykehus/mindre fødeavdeling
- Fødestue (jordmorstyrt enhet)
- Utenfor institusjon (under transport, hjemme eller lignende)

 Sideskift

Beskrivelse av fødselsriften du fikk ved din siste fødsel

12. Vet du hva slags type fødselsrift du fikk ved din siste fødsel?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.1 forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

Merk: din **siste** fødsel.

Spontan fødselsrift eller klipp (episiotomi).

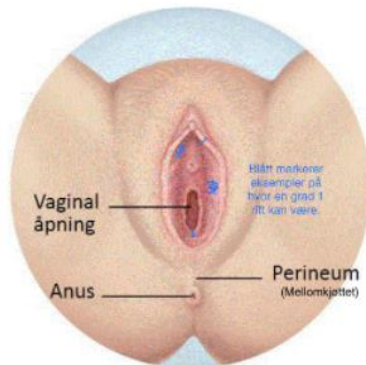
- Ja, jeg fikk informasjon om type fødselsrift fra helsepersonell
- Nei, jeg fikk ikke informasjon, men jeg har selv funnet ut hva slags type fødselsrift jeg har fått (f.eks ved å lese i din journal)
- Nei, jeg vet ikke hva slags type fødselsrift jeg fikk

13. Prøv så godt du kan å krysse av for det som passer deg:

i Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, jeg fikk informasjon om type fødselsriff fra helsepersonell», «Nei, jeg fikk ikke informasjon, men jeg har selv funnet ut hva slags type fødselsriff jeg har fått (f.eks ved å lese i din journal)» eller «Nei, jeg vet ikke hva slags type fødselsriff jeg fikk» er valgt i spørsmålet «12. Vet du hva slags type fødselsriff du fikk ved din siste fødsel?»

Dersom du har hatt både spontan fødselsriff og klipp ved **din siste fødsel**, kan du krysse av for både type fødselsriff og klipp.

Illustrasjonene er hentet med tillatelse fra Gynzone.



Grad 1



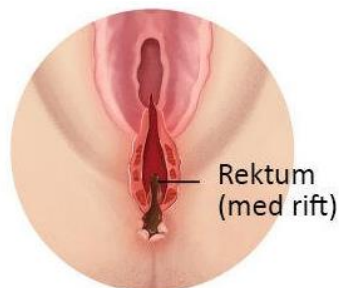
Grad 2-rift

Grad 2



Grad 3-rift

Grad 3



Grad 4-rift


Grad 4



Klipp (epsiotomi)


Vet ikke

Informasjon gitt til deg av helsepersonell ved din siste fødsel

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.I forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

Vi ønsker å spørre deg om din oppfatning av informasjonen du fikk **av helsepersonell** om **fødselsriften** ved din **siste** fødsel.

14.Fikk du informasjon om fødselsriften ved din siste fødsel under barseloppholdet?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.I forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

Merk: din **siste** fødsel.

F. eks om: vannlatning/avføring, smerter, sårtilheling, utseende på riften, samleie eller lignende.

- Ja, muntlig informasjon
- Ja, skriftlig informasjon
- Ja, muntlig og skriftlig informasjon
- Nei, ingen informasjon


15.Dersom du fikk informasjon på barsel før hjemreise, handlet informasjonen om følgende:

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, skriftlig informasjon», «Ja, muntlig og skriftlig informasjon» eller «Ja, muntlig informasjon» er valgt i spørsmålet «14.Fikk du informasjon om fødselsriften ved din siste fødsel under barseloppholdet?»

Sett ett eller flere kryss.

- Sting: antall, plassering, eventuell fjerning
- Hygiene og lukt
- Tilhelingsprosess og infeksjonsfare
- Smerter og smertestillende
- Vannlatning/avføring/luftavgang
- Samleie
- Bekkenbunnstrening
- Kontaktsted ved spørsmål vedrørende fødselsriften etter utreise
- Annet


16. Hadde du behov for informasjon om fødselsriften du fikk ved din siste fødsel?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3. I forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

Ja

Nei

17. Sett i ettertid, var informasjonen tilpasset deg og dine behov?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, skriftlig informasjon», «Ja, muntlig og skriftlig informasjon» eller «Ja, muntlig informasjon» er valgt i spørsmålet «14. Fikk du informasjon om fødselsriften ved din siste fødsel under barseloppholdet?»

Merk: informasjonen du fikk ved din **siste** fødsel.

Ikke i det hele tatt


I liten grad

I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

18. Alt i alt, er du fornøyd med informasjonen du fikk om din fødselsrift, før hjemreise fra barsel?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, skriftlig informasjon», «Ja, muntlig og skriftlig informasjon» eller «Ja, muntlig informasjon» er valgt i spørsmålet «14. Fikk du informasjon om fødselsriften ved din siste fødsel under barseloppholdet?»

Merk: informasjonen du fikk ved din **siste** fødsel.

Hjemreise fra f.eks: barselavdeling, fødestue eller barselhotell.

Ikke i det hele tatt

I liten grad

I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

19. Sett i ettertid, anser du informasjonen du fikk om fødselsrift ved din siste fødsel som nyttig?



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, skriftlig informasjon», «Ja, muntlig og skriftlig informasjon» eller «Ja, muntlig informasjon» er valgt i spørsmålet «14. Fikk du informasjon om fødselsriften ved din siste fødsel under barseloppholdet?»

Merk: informasjonen du fikk ved din **siste** fødsel.



Ikke i det hele tatt



I liten grad



I noen grad



I stor grad



I svært stor grad

Oppfølging av fødselsriften du fikk ved din siste fødsel etter hjemreise fra fødeinstitusjonen

20. Fikk du planlagt oppfølging av spesialisthelsetjenesten på grunn av fødselsriften du fikk ved din siste fødsel etter hjemreise?



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.1 forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

Merk: din **siste** fødsel.

Med planlagt oppfølging mener vi at: du ble automatisk innkalt til oppfølging av fødselsriften hos spesialisthelsetjenesten.

Sett ett eller flere kryss.



Ja, hos gynekolog



Ja, hos gastrokirurg



Ja, hos fysioterapeut



Nei

21. Har du på eget initiativ tatt kontakt med helsepersonell på grunn av fødselsriften du fikk ved sin siste fødsel etter hjemreise fra fødeinstitusjon?



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.1 forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

Merk: din **siste** fødsel.



Ja



Nei

22. Hvis ja, hvem tok du kontakt med da?



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «21. Har du på eget initiativ tatt kontakt med helsepersonell på grunn av fødselsriften du fikk ved sin siste fødsel etter hjemreise fra fødeinstitusjon?»

Sett ett eller flere kryss.



Jordmor



Fysioterapeut



Fastlege



Gynekolog



Annet helsepersonell

23. Fikk du sjekket fødselsriften du fikk ved din siste fødsel av helsepersonell etter fødselen, før 6-ukerskontrollen?



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3. I forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

Merk: din **siste** fødsel.

Med en sjekk mener vi inspeksjon av fødselsriften, sting og lignende.



Ja, på barselavdelingen før hjemreise



Ja, under hjemmebesøk av jordmor



Ja, hos jordmor på helsestasjonen



Ja, hos fastlegen



Ja, hos gynekolog



Ja, hos annet helsepersonell



Nei, ingen har sjekket fødselsriften før 6-ukerskontrollen

24. Ville du takket ja til mer oppfølging fra jordmor etter hjemreise i forhold til fødselsriften du fikk ved din siste fødsel, dersom dette var et tilbud?



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3. I forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

Merk: din **siste** fødsel.



Ja




Nei

6-ukerskontroll for din egen helse etter din siste fødsel

6-ukerskontrollen gjennomføres ca 6 uker etter fødselen, tidspunktet kan variere.

25. Har du hatt 6-ukerskontroll for din egen helse etter din siste fødsel?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3. I forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsriff?»

Merk: din **siste** fødsel.

Ja

Nei

26. Fikk du informasjon om hvem du kunne kontakte for din 6-ukerskontroll etter din siste fødsel?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «25. Har du hatt 6-ukerskontroll for din egen helse etter din siste fødsel?»


Merk: din **siste** fødsel.

Ja

Nei

Nei, jeg måtte finne ut hvem jeg kunne kontakte selv

27. Hadde du 6-ukerskontrollen hos jordmor eller fastlege?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «25. Har du hatt 6-ukerskontroll for din egen helse etter din siste fødsel?»


Merk: din **siste** fødsel.

Jordmor

Fastlege

Annet helsepersonell

28.Under 6-ukerskontrollen, var din fødselsriff et tema som ble tatt opp?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «25.Har du hatt 6-ukerskontroll for din egen helse etter din siste fødsel?»


Merk: din **siste** fødsel.

Ja

Nei

Husker ikke

29.Ble din fødselsriff sjekket ved 6-ukers kontrollen?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «25.Har du hatt 6-ukerskontroll for din egen helse etter din siste fødsel?»

Merk: din **siste** fødsel.

Med sjekket mener vi inspeksjon av fødselsriffen, sting og lignende.


Ja

Nei, men jeg ønsket det

Nei, jeg hadde ikke behov for det

Bekymringer og utfordringer knyttet til fødselsriffen du fikk ved din siste fødsel

30.Har du i dag behov for mer oppfølging av fødselsriffen du fikk ved din siste fødsel?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.I forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsriff?»

Merk: din **siste** fødsel.

Ja

Nei


31. Dersom du har behov og planlegger å ta kontakt med helsepersonell på grunn av fødselsriften du fikk ved din siste fødsel, hvem foretrekker du å ta kontakt med?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «30. Har du i dag behov for mer oppfølging av fødselsriften du fikk ved din siste fødsel?»

Merk: din **siste** fødsel.

- Jordmor
- Fysioterapeut
- Fastlege
- Gynekolog
- Annet helsepersonell
- Jeg vet ikke
- Nei, jeg planlegger ikke å ta kontakt

32. Har du av ulike grunner utsatt å ta kontakt med helsepersonell, selv om du har/hadde behov for hjelp i forhold til fødselsriften du fikk ved din siste fødsel?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3. I forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

Merk: din **siste** fødsel.

- Ja
- Nei

33. Hvis ja, hvorfor har du ikke tatt kontakt med helsepersonell?



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «32. Har du av ulike grunner utsatt å ta kontakt med helsepersonell, selv om du har/hadde behov for hjelp i forhold til fødselsriften du fikk ved din siste fødsel?»

Sett ett eller flere kryss.

- Jeg fikk en dårlig relasjon med helsepersonell på fødeinstitusjon
- Jeg hadde en dårlig fødselsopplevelse
- Jeg har ikke blitt tatt på alvor når jeg har bedt om hjelp av helsepersonell
- Jeg skammer meg over fødselsriften
- Jeg stoler ikke på helsepersonell
- Det er vanskelig å få tak i helsepersonell
- Jeg finner ikke ut av hvem jeg skal kontakte for å få hjelp
- Det er lang reisevei til hjelpeinstans
- Jeg har ikke tid til å oppsøke hjelp
- Annet

De neste to spørsmålene handler om **bekymringer** og **utfordringer** knyttet til fødselsriften du fikk ved **din siste fødsel**.



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3. I forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsriff?»

34. Bekymringer: Har du eller har du hatt bekymringer som følge av fødselsriften du fikk ved din siste fødsel?

Merk: din siste fødsel.

Med bekymringer mener vi uro, engstelse, redsel eller lignende.

Jeg har/har hatt **bekymringer** knyttet til...

| | Ikke i det hele tatt | I liten grad | I noen grad | I stor grad | I svært stor grad |
|------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Urin-, avføring- eller luftlekkasje | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Samleie, intimitet og kjærlighetsforhold | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Utseende på underlivet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sårtilheling | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Smerter | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

35. Utfordringer: Har du eller har du hatt utfordringer som følge av fødselsriften du fikk ved din siste fødsel?


Merk: din siste fødsel.

Med utfordringer mener vi problemer, plager eller lignende.

Jeg har/har hatt **utfordringer** knyttet til...

| | Ikke i det hele tatt | I liten grad | I noen grad | I stor grad | I svært stor grad |
|------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Urin-, avføring- eller luftlekkasje | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Samleie, intimitet og kjærlighetsforhold | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Smerter | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sårtilheling | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dårlig selvbilde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fortvilelse, håpløshet eller sårbarhet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tilknytning til barnet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Amming | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

36. Føler du at det er din skyld at du fikk en fødselsrift ved din siste fødsel?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3. I forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

Merk: din siste fødsel.

Ikke i det hele tatt


I liten grad

I noen grad

I stor grad


I svært stor grad

Mestring

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.1 forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

Vi er interessert i din totale opplevelse av hvordan du har mestret fødselsriften du fikk ved din siste fødsel.

37. Alt i alt, hvor utfordrende har det vært for deg å ha fødselsriften du fikk ved din siste fødsel?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.1 forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

Merk: din siste fødsel.

Ikke i det hele tatt


I liten grad

I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

38. Alt i alt, hvordan opplever du at du har mestret fødselsriften du fikk ved din siste fødsel?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.1 forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

Merk: din siste fødsel.

Med mestring av fødselsrift menes din opplevelse av kontroll, kunnskap og oversikt knyttet til din fødselsrift.

Ikke i det hele tatt


I liten grad

I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

39. Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «3.1 forbindelse med din siste fødsel, fikk du en fødselsrift?»

Klikk på et tall som passer deg.

0= ikke fornøyd i det hele tatt

10= svært fornøyd



Verdi



Obligatoriske felter er merket med stjerne *

Tusen takk for din deltakelse.

Har du behov for å snakke med noen relatert til fødselsriften? Ta kontakt med din helsestasjon eller fastlege.

Du kan be om kvittering på mail. Kvittering sendes anonymt fra nettskjema.no og vil ikke rapporteres til studieansvarlige.

Alle illustrasjoner er hentet med tillatelse fra www.gynzone.com

<https://fodselsrift.com/>

Vedlegg 3

Fødselsrift - hva så!?

- Kvinners erfaring med egen fødselsrift – i lys av egen mestring og helsetjenestens informasjon og oppfølging

Mange kvinner får en fødselsrift i forbindelse med fødsel. Vi er to jordmorstudenter som i forbindelse med vår masteroppgave ønsker å undersøke kvinners erfaringer med informasjon og oppfølging fra helsevesenet, og hvilken betydning dette har hatt i ettertid for mestring av fødselsriften. Liten eller stor rift, vi vil ha DEG med!

Har du født barn de siste 6 måneder og fått fødselsrift? Dine erfaringer er viktige! Vi inviterer deg til å delta i denne anonyme spørreundersøkelsen som tar om lag 10 minutter.

Målet med studien

Målet med studien er å få fram brukererfaringer med helsetjenesten og avdekke eventuelle forbedringspotensialer i barselomsorgen. Hensikten er å finne ut om det er sammenheng mellom mottatt informasjon og oppfølging av fødselsrift og kvinners opplevelse av mestring. Vi ønsker derfor å kartlegge hvilken informasjon du har fått, og hvilken betydning informasjonen og oppfølgingen fra helsevesenet har hatt for deg.

Opplysninger som samles inn

Spørsmålene i spørreskjemaet er utformet med formål om å besvare studiens problemstilling. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om fødselsrift, mottatt informasjon, oppfølging og egne bekymringer, utfordringer og mestring. I tillegg spør vi om bakgrunnsinformasjon som alder, sivilstatus og utdanning.

Hvem kan delta?

Kvinner som har født i Norge i løpet av de siste 6 måneder og som har fått en fødselsrift. Du må beherske norsk skriftspråk og være over 18 år.

Hvordan delta?

Spørreundersøkelsen er digital. For å delta i undersøkelsen, klikk på [linken](#) som bringer deg til spørreundersøkelsen. Du kan også scanne QR-koden med kameraet på mobilen din, som tar deg til vår [informasjonsside](#).



Frivillig deltakelse og anonymitet

Det er frivillig å delta i spørreundersøkelsen. Du gir automatisk samtykke til å delta ved å svare på og sende spørreskjemaet. Spørreskjemaet er anonymt, som betyr at vi ikke samler inn personidentifiserende opplysninger om deg. Svarene du gir kan ikke sammenstilles slik at de kan spores tilbake til deg. Du kan ikke trekke deg fra undersøkelsen etter du har sendt skjema.

Oppbevaring, behandling og sletting av datamaterialet

Spørreskjema administreres gjennom www.nettskjema.no - en tjeneste utviklet av Universitetet i Oslo - og som ivaretar datasikkerheten.

Data som samles inn lagres direkte i nettskjema.no og sikrer at din internettadresse (IP) ikke kan spores. Datafilen lastes ned, lagres og behandles fra et personlig lagringssted – Microsoft Sharepoint - ved UiT Norges arktiske universitet. Det er kun vi som studenter og veileder som har adgang til data gjennom to-faktor autentisering.

Innsamlet data slettes innen november 2022 men kan utsettes ved en eventuell publisering av en forskningsartikkel.

Personvernombudet, NSD (Norsk senter for forskningsdata) har gjennom telefonsamtale med masterstudentene bekreftet at det ikke er behov for å søke til dem, da prosjektet gjennomføres helt anonymt. Dette betyr at prosjektet ikke er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven (Personopplysningsloven, 2018). Prosjektet er ikke et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggingspliktig til REK, jf. helseforskningsloven § 2.

Dine rettigheter

Har du spørsmål om dine rettigheter, kan du kontakte personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet: Joakim Bakkevold, tlf: 776 64 322, e-post: personvernombud@uit.no

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Jordmorstudentene Hedda Hortemo og Sigrid Gundersen ved UiT Norges arktiske universitet gjennomfører forskningsprosjektet knyttet til masteroppgaven i jordmorfag.

Førsteamanuensis Solrunn Hansen (Solrunn.hansen@uit.no, tlf: 776 44 836) ved Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT Norges arktiske universitet, er veileder og daglig ansvarlig for studien.

UiT Norges arktiske universitet er behandlingsansvarlig.

Ønsker du å kontakte oss?

Dersom du har spørsmål om studien, kan du kontakte:

Hedda Hortemo, hho127@uit.no, tlf: 909 84 633

Sigrid Gundersen sgu063@uit.no, tlf: 957 75 202

Vennlig hilsen

Hedda Hortemo og Sigrid Gundersen

Jordmorstudenter ved UiT Norges arktiske universitet

Vedlegg 4

Fødselsrift – *HVA SÅ?!*

Har du født barn de siste 6 måneder og fått fødselsrift? Dine erfaringer er viktige! Vi inviterer deg til å delta i denne anonyme spørreundersøkelsen som tar om lag 10 minutter.

Mange kvinner får en fødselsrift i forbindelse med fødsel. Vi er to jordmorstudenter som i forbindelse med vår masteroppgave ønsker å undersøke kvinners erfaringer med informasjon og oppfølging fra helsevesenet, og hvilken betydning dette har hatt i ettertid for mestring av fødselsriften. Liten eller stor rift, vi vil ha DEG med!

Scan QR-koden med kameraet på mobilen din, så kommer du enkelt inn på vår informasjonsside hvor du også får tilgang til spørreundersøkelsen.



Tusen takk for at du vil bidra til å få frem erfaringer og avdekke forbedringspotensialer i barselomsorgen!

Vedlegg 5



| | | | | |
|----------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Region: REK nord | Saksbehandler: Ragnhild Hageberg | Telefon: 77646140 | Vår dato: 19.11.2021 | Vår referanse: 393619 |
|----------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|

Hedda Hortemo

Fremleggingsvurdering: Kvinners erfaring med egen fødselsrift – i lys av egen mestring og helsetjenestens informasjon og oppfølging

Søknadsnummer: 393619

Forskningsansvarlig institusjon: UiT Norges arktiske universitet

Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

Prosjektet er en masteroppgave hvor vi ønsker å gjøre en anonym elektronisk spørreundersøkelse, om kvinners erfaringer med informasjonen og oppfølgingen de får fra helsevesenet om egen fødselsrift. Er det for eksempel en sammenheng mellom hvor god informasjon kvinner får og deres opplevelse av mestring i forbindelse med fødselsriften? Prosjektet vil ikke føre til ny kunnskap om helse eller sykdom, men kunne gi et inntrykk av kvinners tilfredshet med informasjonen og oppfølgingen de får fra helsevesenet etter å ha fått en fødselsrift.

Vi viser til forespørsel om fremleggingsvurdering for ovennevnte forskningsprosjekt. Forespørselen er behandlet av sekretariatet i REK nord på delegert fullmakt fra komiteen, med hjemmel i forskningsetikkforskriften § 7, første ledd, tredje punktum. Forespørselen er vurdert med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

REKs vurdering

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om «*medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, human biologisk materiale eller helseopplysninger*», jf. helseforskningsloven § 2. «*Medisinsk og helsefaglig forskning*» er i § 4 a), definert som «*virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom*». Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

Formålet med denne studien er å undersøke følgende problemstilling: Hvilken betydning har informasjon og oppfølging fra helsevesenet i barselperioden for kvinners mestring av fødselsrift de første 6 månedene post partum?

REK nord

Besøksadresse: MH-2, 12. etasje, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Telefon: 77 64 61 40 | E-post: rek-nord@asp.uit.no

Web: <https://rekportalen.no>

Selv om funnene i studien indirekte vil kunne gi en helsemessig gevinst fremstår prosjektet som helsetjenesteforskning som ikke skal vurderes av REK etter helseforskningsloven.

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler om taushetsplikt og personvern.

Konklusjon

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggingspliktig, jf. helseforskningsloven § 2.

Vi gjør oppmerksom på at etter personopplysningsloven må det foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Dette må forankres i egen institusjon.

Vi gjør videre oppmerksom på at vurderingen og konklusjonen er å anse som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Ragnhild Hageberg
seniorrådgiver

Kopi til:
UiT Norges arktiske universitet

Vedlegg 6



Datahandteringsplan for tilsette ved UiT

NB! Denne malen er under utvikling. Det er derfor viktig at du hentar malen frå [Forskningsdataportalen UiT](#) kvar gong du skal laga ny datahandteringsplan.

Denne planen bør ikkje innehalda personleg/sensitiv informasjon. Den utfylte planen kan sendast til researchdata@hjelp.uit.no for tilbakemelding.

(Norsk mal, versjon 03.06.2020)

Reglar for handtering av forskingsdata ved UiT er forankra i [Prinsipper og retningslinjer for forvaltning av forskningsdata ved UiT](#) (heretter forkorta til UiTs retningslinjer). Legg særleg merke til følgjande punkt:

- UiT har som hovudregel eigarskap til alle forskingsdata genererte av tilsette ved UiT (pkt. 2).
- Alle prosjekt der handtering av forskingsdata er relevant, skal ha ein datahandteringsplan (pkt. 4.2).
- Forskningsdata skal lagrast og arkiverast i eigna og pålitelege arkiv, som sikrar at UiT har vedvarande tilgang til bruk av dataa (pkt. 4.3).
- Forskningsdata skal gjerast ope tilgjengelege, så fram det ikkje er juridiske, etiske, tryggleiksrelaterte eller kommersielle grunnar til å ikkje gjera det (pkt. 1).
- Forskningsdata skal utstyrast med metadata som gjer andre forskarar i stand til å søkja etter og ta i bruk dataa (pkt. 4.6).

For meir informasjon om handtering av forskingsdata sjå [Forskningsdataportalen UiT](#).

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prosjektinformasjon | |
| Ansvarleg person for planen (namn): Hedda Hortemo og Sigrid Gundersen | |
| Dato for denne versjonen av datahanderingsplanen: 270821, 01.12.21 | |
| Prosjektnummer og -namn: Fødselsrift – hva så? | |
| Del av større prosjekt? I så fall spesifiser prosjektnamn og -nummer: Nei | |
| Tilknytning (fakultet og institutt): UiT, det helsevitenskapelige fakultet | |
| Prosjektperiode: september 2021- mars 2022 | |
| Prosjektleder og -deltakarar (namn og tilhøyrse): Solrunn Hansen, Hedda Hortemo, Sigrid Gundersen, Kaja Møllersen | |
| Kort beskriving av prosjektet: masteroppgave i Jordmorfag | |
| Finansiering: (Kryss av for éin eller fleire.) | <input type="checkbox"/> UiT-finansiert: arbeidstid og utstyr <input type="checkbox"/> UiT-finansiert: direkte prosjektfinansiering <input type="checkbox"/> Eksternt finansiert. I så fall, spesifiser finansør: |
| Ansvar og rettigheter | |
| Kven er ansvarleg for oppfølging og ev. revidering av datahanderingsplanen? Hedda Hortemo og Sigrid Gundersen, veileder Solrunn Hansen <i>(I utgangspunktet er dette prosjektleder i samsvar med pkt. 4.1 i UiTs retningslinjer.)</i> | |
| Kven er ansvarleg for kvar aktivitet? Hedda Hortemo og Sigrid Gundersen <i>(Kan vera ulikt for innsamling, dokumentering, arkivering osv.)</i> | |

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Korleis vil ansvar bli fordelt på ev. samarbeidspartnarar? Vil det bli utarbeidd ein eigen avtale for dette? nei</p> <p><i>(Eigen avtale vil vera relevant t.d. ved samarbeid med næringsliv.)</i></p> |
| <p>Kven har rettigheter til å handtera dataa? Solrunn Hansen, Hedda Hortemo og Sigrid Gundersen</p> <p><i>(I utgangspunktet medlemmer av prosjektgruppa og ev. samarbeidspartnarar, men ikkje nødvendigvis alle. Handtering inneber innsamling, strukturering, oppfølging ved revidering/nye versjonar osv.)</i></p> |
| <p>Kven har tilgang til data i prosjektperioden? Solrunn Hansen, Hedda Hortemo, Sigrid Gundersen, Kajsa Møllersen</p> <p><i>(Tilgang inneber å kunna bruka dataa (t.d. lesa og lasta ned), men ikkje å handtera dei.)</i></p> |
| <p>Kven har eigarskap til data? UiT, Solrunn Hansen, Hedda Hortemo og Sigrid Gundersen</p> <p><i>(Som hovudregel UiT, om ikkje anna er avtalt, t.d. med samarbeidspartnarar.)</i></p> |
| <p>Innsamling/generering av data</p> |
| <p>Kva slags data skal samlast inn/genererast (t.d. observasjonar, simuleringar, intervju)? Før òg opp eventuell(e) kjelde(r) (t.d. korpus eller eksisterande data). Kjelde: kvinner som har født i Norge. Bakgrunnsdata (alder, utdanningsgrad, antall barn), fødeinstitusjon, Opplevelser av mottatt informasjon fra helsevesenet ifm fødselsrift. Anonyme data.</p> |
| <p>Kva standardar og metodar vil bli brukte til innsamling/generering? Elektronisk spørreskjema.</p> |
| <p>Når vil innsamling/generering bli gjort? November/desember 2021</p> |
| <p>Kva slags type data er det (t.d. tekst, bilete, numeriske data, lyd, osv.)? førehandsbestemte svar (kategoriar: ja/nei, i hvilken grad og liknande)</p> |

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Er det behov for ekstra utstyr eller programvare i samband med innsamling/generering? SPSS, wordpress.com |
| Er det behov for spesialistekspertise i samband med innsamling/generering? Nei |
| Finst det data om emnet frå før (internt eller eksternt), og korleis kan desse i så fall integrerast og gjenbrukt i prosjektet? Det finnes lite data spesifikt om kvinners opplevelser av informasjonen de får fra helsevesenet. |
| Dokumentasjon og metadata <i>(Jamfør Deposit Guidelines for UiT Open Research Data. NB! Denne bolken gjeld alle typar forskingsprosjekt. God dokumentasjon er viktig for rett forståing og tolking av data også på lang sikt, uavhengig av om data skal delast eller ikkje.)</i> |
| Korleis skal dataa dokumenterast, slik at du og andre kan forstå og bruke dei også på lang sikt? <i>(God praksis inneber å dokumentere dataa i ei ReadMe-fil, der ein forklarar t.d. kolonneoverskrifter og forkortingar.) Dataene skal dokumenteres i masteroppgave, presenteres i tabeller for bedre billedlig forståelse, masteroppgaven skal presenteres i Munin, og om mulig som artikkel.</i> |
| Kva metadatastandard(ar) vil bli brukt(e)? Nettskjema.no <i>(Både opne og lukka data skal forsynast med metadata i samsvar med pkt. 4.6 i UiTs retningsliner. Nokre fagfelt har etablerte metadatastandardar, andre ikkje. Det bør undersøkjast kva som er praksis på eige felt. På denne sida finn du ei oversikt over etablerte metadatastandardar.)</i> |
| Kva filformat blir brukt(e)? SPSS, PDF, Excel og word. |
| Kva slags mappestruktur og filnamnkonvensjonar blir brukte? Sharepoint. |

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Trengst det spesiell programvare for å lesa/tolka dataa? Nettskjema.no og SPSS. |
| Lagring og bevaring i prosjektperioden |
| Kva er prosedyrane for lagring og tryggleikskopiar, og kor blir dette gjort? Data lagres i sharepoint. |
| Kven er ansvarleg for tryggleikskopiar og ev. gjenoppretting? Hedda Hortemo og Sigrid Gundersen. <i>(Dette vil vera ITA ved reine UiT-prosjekt, men føreset då lagring på UiT-område.)</i> |
| Kva er venta filstorleik på dataa? Mindre enn 300kB. |
| Disponerer du over nok lagringsressursar, eller har du behov for ekstra tenester? Ikke behov for ekstra. |
| Ved feltarbeid, korleis blir sikker flytting av data frå feltinnsamling til hovudlagringssystem teke hand om? Ikke aktuelt. |
| Arkivering og deling <i>I samsvar med pkt. 2 i UiTs retningsliner skal UiT som hovudregel ha tilgang til bruk av alle forskingsdata genererte ved institusjonen.</i> |
| Kva data skal bevarast, og kva data skal destruerast etter prosjektslutt? Data bevarast inntil vi vet om det skal publiserast en artikkel, og til denne artikkelen eventuelt er publisert, senest november 2024. |
| Skal dataa langtidsbevarast, og i så fall korleis blir det avgjort kva som skal bevarast? <i>(I samsvar med pkt. 4.2 i UiTs retningsliner skal forskaren vurdere kva data som kan ha verdi på lang sikt, og korleis desse skal forvaltast.) nei.</i> |

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Vil dataa bli gjorde ope tilgjengelege? Dersom berre eit utval av dataa blir gjort tilgjengeleg, spesifiser utvalet. Dersom data skal gjerest tilgjengeleg vil UiT, ha ansvaret for deling etter at Hedda og Sigrid har avsluttet utdanning.</p> <p><i>(I samsvar med pkt. 1 i UiTs retningsliner skal forskingsdata gjerast ope tilgjengelege, så fram det ikkje er juridiske, etiske, tryggleiksrelaterte eller kommersielle grunnar til å ikkje gjera det.)</i></p> |
| <p>Dersom dataa ikkje skal delast, kva er grunngevinga for dette? ? primærdata skal ikke deles. Tolkning av resultater ønsker vi å dele/publisere.</p> |
| <p>Må dataa behandlast (t.d. anonymiserast, konverterast til arkivverdig filformat) før dei kan delast, og i så fall korleis? Dataene er allereie anonyme.</p> |
| <p>Kor blir data, metadata, dokumentasjon og ev. kode knytt til dataa arkiverte? Sharepoint, nettskjema.no.</p> <p><i>(UiTs arkiv for opne forskingsdata, UiT Open Research Data, gjev forskarane ei trygg teneste for arkivering, deling og publisering av opne data.)</i></p> |
| <p>Kva slags metodar eller programvare trengst for å få tilgang til dataa? Er dette ope tilgjengeleg?</p> <p>Nettskjema.no, SPSS, Excel.</p> |
| <p>Når blir dataa gjorde tilgjengelege, og kor lenge skal dei oppbevarast?</p> <p><i>(I samsvar med pkt. 4.5 i UiTs retningsliner skal forskingsdata gjerast tilgjengelege på eit så tidleg tidspunkt som mogleg. For data som ligg til grunn for vitenskaplege publikasjonar, vil dette seia ikkje seinare enn publiseringstidspunktet. For andre data som kan vera av interesse for anna forskning, vil tidspunktet normalt vera ved prosjektslutt, og ikkje seinare enn tre år etter avslutta prosjekt.)</i></p> |

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data skal oppbevares maksimum til november 2024. Data skal ikkje være tilgjengelig for allmennheten. |
| <p>Kva slags lisens(ar) for gjenbruk vil bli brukt(e)?</p> <p><i>(I samsvar med pkt. 4.7 i UiTs retningsliner skal forskingsdata utstyrast med lisensar for tilgang, gjenbruk og vidare distribusjon. Lisensane bør vera internasjonalt anerkjende og leggja så få restriksjonar som mogleg på dataa. Forskaren må sikre at lisensar og gjeldande vilkår ved bruk eller deling av tredjeparts data blir overhaldne.)</i></p> |
| Er det andre vilkår, restriksjonar eller embargo på bruk av dataa? |
| <p>Etikk og samtykke</p> <p><i>(Jamfør Personvern og forskning.)</i></p> |
| <p>Er dataa personsensitive? Nei</p> <p><i>(Dersom ja, svar òg på dei neste to spørsmåla.)</i></p> |
| <p>Vil det bli henta inn samtykke til bevaring og deling av dataa? Dersom ja, korleis?</p> <p>Samtykke gis ved deltagelse i studien.</p> |
| <p>Korleis blir deltakaridentitet beskytta?</p> <p>Anonym spørreundersøkelse.</p> |

Vedlegg 7

Statistikk for aktivitet på nettsiden www.fodselsrift.com.

