



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Bekkenomsorg: Kvinners bekkenbunn fra svangerskap til etterkontroll

- En tverrsnittstudie

Studenter: Nina Bartok og Julie Eidesmo

Veileder: Førsteamanuensis Ingvild Hersoug Nedberg

Masteroppgave i jordmorfag, JMO-3008, mars 2024

Antall ord: 15 175



Illustrasjon: IStock

Forord

Først og fremst ønsker vi å rette en stor takk til veilederen vår, førsteamanuensis Ingvild Hersoug Nedberg, for god konkret veiledning, og støtte og tålmodighet gjennom hele prosessen. Uten din ekspertise og oppmuntring ville ikke denne oppgaven vært mulig.

Vi vil også uttrykke vår takknemlighet overfor våre partnere, som har vært en konstant støtte gjennom denne reisen. Deres kjærighet og tro på oss har vært en stor kilde til motivasjon.

Videre ønsker vi også å takke de gravide, fødende og nybakte mødrene vi har møtt på vår vei. Som jordmorstudenter har vi hatt det utrolige privilegiet å få lære av deres erfaringer og ta del i deres reise gjennom svangerskap, fødsel og barselperiode. Dere har ikke bare vært våre pasienter, men også våre lærere. Deres tillit og åpenhet har gitt oss erfaringer som vi tar med oss videre i vår faglige karriere. Vi håper at vi har kunnet bidra til å gjøre deres opplevelse litt bedre, og at våre møter har vært til gjensidig nytte.

Til slutt vil vi takke hverandre for et fantastisk samarbeid gjennom hele prosessen. Våre ulike styrker og perspektiver har blitt komplementert på en god måte, og sammen har vi oppnådd resultater vi er stolte av.

Vi håper at denne oppgaven vil være et verdifullt bidrag til forskningen innenfor jordmorfaget, og at den kan inspirere til videre forskning og diskusjon.

Sammendrag

Tittel: Bekkenomsorg: Kvinners bekkenbunn fra svangerskap til etterkontroll

Hensikt: Undersøke hvilken sammenheng informasjon og oppfølging i svangerskaps- og barselomsorgen har med førstegangsfødende kvinners kunnskap om bekkenbunnstrening og videre oppfølging av bekkenbunnsfunksjon etter fødsel.

Metode: Tverrsnittstudie med data innsamlet gjennom et anonymt spørreskjema. Førstegangsfødende >18 år som fødte i Norge fra 1. januar 2022 til 1. juli 2023 ble inkludert. Analyser: Deskriptiv statistikk og Pearsons-kjikkvadrattest.

Resultat: 1093 deltakere ble inkludert i studien. Flere oppga at de mottok informasjon om bekkenbunnstrening under svangerskapet og på barsel sammenlignet med etterkontrollen. Flertallet oppga at de mottok informasjon om hvorfor bekkenbunnstrening bør gjennomføres både i svangerskapet og på barsel, og få oppga at de mottok informasjon om bekkenbunnsrelaterte plager på etterkontrollen. De fleste oppga at informasjonen de mottok i svangerskaps- og barselomsorgen ikke var tilstrekkelig for å gjennomføre bekkenbunnstrening. Studiedeltakerne ivaretok sin bekkenbunn ved at de dro på etterkontroll og tilegnet seg kunnskap om bekkenbunnstrening fra andre enn helsepersonell. Få tok kontakt med helsepersonell for oppfølging av bekkenbunnsfunksjon etter etterkontrollen.

Konklusjon: Studien understreker sammenhengen mellom informasjon om bekkenbunnstrening og oppfølging av bekkenbunnsfunksjon, og peker på en diskrepans mellom nasjonale retningslinjer og kvinners erfaringer av praksis.

Nøkkelord: Informasjon, oppfølging, bekkenbunnstrening, bekkenbunnsfunksjon, svangerskap, barsel, etterkontroll.

Abstract

Title: Pelvic care: women's pelvic floor from pregnancy to postnatal check

Objective: Investigate the connection between information and follow-up in prenatal and postnatal care, and first-time mother's knowledge about pelvic floor exercises and pelvic floor function follow-up after birth.

Methods: Cross-sectional study using anonymous surveys of first-time mothers >18 years who gave birth in Norway from January 1st, 2022, to July 1st, 2023.

Data analyses: Descriptive statistics and Pearsons-chi-square.

Result: Of 1093 participants, more stated that they received information about pelvic floor exercises during prenatal and postnatal care compared to the postnatal check. Most stated that they were informed about the importance of pelvic floor exercises. Few learned about pelvic floor issues during the postnatal check. Most found the received information inadequate for performing pelvic floor exercises. Participants took care of their pelvic floor by going to postnatal checks and acquiring knowledge from other sources than healthcare professionals. Few sought professional follow-up after the postnatal check.

Conclusion: The study emphasizes the connection between information about pelvic floor exercise and follow-up of pelvic floor function and highlights a discrepancy between national guidelines and women's experiences of practice.

Key words: Information, follow-up, pelvic floor exercises, pelvic floor function, pregnancy, postpartum, postnatal check.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn	2
1.1.1	Rammer, retningslinjer og lovverk for jordmorfaget	2
1.1.2	Bekkenbunnstrening i svangerskapet og barseltiden	3
1.1.3	Informasjon og oppfølging i svangerskaps- og barselomsorgen.....	5
1.2	Hensikt og problemstilling	6
1.3	Avgrensninger	6
1.4	Begrepsavklaringer.....	7
2	Teoretisk rammeverk.....	8
2.1	Salutogenese.....	8
3	Metode.....	10
3.1	Design.....	10
3.2	Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	10
3.3	Utvalg og rekruttering	10
3.4	Datamateriale	12
3.4.1	Måleinstrument.....	12
3.4.2	Spørreskjema.....	12
3.4.3	Pilotstudie.....	13
3.4.4	Variabler	13
3.5	Datahåndtering	14
3.5.1	Missing data	14
3.6	Gjennomførte analyser	15
3.6.1	Deskriptiv statistikk.....	15
3.6.2	Analytisk statistikk.....	15
4	Etiske overveielser	17
5	Resultat.....	18

5.1	Karakteristika for utvalget.....	19
5.2	Andel kvinner som mottok informasjon om bekkenbunnstrening	21
5.3	Hvilken informasjon og oppfølging kvinner oppga at de mottok	22
5.4	Grad av tilstrekkelig kunnskap til å ivareta bekkenbunnen	24
5.5	Årsaker til at kvinner ikke tok kontakt for videre oppfølging.....	25
5.6	Samvariasjon mellom informasjon og ivaretagelse av bekkenbunnen	26
6	Diskusjon.....	28
6.1	Resultatdiskusjon	28
6.1.1	Informasjon om bekkenbunnstrening i svangerskaps- og barselomsorgen.....	28
6.1.2	Informasjon og oppfølging i svangerskaps- og barselomsorgen.....	30
6.1.3	Kvinneres vurdering av mottatt informasjon og oppfølging.....	33
6.1.4	Årsaker til at kvinnene ikke tok kontakt for videre oppfølging	34
6.1.5	Samvariasjon mellom informasjon og ivaretagelse av bekkenbunnen	36
6.2	Metodekritikk	39
6.3	Videre forskning.....	47
6.4	Implikasjoner for praksis.....	47
7	Konklusjon	49
	Referanseliste	50
	Vedlegg	1
	Vedlegg 1 - Spørreskjema.....	1
	Vedlegg 2 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema.....	9
	Vedlegg 3 – Publiseringmateriell	12
	Vedlegg 4 - Datahåndteringsplan	19

Tabelliste

Tabell 1. Karakteristika av studieutvalget.....	20
Tabell 2. Samvariasjon mellom informasjon og ivaretagelse av bekkenbunnen	27

Figurliste

Figur 1. Flytskjema studieutvalg	18
Figur 2. a) Oppgitt type informasjon i svangerskapet (n = 1090) og b) på barsel (n = 1093). 21	
Figur 3. Oppgitt mottatt informasjon i svangerskapet (n = 457) og på barsel (n = 421).	23
Figur 4. Oppgitt mottatt informasjon og oppfølging på etterkontroll (n = 942).	23
Figur 5. a) Grad av tilstrekkelig informasjon mottatt i svangerskapet (n = 457), b) på barsel (n = 421) og c) oppfølging mottatt på etterkontroll (n = 979).....	24
Figur 6. Årsaker til at kvinner ikke tok kontakt for videre oppfølging (n = 803).	25

1 Introduksjon

Temaet for vår masteroppgave er kvinners erfaringer knyttet til informasjon om bekkenbunnstrening og oppfølging av bekkenbunnsfunksjon i svangerskapet og etter fødsel. Interessen for emnet oppstod tidlig i vår jordmorutdanning, spesielt under vår første praksisperiode hvor vi ble oppfordret til å gjennomføre selvstendige utreisesamtaler. Utreisesamtalene skulle etter fødeavdelingens maler blant annet inneholde informasjon om bekkenbunnstrening. Det var utfordrende å gi informasjon om noe vi hadde lite kunnskap om, og vi merket oss ulik praksis når det gjaldt hvordan jordmødre informerte og veiledet kvinner om bekkenbunnstrening. Vi opplevde også gjennom praksis at bekkenbunnstrening og bekkenbunnsfunksjon ikke nødvendigvis var faste temaer under svangerskapskonsultasjonene eller på kvinnenens etterkontroll. Etter hvert som vi tilegnet oss mer kunnskap og erfaring gjennom teori og praksis, innså vi at kvinnene ikke alltid fikk den informasjonen de burde fått om bekkenbunnstrening og videre oppfølging.

De siste årene har det vært en økende bevissthet om kvinnehelse, inkludert omsorgen for gravide, fødende og nybakte mødre. Sosiale medier har blitt arenaer for både innlegg og diskusjoner, hvor kvinner har delt erfaringer om utilstrekkelig oppmerksomhet rundt deres egen helse i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel. Det har også oppstått et «barselopprør» med fokus på å styrke og bedre barselomsorgen (Barselopprøret, u.å). Ifølge studieplanen for jordmorutdanningen er det et mål å utdanne jordmødre med avansert forståelse om gynekologiske tilstander som er relevant for jordmorarbeidet. Kritisk vurdering av retningslinjer og anbefalinger vektlegges også (Universitetet i Tromsø [UiT], 2018). Med bakgrunn i dette ønsker vi å øke vår forståelse om kvinners erfaringer med informasjon om bekkenbunnstrening og oppfølging av bekkenbunnsfunksjon. Vi ønsker også å diskutere retningslinjer og anbefalinger opp mot kvinners erfaringer. Å dokumentere kvinners erfaringer kan også skape sterkere grunnlag for argumenter dersom det viser seg at dagens praksis har forbedringspotensialer. Videre håper vi at studien kan bidra til å bevisstgjøre kvinner på deres rettigheter og krav på informasjon og oppfølging i svangerskaps- og barselomsorgen.

1.1 Bakgrunn

1.1.1 Rammer, retningslinjer og lovverk for jordmorfaget

Det primære målet for all jordmorvirksomhet er å forbedre kvinners helse. Jordmødre skal blant annet tilby omfattende, individuelt tilpasset og god omsorg til kvinner i svangerskaps- og barselperioden. Videre har jordmødre en viktig rolle som rådgivere i tiden før og etter fødsel. Retningslinjene for jordmødre fastslår at de skal arbeide helsefremmende og med en minimumsforventning om at ingen kvinner skal bli skadet som følge av reproduksjon (International Confederation of Midwives [ICM], 2005).

I Norge anbefaler Helsedirektoratet at kvinner får informasjon om bekkenbunnstrening allerede i svangerskapsomsorgen. Det kan være utfordrende for kvinner å finne bekkenbunnsmusklene etter fødselen, og derfor kan det være en fordel å begynne med bekkenbunnstrening i svangerskapet (Helsedirektoratet, 2018). Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen i Norge inneholder en sterk anbefaling om at kvinner får en til to strukturerte, individuelle samtaler under barseloppholdet. Samtalene skal inkludere generell informasjon om kvinners helse, og plan for videre oppfølging etter utskrivelse fra sykehuset. Videre anbefales det at kvinner mottar informasjon og veiledning om bekkenbunnsmuskulaturen, og tilbys individuelle treningsprogrammer (Helsedirektoratet, 2014). Norsk veileder i fødselshjelp (2020) foreslår videre at kvinner som har opplevd større fødselsrifter skal motta skriftlig informasjon vedrørende fødselsskaden, mulige komplikasjoner og oppfølgingsprosedyrer. I tillegg bør de få henvisning til fysioterapeut for bekkenbunnstrening (Laine et al., 2020). Retningslinjene er i tråd med Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 og §3-5 som krever at pasienter skal ha nødvendig informasjon om deres helsestatus og en behandlingsplan. Informasjonen må tilpasses individuelt og inkludere mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Jordmødre har også ansvaret for å sikre at informasjonen som gis er forståelig for kvinnen (Helsepersonelloven, 1999).

Det er ifølge Nasjonale retningslinjer for barselomsorgen (2014) kun en svak anbefaling at kvinner får tilbud om en etterkontroll hos lege eller jordmor fire-seks uker etter fødselen. Hensikten med denne kontrollen er både å identifisere eventuelle behov for videre oppfølging og å gi støtte til kvinnen. Samtalen skal dekke ulike temaer, inkludert bekkenrelaterte smerter, inkontinens, kontroll av fødselsrifter, og seksualitet. Retningslinjene anbefaler at dersom inkontinens vedvarer etter barselperioden, bør kvinnen oppsøke sin fastlege, og eventuelt

henvises til en fysioterapeut med spesialkompetanse for grundig vurdering og behandling (Helsedirektoratet, 2014).

De norske anbefalingene samsvarer med retningslinjene for helse- og omsorgstjenester i Storbritannia, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), som påpeker viktigheten av at kvinnen under sitt barselopphold mottar informasjon om bekkenbunnens funksjon. Informasjonen bør dekke symptomer, anatomi, tidspunkter for å søke hjelp, risikofaktorer og behandlingsalternativer. Videre bør oppfølgingen inkludere evaluering av kvinnens evne til å kontrahere og avspenne bekkenbunnsmuskulaturen. Kvinner bør ifølge de britiske retningslinjene også tilbys et treningsprogram som baseres på individuelle mål og behov, og som tar hensyn til kvinnens kontraksjonsevne, eventuelle smerter og ubehag (NICE, 2021).

1.1.2 Bekkenbunnstrening i svangerskapet og barseltiden

Bekkenet er lukket nederst av muskler som danner bekkenbunnen. Den indre muskelgruppen i bekkenbunnen er viktig for å holde vagina, uterus, ovarier, blære og rektum på plass, og for at disse organene skal fungere optimalt. Bekkenbunnen skal også opprettholde buktrykket når en for eksempel hopper, nyser eller ler (Brubaker, 2023). I løpet av et svangerskap øker størrelsen på livmoren, noe som gir et økt trykk på bekkenbunnen (Backe, 2017). Under en vaginal forløsning strekkes også bekkenbunnsmusklene mer enn tre ganger sin lengde (Nasjonalt kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom [NKIB], 2024). Denne belastningen kan gi skader i form av overstrekk og avriving av muskelfibre og nerver, noe som har betydning for bekkenbunnens støttfunksjon (Norsk Fysioterapeutforbund, 2014).

Dersom bekkenbunnsmuskulaturen svekkes eller skades, for eksempel ved svangerskap og fødsel, kan fysiske konsekvenser være urininkontinens, analinkontinens og underlivsprolaps. Av disse konsekvensene er urininkontinens den vanligste. Etter fødselen rapporteres omfanget av urininkontinens i flere studier til å ligge på omkring 30% opp til fire år etter fødselen (Gartland et al., 2016; Wesnes et al., 2009; Woodley et al., 2020). Det inkluderer også tall fra Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa) (Wesnes et al., 2009). Risiko for urininkontinens, analinkontinens og underlivsfremfall påvirkes blant annet av forløsningsmetode. Operativ vaginal forløsning i form av sugekopp eller tang, er forbundet med høyere risiko for bekkenbunnsrelaterte plager sammenlignet med spontan vaginal fødsel og keisersnitt. Eksempler på plager som kan oppstå er urininkontinens, symptomer på analinkontinens, redusert bekkenbunnsstyrke og fremfall (Driusso et al., 2020; Gartland et al.,

2016; Handa et al., 2011; Pretlove et al., 2008). Perineale rifter kan også påvirke bekkenbunnens funksjon fordi mange av bekkenbunnens muskler har sine fester i dette området (Brunstad, 2017).

I likhet med andre muskelgrupper i kroppen, er bekkenbunnen avhengig av trening for å øke eller opprettholde sin styrke og støttfunksjon. For å styrke bekkenbunnen er det etter fødselen anbefalt å utføre knipeøvelser i seks til åtte sekunder, åtte til tolv ganger per treningsøkt, tre ganger om dagen (Brubaker, 2023). Kvinner anbefales å gjennomføre denne treningen i tre til seks måneder etter fødselen, og deretter fortsette med bekkenbunnstrening et par ganger i uken resten av livet for å vedlikeholde styrken (Norsk Fysioterapeutforbund, 2014). Det finnes en betydelig mengde forskning på bruk av bekkenbunnstrening som forebyggende eller behandlende tiltak for bekkenbunnsrelaterte plager i forbindelse med svangerskap og fødsel. Resultatene er noe motstridende, noe som kan forklares med at det er flere faktorer og årsakssammenhenger som spiller inn. Det er enighet om at bekkenbunnstrening har en forebyggende og behandlende effekt på urininkontinens (Dumoulin et al., 2018; Mørkved & Bø, 2014). Videre har bekkenbunnstrening usikker effekt når det gjelder behandling av avføringslekkasje (Gartland et al., 2016). Bekkenbunnstrening kan anbefales som konservativ behandling for å redusere fremfallssymptomer, eksempelvis tyngdefølelse, nedpress og problemer med å tømme blære og tarm (Hagen et al., 2014).

For å oppnå effektiv bekkenbunnstrening er det viktig at kvinnen blir oppmerksom på musklene i bekkenbunnen og lærer å aktivere de riktige musklene. Typiske feil inkluderer å spenne sete- og magemuskulatur og å trykke nedover istedenfor å knipe. Begrepet "knipe" er ikke alltid like forståelig og kan føre til feilaktig press eller trykk. Derfor kan det være hensiktsmessig å bruke formuleringer som "heve opp" eller "trekke inn" (Svenningsen & Maltau, 2015). En anbefaling er at alle kvinner informeres om bekkenbunnstreningens positive effekter, i tillegg til viktigheten av avspenning av bekkenbunnsmuskulaturen. Å knipe for mye uten å kunne spenne av kan føre til langvarige smerter i bekkenmuskulaturen (NKIB, 2024). Det kan med andre ord være vanskelig å utføre bekkenbunnstreningen korrekt, og flere studier taler for at individuell oppfølging gir bedre utfall sammenlignet med egentrening (Mørkved & Bø, 2014; Pelaez et al., 2014; Sigurdardottir et al., 2020; Uechi et al., 2020).

1.1.3 Informasjon og oppfølging i svangerskaps- og barselomsorgen

En systematisk oversiktsstudie av Wiklund et al. (2018) hadde som mål å undersøke hvordan nybakte foreldre erfarte barselomsorgen, og inkluderte funn fra Sverige, Norge, Storbritannia og Australia. Resultatene indikerte at individuelt tilpasset omsorg, deltagelse i egen behandling og konsekvent informasjon var viktige faktorer for foreldrenes forberedelse og følelse av trygghet i barseltiden. Kvinnene opplevde at det var større vektlegging på barnets helse i barselperioden enn helsen til mor. De savnet en forsikring om at også deres helse var god før utskrivelse fra barselavdelingen. Kvinnene ønsket også å få tilstrekkelig informasjon om hvem de kunne henvende seg til hvis det skulle oppstå problemer i barselperioden (Wiklund et al., 2018). I en engelsk kvalitativ studie av Snyder et al. (2022) rapporterte kvinnene om utilstrekkelig informasjon og oppfølging av deres bekkenbunn i svangerskaps- og barselomsorgen. Få oppga at de mottok informasjon om bekkenbunnsfunksjon, og hvor de kunne motta videre oppfølging (Snyder et al., 2022).

Folkehelseinstituttet (FHI) har gjennomført en rekke brukererfaringsundersøkelser, blant annet to undersøkelser om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Bekkenbunnsrelaterte problemstillinger ble ikke utforsket i disse undersøkelsene, men kvinners erfaringer med generell informasjon trekkes frem. Erfaringer fra kvinner som hadde født barn i siste kvartal av 2011 viste at de fleste oppga at de hadde mottatt tilstrekkelig informasjon, mens omtrent 20% rapporterte at de i noen grad, liten grad eller ikke hadde mottatt tilstrekkelig informasjon (Sjetne et al., 2013). Erfaringer fra kvinner som hadde født i siste kvartal i 2017 er også undersøkt. Her undersøkte de blant annet kvinners erfaringer med informasjon om sin fysiske helse etter fødselen. Mens 54% rapporterte at de mottok tilstrekkelig informasjon, opplevde 20% at de i liten grad eller ikke i det hele tatt mottok tilstrekkelig informasjon. De fleste hadde en utreisesamtale med jordmor før hjemreise, men utbyttet av denne utreisesamtalen var varierende. Omtrent en tiendedel mottok ikke informasjon om hvor de kunne henvende seg dersom de hadde spørsmål etter hjemreise (Holmboe & Sjetne, 2018).

Kvinnens erfaringer med informasjon og oppfølging i svangerskaps- og barselomsorgen er undersøkt med ulike vinklinger, hovedsakelig i høyinnstektsland. Gjennom omfattende litteratursøk har vi ikke funnet at kvinners erfaringer med informasjon om bekkenbunnstrening og oppfølging av bekkenbunnsfunksjon er undersøkt i Norge.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å undersøke følgende problemstilling:

Hvilken sammenheng har informasjon og oppfølging i svangerskaps- og barselomsorgen med førstegangsfødende kvinners kunnskap om bekkenbunnstrening og videre oppfølging av bekkenbunnsfunksjon etter fødsel?

Forskningsspørsmålene som er utarbeidet til studien er:

1. Hvor stor andel kvinner får informasjon om bekkenbunnstrening gjennom svangerskapet, i barsel og på etterkontroll?
2. Hvilken informasjon mottar kvinner om bekkenbunnstrening og oppfølging av bekkenbunnsfunksjonen i svangerskap, barsel og på etterkontroll?
3. I hvilken grad opplever kvinner at de har tilstrekkelig kunnskap til å ivareta bekkenbunnen basert på informasjonen og oppfølgingen de har mottatt?

1.3 Avgrensninger

Studien fokuserer på informasjon som er gitt av helsepersonell. Vi undersøkte først hvilken informasjon kvinner fikk om bekkenbunnstrening under svangerskapskonsultasjonene. I stedet for å vurdere informasjon som kvinner får fra helsepersonell kun på barselavdelinger, brukte vi begrepet "barsel" for å inkludere alle steder hvor hun kan være etter fødselen, enten det er på fødeavdelingen, barselhotell, barselavdeling, fødestue eller hjemme. Vårt formål var videre å utforske oppfølgingen av kvinners bekkenbunnsfunksjon. Med bekkenbunnsfunksjon mener vi bekkenbunnens evne til å holde organene i bekkenet på plass slik at de fungerer optimalt, og opprettholde buktrykket ved aktivitet (Brubaker, 2023). Vi ønsket også å undersøke kvinners forutsetninger for å ivareta sin bekkenbunn. I dette ligger både tilstrekkelig kunnskap for å kunne gjennomføre bekkenbunnstrening, i tillegg til kunnskap som kreves for å be om videre oppfølging dersom de har behov for det.

1.4 Begrepsavklaringer

Etterkontroll

Med begrepet etterkontroll mener vi den kontrollen kvinner får tilbud om fire-seks uker etter fødselen. Kontrollen skal ha fokus på kvinnens fysiske og psykiske helse, inkludert informasjon og tilbud om prevensjon. Den skal også inneholde en samtale som skal dekke ulike temaer, inkludert bekkenrelaterte smerter, inkontinens, kontroll av fødselsrifter og tilheling, og seksualitet (Helsedirektoratet, 2014).

Bekkenbunnsrelaterte plager

Vi bruker begrepet bekkenbunnsrelaterte plager som en samlebetegnelse for fysiske konsekvenser av svekket eller skadet bekkenbunnsmuskulatur. Muskulatur som er svak eller reagerer for sent, vil ikke gi optimal lukking og støtte ved økning i buktrykket. Noen vil da oppleve lekkasje av urin, luft eller avføring. Svekket muskulatur med nedsatt støttefunksjon kan også føre til en nedsenking av underlivsorganer eller underlivsprolaps (NKIB, 2024).

Ivaretakelse av bekkenbunnen

I denne studien vil ivaretakelse av bekkenbunnen inkludere tiltak og handlinger kvinner gjennomfører til fordel for sin bekkenbunn etter fødselen. Dette omfatter eksempelvis å dra på etterkontroll, tilegne seg selv kunnskap om bekkenbunnstrening, og å selv ta kontakt med helsepersonell for videre oppfølging av sin bekkenbunnsfunksjon.

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil vi introdusere det teoretiske rammeverket som danner grunnlaget for vår oppgave. Teorigrunnlaget for oppgaven er valgt for å støtte opp under oppgavens problemstilling.

2.1 Salutogenese

Aron Antonovskys teori om salutogenese er en teori om helsefremming. Begrepet salutogenese kommer av saluto, som betyr helse, og av genese, som betyr opprinnelse eller tilblivelse. Denne teorien gir oss en grunnleggende forståelse av hvordan helsen og evnen til å håndtere utfordringer kan styrkes. Dette kan gjøres ved hjelp av det sentrale begrepet i teorien "opplevelse av sammenheng" (OAS) (Antonovsky, 1987). Antonovsky konkluderte med at individets opplevelse av virkeligheten, som han beskrev som begripelighet, håndterbarhet og mening, har en betydelig innvirkning på deres evne til å mestre og oppnå helse og velvære. Disse tre dimensjonene utgjør til sammen OAS. Antonovsky understreker i sin teori at dimensjonene er tett tilknyttet og påvirker hverandre gjensidig (Antonovsky, 1987).

Begripelighet kan betraktes som kjernen i den opprinnelige definisjonen OAS, og handler om hvordan en person oppfatter eksterne og interne stimuli. Dette omfatter kognitiv forståelse og evnen til å oppfatte stimuliene som meningsfulle, strukturerte og klart definerte. En person med denne tilnærmingen kan sette potensielle alvorlige hendelser og konsekvenser inn i en forståelig sammenheng, og dermed mestre dem bedre (Antonovsky, 1987).

Håndterbarhet dreier seg om i hvilken utstrekning den enkelte har motstandsressurser til rådighet, og hvordan disse erkjennes og utnyttes for å takle ulike utfordringer. I følge Antonovsky kan motstandsressurser være kvaliteten på sosial støtte, kunnskap, intelligens, gode mestringsstrategier, fysisk aktivitet og humor. Med en sterk opplevelse av håndterbarhet, kan følelsen av å være et offer for omstendighetene reduseres. Det kan også føre til at uheldige hendelser håndteres uten å bli stående fast i for eksempel sorg (Antonovsky, 1987).

Meningsdimensjonen er sentral i OAS og påvirker følelser og motivasjon. Den fungerer som en kraft som driver livet fremover. Dersom denne drivkraften er sterk, for eksempel i form av følelsen av energi og motivasjon, er det mer sannsynlig at den enkelte vil strukturere sitt liv og aktivt søke etter ressurser. Dette vil i sin tur bidra til å styrke følelsen av å være i stand til å håndtere ulike livssituasjoner. For å opprettholde eller forsterke meningsdimensjonen legger

teorien vekt på fire livsområder som mennesker bør investere i: indre følelser, sosiale relasjoner, hovedaktiviteter og eksistensielle spørsmål (Antonovsky, 1987).

Kjernen i salutogeneseteorien er samspillet mellom motstandsressurser og OAS. En økt OAS korrelerer positivt med en økt evne til å utnytte de interne og eksterne motstandsressursene individet har. Når stressbelastningen øker, blir tilgjengeligheten, bevisstheten, og anvendelsen av motstandsressurser enda viktigere (Antonovsky, 1992, referert i Langeland & Holvik, 2020). Dette ble undersøkt i en nederlandsk kartleggingsoversikt, som kartla hvordan studier gjort på friske barselkvinner har anvendt salutogenese som teori. Funn viste at kvinner med en sterk OAS hadde tydelig høyere nivå av velvære, enn kvinnene med lav OAS. En sterk OAS viste seg å ha positive utslag på svangerskapet og barseltiden, og kvinnene som hadde en sterk OAS opplevde en økt selvtillit i forbindelse med morsrollen (Perez-Botella et al., 2015).

3 Metode

3.1 Design

Vi valgte kvantitativ metode med tverrsnittstudie for å besvare studiens problemstilling. Tverrsnittstudier undersøker et utvalg individer i løpet av en kort tidsperiode, og fungerer som et øyeblikksbilde (Veierød & Thelle, 2022). Fordelen med å gjøre en tverrsnittstudie er at det er mindre ressurskrevende av både tidsmessige og økonomiske hensyn, sammenlignet med eksempelvis randomiserte kontrollerte studier eller kohortstudier (Veierød & Thelle, 2022). Det bidro til at vi anså det som en relevant metode for vår studie. Tverrsnittstudier tillater også å undersøke om det er en sammenheng mellom variabler. Ved hjelp av statistiske analyser kunne vi blant annet undersøke om mottatt informasjon og oppfølging er assosiert med tilstrekkelig grad av kunnskap for å kunne gjennomføre bekkenbunnstrening. Tverrsnittstudier gir begrenset innsikt i endringer over tid, da de fokuserer på øyeblikksbilder og ikke ser på utviklingen av fenomener over en tidsperiode (Jacobsen, 2022).

3.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv

I denne studien er et empiristisk vitenskapsteoretisk perspektiv benyttet. Ordet empirisme kommer fra det greske ordet *empeiria* som betyr erfaring. Utgangspunktet for empirismen er at verden erfares gjennom sansene, og at fakta danner et solid grunnlag for utvikling av vitenskapelig holdbar kunnskap. Det som betraktes som virkelig er det som kan telles, måles og veies (Wifstad, 2018). Resultatene skal være mest mulig presise, og bringes frem ved hjelp av apparater og verktøy (Thornquist, 2018). Fordi vår studie hadde som delmål å tallfeste andelen kvinner som mottok informasjon om bekkenbunnstrening, var en empirisk tilnærming velegnet. Hensikten var å utvikle ny kunnskap om kvinners erfaringer som videre kan være til praktisk bruk i svangerskaps- og barselomsorgen.

3.3 Utvalg og rekruttering

Utvalget i denne studien er førstegangs fødende som fødte i tidsperioden 1. januar 2022 til 1. juli 2023, i svangerskapsuke 37+0 eller senere. Ifølge Medisinsk fødselsregister (MFR) (2022f) ble det i løpet av hele 2022 født 22 225 barn av førstegangs fødende mødre. Samme år ble 2969 barn født før svangerskapsuke 37, men her skiller det ikke mellom paritet. I løpet av den angitte tidsperioden kan vi derfor anslå at populasjonen omfatter omkring 33 300 kvinner. Vi valgte førstegangs fødende kvinner for å sikre et likt utgangspunkt for kvinnene, med tanke på mottatt informasjon om bekkenbunnstrening. Tidsrommet ble valgt på bakgrunn av at kvinnene skulle ha informasjonen de hadde mottatt friskt i minnet. Alle forløsningsmetoder

ble inkludert for å kunne undersøke om informasjonen og oppfølgingen var individuelt tilpasset. Beherskelse av norsk skriftspråk var også et inklusjonskriterium fordi spørreskjemaet kun var tilgjengelig på norsk. Kvinner som hadde født prematurt ble ekskludert. En kvinne som har født prematurt kan være innlagt på nyfødt intensiv de første dagene etter fødsel sammen med sitt barn. Det kan tenkes at det påvirker kvinnens mottakelighet for informasjon. Kvinner <18 år ble ekskludert på bakgrunn av utfordringer med innhenting av samtykke (Helseforskningsloven, 2008).

Det ble besluttet å gjennomføre et ikke-sannsynlighetsutvalg basert på selvutvelgelse. Med begrensede ressurser ble det ansett som enklere, raskere og mer kostnadseffektivt å rekruttere deltakere på denne måten. Ulempen er at det kan oppstå en systematisk skjevhet i utvalget. Det betyr at det kan være hele grupper av enheter som ikke kommer med, for eksempel alle de som ikke har besøkt en nettside (Jacobsen, 2021). Derfor bør det med denne utvalgsmetoden utøves forsiktighet med å generalisere fra utvalg til populasjon. Det er mulig å vurdere hvor representativt utvalget er ved å sammenligne utvalgets karakteristika med resten av populasjonen (Jacobsen, 2022).

Rekrutteringen har foregått gjennom de sosiale plattformene Facebook og Instagram. Dette er blant de mest brukte digitale plattformene, og brukes daglig av henholdsvis 68% og 48% av norske kvinner over 18 år (Ipsos, 2023). Et offentlig delbart innlegg ble opprettet og publisert i nasjonale og lokale Facebook-grupper, og av Instagram-profiler hvor populasjonen kunne nås. Eksempler på slike grupper er termingrupper og barselgrupper. Dette ble gjort for å øke oppmerksomheten rundt studien og for å oppnå en så høy svarprosent som mulig (Veierød & Thelle, 2022). Innlegget inneholdte blant annet en lenke til forskningsprosjektets egen nettside med domenet www.bekkenomsorg.com. I utformingen vektla vi en visuelt tiltalende layout med mål om å fange oppmerksomheten til målgruppen. Vi forsøkte å plassere informasjonen på en tydelig måte ved hjelp av overskrifter og balanse mellom tekst og grafikk. Nettsiden vi brukte for å promotere studien hadde en enkel navigasjon. Her vektla vi også en klar og enkel fremstilling av studiens formål og informasjon om personvern og samtykke. Ved hjelp av publiseringsmaterialet var målet å oppnå tillit hos deltakerne, og dermed maksimere svarprosenten (Veierød & Thelle, 2022). Se vedlegg 2 for informasjonsskriv, og vedlegg 3 for publiseringsmaterieil og nettside. På bakgrunn av studiens tidsbegrensing, skulle spørreskjemaet være åpent for deltakelse i fire uker. Informasjon om studien ble delt flere ganger i løpet av denne perioden for å øke rekrutteringen (Jacobsen, 2021). Studien ble i hovedsak delt på tirsdager midt på dagen da

dette anses for å være det mest gunstige tidspunktet for å øke svarprosenten (Spørreundersøkelser, 2024). I samråd med veileder valgte vi å avslutte datainnsamlingen etter tre uker da over 1000 deltagere hadde besvart undersøkelsen.

3.4 Datamateriale

3.4.1 Måleinstrument

For å innhente data har vi benyttet et egenutviklet spørreskjema som måleinstrument. Det elektroniske spørreskjemaet ble opprettet gjennom Universitet i Oslo (UiO) sin plattform www.nettskjema.no. Nettskjema er et verktøy for utforming og gjennomføring av spørreundersøkelser på nett, med høye krav til både sikkerhet og personvern (UiO, 2010). Enhetene som ble undersøkt var kvinnene i utvalget. Spørsmålene i spørreskjemaet representerer måleapparatene.

3.4.2 Spørreskjema

Spørreundersøkelsen inneholdt totalt 26 spørsmål om bakgrunn, fødsel og informasjon om bekkenbunnstrening i svangerskaps- og barselomsorgen. De tre første spørsmålene var obligatoriske for å ekskludere respondenter som ikke oppfylte inklusjonskriteriene. Videre var spørreskjemaet utformet med flere spørsmål som var avhengige av hverandre, slik at ikke alle mottok alle spørsmålene. Hvis en deltager eksempelvis hadde krysset «nei» for å ha mottatt informasjon om bekkenbunnstrening, fikk ikke samme deltager neste spørsmål om hvilken type informasjon hun hadde mottatt. Respondentene kunne dermed, avhengig av hvordan de besvarte spørsmålene, maksimalt motta 25 spørsmål, og minimalt 15 spørsmål.

Det ble ikke funnet validerte spørreskjemaer med direkte relevans for problemstillingen. Spørsmålene er derfor delvis konstruert på egenhånd, og delvis hentet fra validerte spørreskjema i FHIs spørreskjemabank (2014). Spørsmål 11 er et validert spørsmål, og stammer fra PasOpp-undersøkelsen (Holmboe & Sjetne, 2018). I tillegg ble spørsmål 5, 20 og 26 fra samme undersøkelse omformulert og tilpasset vår studie. Resterende spørsmål er konstruert på egenhånd med utgangspunkt i studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Nasjonale retningslinjer for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014) og eksisterende forskning er også brukt som inspirasjon. Vi har på bakgrunn av dette utformet svaralternativer som vi mener at kvinner bør få informasjon om i svangerskaps- og barselomsorgen.

3.4.3 Pilotstudie

For å kunne avdekke eventuelle mangler og svakheter ved studien, og dermed styrke studiens validitet (Busch, 2021), ble det gjennomført en pilotstudie hvor spørreskjemaet ble utprøvd.

20 respondenter deltok i pilotstudien, og bidro med konstruktive tilbakemeldinger.

Tilbakemeldingene ble gitt gjennom åpne spørsmål for å evaluere hvor godt spørsmålene ble forstått, og for å gi respondentene mulighet til å komme med forslag til eventuelle endringer i formuleringer og svaralternativer. Respondentene fikk også mulighet til å komme med forslag dersom det var noe de mente manglet. Tilbakemeldingene bidro til at vi inkluderte flere svaralternativer med «husker ikke». På bakgrunn av tilbakemeldingene, avgjorde vi at spørsmålet om fødselsrifer best lot seg forstå ved bruk av illustrasjoner som beskrev de ulike svaralternativene.

3.4.4 Variabler

Spørsmålene i spørreskjemaet representerer studiens variabler. Begrepet variabel er navnet på den type informasjon som registreres. Denne studien inneholder variabler på nominal- og ordinalnivå. Nominale variabler kjennetegnes ved at de har definerte kategorier, er gjensidig utelukkende og uttømmende, og ikke kan rangeres (Bjørndal & Hofoss, 2004). Spørsmålet «Gikk du på svangerskapskontroller?» med svaralternativene «ja» og «nei» er et eksempel på nominale variabler. Nominale variabler med to svaralternativer kan også kalles for dikotome variabler. I motsetning til nominale variabler, kan ordinale variabler rangeres, men avstanden mellom plasseringene er ikke definert (Bjørndal & Hofoss, 2004). Ordinal variabler som benyttes er eksempelvis spørsmålet «Følte du selv at informasjonen du fikk var tilstrekkelig for å kunne gjennomføre bekkenbunnstrening?» med fem svaralternativer oppgitt i grad av tilstrekkelighet, fra «ikke i det hele tatt» til «i svært stor grad». For fullstendig oversikt over alle spørsmål og svaralternativer, se vedlegg 1.

For å muliggjøre enkelte statistiske analyser har noen av variablene blitt omkodet. Dette innebærer blant annet å slå sammen to eller flere variabler til én. Eksempelvis har vi omkodet spørsmålet «Følte du selv at informasjonen du fikk var tilstrekkelig for å kunne gjennomføre bekkenbunnstrening?» med fem svaralternativer oppgitt i grad av tilstrekkelighet, fra «ikke i det hele tatt» til «i svært stor grad». Svaralternativene ble omkodet til «I svært liten grad / i liten grad», «I noen grad» og «I stor grad / i svært stor grad». Vi har også ekskludert «husker ikke» eller «vet ikke» fra flere analyser. Dette kommer frem under gjeldende figurer i kapittel 5.

3.5 Datahåndtering

I etterkant av den fullførte datainnsamlingen, kodet vi svaralternativene om til tallverdier slik at de kunne behandles og analyseres statistisk (Jacobsen, 2022). Dette ble gjort gjennom kodeboken som Nettskjema.no automatisk genererer. Kodeboken ble deretter lastet ned i statistikkprogrammet SPSS Statistics (IBM Corp. Released 2022. IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 29.0. Armonk, NY: IBM Corp). For å begrense risiko for feil, kontrollerte vi data både sammen og individuelt. Dataene ble grundig undersøkt for feil og mangler, og ble deretter korrigert. Vi kontrollerte at vi hadde alle variablene, og at benevnelsene i datasettet var korrekte. Denne prosessen kalles datavask (Stavseth, 2023).

Personvernet til deltagerne ble ivaretatt gjennom Nettskjema i form av sikker lagring, og ved at deres IP -adresse ikke var mulig å spore (UiO, 2013). Nedlastet datamateriale ble oppbevart i henhold til UiTs prinsipper og retningslinjer for forvaltning av forskningsdata. Dette innebar blant annet sikker håndtering av data i lagringstjenester med tofaktorautentisering (Larsen, 2023). Se vedlegg 4 for en utfyllende datahåndteringsplan.

3.5.1 Missing data

Missing data, eller manglende data, er observasjoner som av ulike årsaker mangler i et datasett. Dette kan enten være bevisst ved å ikke svare i det hele tatt, hoppe over sensitive tema, eller dersom deltakeren ikke finner et svaralternativ som passer. Det kan også skyldes en ubevisst handling hvor deltakeren glemmer å svare eller er for opptatt til å svare.

Manglende data kan også forekomme ved tekniske feil. Inntil en viss grad er fraværet av data en naturlig og uunngåelig følge av etiske prinsipper. Deltagelsen i spørreundersøkelsen var frivillig og anonym, og dermed kan visse data være manglende av hensyn til respondentenes personvern og valgfrihet (Newman, 2014). Det vil si at manglende data også kan være et resultat av at respondentene har utøvd sin rett til å ikke besvare enkelte spørsmål.

Målet med å håndtere manglende data er å redusere skjevhet, ofte omtalt som bias, og dermed redusere muligheten for feiltolkning av studiens resultater (Jacobsen, 2022). Manglende data kan i vår studie gi opphav til informasjonsskjevhet, som kan oppstå ved systematiske feil i innsamling eller håndtering av data. Det kan også oppstå dersom visse grupper respondenter har større sannsynlighet for å mangle data (Bankhead et al., 2019). Vårt datasett har lite manglende data. Ni spørsmål hadde ingen missing, 11 spørsmål hadde en missing, og fem spørsmål hadde to missing. Ett spørsmål skiller seg ut med 38 manglende svar. Dette spørsmålet omhandler hvilken informasjon kvinnene mottok på etterkontrollen, og er en

tredje variant av samme spørsmål i spørreskjemaet. Det kan tenkes at respondentene derfor har blitt lei av å svare på nesten identiske spørsmål. Vi har ekskludert manglende data i analyser med kji-kvadrat, og oppgitt hvor mange som mangler fra hver enkelt analyse.

3.6 Gjennomførte analyser

3.6.1 Deskriptiv statistikk

Til analysen av dataene ble det innledningsvis brukt deskriptiv statistikk, som gir en beskrivelse av hvordan enheter fordeler seg i et utvalg eller en populasjon basert på datasettet (Johannessen & Tufte, 2022). Etter at dataene var kodet og behandlet, fremstilte vi først materialet i frekvenstabeller. Vi brukte frekvenstabellene til å bli kjent med materialet, og for å igjen kontrollere at variablene var riktige. Tabellene bidro til å sammenfatte informasjon om deltakerne, og fremstilte dataene i antall og prosent (Bjørndal & Hofoss, 2004).

Ifølge nasjonale retningslinjer er utreisesamtalen på barsel den eneste samtalen som må gjennomføres og utføres av jordmor (Helsedirektoratet, 2014). Vi har derfor valgt å presentere studieutvalget i tabeller inndelt etter om kvinnene mottok eller ikke mottok informasjon om bekkenbunnstrening på barsel.

For å besvare forskningsspørsmål en og to fremstilte vi resultatene gjennom sektordiagram og histogram. Vi visualiserte eksempelvis svarfordelingen på spørsmålet «Fikk du informasjon om bekkenbunnstrening på svangerskapskontrollene?» ved hjelp av sektordiagram, og belyste hvilken informasjon kvinner oppga at de mottok om bekkenbunnstrening ved hjelp av histogram.

3.6.2 Analytisk statistikk

For å besvare forskningsspørsmål tre, har vi anvendt analytisk statistikk. Her har vi undersøkt om det er en statistisk signifikant samvariasjon mellom mottatt informasjon om bekkenbunnstrening på barsel, og hvordan kvinner vurderte tilstrekkeligheten av den totale informasjonen og oppfølgingen av egen bekkenbunn.

Pearsons kjikvadrattest og p-verdi

Med en krysstabell er det mulig å gjennomføre en kjikvadrattest. Testen kan benyttes for å se på samvariasjon mellom to kategoriske variabler. Kjikvadrattesten er en form for hypotesetest, og bidrar med å avgjøre hvilken hypotese som skal forkastes eller beholdes. Nullhypotesen tilsier at det ikke er en sammenheng mellom to variabler, mens den alternative

hypotesen er at det foreligger en sammenheng mellom variablene (Johannessen & Tufte, 2022). Testen baserer seg på forskjellen mellom de observerte verdiene, og det som ut fra fordelingen kan forventes. Gjennom en kjiqvadrattest får vi en p-verdi som kan angi hvor sannsynlig det er at forskjellen er tilfeldig. En høy p-verdi indikerer at tilfeldigheter kan forklare resultatet. Dersom p-verdien er $<0,05$ anses forskjellen mellom observasjonene som statistisk signifikant, og nullhypotesen forkastes (Bjørndal & Hofoss, 2004). Valgt signifikansnivå for våre analyser er $<0,05$.

4 Ethiske overveielser

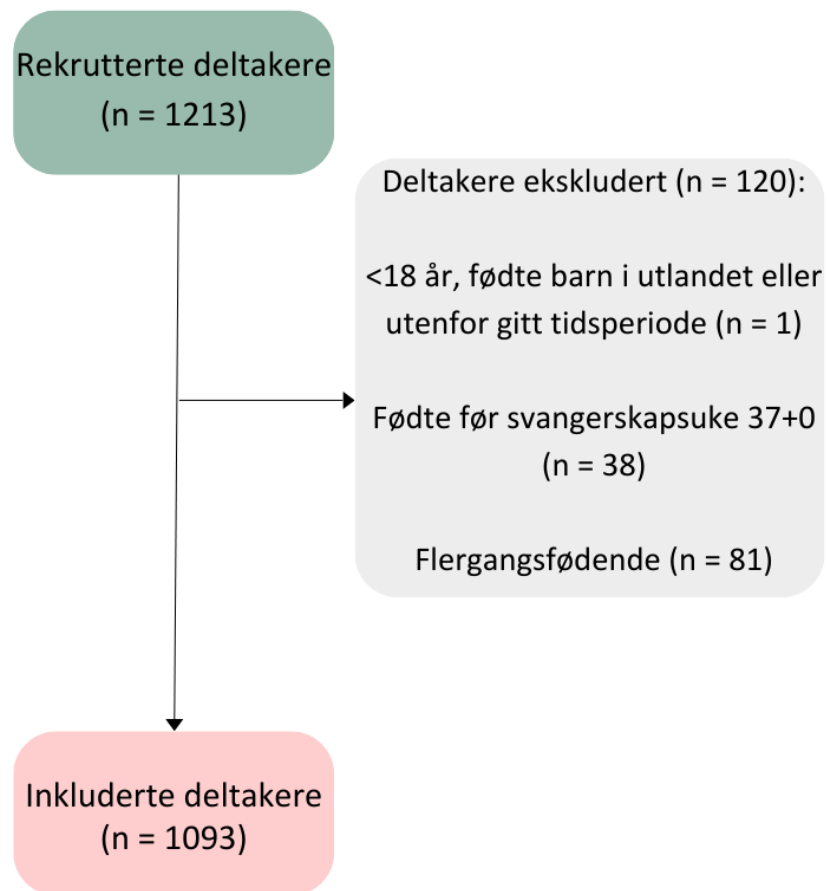
Datainnsamlingen krevde ikke personidentifiserende opplysninger, og eksempelvis bakgrunns karakteristika ble oppgitt i kategorier. Det var derfor ikke nødvendig med godkjenning fra Sikt, Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (Sikt, u.å.). Formålet med studien var ikke å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, noe som førte til at studien falt utenfor helseforskningslovens virkeområde (Helseforskningsloven, 2008, § 4). Det var dermed ikke nødvendig å søke til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, u.å.).

Studien vår følger yrkesetiske retningslinjer for jordmødre, som påpeker at jordmødre deler kunnskapsbasert informasjon og ivaretar kvinners personvern (ICM, 2005). Videre er studien gjennomført i samsvar med Helsinkideklarasjonen, som blant annet vektlegger betydningen av informert samtykke og legger det etiske ansvaret på forskeren (Førde, 2014). Dette er også i tråd med Forskningsetikkloven (2017).

Nytten ved denne studien var for kvinnene å bidra til mer kunnskap om kvinners erfaringer med informasjon og oppfølging av deres bekkenbunn i forbindelse med svangerskap og barseltid. Studien utgjør liten risiko for kvinnene i utvalget, fordi den er frivillig og anonym. Informasjonsskrivet som ble utarbeidet for denne studien (se vedlegg 2) ble publisert på studiens nettside, og belyste dette. Enkelte spørsmål kunne derimot virke belastende dersom noen av deltakerne hadde negative opplevelser med svangerskaps-, fødsels- eller barselomsorgen (Arnesen et al., 2021).

5 Resultat

Spørreskjemaet mottok totalt 1213 svar, hvorav 1212 hadde født i Norge innenfor den gitte tidsperioden. Det var 38 som krysset av for at de hadde født prematurt, og 81 var flergangsfødende. Disse oppfylte ikke inklusjonskriteriene til studien, og ble dermed automatisk ekskludert og mottok ikke resten av spørsmålene i spørreskjemaet. Totalt ble 1093 deltakere inkludert i studien da de både oppfylte inklusjonskriteriene og svarte på videre spørsmål.



Figur 1. Flytskjema studieutvalg

5.1 Karakteristika for utvalget

Tabell 1 viser karakteristika for utvalget i studien, og fordelingen av om de mottok informasjon om bekkenbunnstrening på barsel eller ikke.

De fleste kvinnene som oppga at de mottok informasjon, befant seg i aldersgruppen 25-29 år (42,8%). Kvinnene som hadde høyere utdanning mer enn fire år oppga oftest at de hadde mottatt informasjon (41,9%), og flertallet som oppga at de hadde mottatt informasjon var yrkesaktive (88,9%). Majoriteten av kvinnene som oppga at de hadde mottatt informasjon fødte vaginalt (72,6%). Blant kvinnene som oppga at de mottok informasjon om bekkenbunnstrening på barsel, var det et større antall som hadde fått anlagt episiotomi (122).

Av de kvinnene som oppga at de ikke hadde mottatt informasjon, var det flest i aldersgruppen 30-34 år (43,4%). Kvinnene som oppga at de ikke hadde mottatt informasjon hadde oftest høyere utdanning på 1-4 år (41,7%). Flertallet blant de som oppga at de ikke hadde mottatt informasjon var yrkesaktive (86,6%). Et flertall av de som oppga at de ikke mottok informasjon fødte vaginalt (67,5%). Flere av de som oppga at de ikke mottok informasjon, hadde krysset av for at de fikk andre rifter (129).

Blant de som ikke husket om de hadde mottatt informasjon, var det flest i aldersgruppen 30-34 år (42,0%). Kvinnene som oppga at de ikke husket om de hadde mottatt informasjon, hadde oftere over fire års høyskole- eller universitetsutdanning (40,5%). Videre var majoriteten yrkesaktive (92,4%). Flertallet av de som ikke husket om de hadde mottatt informasjon, fødte vaginalt (63,4%). Av de som ikke husket om de mottok informasjon, hadde flere fått anlagt episiotomi (34).

Tabell 1. Karakteristika av studieutvalget

Variabel	Mottatt informasjon (n = 423)	Ikke mottatt informasjon (n = 539)	Husker ikke (n = 131)
Aldersgrupper			
18-24 år	43 (10,2)	43 (8,0)	8 (6,1)
25-29 år	181 (42,8)	196 (36,4)	48 (36,6)
30-34 år	159 (37,6)	234 (43,4)	55 (42,0)
35 år og over	40 (9,5)	66 (12,2)	20 (15,3)
Utdanning^a			
Grunnskole / Videregående skole	81 (19,2)	117 (21,7)	30 (22,9)
Høgskole / Universitet (1-4 år)	164 (38,9)	225 (41,7)	48 (36,6)
Høgskole / Universitet (mer enn 4 år)	177 (41,9)	197 (36,5)	53 (40,5)
Yrkesdeltagelse			
Yrkesaktiv	376 (88,9)	467 (86,6)	121 (92,4)
Under utdanning	33 (7,8)	35 (6,5)	4 (3,1)
Sykmeldt/uføretrygd/AAP*/Annet	14 (3,3)	37 (6,9)	6 (4,6)
Forløsningsmetode			
Vaginal fødsel	307 (72,6)	364 (67,5)	83 (63,4)
Tang / Vakuum	79 (18,7)	72 (13,4)	26 (19,8)
Keisersnitt	37 (8,7)	103 (19,1)	22 (16,8)
Fødselsrift^{†b}			
Grad 1	110	124	31
Grad 2	100	119	27
Grad 3-4	39	8	1
Episiotomi	122	120	34
Andre rifter	95	129	31
Vet ikke	8	6	2

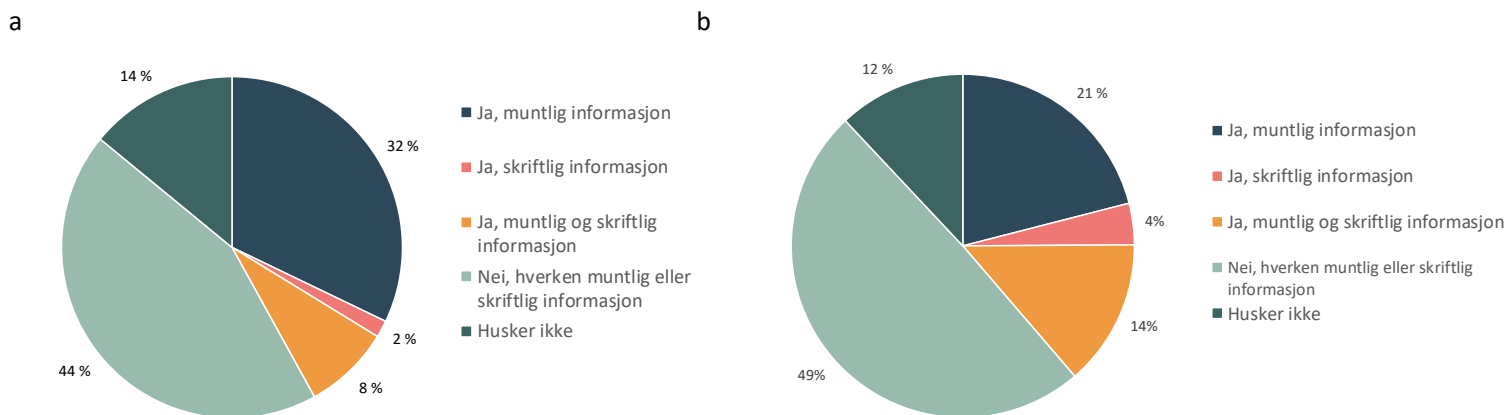
Missing: a=1, b=2

*AAP = Arbeidsavklaringspenger

†Kun respondenter med tang / vakuum eller spontan vaginal forløsning mottok dette spørsmålet. Her kunne respondentene velge flere alternativer.

5.2 Andel kvinner som mottok informasjon om bekkenbunnstrening

Figur 2a illustrerer hvilken informasjon kvinnene oppga at de fikk om bekkenbunnstrening på svangerskapskonsultasjonene og på barsel. På svangerskapskonsultasjonene hadde litt under halvparten av utvalget oppgitt at de hverken mottok muntlig eller skriftlig informasjon (44%). Blant de som oppga at de mottok informasjon, var det flest som oppga at de mottok muntlig informasjon (32%), og færrest som oppga at de mottok skriftlig informasjon (2%). Et fåtall av kvinnene oppga at de hadde mottatt både muntlig og skriftlig informasjon (8%). Resterende andel husket ikke om de mottok informasjon om bekkenbunnstrening på svangerskapskonsultasjonene (14%). Figur 2b viser at nesten halvparten av utvalget rapporterte at de hverken mottok muntlig eller skriftlig informasjon (49%). Blant de som oppga at de mottok informasjon, var det flest som oppga at de mottok muntlig informasjon (21%), og færrest som oppga at de mottok skriftlig informasjon (4%). Et fåtall av kvinnene oppga at de hadde mottatt både muntlig og skriftlig informasjon (14%), og resterende andel husket ikke om de mottok informasjon om bekkenbunnstrening på barsel (12%).

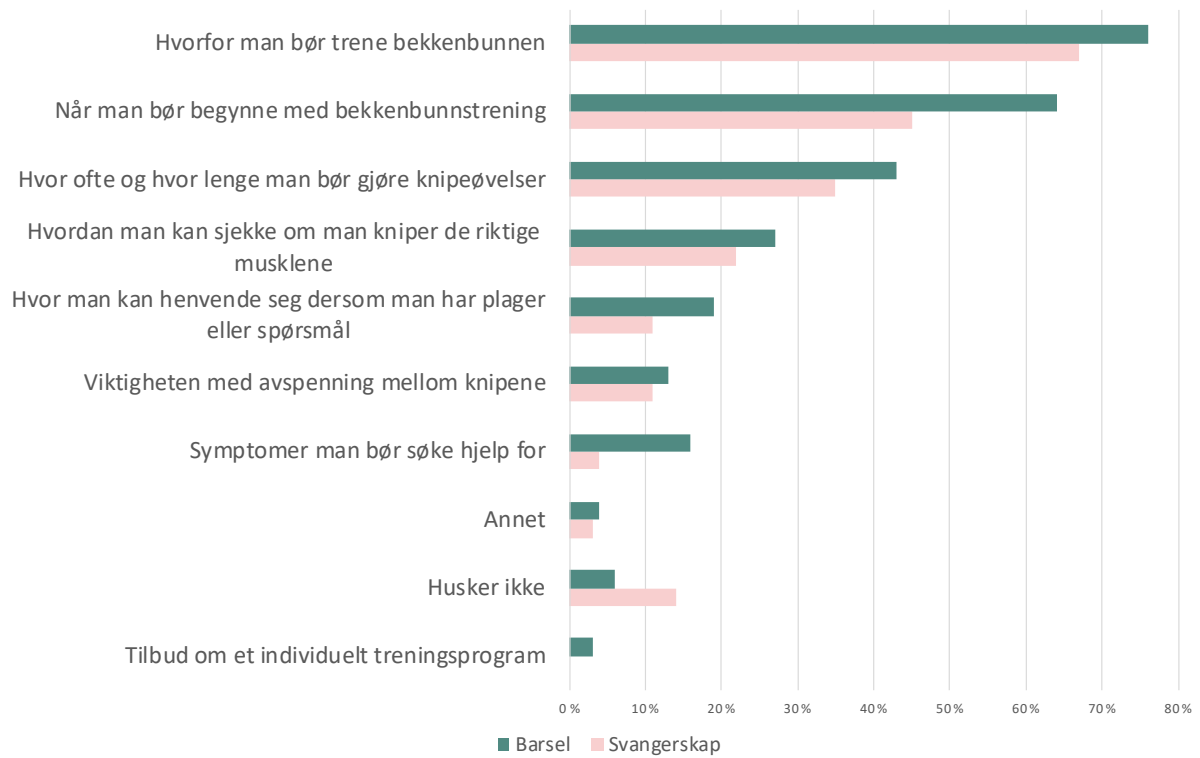


Figur 2. a) Oppgitt type informasjon i svangerskapet (n = 1090) og b) på barsel (n = 1093).

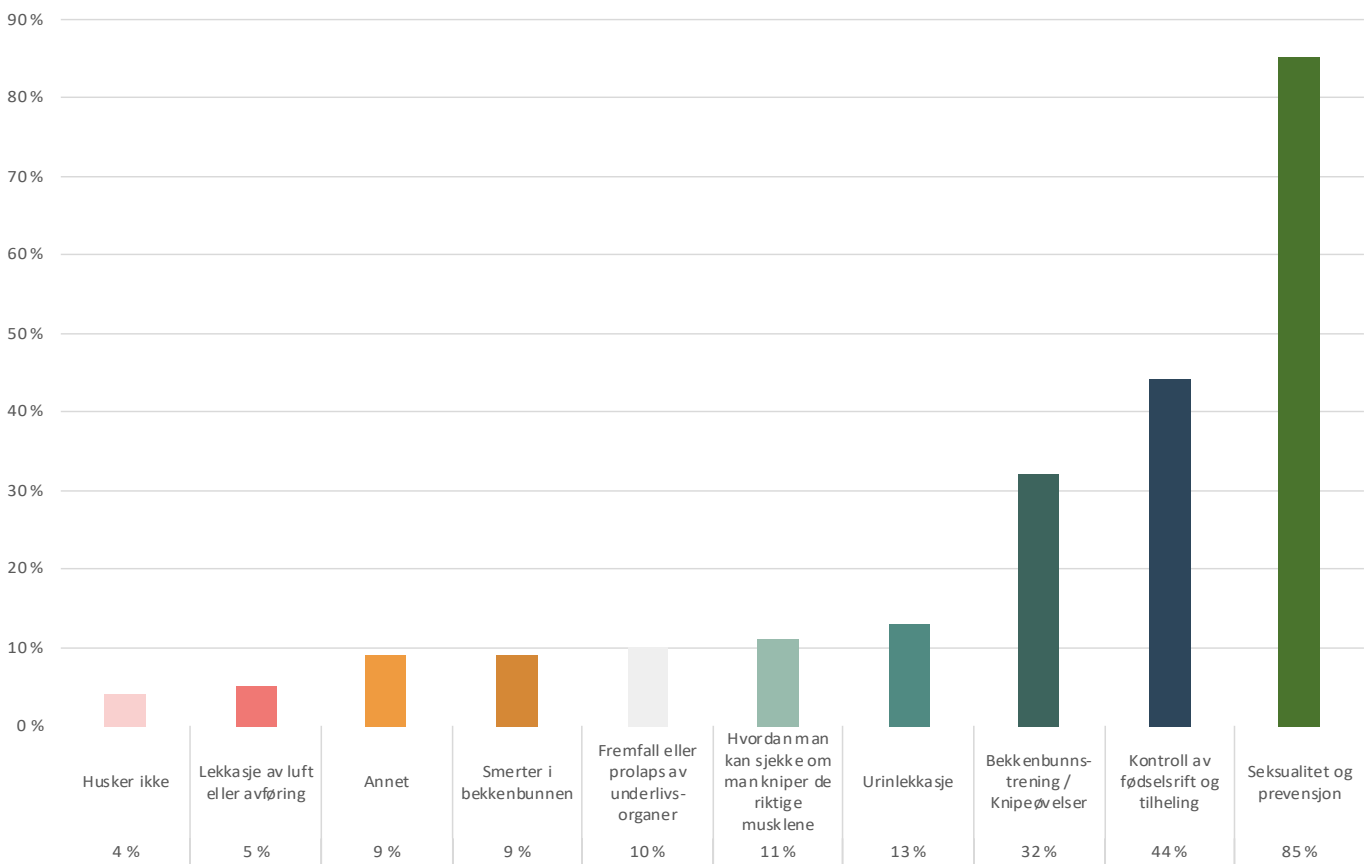
5.3 Hvilken informasjon og oppfølging kvinner oppga at de mottok

Figur 3 viser at kvinner rapporterer om noe varierende informasjon mottatt på svangerskapskonsultasjoner og i barselperioden. De fleste rapporterte at de mottok informasjon om hvorfor man bør trene bekkenbunnen både i svangerskapet (67%) og på barsel (76%). Litt under halvparten hadde også på svangerskapskonsultasjoner oppgitt at de mottok informasjon om når man bør begynne med bekkenbunnstrening (45%), og flere hadde oppgitt at de mottok informasjon om dette på barsel (64%). Under halvparten oppga at de mottok informasjon om hvor ofte og hvor lenge man bør gjøre knipeøvelser både i svangerskapet (35%) og på barsel (43%). På barsel hadde en større andel kvinner rapportert at de mottok informasjon om symptomer man bør søke hjelp for (16%), sammenlignet med i svangerskapet (4%). Kvinnene ble spurt om de på barsel hadde mottatt et individuelt treningsprogram av bekkenbunnsmuskulaturen, og få oppga at de hadde fått et tilbud om dette (3%).

Figur 4 gir en fremstilling av hvilken informasjon kvinnene i studieutvalget oppga at de mottok på etterkontrollen omtrent 4-6 uker etter fødselen. Seksualitet og prevensjon var det vanligste temaet som ble gjennomgått på etterkontrollen (85%). Under halvparten oppga at det ble gjennomført kontroll av fødselsrift og tilheling (44%), og omtrent en tredjedel oppga at de hadde en samtale om bekkenbunnstrening (32%). Når det gjelder bekkenbunnsrelaterte plager, oppga kvinnene at temaene urinlekkasje (13%), fremfall (10%), smerter i bekkenbunnen (9%) og lekkasje av luft eller avføring (5%) ble gjennomgått på etterkontrollen.



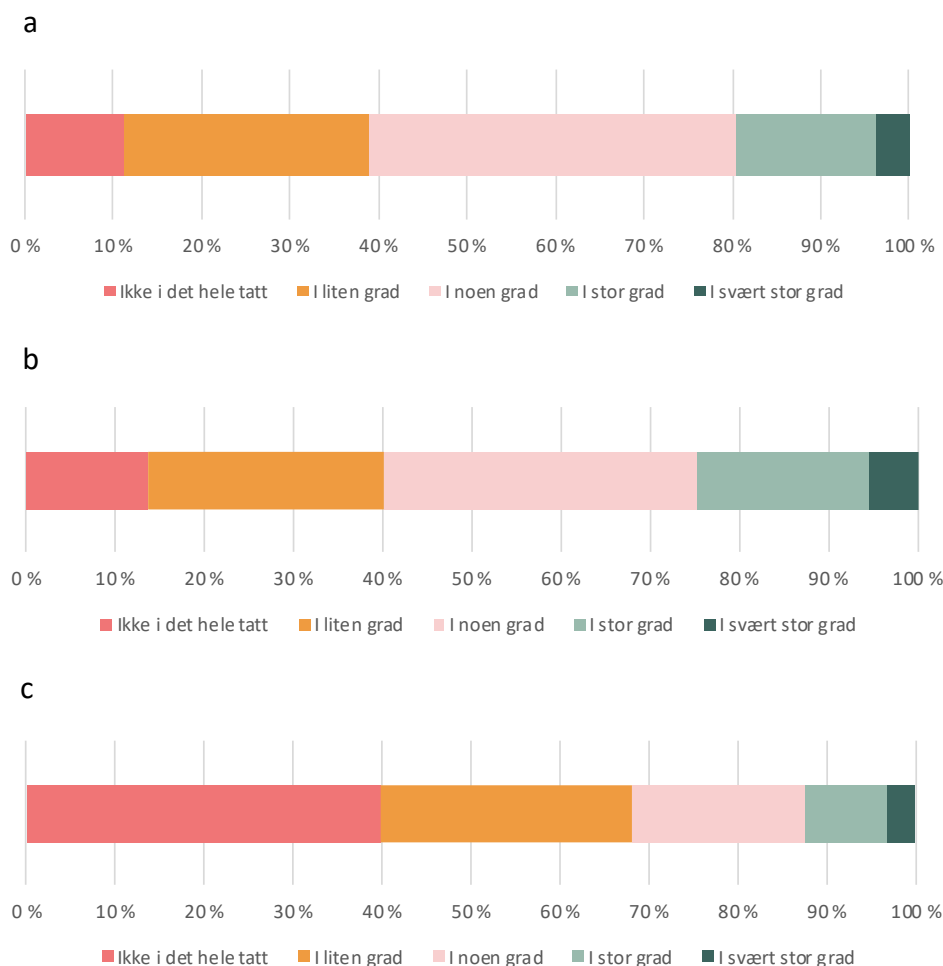
Figur 4. Oppgitt mottatt informasjon i svangerskapet (n = 457) og på barsel (n = 421).



Figur 3. Oppgitt mottatt informasjon og oppfølging på etterkontroll (n = 942).

5.4 Grad av tilstrekkelig kunnskap til å ivareta bekkenbunnen

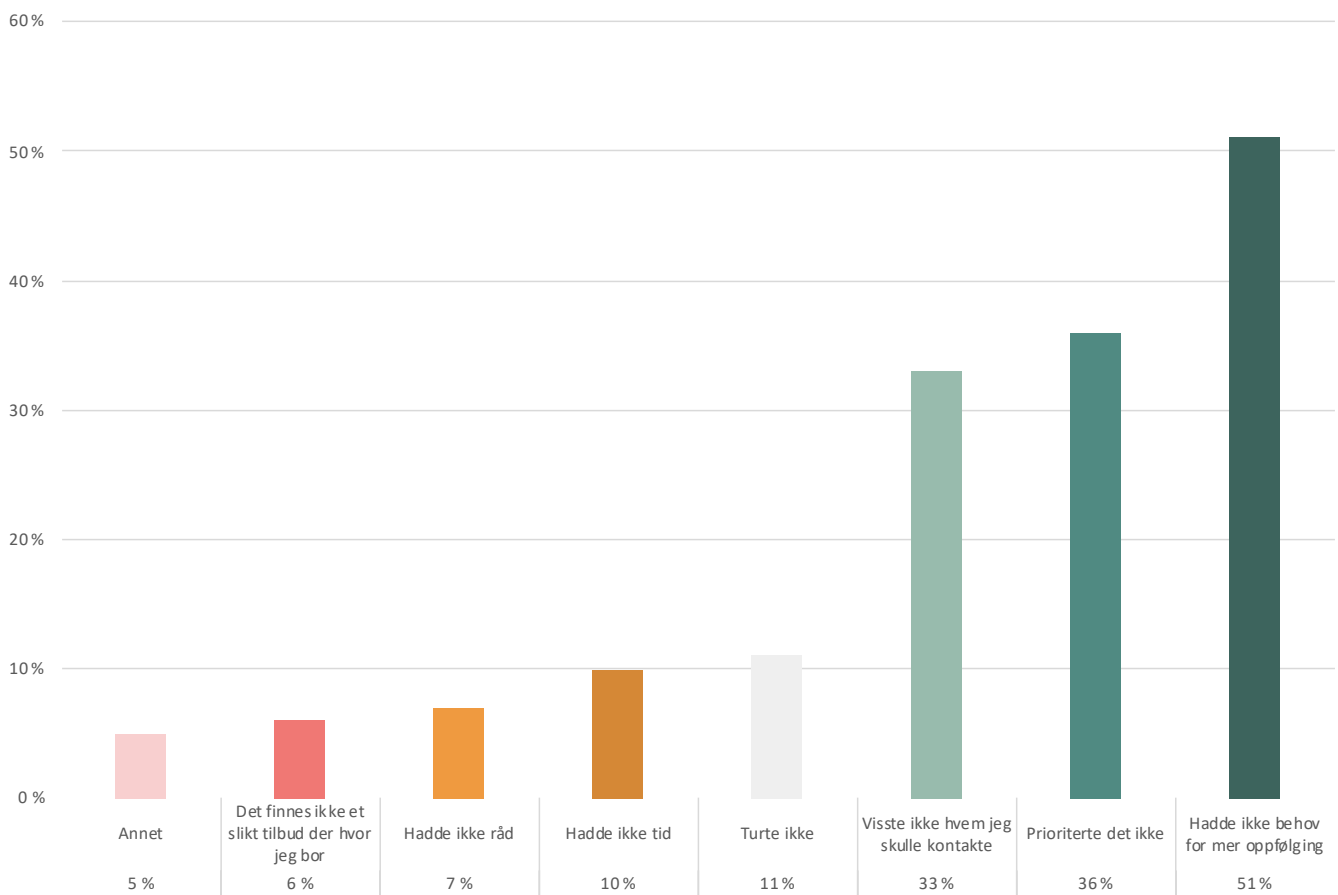
Figur 5 baserer seg på informasjon som ble formidlet gjennom svangerskaps- og barselomsorgen. Her har kvinnene vurdert hvor tilstrekkelig informasjonen var for å kunne gjennomføre bekkenbunnstrening. I svangerskapet svarte kvinnene i noen grad (42%), mens de færreste svarte at de i stor grad eller i svært stor grad (20%) hadde tilstrekkelig kunnskap for å ivareta bekkenbunnen. Over en tredjedel av kvinnene svarte ikke i det hele tatt eller i liten grad (39%). Tilstrekkelig informasjon gitt på barsel ble av de fleste kvinnene vurdert som ikke i det hele tatt eller i liten grad (40%). Færre kvinner svarte i noen grad (35%), mens en fjerdedel svarte i stor grad eller i svært stor grad (25%). De fleste kvinnene vurderte oppfølgingen av bekkenbunnen på etterkontrollen som utilstrekkelig (68%). En femtedel av kvinnene vurderte oppfølgingen av bekkenbunnen som tilstrekkelig i noen grad (20%), mens fåtallet svarte i stor grad eller i svært stor grad (12%).



Figur 5. a) Grad av tilstrekkelig informasjon mottatt i svangerskapet ($n = 457$), b) på barsel ($n = 421$) og c) oppfølging mottatt på etterkontroll ($n = 979$).

5.5 Årsaker til at kvinner ikke tok kontakt for videre oppfølging

Figur 6 visualiserer hva kvinnene i studien oppga som årsaker til at de ikke tok kontakt for videre oppfølging av sin bekkenbunn i etterkant av etterkontrollen. Omtrent halvparten av de som ikke tok kontakt oppga at de ikke hadde behov for mer oppfølging (51%), mens litt over en tredjedel oppga at de ikke prioriterte det (36%). En tredjedel av kvinnene visste ikke hvem de skulle kontakte (33%). Resterende oppga at de ikke turte å ta kontakt (11%), at de ikke hadde tid (10%), ikke hadde råd (7%), eller at det ikke fantes et slikt tilbud der de bodde (6%).



Figur 6. Årsaker til at kvinner ikke tok kontakt for videre oppfølging (n = 803).

5.6 Samvariasjon mellom informasjon og ivaretagelse av bekkenbunnen

Tabell 2 viser en oversikt over informasjon og oppfølging sett i sammenheng med om kvinnene mottok informasjon om bekkenbunnstrening på barsel eller ikke. Sammenhengen mellom variablene er vurdert med Pearsons-kjikkvadrattest. Det var en statistisk signifikant høyere andel kvinner som oppga at de mottok informasjon om bekkenbunnstrening på barsel av de som dro på etterkontroll (p-verdi $<0,001$), sammenlignet med de som ikke mottok informasjon om bekkenbunnstrening på barsel. Testen viste at det var ingen statistisk signifikant sammenheng på om kvinnene oppga at de mottok informasjon og om de selv hadde tilegnet seg kunnskap om bekkenbunnstrening fra andre kilder enn helsepersonell (p-verdi 0,16). Det var ingen statistisk signifikant sammenheng på om kvinnene oppga at de mottok informasjon og om de selv tok kontakt med helsepersonell for videre oppfølging av sin bekkenbunnsfunksjon (p-verdi 0,52). Studiedeltakerne ble til slutt spurt om de følte at informasjonen og oppfølgingen av deres bekkenbunn var tilstrekkelig i sin helhet. Testen viser en statistisk signifikant samvariasjon mellom å ha mottatt informasjon på barsel og hvordan de vurderte tilstrekkeligheten av den totale informasjonen og oppfølgingen av egen bekkenbunn. De fleste deltakerne som hadde mottatt informasjon (14,7%), vurderte tilstrekkeligheten som «i stor grad» eller «i svært stor grad» (p-verdi $<0,001$).

Tabell 2. Samvariasjon mellom informasjon og ivaretagelse av bekkenbunnen

	Mottatt informasjon (n = 423)* n (%)	Ikke mottatt informasjon (n = 539)* n (%)	p-verdi	Total n (%)†
Dro på etterkontroll^a	395 (93,8)	471 (87,4)	<0,001	866 (90,2)
Tilegnet seg kunnskap om bekkenbunnstrening fra andre kilder enn helsepersonell^b	369 (88,1)	457 (84,9)	0,16	826 (86,3)
Tok selv kontakt med helsepersonell for videre oppfølging av sin bekkenbunnsfunksjon^c	118 (27,9)	140 (26)	0,52	258 (26,8)
Tilstrekkelig informasjon og oppfølging^d	79 (39,5)	213 (39,5)		292 (30,4)
Ikke i det hele tatt	281 (66,6)	304 (56,4)	<0,001	585 (60,9)
I liten grad / I noen grad	62 (14,7)	22 (4,1)		84 (8,7)
I stor grad / I svært stor grad				

Pearsons kjiqvadrattest

Missing: a=2, b=1, c=1, d=1

*De som oppga at de ikke husket om de mottok informasjon om bekkenbunnstrening på barsel er ekskludert fra analysen (n = 131)

†I denne tabellen vil total vise antallet (n) og andelen (%) av kvinner som svarte «ja» på hver enkelt variabel, og hvordan disse fordeler seg på mottatt og ikke mottatt informasjon om bekkenbunnstrening på barsel.

6 Diskusjon

Diskusjonskapittelet består av to deler. Først vil vi diskutere våre funn opp mot relevant forskning, jordmorfaglig teori og salutogenese, som utgjør det teoretiske rammeverket for vår oppgave. Deretter følger en diskusjon av studiens metode, videre forskning og implikasjoner for praksis. Diskusjon av resultatet vil foregå med utgangspunkt i studiens problemstilling: *«Hvilken sammenheng har informasjon og oppfølging i svangerskaps- og barselomsorgen med førstegangsfødende kvinners kunnskap om bekkenbunnstrening og videre oppfølging av bekkenbunnsfunksjon etter fødsel?»*.

6.1 Resultatdiskusjon

Studios hovedfunn viser at kun fire av ti respondenter oppga at de mottok informasjon om bekkenbunnstrening under svangerskapet og på barsel, og at en mindre andel rapporterte at de hadde en samtale om bekkenbunnstrening på etterkontrollen. Utvalget mottok ulik informasjon om bekkenbunnstrening og oppfølging av bekkenbunnsfunksjon i svangerskapet, på barsel og på etterkontrollen. Flertallet oppga at de mottok informasjon om hvorfor bekkenbunnen bør trenes både i svangerskapet og på barsel. Omtrent en fjerdedel rapporterte også at de mottok informasjon om oppstart av bekkenbunnstrening. Kvinnene oppga at etterkontrollen fokuserte mest på seksualitet og prevensjon, og få rapporterte at de mottok informasjon om bekkenbunnsrelaterte plager. Resultatene identifiserer også at en betydelig andel kvinner oppga at informasjonen de mottok i svangerskaps- og barselomsorgen ikke var tilstrekkelig for å kunne gjennomføre bekkenbunnstrening. Videre viser våre funn at flertallet av studiedeltakerne ivaretok sin bekkenbunn ved at de dro på etterkontroll og tilegnet seg selv kunnskap om bekkenbunnstrening. Flertallet rapporterte at de ikke tok kontakt med helsepersonell for videre oppfølging av bekkenbunnsfunksjonen etter etterkontrollen.

6.1.1 Informasjon om bekkenbunnstrening i svangerskaps- og barselomsorgen

Studien vår viser at en betydelig andel av utvalget oppga at de verken mottok muntlig eller skriftlig informasjon om bekkenbunnstrening på svangerskapskonsultasjoner eller på barsel. Mindre enn halvparten oppga at de ikke mottok informasjon. Blant de som mottok informasjon oppga flertallet at de mottok muntlig informasjon. Parallelt med våre funn viser en annen studie lignende utfordringer hvor kvinnene rapporterte om manglende informasjon om mors egen helse før, under og etter fødsel (Wiklund et al., 2018). I henhold til Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen i Norge bør kvinner få informasjon om

bekkenbunnstrening i svangerskapet. Dette begrunnes både med treningens forebyggende effekt, i tillegg til at det kan være utfordrende for kvinner å lokalisere bekkenbunnsmusklene etter fødselen. Det kan dermed være en fordel å begynne med bekkenbunnstrening før fødselen (Helsedirektoratet, 2018).

Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen i Norge anbefaler at kvinner får en til to strukturerte, individuelle samtaler under barseloppholdet. Kvinner bør få informasjon om egen helse, og veiledning om bekkenbunnstrening på barsel (Helsedirektoratet, 2014). I en norsk studie av Sjetne og Iversen (2023), ble det undersøkt om kvinners opplevelse av barseloppholdet på sykehus avhenger av om de hadde en individuell utreisesamtale eller en gruppesamtale. Resultatene indikerte at kvinner som hadde hatt en individuell samtale rapporterte om et generelt bedre utbytte av samtalen, sammenlignet med de som hadde hatt gruppesamtale. Blant temaene som ble gjennomgått var kvinnene minst fornøyd med informasjon gitt om deres egen helse (Sjetne & Iversen, 2023). Disse funnene antyder i likhet med våre funn at retningslinjene ikke etterleves i praksis ved at kvinner ikke mottar tilstrekkelig informasjon om deres fysiske helse på barsel. Dette inkluderer informasjon gitt om bekkenbunnstrening.

Våre resultater viser at omtrent én av ti kvinner oppga å ikke huske om de fikk informasjon om bekkenbunnstrening i svangerskapet og på barsel. Et viktig forbehold ved våre funn er at det kan være en forskjell på hva kvinnene oppgir å ha mottatt av informasjon, sammenlignet med hva de faktisk har mottatt. Kvinnekroppen gjennomgår store hormonelle endringer gjennom svangerskap og barseltid. Disse endringene, i tillegg til en ny livssituasjon og endret søvnmønster, kan ifølge Wiklund et al. (2018) påvirke kvinnens mottagelighet for informasjon. I tillegg til å sikre at kvinner mottar nødvendig informasjon om bekkenbunnstrening, er det også essensielt å vurdere om den formidlede informasjonen er begripelig (Helsepersonelloven, 1999). I tråd med Antonovskys teori om salutogenese er begrepet begripelighet avgjørende for enkeltpersonens opplevelse av helse (Antonovsky, 1987). Å sikre begripelighet i informasjonsoverføringen er ikke bare i samsvar med Helsepersonelloven (1999), men det støtter også den salutogene tilnærmingen ved å bidra til kvinnes opplevelse av kontroll, forståelse og mening i forhold til sin egen helse (Antonovsky, 1987). I samsvar med Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 og §3-5 har kvinner krav på nødvendig informasjon om deres helsestatus (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det er også viktig å anerkjenne at listen over informasjon jordmødre skal formidle er omfattende (Helsedirektoratet, 2014, 2018), og at det kan være

utfordrende for kvinner å ta til seg all den informasjonen som blir presentert. Få kvinner oppga at de mottok skriftlig informasjon om bekkenbunnstrening på svangerskapskonsultasjoner og på barsel. Skriftlig informasjon kan være spesielt verdifull da den tillater kvinnene å ta med seg materialet hjem, noe som gir dem mulighet til å gjennomgå og reflektere over informasjonen i etterkant.

6.1.2 Informasjon og oppfølging i svangerskaps- og barselomsorgen

Kvinnene rapporterte om varierende informasjon gitt om bekkenbunnstrening og bekkenbunnsfunksjon under svangerskapskonsultasjoner og i barselperioden. Både i svangerskapet og på barsel fikk over halvparten av utvalget informasjon om hvorfor de bør begynne med bekkenbunnstrening etter fødsel. Derimot hadde mindre enn halvparten av kvinnene på svangerskapskonsultasjoner oppgitt at de hadde mottatt informasjon om når de bør begynne med bekkenbunnstrening i svangerskapet. Dette anses som uheldig fordi flere studier viser at bekkenbunnstrening under graviditeten kan ha en forebyggende effekt mot bekkenbunnsrelaterte plager etter fødsel (Dumoulin et al., 2018; Mørkved & Bø, 2014). Resultater fra en studie som undersøkte forekomsten av bekkenbunnsrelaterte plager hos kvinner etter fødsel, viser blant annet at omtrent en tredjedel opplever urininkontinens opptil fire år etter fødselen (Gartland et al., 2016). Langtidseffekter av dette trekkes frem i en studie av Mendes et al. (2017), hvor kvinner oppga at urininkontinens påvirket deres liv i stor grad. Dette påvirket videre deres daglige aktiviteter, sosiale sammenkomster og intimitet med partner. Noen valgte også å isolere seg (Mendes et al., 2017). Slike konsekvenser kan potensielt oppstå ved at kvinner ikke mottar informasjon og oppfølging i tråd med nasjonale retningslinjer. Våre resultater taler for at kvinner bør motta mer informasjon og oppfølging slik at eventuelle bekkenbunnsrelaterte plager kan forebygges eller behandles.

Våre funn viste at omtrent en tredjedel av kvinnene oppga at de på svangerskapskonsultasjoner fikk informasjon om hvor ofte og hvor lenge de bør gjøre knipeøvelser, og litt under halvparten hadde fått informasjon om dette på barsel. Flere studier antyder at det kan være vanskelig å utføre bekkenbunnstrening korrekt (Mørkved & Bø, 2014; Sigurdardottir et al., 2020; Uechi et al., 2020). Svenningsen og Maltau (2015) fremhever at for å oppnå effektiv bekkenbunnstrening er det essensielt at kvinnen blir bevisst på musklene i bekkenbunnen, og tilegner seg kunnskaper for å aktivere de rette musklene. Våre resultater tyder på at kvinner mottar mangelfull informasjon om bekkenbunnstrening og hvordan

treningen utføres korrekt. Dette kan videre påvirke kvinners evne til å gjennomføre bekkenbunnstrening og forebygge bekkenbunnsrelaterte plager.

Et annet relevant funn var at få kvinner oppga at de hadde mottatt et individuelt treningsprogram av bekkenbunnsmuskulaturen på barsel. Flere studier taler for at individuell oppfølging med fysioterapeut gir bedre utfall sammenlignet med egentrening (Mørkved & Bø, 2014; Pelaez et al., 2014; Sigurdardottir et al., 2020; Uechi et al., 2020). I henhold til norske og britiske retningslinjer bør alle kvinner tilbys et skreddersydd treningsprogram som tar hensyn til kvinnens kontraksjonsevne, eventuelle smerter og ubehag. De understreker også at individuelle mål og behov bør dekkes (Helsedirektoratet, 2014; NICE, 2021).

Det var kun en liten andel av kvinnene i vår studie som hadde fått informasjon på barsel om bekkensymptomer som det bør søkes hjelp for. Tilsvarende resultater finnes i flere studier hvor kvinner ikke fikk informasjon om hva slags forandringer som anses å være normalt etter fødselen. Kvinnene i disse studiene hadde også behov for informasjon om når de bør ta kontakt for videre hjelp (Buurman & Lagro-Janssen, 2013; Wiklund et al., 2018). I tråd med britiske retningslinjer bør informasjonen som gis dekke symptomer, anatomi, tidspunkter for å søke hjelp, risikofaktorer og behandlingsalternativer (NICE, 2021).

Våre studiedeltakere rapporterte også om mangelfull informasjon om bekkenbunnstrening og bekkenbunnsfunksjon på etterkontrollen. De fleste oppga at seksualitet og prevensjon var de vanligste temaene som ble gjennomgått, mens omtrent en tredjedel av kvinnene hadde en samtale om bekkenbunnstrening. Når det gjelder bekkenbunnsrelaterte plager, var det få som oppga at temaene urinlekkasje, fremfall, smerter i bekkenbunnen og lekkasje av luft eller avføring ble gjennomgått. Lignende funn ser vi i en studie av Wagg et al. (2017) hvor noen av kvinnene ikke kunne huske å bli spurt om kontinens etter fødsel. Det kan relateres til våre funn der bare en liten andel av kvinnene rapporterte at de ble spurt om urininkontinens på etterkontrollen. I henhold til de nasjonale retningslinjene er det tydelig at våre funn indikerer en avvikende praksis. Kvinner som opplever inkontinens utover barselperioden bør henvises til en fysioterapeut med spesialkompetanse for vurdering og behandling (Helsedirektoratet, 2014). Våre funn peker på at nasjonale retningslinjer ikke etterleves i tilstrekkelig grad.

Ifølge teorien om salutogenese, kan informasjonen kvinner mottar i svangerskaps- og barselomsorgen utgjøre en motstandsressurs. Dette omfattes i begrepet håndterbarhet, som handler om i hvilken utstrekning kvinnene har motstandsressurser til rådighet, og hvordan de

kan erkjenne og utnytte disse for å takle ulike utfordringer (Antonovsky, 1987). Våre funn gir ikke svar på hvordan kvinner håndterer sine ressurser, men kan på bakgrunn av hvilken informasjon de har mottatt gi oss et bilde på hvilke forutsetninger de har for å kunne gjennomføre bekkenbunnstrening og ivareta egen bekkenbunn.

Flertallet av studieutvalget vårt oppga at de mottok informasjon om hvorfor de bør trene bekkenbunnen både i svangerskapet og på barsel. Dette kan anses som en ressurs i form av at de har fått informasjon om betydningen av bekkenbunnstrening. Videre hadde under halvparten oppgitt at de mottok informasjon om hvor ofte og hvor lenge de bør gjøre knipeøvelser. Basert på informasjonen kvinner oppgir at de mottok, ble de ikke utstyrt med ressursene som kreves for å gjennomføre bekkenbunnstrening. Ut fra dette perspektivet, kan derfor omtrent halvparten av studieutvalget være avhengige av å tilegne seg kunnskap fra andre kilder for å kunne forebygge og håndtere eventuelle bekkenbunnsrelaterte plager. Dette vil også gjelde for etterkontrollen, hvor få kvinner opplevde å få informasjon om bekkenbunnsrelaterte plager.

De generelle motstandsressursene hos hver enkelt kvinne vil videre spille en viktig rolle for håndteringen av den informasjonen de mottar. Kvinnens motstandsressurser kan blant annet påvirkes av erfaring, kunnskap og utdanningsnivå. De ulike motstandsressursene kan virke inn på hvordan kvinnen håndterer den informasjonen hun mottar (Lindström & Eriksson, 2015). Flertallet av vårt studieutvalg bestod av kvinner med høyskole- eller universitetsutdanning, og kan dermed ut fra denne teorien ha gode forutsetninger for motstandsressurser når det gjelder kunnskap. Videre argumenterer jordmorfagets retningslinjer for at informasjonen og oppfølgingen bør være individuelt tilpasset (Helsedirektoratet, 2014; ICM, 2005). Jordmor har i sin rolle dermed gode muligheter for å fungere som en sterk ekstern motstandsressurs når det gjelder informasjon og oppfølging av kvinners bekkenbunn.

6.1.3 Kvinners vurdering av mottatt informasjon og oppfølging

En stor andel av kvinnene i vår studie oppga at informasjonen de mottok i svangerskaps- og barselomsorgen ikke var tilstrekkelig for å kunne gjennomføre bekkenbunnstrening.

Studieutvalget vurderte tilstrekkeligheten av informasjonen de mottok i svangerskapet og på barsel relativt likt, hvor omtrent fire av ti svarte «ikke i det hele tatt» eller «i liten grad».

Kvinnene var mindre fornøyde med informasjonen de mottok på etterkontrollen, hvor nesten to tredjedeler vurderte oppfølgingen av bekkenbunnen som utilstrekkelig. Videre var det bare en tredjedel i vår studie som oppga at de mottok informasjon om bekkenbunnsrelaterte plager på etterkontrollen, noe som kan forklare hvorfor de vurderte informasjonen som utilstrekkelig.

Våre funn er noe motstridende sammenlignet med nasjonale resultater fra brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen (PasOpp-rapportene). Disse undersøkelsene har ikke spesifikt tatt for seg vurdering av informasjon om bekkenbunnstrening eller oppfølging av bekkenbunnsfunksjon, men er blant få nasjonale studier som omfatter brukererfaringer med kvinners fysiske helse i forbindelse med svangerskap og fødsel (Holmboe & Sjetne, 2018; Sjetne et al., 2013). PasOpp-rapportene viser i motsetning til vår studie større forskjell på vurdert tilstrekkelig informasjon i svangerskapet og på barsel, hvor kvinnene oppgir at informasjonen var mer tilstrekkelig i svangerskapet sammenlignet med på barsel (Holmboe & Sjetne, 2018; Sjetne et al., 2013). Et likhetstrekk med våre funn er at kvinnene har oppgitt å være minst fornøyd med informasjonen de mottok på etterkontroll på helsestasjonen (Sjetne et al., 2013). En mulig forklaring på hvorfor kvinner i vår studie oppgir å være mindre fornøyd med informasjonen de fikk, kan være at de ble spurt spesifikt om bekkenbunnstrening. PasOpp-rapportene omhandler fysisk helse generelt, og dekker dermed et større emne. Videre finner vi likhetstrekk med våre funn i flere utenlandske studier hvor kvinner rapporterer om utilstrekkelig eller manglende informasjon og oppfølging knyttet til deres bekkenbunn i barselperioden (Buurman & Lagro-Janssen, 2013; Snyder et al., 2022; Wagg et al., 2017; Wuytack et al., 2015).

Kvinner vurdering av mottatt informasjon og oppfølging beveger seg i dybden av kvinners erfaringer, og kan dermed knyttes til salutogenesens meningsdimensjon. Dimensjonen påvirker følelser, motivasjon og den drivkraften som driver livet fremover. Når noe oppfattes som meningsfullt, vil dette bidra til å styrke følelsen av at ulike utfordringer kan håndteres (Antonovsky, 1987). Våre resultater viser at en betydelig andel kvinner oppga at

informasjonen de mottok i svangerskaps- og barselomsorgen ikke var tilstrekkelig for å kunne gjennomføre bekkenbunnstrening. I dette tilfellet kan kvinner oppleve manglende meningsfullhet i informasjonen de mottar, noe som kan påvirke deres motivasjon til å engasjere seg i bekkenbunnstrening. Når kvinner oppgir at informasjonen ikke er tilstrekkelig, kan det indikere et misforhold mellom det som formidles og det som oppfattes som meningsfullt og relevant for dem. Studieutvalgets opplevelse av etterkontrollen kan være et eksempel på dette. Her oppga kvinner at etterkontrollen fokuserte mest på seksualitet og prevensjon, og få opplevde å få informasjon om bekkenbunnsrelaterte plager. Ut fra teorien om salutogenese (Antonovsky, 1987) kan det argumenteres for at mer kunnskap om bekkenbunnstrening og bekkenbunnsrelaterte plager kan føre til at kvinner i høyere grad prioriterer egen helse og bekkenbunn gjennom å aktivt søke etter informasjon eller oppfølging.

6.1.4 Årsaker til at kvinnene ikke tok kontakt for videre oppfølging

Det var få kvinner som oppga at de mottok informasjon om hvor de kunne henvende seg dersom de hadde spørsmål eller behov for videre oppfølging av bekkenbunnen. Flertallet av studiedeltakerne rapporterte at de ikke tok kontakt med helsepersonell for videre oppfølging av bekkenbunnsfunksjonen etter etterkontrollen. Kvinnene oppga ulike årsaker til hvorfor de ikke henvendte seg videre.

Omtrent halvparten av vårt studieutvalg rapporterte at de ikke hadde behov for mer oppfølging, og fire av ti oppga at de ikke prioriterte det. Dette er blant annet undersøkt i en kvalitativ oversiktsstudie fra Australia som analyserte kvinners vaner med å oppsøke hjelp det første året etter fødsel (Rouhi et al., 2019). Studien inkluderte funn fra USA, Canada og Nederland, og indikerte at kvinner som hadde født manglet nødvendig kunnskap og informasjon om mulige plager som kan oppstå etter fødsel. Den manglende kunnskapen hindret dem i å oppsøke hjelp, og mange aksepterte plagene som en del av morsrollen (Rouhi et al., 2019). Dette kan samsvare med våre funn, hvor få oppga at de mottok informasjon om bekkenbunnsrelaterte plager. Det kan dermed tenkes at noen kvinner oppgir at de ikke har behov for videre oppfølging fordi de mangler kunnskap om bekkenbunnen.

En tredjedel av studieutvalget oppga at de ikke visste hvem de skulle kontakte. Disse funnene støttes av kvalitative studier som fant at kvinner med bekkenrelaterte smerter følte seg usikre på hvem de skulle oppsøke for hjelp etter fødselen (Molin et al., 2024; Wuytack et al., 2015). En av ti kvinner i vårt studieutvalg oppga at de ikke turte å henvende seg videre for

oppfølging av sin bekkenbunnsfunksjon. Andre studier viser at flere kvinner har opplevd å bli avvist da de søkte hjelp for sine plager etter fødselen (Rouhi et al., 2019; Skinner et al., 2018). Det kan tenkes at en slik avvisning kan påvirke kvinner til å ikke tørre å ta kontakt igjen. Videre kan bekkenbunnsrelaterte plager oppleves som skamfulle, og har i en kvalitativ studie blitt nevnt som en barriere for å søke hjelp (Buurman & Lagro-Janssen, 2013). En sjettedel av vårt studieutvalg hadde operativ vaginal forløsning, noe som er forbundet med høyere risiko for bekkenbunnsrelaterte plager (Rouhi et al., 2019; Skinner et al., 2018). Dersom disse kvinnene opplevde skam knyttet til bekkenbunnsrelaterte plager, kan det være en mulig forklaring på hvorfor en tiendedel ikke turte å ta kontakt for videre oppfølging.

En annen årsak som førte til at studieutvalget ikke tok kontakt for videre oppfølging var at de ikke hadde råd. I likhet med våre funn, påpeker en kvalitativ studie av Wuytack et al. (2015) at kostnadene knyttet til oppfølging og behandling var en barriere for å søke hjelp. I Norge dekkes deler av utgifter tilknyttet behandling hos fysioterapeut som har avtale med kommunen (Folketrygdloven, 1997, § 5-8). Likevel kan vi ikke utelukke at noen kvinner ikke har økonomi til å betale egenandeler, eller at det ikke finnes fysioterapeuter som har avtale med deres bostedskommune. Kontrasten mellom svangerskapsomsorgen og barselomsorgen gjør seg her gjeldende både med hensyn til avsatt tid og midler.

Videre anbefaler nasjonale retningslinjer og veiledere at kvinner med fødselsrifter av grad 3-4 får henvisning til fysioterapeut for bekkenbunnstrening (Helsedirektoratet, 2014; Laine et al., 2020). Disse anbefalingene er noe utdaterte da det ikke lenger er krav om henvisning til fysioterapeut (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). På bakgrunn av dette kan vi undre oss om kvinner er opplyst om at kravet om henvisning er bortfalt. Sett i lys av at 48 kvinner i vårt studieutvalg oppga at de fikk fødselsrift grad 3-4, kan det ses på som et positivt funn at 288 kvinner rapporterte at de tok kontakt for videre oppfølging av sin bekkenbunn.

I denne konteksten viser funnene at kvinner får lite informasjon om eksempelvis bekkenbunnsrelaterte plager, noe som kan hindre dem i å søke hjelp. Dette kan knyttes til den salutogene dimensjonen håndterbarhet (Antonovsky, 1987). Kvinnens motstandsressurser vil i dette tilfellet være kunnskap om egen helse og tilgang til informasjon om tilgjengelige ressurser. På den andre siden var det noen kvinner i vårt studieutvalg som hadde tatt kontakt for videre oppfølging av bekkenbunnen, noe som kan tyde på en tilstedeværelse av motstandsressurser. Dette kan også ses i sammenheng med salutogenesens meningsdimensjon, som handler om følelser og motivasjon. Ifølge teorien vil kvinner som

opplever lite mening være mindre sannsynlig til å aktivt søke etter ressurser. For å opprettholde eller forsterke meningsdimensjonen legger teorien vekt på fire livsområder som mennesker bør investere i: indre følelser, sosiale relasjoner, hovedaktiviteter og eksistensielle spørsmål (Antonovsky, 1987). Dette kan tyde på behov for mer individuell oppfølging, støtte fra helsepersonell og andre ytre ressurser, slik at flere kvinner opplever ressurser nok til å ivareta egen bekkenbunn.

6.1.5 Samvariasjon mellom informasjon og ivaretagelse av bekkenbunnen

Etterkontroll i barselperioden

Det var en statistisk signifikant sammenheng mellom om kvinner mottok informasjon om bekkenbunnstrening på barsel og om de dro på etterkontroll. Av de kvinnene som ikke hadde mottatt informasjon på barsel var det likevel nesten ni av ti som dro på etterkontroll.

Etterkontrollen etter fødsel er frivillig, og det er ikke en kontroll kvinnene mottar innkalling til. Det er imidlertid en anbefaling at kvinnene drar for å identifisere et eventuelt behov for videre hjelp (Helsedirektoratet, 2018). Våre funn kan reflektere at kvinnene sannsynligvis har blitt tilstrekkelig informert om viktigheten av å bestille time til etterkontroll på barsel.

Kvinnene i vår studie var førstegangsfødende, og funnene kan indikere et sterkt informasjonsbehov når det gjelder informasjon og oppfølging under etterkontrollen.

Andre kilder til kunnskap om bekkenbunnstrening

I undersøkelsen vår var det ingen statistisk signifikant sammenheng mellom om kvinnene mottok informasjon på barsel, og om de selv hadde tilegnet seg kunnskap om bekkenbunnstrening fra andre kilder enn helsepersonell. Likevel var det et flertall kvinner fra vår studie som oppga at de tilegnet seg kunnskap fra andre kilder enn helsepersonell.

Lignende funn finner vi i en studie av Slomian et al. (2017) som viste at kvinnene brukte internett som en utbredt kilde for å innhente informasjon etter fødselen. Over halvparten av kvinnene i studien rapporterte at informasjonen på internett var nyttig. Den hjalp dem i å ta viktige avgjørelser i forhold til når man bør kontakte helsepersonell for videre hjelp. På en annen side ble det i en studie av McLeish et al. (2021) undersøkt førstegangsfødende og deres erfaringer med sosial støtte etter fødsel. Kvinnene beskrev informasjonsmengden som overveldende, og oppga at det var vanskelig å navigere og finne pålitelige kilder. Kvinnene i denne studien stolte ikke på den informasjonen de fant på internett, og foretrakk heller informasjon fra helsepersonell (McLeish et al., 2021).

Våre funn kan også relateres til en studie av Buurman og Lagro-Janssen (2013), hvor kvinners erfaring med å oppsøke hjelp for bekkenbunnsrelaterte plager etter fødsel ble undersøkt. Kvinnene i studien opplevde forskjellige plager, blant annet urininkontinens, smerter, fremfall og smerter under samleie. De hadde ikke forventninger om å få alvorlige plager etter fødselen, og hadde et håp om at eventuelle plager ville forsvinne av seg selv. Noen kvinner valgte å søke hjelp hos familiemedlemmer som bekreftet at plagene de hadde var en uunngåelig konsekvens av vaginal fødsel, og at det ikke eksisterte muligheter for behandling (Buurman & Lagro-Janssen, 2013). Samlet sett illustrerer våre funn mangfoldet og kompleksiteten i kvinners tilnærming til å søke informasjon om bekkenbunnstrening etter fødselen. Våre funn kan bety at det er nødvendig med mer informasjon fra helsepersonell for å imøtekomme de behovene kvinnene har etter fødselen.

Videre viser våre resultater til positive funn når det gjelder kvinners ivaretagelse av egen bekkenbunn. Relatert til våre funn kan det tenkes at de kvinnene som tilegnet seg kunnskap fra andre kilder enn helsepersonell hadde en sterk dimensjon av håndterbarhet, og dermed hadde ressurser til å tilegne seg selv kunnskap. Når kvinner søker informasjon fra andre kilder, indikerer det en aktiv innsats for å strukturere sitt eget liv og håndtere spesifikke livssituasjoner. Gjennom denne innsatsen kan det tenkes at kvinnene opplever motivasjon og en indre drivkraft til å ivareta egen bekkenbunn. Dette er elementer som vi også finner i salutogenesens meningsdimensjon (Antonovsky, 1987).

Oppfølging av bekkenbunnen etter fødsel

Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom om kvinnene mottok informasjon og om de selv tok kontakt med helsepersonell for videre oppfølging av sin bekkenbunnsfunksjon. I underkant av halvparten mottok informasjon om bekkenbunnstrening på barsel, men flertallet av disse tok ikke kontakt for videre oppfølging av sin bekkenbunnsfunksjon. Funnene fra vår studie kan derfor tyde på at informasjon gitt på barsel ikke har en direkte sammenheng for kvinners videre ivaretagelse av deres bekkenbunn.

Andre studier har undersøkt hva kvinner oppgir som årsaker til at de oppsøker hjelp for ulike bekkenbunnsrelaterte plager etter fødselen. I en irsk kvalitativ studie oppga kvinner med bekkenbunnsrelaterte smerter at innvirkningen den hadde på deres liv i tillegg til oppfordring fra familiemedlemmer bidro til at de oppsøkte hjelp (Wuytack et al., 2015). Dette kan tyde på at personlige erfaringer og sosial støtte spiller en betydelig rolle i kvinners beslutning om å søke hjelp. I en spansk tverrsnittstudie av Hernández et al. (2014) fant de at kvinner som

hadde fått informasjon om urininkontinens under svangerskapet hadde høyere sjanse for å oppsøke hjelp etter fødselen sammenlignet med de som ikke mottok informasjon om urininkontinens under svangerskapet. Dette kan stride mot våre funn, hvor omtrent like mange oppga at de mottok informasjon om bekkenbunnstrening i svangerskapet sammenlignet med på barsel. Videre kan omfanget og kvaliteten av informasjonen som ble gitt, i tillegg til kulturelle forskjeller forklare motstridende funn mellom vår studie og studien utført av Hernández et al. (2014). Resultater fra en kvalitativ oversiktsstudie viste at kvinner nølte med å søke hjelp, og urininkontinens ble vanligvis diagnostisert når symptomene vedvarte og ble mer alvorlige (Mendes et al., 2017). Dette kan tyde på at kvinner gjerne venter med å kontakte helsepersonell for videre oppfølging av deres bekkenbunn. Fordi vi ikke har opplysninger om nøyaktig tidspunkt for når våre respondenter fødte, kan vi ikke utelukke at flere av våre respondenter kan ha kontaktet helsepersonell i etterkant av studiedeltakelsen.

Tilstrekkelighet av mottatt informasjon og oppfølging

Vi så en statistisk signifikant samvariasjon mellom å ha mottatt informasjon på barsel og hvordan kvinnene vurderte tilstrekkeligheten av den totale informasjonen og oppfølgingen av egen bekkenbunn. De fleste deltakerne som hadde mottatt informasjon, vurderte tilstrekkeligheten av den totale informasjonen og oppfølgingen som «i stor grad» eller «i svært stor grad». Dette kan tyde på at informasjonen kvinner mottar på barsel er viktig for deres opplevelse, og at manglende informasjon kan føre til at kvinner opplever den totale informasjonen og oppfølgingen som utilstrekkelig. Likhetstrekk finner vi i flere kvalitative studier hvor kvinner rapporterer om manglende informasjon om og oppfølging av bekkenbunnen i svangerskaps- og barselomsorgen (Molin et al., 2024; Snyder et al., 2022). En bredere forståelse av utfordringene knyttet til barselomsorg ble også avdekket gjennom en kvalitativ oversiktsstudie av Rouhi et al. (2019), som indikerte at kvinner manglet nødvendig kunnskap om mulige plager og helseutfordringer etter fødselen.

Sammen utgjør dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsdimensjon den enkeltes opplevelse av sammenheng (OAS). Ifølge salutogenesens perspektiv, har disse dimensjonene en betydelig innvirkning på kvinners evne til å mestre og oppnå helse og velvære, og påvirker hverandre gjensidig (Antonovsky, 1987). Gjennom våre funn kan vi argumentere for at studieutvalget opplevde en viss grad av begripelighet og forutsetninger for håndterbarhet i svangerskapet og på barsel, men en reduksjon av disse dimensjonene på etterkontrollen. Meningsdimensjonen blant studieutvalget kan derimot tolkes som todelt. Få oppga at de følte

informasjonen og oppfølgingen de mottok var tilstrekkelig, men flertallet hadde oppsøkt andre kilder for informasjon. Noen kvinner hadde også oppsøkt helsepersonell for videre oppfølging av sin bekkenbunn. Gjennom å sammenligne jordmorfagets rammer med salutogenesens dimensjoner, finner vi mange likhetstrekk. Jordmorfagets rammer vektlegger blant annet omfattende, kvalitetsmessig god og individualisert omsorg (Helsedirektoratet, 2018; Helsepersonelloven, 1999; ICM, 2005), noe som samsvarer med et salutogent perspektiv. Våre funn tyder på at salutogenesens dimensjoner og nasjonale retningslinjer ikke harmonerer med kvinners opplevelse av svangerskaps- og barselomsorgen når det gjelder informasjon om bekkenbunnstrening og oppfølging av bekkenbunnfunksjon.

6.2 Metodekritikk

I dette kapittelet vil studiens metode diskuteres. Målet med metodediskusjonen er å belyse styrker og svakheter ved den valgte tilnærmingen, og hvordan mulige utfordringer og begrensninger kan påvirke tolkningen av våre funn. Busch (2021) fremhever at kvaliteten i en studie avhenger av reliabilitet, validitet og generalisering. Reliabilitet gir innsikt i hvorvidt de innsamlede data er pålitelige, og validitet handler om i hvilken grad dataene vi har samlet inn er troverdige for å belyse studiens problemstilling. Studiens validitet vurderes på bakgrunn av eksterne og interne faktorer. Ekstern validitet handler om hvordan resultatene kan generaliseres eller overføres til andre situasjoner eller populasjoner (Busch, 2021). Intern validitet dreier seg om studien måler det den har hensikt til å måle (Jacobsen, 2021), og om studiens resultater påvirkes av systematiske eller tilfeldige skjevheter (Jacobsen, 2022). Systematiske skjevheter er metodefeil som gir resultater som systematisk avviker fra sannheten (FHI, 2022a). Tilfeldige feil fører til økt variasjon i resultatene, men truer ikke nødvendigvis validiteten (Laake et al., 2022). En forskjell mellom systematiske feil og tilfeldige feil, er at en økning av studiepopulasjonen vil redusere tilfeldige feil mot null, mens systematiske feil ikke kan reduseres ved å øke utvalgsstørrelsen (Rothman, 2002, referert i Staff, 2015).

Studiedesign

Vi valgte kvantitativ metode med tverrsnittstudie som studiedesign for å besvare studiens problemstilling. Tverrsnittstudier gir et øyeblikksbilde ved å undersøke et utvalg individer i løpet av en kort tidsperiode (Veierød & Thelle, 2022). Dette designet var derfor velegnet for å undersøke hvilken informasjon om bekkenbunnstrening og oppfølging av bekkenbunnfunksjon kvinner mottok i den angitte tidsperioden. Ved å gjennomføre en

tverrsnittstudie fikk vi mulighet til å studere et bredt utvalg, og økte på denne måten muligheten for å fange opp variasjoner i erfaringer og praksis. Vi fikk også mulighet til å undersøke om det er en sammenheng mellom variabler. Ved hjelp av statistiske analyser kunne vi blant annet undersøke om mottatt informasjon og oppfølging er assosiert med grad av opplevd kunnskap. Studiedesignet hindrer derimot muligheten til å fange opp endringer over tid, og en svakhet med vår studie vil være at vi ikke kan si noe om årsakssammenhenger (Veierød & Thelle, 2022). Det vil si at vi ikke kan uttale oss om informasjonen kvinner mottar på barsel har en direkte årsakssammenheng med kvinners grad av kunnskap for å kunne gjennomføre bekkenbunnstrening. Vi vil med denne metoden også mangle en dybdeforståelse av problemstillingen sammenlignet med kvalitative metoder (Jacobsen, 2022).

Seleksjonsskjevhet

Deltakerne ble rekruttert gjennom et ikke-sannsynlighetsutvalg basert på selvutvelgelse gjennom de sosiale plattformene Facebook og Instagram. Studien ble promotert gjennom nasjonale og lokale Facebook-grupper, og av Instagram-profiler hvor populasjonen kunne nås. En styrke ved en slik promotering er at den kan bidra til å øke oppmerksomheten og svarprosenten (Veierød & Thelle, 2022). På den andre siden kan vi med en anonym studie ikke kontrollere inklusjonskriteriene, og dermed ikke utelukke for eksempel useriøse respondenter. Vi kunne også vurdert andre publiseringsmetoder, eksempelvis oppslag på legekontor eller helsestasjoner, men valgte på grunn av studiens tidsbegrensing å forholde oss til sosiale plattformer. Ulempen ved vår utvalgsmetode er at det kan oppstå en systematisk skjevhet i utvalget, en seleksjonsskjevhet. Det betyr at det hele grupper fra populasjonen ikke kommer med (Jacobsen, 2021), for eksempel alle de som ikke har Facebook eller Instagram, eller som ikke besøkte vår nettside.

Andre grupper som ikke kommer med i vår studie, er de som faller utenfor våre inklusjonskriterier. Dette er eksempelvis kvinner som ikke behersker norsk skriftspråk. Tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser at omtrent en fjerdedel av alle som fødte i Norge i 2022 var kvinner som ikke selv er født i Norge (SSB, 2022a). Helsedirektoratet viser til at innvandrerkvinner har høyere risiko for en rekke komplikasjoner knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid (Helsedirektoratet, 2020). Språkbarrierer og mangel på god kommunikasjon og informasjon, dårlig egenomsorg eller lite nettverk og sosial støtte trekkes også frem som faktorer som kan føre til økt risiko for komplikasjoner. Tilbakemeldinger fra jordmødre tyder på at det ikke brukes tolk i tilstrekkelig grad, og at det er utfordrende å

tilrettelegge for god kommunikasjon og oppfølging av denne gruppen (Helsedirektoratet, 2020). Ved at denne studien ekskluderer kvinner som ikke behersker norsk skriftspråk, er det dermed en risiko for at vi har ekskludert en relativt stor gruppe som er utsatt for mer komplikasjoner og dårligere oppfølging. Dette kan påvirke våre resultater ved at studieutvalget muligens er mer fornøyde med sin oppfølging, sammenlignet med innvandrerkvinner med språkbarrierer. En slik seleksjonsskjevhet gjør at den eksterne validiteten reduseres, og svekker muligheten til å generalisere studiens funn (Veierød & Thelle, 2022).

Informasjonsskjevhet

Validiteten i en studie vurderes ut fra i hvilken grad vi måler de fenomenene vi ønsker å undersøke. Dersom innsamlede svar ikke nøyaktig speiler virkeligheten, eller dersom det tilkommer målefeil i variablene, kan informasjonsskjevhet oppstå. Dette kan utgjøre en trussel mot studiens interne validitet (Kristensen & Bakke, 2022). En styrke i et spørreskjema er bruk av validerte spørsmål. Det sikrer at den som samler inn data og den som deltar i studien har en felles forståelse for hva det blir spurt om (Johannessen et al., 2021). Det ble ikke funnet validerte spørreskjema med direkte relevans for problemstillingen vår, noe som representerer en svakhet i vår studie. Som følge av dette er spørsmålene delvis hentet fra validerte spørreskjema og delvis konstruert på egenhånd, noe som potensielt kan føre til informasjonsskjevhet (Jacobsen, 2022). For å redusere informasjonsskjevhet og styrke studiens reliabilitet, utformet vi en pilotstudie før det endelige spørreskjemaet ble publisert. 20 respondenter deltok på pilotstudien, og bidro med konstruktive tilbakemeldinger. Tilbakemeldingene ble gitt gjennom åpne spørsmål for å evaluere hvor godt spørsmålene ble forstått, og for å gi respondentene mulighet til å komme med forslag til eventuelle endringer i formuleringer og svaralternativer. Tilbakemeldingene ble ansett som en styrke i utformingen av det ferdige spørreskjemaet, der det ble vektlagt brukervennlighet og et lettforståelig språk.

Ifølge Jacobsen (2022) spiller rekkefølgen på spørsmålene en viktig rolle, da respondentene har en tendens til å huske best det de nylig har svart på. Hvis flere spørsmål om det samme temaet kommer etter hverandre, kan svarene reflekteres av det som ble svart i det forrige spørsmålet. Dette gjelder ikke direkte for vår studie, men vårt spørreskjema bestod av flere lignende spørsmålsformuleringer. Tilfeldig informasjonsskjevhet kan oppstå hvis spørsmålet førte til misforståelser hos kvinnene (Staff, 2015). Vi anser det som en styrke at vi har forsøkt å kategorisere spørsmålene inn under informasjon gitt på svangerskapskontroller, barseltid og etterkontroll for å tydeliggjøre en forskjell.

En annen mulig utfordring med spørreskjemaer er at det kan oppstå en avstand mellom respondentenes faktiske meninger og svarene de gir (Jacobsen, 2022). På den ene siden anser vi det som en styrke at vår oppgave ikke hadde noen obligatoriske spørsmål, og de fleste spørsmålene inkluderte svaralternativene «vet ikke» eller «husker ikke». På en annen side påpeker Jacobsen (2022) at det å inkludere en midtkategori kan gi respondenten mulighet til å ikke svare på spørsmålet ved å enten unnlate å svare, eller fordi de da slipper å tenke gjennom eventuelle vanskelige spørsmål. Et annet poeng som må tas hensyn til gjelder respondentenes vilje til å oppgi riktig informasjon. Det kan være en mulighet for at kilder ikke forteller sannheten, og at de bevisst overdriver sin opplevelse av virkeligheten (Jacobsen, 2021).

Inkludering av flere svaralternativer i kvantitative studier der deltagerne kan velge mer enn ett svaralternativ kan skape utfordringer i påfølgende analyser. Denne tilnærmingen kan føre til risiko for informasjonsskjevhet. Når respondentene har muligheten til å velge flere svaralternativer, kan det være vanskelig å identifisere de faktiske sammenhengene, og dette kan føre til skjevhet i de konklusjonene som dras fra studien (Jacobsen, 2022). Relatert til vår studie ble spørsmålet om rifter kategorisert som et flervalgsspørsmål. Noen kvinner hadde krysset av for at de hadde fått flere typer rifter under fødselen, for eksempel «grad 2» og «andre rifter». På den ene siden kan vi betrakte dette som en styrke, da det gav kvinnene mulighet til å rapportere flere aspekter ved deres opplevelse av fødselen. På en annen side innså vi at denne fleksibiliteten representerte en ulempe for oss i videre analyser. Det ble oppdaget at noen kvinner hadde krysset av for at de hadde fått både «grad 1» og «grad 2», noe som ikke er mulig. På spørsmålet om rifter anså vi det som mest hensiktsmessig å bruke illustrasjoner for å sikre en felles forståelse av de ulike riftene. Illustrasjonene ble også valgt på bakgrunn av tilbakemeldingene fra respondentene som svarte på pilotstudien, hvor de betraktet illustrasjonene som mest forståelig.

En annen faktor som kan føre til informasjonsskjevhet, og dermed true studiens interne validitet, er situasjoner der respondentene gir feilaktige svar eller ikke klarer å huske korrekt. Dette fenomenet er også kalt som hukommelsesskjevhet (Jacobsen, 2021). For å redusere hukommelsesskjevhet i vår studie anser vi det som en styrke at vi kun valgte å inkludere de kvinnene som hadde født i tidsrommet 1. januar 2022 til 1. juli 2023. På bakgrunn av tidsperioden hadde kvinnene bedre forutsetninger for å huske informasjonen som ble gitt. En ytterligere grunn for å inkludere kvinner som hadde født i denne tidsperioden var for å forsikre oss om at konsultasjonene og barseltiden ikke var påvirket av restriksjoner knyttet til Covid-19-pandemien.

Vi anser det som en begrensning i vår studie at spørsmålet «kan du huske om du fikk informasjon om..» var formulert ulikt for etterkontrollen sammenlignet med svangerskap og barsel. På en annen side vurderer vi at de inkluderte spørsmålene er tilstrekkelig for å dekke hele problemstillingen, og besvare våre forskningsspørsmål. Likevel vil vi påpeke at det var noen få spørsmål i spørreskjemaet som ikke ble benyttet i påfølgende analyser. Vi erkjenner at det kan være en svakhet at vi ikke benyttet alle spørsmålene i spørreskjemaet i våre analyser. Dette var vår første erfaring med spørreundersøkelser, og manglende erfaring og begrenset tid påvirket i hvor stor grad vi klarte å utnytte potensialet som ligger i datamaterialet vårt.

Spørsmål utformet med likert-skala kan medføre såkalt skalaskjevhet som kan gi opphav til skjevhet i kvantitative studier. Skalaskjevhet innebærer at individer kan tolke en skala ulikt (Staff, 2015). For eksempel ble våre studiedeltagere bedt om å rangere tilstrekkeligheten av informasjon gitt for å kunne gjennomføre bekkenbunnstrening fra «ikke i det hele tatt» til «i svært stor grad». Imidlertid kan hver enkelt studiedeltager ha sin egen tolkning av hva tilstrekkelighet betyr i denne sammenhengen. Dette understreker viktigheten av å være oppmerksom på ulike tolkninger når data fra slike skalaer analyseres (Staff, 2015).

Vårt datasett har lite manglende data, noe som reduserer risiko for informasjonsskjevhet og feiltolkning av studiens resultater (Jacobsen, 2022). Vi har ekskludert manglende data i analyser med kji-kvadrat for å muliggjøre analysene, og oppgitt hvor mange som mangler fra hver enkelt analyse.

Statistiske analyser

For å styrke studiens interne validitet har vi i etterkant av den fullførte datainnsamlingen kodet dataene og grundig undersøkt de for feil og mangler både sammen og individuelt. Det ble gjennomført kontroll av alle variabler, og benevnelser ble korrigert i datasettet. Denne prosessen kalles datavask (Stavseth, 2023). Vi gjennomførte analysene flere ganger for å forsikre oss om at de riktige variablene og tallene ble brukt. Alle tall har vi også regnet over manuelt med kalkulator for en forsikring om at tallene ble korrekt. Dette anser vi som en styrke ved vår studie.

Videre har vi vurdert hvilke analyser vi ønsket å gjennomføre for å besvare problemstillingen. Deskriptiv statistikk gir en fremstilling av hvordan enheter fordeler seg i et utvalg (Johannessen & Tufte, 2022), og ble derfor ansett som tilstrekkelig for å kunne besvare to av

våre forskningsspørsmål. Vi besvarte og fremstilte studiens første og andre forskningsspørsmål gjennom sektordiagram og histogram.

Studiens tredje forskningsspørsmål ble undersøkt ved hjelp av analytisk statistikk. Her har vi gjennom kjikvadrattester undersøkt om det er en statistisk signifikant samvariasjon mellom mottatt informasjon om bekkenbunnstrening på barsel og egenvurdert tilstrekkelig informasjon og oppfølging. Våre resultater inkluderer både signifikante og ikke-signifikante funn, noe som anses som en styrke (Jacobsen, 2021). Dette kan begrunnes med at det i praksis kan være like nyttig å påvise samvariasjon som å motbevise samvariasjon.

Konfunderende faktorer

For å styrke studiens interne validitet er det essensielt å vurdere hvorvidt påviste sammenhenger er reelle (Jacobsen, 2022). I noen tilfeller kan observerte sammenhenger eller en observert ikke-sammenheng eller uavhengighet i analyser påvirkes av bakenforliggende faktorer. Disse faktorene kalles konfunderende faktorer, og kan skape forvirring ved at det fører til at en sammenheng som egentlig eksisterer, ikke kommer til syne (Bjørndal & Hofoss, 2004).

Våre funn viste at det var en statistisk signifikant høyere andel kvinner som oppga at de mottok informasjon om bekkenbunnstrening på barsel av de som dro på etterkontroll, sammenlignet med de som ikke mottok informasjon om bekkenbunnstrening på barsel. Denne sammenheng trenger ikke å være reell, da den mulig kan påvirkes av konfunderende faktorer. Det kan tenkes at konfunderende faktorer i dette tilfellet er at flere har valgt å dra på etterkontroll fordi de ble rådet til å bestille time, og ikke fordi de mottok informasjon om bekkenbunnstrening på barsel. Videre kan vi anta at førstegangsfødende har et stort informasjonsbehov eller at en mulig påvirkning fra deres sosiale nettverk førte til at de dro på etterkontroll. En annen konfunderende faktor kan være et ønske om oppfølging av eventuelle bekkenbunnsrelaterte plager.

Resultatene viste også at det var en statistisk signifikant samvariasjon mellom å ha mottatt informasjon på barsel og hvordan de vurderte tilstrekkeligheten av den totale informasjonen og oppfølgingen av egen bekkenbunn. De fleste deltakerne som hadde mottatt informasjon, vurderte tilstrekkeligheten som «i stor grad» eller «i svært stor grad». Informasjonen kvinnene mottok på barsel kan ha en direkte påvirkning på hvordan kvinnene vurderer den totale informasjonen, men her kan også andre faktorer spille inn. På bakgrunn av oppgavens

begrensning har vi ikke tatt hensyn til konfunderende faktorer i våre analyser, noe som er en svakhet ved vår studie. Samvariasjonen vi ser i våre kji kvadrattester kan dermed være falske eller spuriøse sammenhenger (Jacobsen, 2022). Dette kan undersøkes ved å kontrollere for andre variabler, eksempelvis utdanningsnivå. Tall fra SSB (2021) viser at folkets helse blir bedre med blant annet økende utdanningsnivå. Høyere utdanningsgrupper bruker også helsetjenester som legespesialist og fysioterapi i større grad (SSB, 2021), noe som kan tyde på at de har mer ressurser til å ivareta egen helse. Våre resultater kan påvirkes av dette fordi vi ikke kan anta at bare informasjon mottatt på barsel påvirker hvordan kvinner vurderer den totale informasjonen av oppfølgingen av sin bekkenbunn. Vi vil anta at kvinners tilfredshet påvirkes av en rekke ulike forhold, eksempelvis utdanningsnivå og ressurser til å oppsøke helsepersonell for videre oppfølging, og ikke bare informasjonen de mottar på barsel.

Kognitiv skjevhet

Selv om denne studien er gjennomført med et empirisk perspektiv, kan likevel vår rolle som forskere påvirke resultatene. Ifølge empirismen utgjør fakta grunnlaget for utvikling av vitenskapelig holdbar kunnskap, og presise resultater bringes frem ved hjelp av apparater og verktøy (Thornquist, 2018; Wifstad, 2018). Etter at spørreskjemaet ble lukket var det vårt ansvar å analysere og tolke det innsamlede datamaterialet. En grunnleggende forståelse er at mennesker har begrenset rasjonalitet. Dette betyr at hjernen ikke kan behandle all tilgjengelig informasjon, noe som resulterer i en tendens til å legge merke til noen ting lettere enn andre, og derfor systematisk overse visse typer informasjon. Dette fenomenet er kjent som kognitiv skjevhet (O'Sullivan & Schofield, 2018). En annen faktor som kan påvirke vår tolkning av datamaterialet, er faren for å fremheve resultater som støtter opp mot eksplisitte eller implisitte antakelser. Denne skjevheten kan eksempelvis føre til at styrker i funn overdrives, noe som kan utgjøre en trussel for studiens reliabilitet og interne validitet (Jacobsen, 2021). En overdrivelse av styrker i funn eller fremhevelse av resultater som støtter opp mot egne antakelser kan videre føre til en systematisk skjevhet (Staff, 2015). Dette har vi forsøkt å unngå ved blant annet å inkludere studier som både samsvarer og motsier våre funn.

Generaliserbarhet

Det er et mål at utvalget skal være mest mulig representativt for studiepopulasjonen som det rekrutteres fra. For å styrke studiens eksterne validitet er det ønskelig med lav seleksjonsskjevhet. Generaliserbarhet handler om i hvilken utstrekning studieutvalget gjenspeiler studiepopulasjonen med hensyn til karakteristika som for eksempel alder, kjønn og utdanning. Det gir derimot ingen garanti for at resultatene ikke blir skjeve. I noen tilfeller

kan resultatene være gyldige for visse variabler, men skjeve for andre (Veierød & Thelle, 2022). Det ble i løpet av hele 2022 født 22 225 barn av førstegangsfødende mødre (MFR, 2022b). Samme år ble 2969 barn født før svangerskapsuke 37, men her skiller det ikke mellom paritet (MFR, 2022c). I løpet av den angitte tidsperioden kan vi derfor anslå at populasjonen omfatter omkring 33 300 kvinner. Når det gjelder generaliserbarhet, har vi sammenlignet studieutvalget vårt med populasjonen. Den største andelen av vårt studieutvalg befant seg i aldersgruppen 30-34 år, noe som samsvarer med den norske gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende (30,2 år) (MFR, 2022a). Videre hadde den største andelen av studieutvalget høyskole- eller universitetsutdanning over 1-4 år (39%), mens norske tall viser at 60,9% av alle kvinner mellom 25-44 år har utdanning på høyskole- eller universitetsnivå (FHI, 2022b). Vårt studieutvalg bestod av 88,2% yrkesaktive kvinner.

Arbeidskraftundersøkelsen viser at 81,9% av alle kvinner mellom 25-54 år var yrkesaktive rundt samme tidsperiode (SSB, 2022b). Blant vårt studieutvalg hadde 16,2% operativ vaginal forløsning, sammenlignet med 9,9% ifølge tall fra MFR (2022d). Her skiller det ikke mellom for eksempel paritet eller svangerskapsuke. Videre fødte 14,8% av vårt studievalg gjennom keisersnitt, sammenlignet med 16,1% rapportert hos MFR (2022e). Vårt studieutvalg bestod av 5,7% som oppga at de fikk en fødselsrift av grad 3-4, og 34,4% oppga at de fikk en episiotomi. Tall fra FHI viser en lavere andel grad 3-4 fødselsrift på 2,7%, men en nesten identisk andel episiotomi (35%) hos førstegangsfødende (2023).

Sosiodemografiske data stemmer godt mellom utvalget og resten av populasjonen, noe som taler for høy grad av generaliserbarhet. Forskjellen synes å være størst når det gjelder fødselsrift grad 3-4. En svakhet ved vår studie er at kvinner selv har oppgitt hvilken fødselsrift de fikk, og at vi derfor ikke kan utelukke at noen har oppgitt feil type fødselsrift. Videre kan en overrepresentasjon av kvinner med større fødselsrifter forklares med at de mulig er mer mottakelig for tematikken i denne studien. Fødselsrifter av grad 3-4 øker risikoen for bekkenbunnsrelaterte plager og behovet for oppfølging (Gartland et al., 2016; Wesnes et al., 2009; Woodley et al., 2020). Det kan tenkes at kvinnene som har fått en slik fødselsrift derfor har et større ønske om å dele sine erfaringer. Som tidligere nevnt under seleksjonsskjevhet, vil den manglende representasjonen av kvinner som selv ikke er født i Norge og ikke behersker norsk skriftspråk være en begrensning på studiens generaliserbarhet. Dette er en klar svakhet med oppgaven, men vi anså det ikke som realistisk å kunne gjøre spørreskjemaet tilgjengelig på flere språk, da det ville ha krevd mye ressurser.

6.3 Videre forskning

I denne studien har vi undersøkt kvinners erfaringer med informasjon om bekkenbunnstrening og oppfølging av bekkenbunnsfunksjon. I arbeidet med resultatene har vi reflektert over hvor mange kvinner som opplever bekkenbunnsrelaterte plager i Norge, og hvordan dette eventuelt utvikler seg i månedene og årene etter fødselen. En kartlegging av dette og en undersøkelse av effekten av informasjonen og oppfølgingen kvinnene mottar, kan bidra til ny kunnskap og en dypere forståelse av tematikken utover vår problemstilling. Videre kan det inkludere vurdering av kvinners opplevelse av informasjon om bekkenbunnsrelaterte plager på ulike tidspunkter etter fødselen. For å undersøke dette kan en kohortstudie benyttes for å si noe om utvikling over tid (Jacobsen, 2021).

Vi har også reflektert over hvordan bekkenbunnsrelaterte plager oppleves, og hvilken innvirkning det kan ha for norske kvinners fysiske, psykiske og sosiale liv. Ved å undersøke kvinners opplevelse, kan deres erfaringer synliggjøres og bidra til en dypere forståelse av hvilke konsekvenser plagene kan ha. Dette kan også belyse viktigheten av at kvinner mottar den informasjonen og oppfølgingen de har krav på. En kvalitativ tilnærming kan undersøke en slik sammensatt og kompleks problemstilling (Malterud, 2017).

Fordi vår studie ekskluderer kvinner som ikke behersker norsk skriftspråk, mangler vi kunnskap om hvordan disse gruppene opplever informasjonen og oppfølgingen. Det er derfor behov for en studie som undersøker hvilken informasjon og oppfølging de mottar, og eventuelt hvilken påvirkning kulturelle forskjeller har når det gjelder å oppsøke helsepersonell ved bekkenbunnsrelaterte plager.

6.4 Implikasjoner for praksis

Et mål for alle profesjoner er å drive kunnskapsbasert praksis. Det innebærer å bruke forskningsbasert kunnskap, praksiserfaringer og brukerkunnskap for å bedre kvaliteten på tjenestene (Helsebiblioteket, 2021). Vår studie bidrar til ny kunnskap om norske kvinners erfaringer med informasjon om bekkenbunnstrening og oppfølging av bekkenbunnsfunksjon, og omfatter dermed brukerkunnskap. Videre har vi i tråd med Jacobsen (2021) benyttet forskningskunnskap for å understøtte våre funn, og for å plassere vår studie i en større kontekst.

Basert på hvilken informasjon vårt studieutvalg oppga at de mottok, er det behov for en forbedring av informasjonen som gis om bekkenbunnstrening og oppfølging av

bekkenbunnsfunksjon i svangerskaps- og barselomsorgen. Dette kan gjøres gjennom opplæringsprogrammer for helsepersonell, slik at de kan tilegne seg ny og oppdatert kunnskap om bekkenbunnen og forebygging og behandling av bekkenbunnsrelaterte plager. Et større fokus på praktisk gjennomføring av bekkenbunnstrening kan også bidra til at flere kvinner mottar tilstrekkelig informasjon for å kunne gjennomføre bekkenbunnstrening. I tillegg til at kvinner informeres om dette under svangerskapskonsultasjonene, på barsel og etterkontrollen, kan informasjonen også gjentas både muntlig og skriftlig under jordmors hjemmebesøk etter fødselen.

Studien indikerer også at etterkontrollen i mindre grad fokuserer på bekkenbunnsrelaterte temaer. Fordi det allerede eksisterer retningslinjer som skal sikre at bekkenbunnen diskuteres på etterkontrollen, kan det være nødvendig med tiltak som tar høyde for tidsbruk eller tverrfaglig samarbeid med hensyn til dagens fastlegemangel. Oppfølging hos fysioterapeut som en del av et offentlig tilbud kunne vært et alternativ. Dette ville vært i tråd med nasjonale retningslinjer for barselomsorgen som blant annet vektlegger individuell oppfølging og individuelle treningsprogram (Helsedirektoratet, 2014). Et slikt tilbud kunne også sørget for at kvinnene som ikke prioriterer eller har råd til å ta kontakt med helsepersonell får den hjelpen de egentlig har behov for.

Gjennom å iverksette disse tiltakene kan svangerskaps- og barselomsorgen blant annet bli bedre rustet til å forebygge bekkenbunnsrelaterte plager og problemer på lang sikt. Det kan også bidra til at flere bekkenbunnsrelaterte plager lettere blir fanget opp, og at kvinner videre mottar tilstrekkelig informasjon og oppfølging.

7 Konklusjon

Denne studien undersøker hvilken sammenheng informasjon og oppfølging i svangerskaps- og barselomsorgen har med førstegangsfødende kvinners kunnskap om bekkenbunnstrening og videre oppfølging av bekkenbunnsfunksjon etter fødsel. Få kvinner oppga at de mottok informasjon om bekkenbunnstrening i svangerskapet, på barsel og på etterkontrollen. Dette samsvarer med annen forskning, men faktorer som hormonforandringer eller søvnendringer kan også påvirke hva kvinner husker at de mottok informasjon om.

Sett i lys av nasjonale retningslinjer, mottok kvinnene for lite informasjon og oppfølging. Langtidseffekter av manglende oppfølging av bekkenbunnsrelaterte plager kan ha store konsekvenser for kvinners fysiske, psykiske og sosiale liv. Resultatene identifiserer også at kvinner oppga at informasjonen de mottok i svangerskaps- og barselomsorgen ikke var tilstrekkelig for å kunne gjennomføre bekkenbunnstrening. En mulig forklaring kan være at informasjonen de mottok i liten grad inkluderte en beskrivelse av hvordan bekkenbunnstreningen praktisk gjennomføres. Konsekvensen av dette kan være at kvinner ikke får kontakt med de riktige musklene, og kan resultere i at effekten av treningen uteblir.

Majoriteten av studieutvalget ivaretok sin bekkenbunn ved at de dro på etterkontroll og tilegnet seg selv kunnskap om bekkenbunnstrening. Det kan tenkes at førstegangsfødende har et større informasjonsbehov, og derfor aktivt oppsøker informasjon og oppfølging. Videre rapporterte flertallet at de ikke tok kontakt med helsepersonell for videre oppfølging av sin bekkenbunnsfunksjon etter etterkontrollen. Dette kan tyde på et behov for individuell oppfølging fra helsepersonell, eksempelvis offentlig fysioterapi som en del av barselomsorgen. Et slikt tilbud kan sørge for individuell oppfølging og individuelle treningsprogram i tråd med nasjonale retningslinjer. På denne måten kan kvinner som eksempelvis ikke prioriterer eller har råd til å ta kontakt med helsepersonell få den hjelpen de har behov for.

Samlet sett understreker studien sammenhengen mellom informasjon om bekkenbunnstrening og oppfølging av bekkenbunnsfunksjon, og peker på en diskrepans mellom nasjonale retningslinjer og kvinners erfaringer. Ut fra et salutogent perspektiv kan mer informasjon om bekkenbunnstrening og bekkenbunnsrelaterte plager føre til at kvinner i enda høyere grad prioriterer egen bekkenbunn. Videre forskning på dette området kan tilføre dybdeforståelse av kvinners erfaringer, eller undersøke tiltak som kan forbedre dagens praksis.

Referanseliste

- Antonovsky, A. (1987). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forbli rask* (A. Lev, Overs.). Hans Reitzels Forlag.
- Arnesen, H., Bechensteen, A. G., Jacobsen, A. F. & Omenaas, E. (2021). *Forskningshåndboken : fra idé til publikasjon* (9. utg.). Oslo universitetssykehus i samarbeid med Haukeland universitetssykehus. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/forskningssenter-for-fodselshjelp-og-kvinnesykdommer/forskningshandbokenthe-research-handbook/>
- Backe, B. (2017). Svangerskapets anatomi og fysiologi. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 225-246). Cappelen Damm Akademisk.
- Bankhead, C. R., Spencer, E. A. & Nunan, D. (2019). *Information bias*. Hentet 17. januar 2024 fra <https://catalogofbias.org/biases/information-bias/>
- Barselopprøret. (u.å). Hentet 22. september 2023 fra <https://barselopprøret.no/>
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Brubaker, L. (2023, 5. mai 2023). *Pelvic floor muscle exercises (Beyond the Basics)*. Hentet 19. september 2023 fra <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-floor-muscle-exercises-beyond-the-basics>
- Brunstad, A. (2017). Rifter, episiotomi og suturering. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 521-535). Cappelen Damm Akademisk.
- Busch, T. (2021). *Akademisk skriving : for bachelor- og masterstudenter* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Buurman, M. B. R. & Lagro-Janssen, A. L. M. (2013). Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(2), 406-413. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01044.x>
- Driusso, P., Beleza, A. C. S., Mira, D. M., de Oliveira Sato, T., de Carvalho Cavalli, R., Ferreira, C. H. J. & de Fátima Carreira Moreira, R. (2020). Are there differences in short-term pelvic floor muscle function after cesarean section or vaginal delivery in primiparous women? A systematic review with meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, 31(8), 1497-1506. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04231-6>
- 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). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub4>
- FHI. (2014, 3. mai 2023). *Spørreskjemabanken for brukeropplevd kvalitet*. Hentet 20. september 2023 fra <https://www.fhi.no/kk/brukererfaringer/sporreskemabanken2/>
- FHI. (2022a). *Metodeboka : Slik oppsummerer vi forskning*. Hentet 26. februar 2024 fra <https://www.fhi.no/ku/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/metodeboka/?term=>
- FHI. (2022b). *Norgeshelsa statistikkbank*. Hentet 30. januar 2024 fra <https://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>
- FHI. (2023). *Fødselsrifter er betydelig redusert*. Hentet 30. januar 2024 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2023/fodselsrifter-er-betydelig-reduisert/>
- Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd* (LOV-1997-02-28-19). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>

- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=forskningsetikk>
- Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 16. september 2023 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gartland, D., MacArthur, C., Woolhouse, H., McDonald, E. & Brown, S. J. (2016). Frequency, severity and risk factors for urinary and faecal incontinence at 4 years postpartum: a prospective cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(7), 1203-1211. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13522>
- Hagen, S. P., Stark, D. B., Glazener, C. P., Dickson, S. B., Barry, S. P., Elders, A. M., Frawley, H. P., Galea, M. P. P., Logan, J. M. A., McDonald, A. M., McPherson, G. P., Moore, K. H. F., Norrie, J. P., Walker, A. P. & Wilson, D. P. (2014). Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*, 383(9919), 796-806. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61977-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61977-7)
- Handa, V. L., Blomquist, J. L., Knoepp, L. R., Hoskey, K. A., McDermott, K. C. & Muñoz, A. (2011). Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstetrics & Gynecology*, 118(4), 777-784. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182267f2f>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 12. januar 2023). *Offentlig fysioterapitjeneste*. Hentet 19. januar 2024 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/offentlig-fysioterapitjeneste/id444281/>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september 2021). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 23. februar 2024 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen* (B. Roland, Red.). Helsedirektoratet. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/barselomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2018). *Svangerskapsomsorgen : nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hernández, R. R. d. V., Aznar, C. T. & Aranda, E. R. (2014). Factors Associated With Treatment-Seeking Behavior for Postpartum Urinary Incontinence. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(6), 391-397. <https://doi.org/10.1111/jnu.12095>
- Holmboe, O. & Sjetne, I. S. (2018). *Brukererfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2017: Nasjonale resultater*. FHI. <https://www.fhi.no/publ/2018/brukeres-erfaringer-med-fodsels--og-barselomsorgen-i-2017/>

- ICM. (2005, 2014). *Core Document: International Code of Ethics for Midwives*. International Confederation of Midwives. Hentet 2. oktober 2023 fra <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
- Ipsos. (2023). *Ipsos SoMe-tracker Q2 '23*. Hentet 21. september 2023 fra <https://www.ipsos.com/nb-no/ipsos-some-tracker-q223>
- Jacobsen, D. I. (2021). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Johannessen, A. & Tufte, P. A. (2022). *Introduksjon til IBM SPSS statistics* (5. utg.). Abstrakt forlag.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg.). Abstrakt forlag.
- Kristensen, P. & Bakke, B. (2022). Yrkesepidemiologi. I P. Laake, A. Hjartåker, D. S. Thelle & M. B. Veierød (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 964-1012). Gyldendal Akademisk.
- Laine, K., Spyslaug, A. E., Baghestan, E., Norderval, S., Olsen, I. P. & Fodstad, K. (2020, 17. februar 2020). *Perinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel*. Hentet 14. september 2023 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselskjelp/perinealskade-og-anal-sfinkterskade-ved-fodsels/>
- Langeland, E. & Holvik, T. N. (2020). Salutogen helsefremming i grupper. I A. Vågan (Red.), *Helsepedagogiske metoder : teori og praksis* (1. utg., s. 92-111). Gyldendal Norsk Forlag.
- Larssen, T. (2023). *Forvaltning av forskningsdata ved UiT*. UiT. Hentet 16. september 2023 fra https://en.uit.no/regelverk/sentraleregler#kapittel_734648
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogense: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Laake, P., Hjartåker, A., Thelle, D. S. & Veierød, M. B. (2022). Epidemiologisk og klinisk forskning. I P. Laake, A. Hjartåker, D. S. Thelle & M. B. Veierød (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 48-64). Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- McLeish, J., Harvey, M., Redshaw, M. & Alderdice, F. (2021). A qualitative study of first time mothers' experiences of postnatal social support from health professionals in England. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 34(5), e451-e460. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.012>
- Mendes, A., Hoga, L., Gonçalves, B., Silva, P. & Pereira, P. (2017). Adult women's experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(5), 1350-1408. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003389>
- MFR. (2022a). *F3b: Mors gjennomsnittsalder etter paritet*. FHI. Hentet 30. januar 2024 fra <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- MFR. (2022b). *F4a: Paritet*. FHI. Hentet 30. januar 2024 fra <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- MFR. (2022c). *F6: Svangerskapsvarighet*. FHI. Hentet 30. januar 2024 fra <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- MFR. (2022d). *F10a: Inngrep og tiltak under fødselen*. FHI. Hentet 30. januar 2024 fra <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

- MFR. (2022e). *F10c-2: Keisersnitt utført*. FHI. Hentet 30. januar 2024 fra <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- MFR. (2022f). *Fødte og fødsler per institusjon*. FHI. Hentet 27. november 2023 fra <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Molin, B., Zwedberg, S., Berger, A.-K., Sand, A. & Georgsson, S. (2024). "The ignored pain" - experiences of encounters with healthcare from the perspective of women with pain persisting after childbirth - a qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 39, 100929-100929. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100929>
- Mørkved, S. & Bø, K. (2014). Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 48(4), 299-310. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091758>
- Newman, D. A. (2014). Missing Data: Five Practical Guidelines. *Organizational research methods*, 17(4), 372-411. <https://doi.org/10.1177/1094428114548590>
- NICE. (2021). *Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management (NICE guideline NG210)*. Hentet 13. september 2023 fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
- NKIB. (2024). *Bekkenbunnen: anatomi og funksjon*. Hentet 23. september 2023 fra <https://nekib.helsekompetanse.no/plager-under-graviditet-og-etter-fodselslaerebok/bekkenbunnen/>
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2014, 2023). *Bekkenbunnen*. Hentet 14. september 2023 fra <https://fysio.no/kvinnehelse>
- O'Sullivan, E. D. & Schofield, S. J. (2018). Cognitive Bias in Clinical Medicine. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 48(3), 225-232. <https://doi.org/10.4997/jrcpe.2018.306>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pelaez, M., Gonzalez-Cerron, S., Montejo, R. & Barakat, R. (2014). Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 33(1), 67-71. <https://doi.org/10.1002/nau.22381>
- Perez-Botella, M., Downe, S., Meier Magistretti, C., Lindstrom, B. & Berg, M. (2015). The use of salutogenesis theory in empirical studies of maternity care for healthy mothers and babies. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(1), 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.001>
- Pretlove, S. J., Thompson, P. J., Toozs-Hobson, P. M., Radley, S. & Khan, K. S. (2008). Does the mode of delivery predispose women to anal incontinence in the first year postpartum? A comparative systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(4), 421-434. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01553.x>
- REK. (u.å.). *Søke REK*. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Hentet 10. juni 2023 fra https://rekportalen.no/#hjem/s%C3%B8ke_REK
- Rouhi, M., Stirling, C., Ayton, J. & Crisp, E. P. (2019). Women's help-seeking behaviours within the first twelve months after childbirth: A systematic qualitative meta-aggregation review. *Midwifery*, 72, 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.02.005>
- Sigurdardottir, T., Steingrimsdottir, T., Geirsson, R. T., Halldorsson, T. I., Aspelund, T. & Bø, K. (2020). Can postpartum pelvic floor muscle training reduce urinary and anal incontinence?: An assessor-blinded randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics Gynecology* 222(3), 247.e241-247.e248. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.09.011>

- Sikt. (u.å.). *Meldeskjema for personopplysninger i forskning*. Hentet 16. september 2023 fra <https://sikt.no/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger>
- Sjetne, I. S. & Iversen, H. H. (2023). Women report better experiences from maternity care after postnatal consultations: A cross sectional study. *Patient Education and Counseling* 111, 107690-107690. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107690>
- Sjetne, I. S., Kjøllesdal, J. G., Iversen, H. H. & Holmboe, O. (2013). *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen: Nasjonale resultater*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. <https://www.fhi.no/publ/2011/kvinneres-og-partneres-erfaringer-fra-svangerskaps--fodsels--og-barselomsorg/>
- Skinner, E. M., Barnett, B. & Dietz, H. P. (2018). Psychological consequences of pelvic floor trauma following vaginal birth: a qualitative study from two Australian tertiary maternity units. *Archives of Women's Mental Health*, 21(3), 341-351. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0802-1>
- Slomian, J., Bruyère, O., Reginster, J. Y. & Emonts, P. (2017). The internet as a source of information used by women after childbirth to meet their need for information: A web-based survey. *Midwifery*, 48, 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.005>
- Snyder, K., Mollard, E., Bargstadt-Wilson, K. & Peterson, J. (2022). "We don't talk about it enough": Perceptions of pelvic health among postpartum women in rural communities. *Women's health* 18, 174550572211225-17455057221122584. <https://doi.org/10.1177/17455057221122584>
- Spørreundersøkelser. (2024). *Økt deltakelse: Hvordan sikre høyest mulig deltakelse?* Hentet 6. oktober 2023 fra <http://www.xn--sprreunderskelser-10bj.no/tips-til-okt-deltakelse/>
- SSB. (2021, 31. januar 2023). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester*. Hentet 29. februar 2024 fra <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester--2>
- SSB. (2022a). *12481: Samlet fruktbarhetstall og antall levendefødte for innvandrerkvinner, etter morens landbakgrunn 2011 - 2022*. Hentet 26. februar 2024 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/12481/>
- SSB. (2022b). *Arbeidskraftundersøkelsen*. Hentet 30. januar 2024 fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/arbeidskraftundersokelsen>
- Staff, A. (2015). *Bias*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 15. februar 2024 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias/>
- Stavseth, M. R. (2023, 31. januar 2023). *Husk å vaske dataene før bruk!* Tidsskriftet : Den norske legeforening. Hentet 4. desember 2023 fra <https://tidsskriftet.no/2023/01/medisin-og-tall/husk-vaske-dataene-bruk>
- Svenningsen, R. & Maltau, J. M. (2015). Urogynekologi. I J. M. Maltau, K. Molne & B.-I. Nesheim (Red.), *Obstetrikk og gynekologi* (3. utg., s. 335-341). Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Uechi, N., Fernandes, A. C. N. L., Bø, K., de Freitas, L. M., de la Ossa, A. M. P., Bueno, S. M. & Ferreira, C. H. J. (2020). Do women have an accurate perception of their pelvic floor muscle contraction? A cross-sectional study. *Neurourology and Urodynamics*, 39(1), 361-366. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nau.24214>
- UiO. (2010, 22. mars 2021). *Hva er Nettskjema*. Hentet 5. desember 2023 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/mer-om/>
- UiO. (2013, 23. januar 2023). *Kodebok i Nettskjema for TSD og analyse*. Hentet 21. september 2023 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/kodebok.html>

- UiT. (2018). *Studieplan Master i jordmorfag*.
<https://uit.no/Content/733269/cache=20231011110116/Studieplan%20Master%20i%20jordmorfag.pdf>
- Veierød, M. B. & Thelle, D. S. (2022). Tverrsnittsstudier. I P. Laake, A. Hjartåker, D. S. Thelle & M. B. Veierød (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 235-258). Gyldendal Akademisk.
- Wagg, A. R., Kendall, S. & Bunn, F. (2017). Women's experiences, beliefs and knowledge of urinary symptoms in the postpartum period and the perceptions of health professionals: a grounded theory study. *Primary Health Care Research & Development*, 18(5), 448-462. <https://doi.org/10.1017/s1463423617000366>
- Wesnes, S. L., Hunskaar, S., Bo, K. & Rortveit, G. (2009). The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(5), 700-707. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02107.x>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Universitetsforlaget.
- 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. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 35-42.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.06.001>
- Woodley, S. J., Lawrenson, P., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., Kernohan, A. & Hay-Smith, E. J. C. (2020). Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub4>
- Wuytack, F., Curtis, E. & Begley, C. (2015). The health-seeking behaviours of first-time mothers with persistent pelvic girdle pain after childbirth in Ireland: A descriptive qualitative study. *Midwifery*, 31(11), 1104-1109.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.009>

Vedlegg

Vedlegg 1 - Spørreskjema

Bekkenomsorg: Kvinners bekkenbunn fra svangerskap til etterkontroll

Dette spørreskjemaet er anonymt, og består av fire deler. Den første delen handler om bakgrunnsinformasjon om deg, den andre delen om svangerskapet, den tredje delen om fødselen, og den fjerde om barseltiden.

Hvis du synes at et spørsmål er ubehagelig eller vanskelig å svare på, kan du la være å svare på det spørsmålet og gå videre til det neste.

Det tar ca. 10 minutter å svare på spørreskjemaet.

Del 1: Bakgrunnsspørsmål

1. Er du over 18 år og fødte du barn i Norge i perioden 1. januar 2022 - 1. juli 2023?

Ja

Nei

2. Fødte du i svangerskapsuke 37+0 eller senere?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Er du over 18 år og fødte du barn i Norge i perioden 1. januar 2022 - 1. juli 2023?»

Merk: din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023

Ja

Nei

3. Var denne fødselen din første?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Fødte du i svangerskapsuke 37+0 eller senere?»

Merk: din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023

Ja

Nei, jeg har født barn tidligere (enten vaginalt eller gjennom keisersnitt)

4. Hva er din alder?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Var denne fødselen din første?»

Kryss av for hvilken alderskategori du tilhører.

18-24 år

25-29 år

30-34 år

35-39 år

40 år og over

5. Hva er din høyeste fullførte utdanning?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Var denne fødselen din første?»

Velg alternativet som tilsvarer din fullførte utdanning.

Grunnskole / Videregående skole

Høyskole / Universitet (1-4 år)

Høyskole / Universitet (mer enn 4 år)

6. Hva gjør du til daglig når du ikke er i foreldrepermisjon?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Var denne fødselen din første?»

Sett kryss i alternativet som passer best for deg.

Yrkesaktiv

Sykmeldt, på uføretrygd eller arbeidsavklaring

Under utdanning

Annet

Del 2: Svangerskapet

7. Gikk du på svangerskapskontroller?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Var denne fødselen din første?»

Merk: Før din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023

Ja

Nei

8. Kan du huske om du fikk informasjon om bekkenbunnstrening på svangerskapskontrollene?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Gikk du på svangerskapskontroller?»

Bekkenbunnstrening kan også kalles for knipeøvelser.

Merk: Før din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023

Ja, muntlig informasjon

Ja, skriftlig informasjon

Ja, muntlig og skriftlig informasjon

Nei, hverken muntlig eller skriftlig informasjon

Husker ikke

9. Kryss av for hvilken informasjon du husker at du fikk om bekkenbunnstrening på svangerskapskontrollene.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, muntlig informasjon eller Ja, skriftlig informasjon eller Ja, muntlig og skriftlig informasjon» er valgt i spørsmålet «Kan du huske om du fikk informasjon om bekkenbunnstrening på svangerskapskontrollene?»

Merk: Før din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023 Sett ett eller flere kryss.

- Hvorfor man bør trene bekkenbunnen før fødsel
- Når man bør begynne med bekkenbunnstrening
- Hvordan man kan sjekke om man kniper de riktige musklene
- Viktigheten med avspenning mellom knipene
- Hvor ofte og hvor lenge man bør gjøre knipeøvelser
- Symptomer man bør søke hjelp for
- Hvor man kan henvende seg dersom man har plager eller spørsmål
- Annet
- Husker ikke

10. Følte du selv at informasjonen du fikk var tilstrekkelig for å kunne gjennomføre bekkenbunnstrening?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, muntlig informasjon eller Ja, skriftlig informasjon eller Ja, muntlig og skriftlig informasjon» er valgt i spørsmålet «Kan du huske om du fikk informasjon om bekkenbunnstrening på svangerskapskontrollene?»

Merk: informasjonen du fikk under svangerskapskonsulasjoner før din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023.

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

Del 2: Fødselen

11. Hvordan fødte du?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Var denne fødselen din første?»

Merk: din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023

- Vaginal fødsel
- Tang / Vakuum (sugekopp)
- Keisersnitt

12. I forbindelse med din fødsel, fikk du en fødselsrift og/eller et klipp (episiotomi)?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Vaginal fødsel eller Tang / Vakuum (sugekopp)» er valgt i spørsmålet «Hvordan fødte du?»

Med en fødselsrift menes en rift eller et klipp mellom skjedeåpningen og endetarmen. Merk: Din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023. Sett ett eller flere kryss.

- Ja - Fødselsrift
- Ja - Klipp
- Nei





13. Hvilken type fødselsrift fikk du?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja - Fødselsrift eller Ja - Klipp» er valgt i spørsmålet «I forbindelse med din fødsel, fikk du en fødselsrift og/eller et klipp (episiotomi)?»

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

Sett ett eller flere kryss.

Illustrasjoner er hentet fra Guri Norunn Opedal, Jordmødre suturerer fødselsrifter ulikt, Sykepleien.

 <p>Grad 1-rift</p> <p>Grad 1</p>	 <p>Grad 2-rift</p> <p>Grad 2</p>
 <p>Grad 3-rift</p> <p>Grad 3</p>	 <p>Grad 4-rift</p> <p>Grad 4</p>
Klipp (Episiotomi)	Annet (for eksempel: rift/rifter i skjedevegg, i skjedeinngang, ved urinrørsåpningen, i kjønnslepper)
Vet ikke	

Del 3: Barseltiden

Vi ønsker å vite om du fikk informasjon fra helsepersonell om bekkenbunnstrening de første dagene etter fødselen.

14. Kan du huske om du fikk informasjon om bekkenbunnstrening de første dagene etter fødselen?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Var denne fødselen din første?»

Bekkenbunnstrening kan også kalles for knipeøvelser.

Merk: etter din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023

Ja, muntlig informasjon

Ja, skriftlig informasjon

Ja, muntlig og skriftlig informasjon

Nei, hverken muntlig eller skriftlig informasjon

Husker ikke

15. Kryss av for hvilken informasjon du husker at du fikk om bekkenbunnstrening.

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, muntlig informasjon eller Ja, skriftlig informasjon eller Ja, muntlig og skriftlig informasjon» er valgt i spørsmålet «Kan du huske om du fikk informasjon om bekkenbunnstrening de første dagene etter fødselen?»

Merk: de første dagene etter din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023 Sett ett eller flere kryss.

Hvorfor man bør trene bekkenbunnen etter fødsel

Når man bør begynne med bekkenbunnstrening etter fødsel

Hvordan man kan sjekke om man kniper de riktige musklene

Viktigheten med avspenning mellom knipene

Hvor ofte og hvor lenge man bør gjøre knipeøvelser

Symptomer man bør søke hjelp for

Hvor man kan henvende seg dersom man har plager eller spørsmål

Tilbud om et individuelt treningsprogram av bekkenbunnsmuskulaturen

Annet

Husker ikke

16. Følte du selv at informasjonen du fikk var tilstrekkelig for å kunne gjennomføre bekkenbunnstrening?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, muntlig informasjon eller Ja, skriftlig informasjon eller Ja, muntlig og skriftlig informasjon» er valgt i spørsmålet «Kan du huske om du fikk informasjon om bekkenbunnstrening de første dagene etter fødselen?»

Merk: informasjonen du fikk i løpet av de første dagene etter din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023

Ikke i det hele tatt

I liten grad

I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

17. Opplevde du bekkenbunnsrelaterte plager 4-6 uker etter fødselen?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Var denne fødselen din første?»

Merk: din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023

Eksempler på bekkenbunnsrelaterte plager kan være:

- Smerter eller ubehag i bekkenbunnen
- Lekkasje av urin, luft eller avføring
- En ubehagelig tyngdefølelse eller bul i underlivet

Ja, jeg hadde bekkenbunnsrelaterte plager

Nei, jeg hadde ikke bekkenbunnsrelaterte plager

Husker ikke

18. Dro du på etterkontroll etter fødselen?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Var denne fødselen din første?»

Etterkontroll omtales ofte som seksukerskontroll, og gjennomføres vanligvis mellom 4-6 uker etter fødselen. Noen ganger gjennomføres etterkontrollen senere enn 6 uker etter fødselen. Merk: etter din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023

Ja, hos jordmor

Ja, hos fastlege

Ja, hos annet helsepersonell

Nei

19. Dersom du dro på etterkontroll, kan du huske om du fikk informasjon om eller undersøkelse av følgende:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, hos jordmor eller Ja, hos fastlege eller Ja, hos annet helsepersonell» er valgt i spørsmålet «Dro du på etterkontroll etter fødselen?»

Merk: under etterkontrollen etter din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023 Sett et eller flere kryss.

Bekkenbunnstrening / Knipeøvelser

Hvordan man kan sjekke om man kniper de riktige musklene

Urinlekkasje

Lekkasje av luft eller avføring

Fremfall eller prolaps av underlivsorganer

Smerter i bekkenbunnen

Kontroll av fødselsrift og tilheling

Seksualitet og prevensjon

Annet

Husker ikke

20. På etterkontrollen, følte du selv at oppfølgingen av din bekkenbunn var tilstrekkelig?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, hos jordmor eller Ja, hos fastlege eller Ja, hos annet helsepersonell» er valgt i spørsmålet «Dro du på etterkontroll etter fødselen?»

Merk: etter din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

21. På etterkontrollen hos jordmor/fastlege, husker du om du ble informert om hvor du kunne henvende deg hvis du hadde spørsmål eller behov for videre oppfølging av din bekkenbunn?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, hos jordmor eller Ja, hos fastlege eller Ja, hos annet helsepersonell» er valgt i spørsmålet «Dro du på etterkontroll etter fødselen?»

Merk: etter din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023

- Ja
- Nei
- Husker ikke

22. Har du selv tilegnet deg kunnskap om bekkenbunnstrening fra andre kilder enn helsepersonell?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Var denne fødselen din første?»

Eksempler: Apper, nettsider, magasiner, familie, venner/bekjente

- Ja
- Nei

Vi ønsker å vite om du fikk videre oppfølging av din bekkenbunn i etterkant av etterkontrollen.

23. Bortsett fra etterkontrollen, tok du selv kontakt med helsepersonell for videre oppfølging av din bekkenbunnsfunksjon?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Var denne fødselen din første?»

Merk: etter din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023

- Ja
- Nei

24. Hvem tok du kontakt med for videre oppfølging av din bekkenbunnsfunksjon?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Bortsett fra etterkontrollen, tok du selv kontakt med helsepersonell for videre oppfølging av din bekkenbunnsfunksjon?»

Merk: etter din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023

- Fastlege
- Fysioterapeut/manuellterapeut
- Jordmor
- Gynekolog
- Annet helsepersonell

25. Dersom du ikke henvendte deg for videre oppfølging av din bekkenbunnsfunksjon, hva var årsaken til det?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Bortsett fra etterkontrollen, tok du selv kontakt med helsepersonell for videre oppfølging av din bekkenbunnsfunksjon?»

Merk: etter din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023 Sett ett eller flere kryss.

- Hadde ikke behov for mer oppfølging
- Hadde ikke råd
- Hadde ikke tid
- Visste ikke hvem jeg skulle kontakte
- Det finnes ikke et slikt tilbud der hvor jeg bor
- Prioriterte det ikke
- Turte ikke
- Annet

26. Alt i alt, følte du at informasjonen og oppfølgingen av din bekkenbunn var tilstrekkelig?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Var denne fødselen din første?»

Dette inkluderer både svangerskap, barsel og etterkontroll før og etter din fødsel mellom 1. januar 2022 og 1. juli 2023

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Bekkenomsorg: kvinners bekkenbunn fra svangerskap til etterkontroll

Ifølge nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen, bør gravide få informasjon om bekkenbunnstrening og instrueres i hvordan bekkenbunnsmusklene trenes (Helsedirektoratet, 2018). Nasjonale retningslinjer for barselomsorgen anbefaler at kvinner i løpet av første barseluke får informasjon og instruksjon i trening av bekkenbunnens muskler, og tilbud om individuelt tilrettelagt treningsprogram. Det anbefales også en etterkontroll fire-seks uker etter fødselen som blant annet skal indentifisere eventuelle behov for videre oppfølging av kvinners bekkenbunn (Helsedirektoratet, 2014).

Vi er to jordmorstudenter som i forbindelse med vår masteroppgave ønsker å undersøke hvilken sammenheng informasjon og oppfølging i svangerskaps- og barselomsorgen har med førstegangsfødende kvinners kunnskap om bekkenbunnstrening og videre oppfølging av bekkenbunnsfunksjon etter fødsel.

Fødte du barn i Norge i perioden 1. januar 2022 - 1. juli 2023? Kan du tenke deg å svare på en undersøkelse om hvilken informasjon og oppfølging du fikk i svangerskaps- og barselomsorgen?

Vi inviterer deg til å delta i denne anonyme spørreundersøkelsen som tar omtrent 10 minutter.

Hensikten med studien

Målet med studien er å få frem brukererfaringer og avdekke eventuelle forbedringspotensialer i svangerskaps- og barselomsorgen. Hensikten med studien er å svare på følgende problemstilling: Hvilken sammenheng har informasjon og oppfølging i svangerskaps- og barselomsorgen med førstegangsfødende kvinners kunnskap om bekkenbunnstrening og videre oppfølging av bekkenbunnsfunksjon etter fødsel?

Hvem kan delta?

Dersom disse kriteriene passer for deg, kan du delta i studien:

- Førstegangsfødende >18 år
- Fødte i tidsperioden 1. januar 2022 til 1. juli 2023
- Fødte i svangerskapsuke 37+0 eller senere
- Behersker norsk skriftspråk

Hvordan delta?

Ved å fylle ut og sende inn svar på spørreundersøkelsen, deltar du i studien.

Spørreundersøkelsen finner du her: (lenke til nettskjema)

Frivillig deltagelse og anonymitet

Det er frivillig å delta i spørreundersøkelsen. Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet.

Ved å fylle ut og sende inn svar på spørreundersøkelsen, samtykker du til følgende:

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Bekkenomsorg: kvinners bekkenbunn fra svangerskap til etterkontroll*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i spørreundersøkelsen, og jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til studien er avsluttet. Data kan bli oppbevart lengre ved en eventuell publisering av en vitenskapelig artikkel.

Du kan ikke trekke deg fra undersøkelsen etter at du har sendt skjema.

Oppbevaring, behandling og sletting av data

Datainnsamlingen i denne studien krever ikke personidentifiserende opplysninger, og krever derfor ikke godkjenning fra Sikt, Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (Sikt, u.å.).

Vi behandler dine opplysninger basert på ditt samtykke. Nettskjema.no sikrer trygg og sikker lagring av alle innsamlede data. Ditt personvern ivaretas ved at din IP-adresse ikke er mulig å spore (UiO, 2013). Datamaterialet som lastes ned, oppbevares i henhold til UiTs prinsipper og retningslinjer for forvaltning av forskningsdata (Larssen, 2023). Dette vil blant annet innebære sikker håndtering av data i passord-beskyttede lagringstjenester. All innsamlet data vil slettes etter at studien er avsluttet. Data kan bli oppbevart lengre ved en eventuell publisering av en vitenskapelig artikkel.

Dine rettigheter

Har du spørsmål om dine rettigheter, kan du kontakte personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet: Anniken Steinbakk, tlf: 77646952, epost: personvernombud@uit.no

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Jordmorstudentene Nina Bartok og Julie Eidesmo ved UiT Norges arktiske universitet gjennomfører forskningsprosjektet knyttet til masteroppgaven i jordmorfag.

Førsteamanuensis Ingvild Hersoug Nedberg ved institutt for helse- og omsorgsfag, det helsevitenskapelige fakultet ved UiT Norges arktiske universitet er veileder.

Epost: Ingvild.h.nedberg@uit.no, tlf: 77 62 08 52

UiT Norges arktiske universitet er behandlingsansvarlig.

Ønsker du å kontakte oss?

Dersom du har spørsmål om studien, kan du kontakte:

Nina Bartok: Njo059@uit.no

Julie Eidesmo: Jei038@uit.no

Med vennlig hilsen

Nina Bartok og Julie Eidesmo

Vedlegg 3 – Publiseringsmaterieill

Story



UiT Norges arktiske universitet

FØDTE DU DITT FØRSTE BARN I NORGE I PERIODEN 1. JANUAR 2022 - 1. JULI 2023?

Vi er to jordmorstudenter som i forbindelse med vår masteroppgave ønsker å undersøke hvilken betydning informasjon og oppfølging i svangerskaps- og barselomsorgen har for kvinners kunnskap om bekkenbunnstrening og videre oppfølging av bekkenbunnsfunksjon etter fødsel.

Kan du tenke deg å delta i vår spørreundersøkelse?

For informasjon og tilgang til undersøkelsen:

Bekkenomsorg.com

Eller gå direkte til spørreundersøkelsen:
[Nettskjema.no/a/bekkenomsorg](https://nettskjema.no/a/bekkenomsorg)



Kontakt oss gjerne ved spørsmål:
njo059@uit.no
jei038@uit.no

Innlegg



UiT Norges arktiske universitet

FØDTE DU DITT FØRSTE BARN I NORGE I PERIODEN 1. JANUAR 2022 - 1. JULI 2023?

Vi er to jordmorstudenter som i forbindelse med vår masteroppgave ønsker å undersøke hvilken betydning informasjon og oppfølging i svangerskaps- og barselomsorgen har for kvinners kunnskap om bekkenbunnstrening og videre oppfølging av bekkenbunnsfunksjon etter fødsel.



Kan du tenke deg å delta i vår spørreundersøkelse?

For informasjon og tilgang til undersøkelsen:

Bekkenomsorg.com

Eller gå direkte til spørreundersøkelsen:

Nettskjema.no/a/bekkenomsorg

Kontakt oss gjerne ved spørsmål:

njo059@uit.no

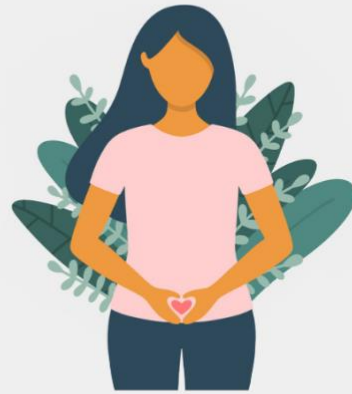
jei038@uit.no

Bekkenomsorg

Kvinneres bekkenbunn fra svangerskap til etterkontroll



UiT Norges arktiske universitet



Tilgang til spørreundersøkelsen finner du nederst på siden.

Fødte du ditt første barn i Norge i perioden 1. januar 2022 - 1. juli 2023?
Kan du tenke deg å svare på en undersøkelse om hvilken informasjon og oppfølging du fikk av din bekkenbunn i svangerskaps- og barselomsorgen?



Visste du at...?

Ifølge nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen, bør gravide få informasjon om bekkenbunnstrening og instrueres i hvordan bekkenbunnsmusklene trenes (Helsedirektoratet, 2018).

Nasjonale retningslinjer for barselomsorgen anbefaler at kvinner i løpet av første barseluke får informasjon og instruksjon i trening av bekkenbunnens muskler, og tilbud om individuelt tilrettelagt treningsprogram.

Det anbefales også en etterkontroll fire-seks uker etter fødselen som blant annet skal indentifisere eventuelle behov for videre oppfølging av kvinners bekkenbunn (Helsedirektoratet, 2014).



Vi er to jordmorstudenter som i forbindelse med vår masteroppgave ønsker å undersøke hvilken betydning informasjon og oppfølging i svangerskaps- og barselomsorgen har for kvinners kunnskap om bekkenbunnstrening og videre oppfølging av bekkenbunnsfunksjon etter fødsel.

Vi inviterer deg til å delta i en anonym spørreundersøkelse som tar omtrent 10 minutter å svare på.



Hensikten med studien

Målet med studien er å få frem brukererfaringer og avdekke eventuelle forbedringspotensialer i svangerskaps- og barselomsorgen.

Vi ønsker å undersøke hvilken betydning informasjon og oppfølging i svangerskaps- og barselomsorgen har for kvinners kunnskap om bekkenbunnstrening og videre oppfølging av bekkenbunnfunksjon.



Hvem kan delta?

Førstegangsfødende >18 år som:

- Fødte i tidsperioden 1. januar 2022 til 1. juli 2023
- Fødte i svangerskapsuke 37+0 eller senere
- Behersker norsk skriftspråk



Hvordan delta?

Ved å fylle ut og sende inn svar på spørreundersøkelsen, deltar du i studien.



FRIVILLIG DELTAKELSE OG ANONYMITET

Det er frivillig å delta i spørreundersøkelsen. Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet.

Ved å fylle ut og sende inn svar på spørreundersøkelsen, samtykker du til følgende:

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Bekkenomsorg: kvinners bekkenbunn fra svangerskap til etterkontroll, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i spørreundersøkelsen, og jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til studien er avsluttet.

Data kan bli oppbevart lengre ved en eventuell publisering av en vitenskapelig artikkel. Du kan ikke trekke deg fra undersøkelsen etter at du har sendt skjema.



OPPBEVARING, BEHANDLING OG SLETNING AV DATA

Datainnsamlingen i denne studien krever ikke personidentifiserende opplysninger, og krever derfor ikke godkjenning fra Sikt, Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (Sikt, u.å.).

Vi behandler dine opplysninger basert på ditt samtykke. Nettskjema.no sikrer trygg og sikker lagring av alle innsamlede data. Ditt personvern ivaretas ved at din IP-adresse ikke er mulig å spore (UiO, 2013). Datamaterialet som lastes ned, oppbevares i henhold til UiTs prinsipper og retningslinjer for forvaltning av forskningsdata (Larsen, 2023). Dette vil blant annet innebære sikker håndtering av data i passord-beskyttede lagringstjenester. All innsamlet data vil slettes etter at studien er avsluttet. Data kan bli oppbevart lengre ved en eventuell publisering av en vitenskapelig artikkel.



DINE RETTIGHETER

Har du spørsmål om dine rettigheter, kan du kontakte personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet:

Anniken Steinbakk

 776 46 952

 personvernombud@uit.no



HVEM ER ANSVARLIG FOR FORSKNINGSPROSJEKTET?

Jordmorstudentene Nina Bartok og Julie Eidesmo ved UiT Norges arktiske universitet gjennomfører forskningsprosjektet knyttet til masteroppgaven i jordmorfag.

Førsteamanuensis Ingvild Hersoug Nedberg ved institutt for helse- og omsorgsfag, det helsevitenskapelige fakultet ved UiT Norges arktiske universitet er veileder.

 776 20 852

 Ingvild.h.nedberg@uit.no

UiT Norges arktiske universitet er behandlingsansvarlig.

Ønsker du å kontakte oss?



Julie Eidesmo

Nina Bartok

JORDMORSTUDENT

 jei038@uit.no

JORDMORSTUDENT

 njo059@uit.no



UiT Norges arktiske universitet

Din erfaring er viktig!

Trykk på mobilen,
gå inn på lenken
eller scan QR-koden
for å delta



[Nettskjema.no/a/bekkenomsorg](https://nettskjema.no/a/bekkenomsorg)

Vedlegg 4 - Datahåndteringsplan



Datahåndteringsplan 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 datahåndteringsplan.

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 datahåndteringsplan (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): Nina Bartok og Julie Eidesmo	
Dato for denne versjonen av datahandteringsplanen: 03.06.2020	
Prosjektnummer og -namn: Bekkenomsorg: Kvinners bekkenbunn fra svangerskap til etterkontroll	
Del av større prosjekt? I så fall spesifiser prosjektnamn og -nummer: Nei	
Tilknytning (fakultet og institutt): Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT	
Prosjektperiode: September 2023 - Mars 2024	
Prosjektleder og -deltakere (namn og tilhørighet): Ingvild Hersoug Nedberg, føreteamansuensis UiT Nina Bartok og Julie Eidesmo, masterstudent UiT	
Kort beskriving av prosjektet: Studie om kvinners erfaringer med informasjon om bekkenbunnstrening og oppfølging av bekkenbunnfunksjon før og etter fødsel	
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 datahandteringsplanen? Nina Bartok og Julie Eidesmo med Ingvild Hersoug Nedberg som veileder
Kven er ansvarleg for kvar aktivitet? Nina Bartok og Julie Eidesmo
Korleis vil ansvar bli fordelt på ev. samarbeidspartnarar? Vil det bli utarbeidd ein eigen avtale for dette? Nei
Kven har rettigheter til å handtera dataa? Nina Bartok, Julie Eidesmo og Ingvild Hersoug Nedberg
Kven har tilgang til dataa i prosjektperioden? Nina Bartok, Julie Eidesmo og Ingvild Hersoug Nedberg <i>(Tilgang inneber å kunna bruka dataa (t.d. lesa og lasta ned), men ikkje å handtera dei.)</i>
Kven har eigarskap til dataa? UiT, Nina Bartok, Julie Eidesmo og Ingvild Hersoug Nedberg <i>(Som hovudregel UiT, om ikkje anna er avtalt, t.d. med samarbeidspartnarar.)</i>

Innsamling/generering av data
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). Talldata fra nettbasert anonym spørreundersøkelse
Kva standardar og metodar vil bli brukte til innsamling/generering? Digitalt spørreskjema utformert og administrert gjennom Nettskjema.no – en tjeneste av UiO
Når vil innsamling/generering bli gjort? November/desember 2023
Kva slags type data er det (t.d. tekst, bilete, numeriske data, lyd, osv.)? Talldata
Er det behov for ekstra utstyr eller programvare i samband med innsamling/generering? Nei
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 gjenbrukast i prosjektet? Det finnes lite data på kvinners erfaring med informasjon om bekkenbunnstrening og oppfølging av bekkenbunnsfunksjon før og etter fødselen

Dokumentasjon og metadata

(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.)

Korleis skal dataa dokumenterast, slik at du og andre kan forstå og bruke dei også på lang sikt? **Dataene skal dokumenteres i masteroppgaven og presenteres i tabeller.**

Masteroppgaven presenteres i munin og om mulig som artikkel

(God praksis inneber å dokumentere dataa i ei ReadMe-fil, der ein forklarar t.d. kolonneoverskrifter og forkortingar.)

Kva metadatastandard(ar) vil bli brukt(e)? **Nettskjema.no**

(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.)

Kva filformat blir brukt? **SPSS**

Kva slags mappestruktur og filnamnkonvensjonar blir brukte? **SPSS, PDF og Word**

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 lastes ned fra nettskjema.no og lagres i OneDrive via UiT med tilgangskontroll via to-faktor autentisering**

Kven er ansvarleg for tryggleikskopiar og ev. gjenoppretting? **Nina Bartok og Julie Eidesmo**

(Dette vil vera ITA ved reine UiT-prosjekt, men føreset då lagring på UiT-område.)

Kva er venta filstorleik på dataa?

Disponerer du over nok lagringsressursar, eller har du behov for ekstra tenester? **Nei, har ikke behov for ekstra tjenester**

Ved feltarbeid, korleis blir sikker flytting av data frå feltinnsamling til hovudlagringssystem teke hand om? **Ikke aktuelt**

Arkivering og deling

I samsvar med pkt. 2 i UiTs retningslinjer skal UiT som hovedregel ha tilgang til bruk av alle forskingsdata genererte ved institusjonen.

Kva data skal bevarast, og kva data skal destruerast etter prosjektslutt? **Datainnsamling destrueres etter bestått oppgave eller etter publisering**

Skal dataa langtidsbevarast, og i så fall korleis blir det avgjort kva som skal bevarast?
(I samsvar med pkt. 4.2 i UiTs retningslinjer skal forskaren vurderer kva data som kan ha verdi på lang sikt, og korleis desse skal forvaltast.)

Nei

Vil dataa bli gjorde ope tilgjengelege? Dersom berre eit utval av dataa blir gjort tilgjengeleg, spesifiser utvalet.

(I samsvar med pkt. 1 i UiTs retningslinjer skal forskingsdata gjerast ope tilgjengelege, så fram det ikkje er juridiske, etiske, tryggleiksrelaterte eller kommersielle grunnar til å ikkje gjera det.)

Dersom data skal gjøres tilgjengelig vil UiT ha ansvaret for data etter Nina Bartok og Julie Eidesmo har avsluttet utdanning

Dersom dataa ikkje skal delast, kva er grunngevinga for dette? **Et begrenset materiale samles inn for et studentprosjekt hvor det ikke er aktuelt med gjenbruk**

Må dataa behandlast (t.d. anonymiserast, konverterast til arkivverdige filformat) før dei kan delast, og i så fall korleis?

Dataene er anonyme

Kor blir data, metadata, dokumentasjon og ev. kode knytt til dataa arkiverte?

(UiTs arkiv for opne forskingsdata, [UiT Open Research Data](#), gjev forskarane ei trygg teneste for arkivering, deling og publisering av opne data.)

OneDrive og Nettskjema.no

Kva slags metodar eller programvare trengst for å få tilgang til dataa? Er dette ope tilgjengeleg?

Nettskjema.no og SPSS

Når blir dataa gjorde tilgjengelege, og kor lenge skal dei oppbevarast?

(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.)

Data vil bli oppbevart til bestått masteroppgave, og vil ikke være tilgjengelig for allmenheten

Kva slags lisens(ar) for gjenbruk vil bli brukt(e)?

(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.)

Er det andre vilkår, restriksjonar eller embargo på bruk av dataa? **Nei**

Etikk og samtykke

(Jmfør [Personvern og forskning.](#))

Er dataa personsensitive? **Nei**

(Dersom ja, svar òg på dei neste to spørsmåla.)

Vil det bli henta inn samtykke til bevaring og deling av dataa? Dersom ja, korleis?

Samtykke gis ved deltakelse i studien

Korleis blir deltakaridentitet beskytta? **Anonym spørreundersøkelse, ikke mulig å spore**

IP-adresse

