



# Masteroppgave

Master i jordmorfag

Oktober 2021

## Kvinnens seksuelle helse etter grad 3- og 4-rifter: En systematisk litteraturstudie

OsloMet-storbyuniversitetet

Fakultetet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Kandidatnummer: 501 & 530

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 10719

## Sammendrag

**Tittel:** Kvinners seksuelle helse etter grad 3- og 4-rifter: En systematisk litteraturstudie

**Hensikt:** Å innhente, oppsummere og belyse relevant kvalitativ forskning som omhandler kvinners seksuelle helse etter alvorlige fødselsrifter. Hovedfokus var å granske hva forskning viste om kvinners opplevelser.

**Problemstilling:** «*Hvordan opplever kvinner med grad 3- og 4-rifter sin seksuelle helse etter fødsel?*»

**Metode:** En systematisk litteraturstudie over kvalitative forskningsartikler. Fem studier ble inkludert fra fire aktuelle databaser. Forskningsartiklene ble kritisk vurdert med sjekklister fra Helsebiblioteket. Samtlige inkluderte studier ble vurdert til høy, eller middels kvalitet etter sjekklisterens kriterier. Det ble utført en tematisk analyse for å identifisere temaer.

**Resultater:** Noen kvinner opplevde sterke smerter i og rundt vagina. Dette førte til at noen utsatte samleie, mens andre gjennomførte med smerter. Enkelte kvinner brukte smertestillende for å gjennomføre samleiet i frykt for smerter. Funnene i denne litteraturstudien tyder på mangelfull informasjon fra helsepersonell. Temaet ble ofte forbundet med skam og kunne være vanskelig å formidle til partner. Inkontinens var et hinder for intimitet og endret anatomi gikk utover selvbildet. Samspill med partner ble beskrevet som en viktig del av hvordan kvinnene mestret utfordringene.

**Konklusjon:** De fleste kvinnene som deltok i studiene opplevde sin tilstand som problematisk, noe som svekket deres seksuelle helse. Majoriteten av kvinnene hadde fysiske og psykiske plager i lang tid etter forventet tilheling. Det er behov for ytterligere forskning.

**Nøkkelord:** seksuell helse, dyspareuni, alvorlig fødselsrift, kvinners opplevelser, inkontinens

## Summary

**Title:** Women's sexual health after severe perineal trauma: A systematic literature review

**Aim:** To obtain, summarize and illustrate relevant qualitative research that concerns women's sexual health after obstetric anal sphincter tear. The aim of the study was to explore what research showed about these women's experiences.

**Thesis-question:** *"How do women with severe perineal trauma experience their sexual health after birth?"*

**Method:** A systematic literature review based on qualitative studies. Five studies were included from four relevant databases. The research articles were critically evaluated against a checklist from Norwegian-Electronic-Health-Library. All included studies were assessed to be of high or medium quality according to the criteria of the checklist. A thematic analysis was performed to identify the themes

**Results:** Some women experienced severe pain in their genitals. This led to some postponing intercourse, while others endured even with pain. Some women used painkillers to have intercourse in fear of pain. The findings in this study indicates a lack of information from healthcare professionals. The topic was often associated with shame and could be difficult to convey to their partner. Incontinence was a barrier for intimacy and altered anatomy affected these women's self-esteem. Interaction with partners is described as an important part of how women overcame their challenges.

**Conclusion:** Most women experienced their condition as problematic, which impaired their sexual health. The majority of the women had physical and psychological ailments longer than the expected healing period. Further research is needed.

**Keywords:** sexual health, dyspareunia, severe perineal trauma, women's experiences, incontinence

## **ORDLISTE:**

**EAS:** Ekstern anal sfinkter

**IAS:** Intern anal sfinkter

**Grad 3-rift:** Skade av perineum som involverer analsfinktermuskulatur

**Grad 4-rift:** Skade av anal sfinkter og anal/rektalslimhinne

**OASIS:** obstetric anal sphincter injuries

**PLISSIT:** Permission (tillatelse), Limited Information (begrenset informasjon) Specific Suggestions (spesifikke forslag) Intensive Therapy (intensiv terapi)

**PLR:** The perineal laceration register

## Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING .....	1
2	BAKGRUNN .....	2
2.1	Hensikt og problemstilling .....	4
3	TEORETISK RAMMEVERK .....	5
3.1	Grad 3- og 4-rifter .....	5
3.2	Seksuell helse .....	6
3.2.1	Seksuell helse etter fødsel .....	6
3.3	Salutogenese .....	7
3.3.1	Opplevelse av sammenheng (OAS) .....	7
3.3.2	Motstandsressurser og stressfaktorer .....	8
4	METODE .....	9
4.1	Begrunnelse for metodevalg .....	9
4.2	Seleksjonskriterier .....	9
4.3	Søkestrategi .....	10
4.3.1	Databasevalg .....	10
4.3.2	Søkeord .....	11
4.3.3	Operatører .....	12
4.4	Søkeprosessen .....	13
4.4.1	Utvidet søk .....	15
4.5	Artikkelutvelgelse .....	15
4.6	Kritisk vurdering av artikler .....	17
4.7	Tematisk analyse .....	17
4.7.1	Identifisering og utvikling av temaer .....	18
4.8	Etiske overveielser .....	20
5	RESULTATER .....	22
5.1	Kvinnens opplevelse av smerte .....	24
5.2	Kommunikasjon .....	25
5.3	Kvinnens opplevelse av egen kropp .....	26
6	DISKUSJON .....	28
6.1	Resultatdiskusjon .....	28
6.1.1	Kvinnens opplevelse av smerte .....	28
6.1.2	Kommunikasjon .....	30
6.1.3	Kvinnens opplevelse av egen kropp .....	32
6.2	Metodediskusjon .....	34

6.3	Implikasjoner for praksis.....	37
6.4	Behov for videre forskning .....	38
7	KONKLUSJON .....	39
8	LITTERATURLISTE .....	40
	VEDLEGG .....	45
	Vedlegg 1 : Kvalitetsvurdering av artikler; CASP.....	45
	Vedlegg 2: Epistel .....	47

# 1 INNLEDNING

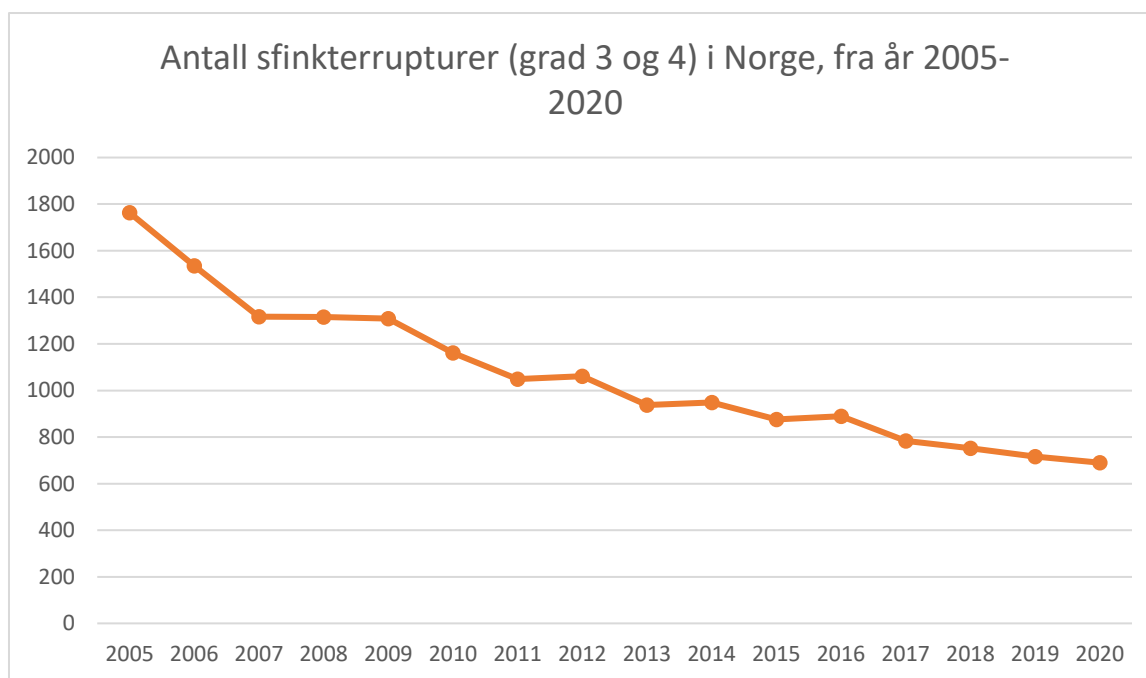
Mye forskning er gjort på alvorlige fødselsrifter innen obstetrikken (Weinstein & Hesham, 2021). Her er ofte forebygging og behandling det som står i fokus. Jordmødre har i de senere årene blitt flinkere til å redusere alvorlige fødselsrifter, ved å blant annet bruke støttende håndgrep. Alvorlige fødselsrifter forekommer likevel hos enkelte kvinner. Det finnes lite forskning som omhandler kvinners opplevelser av sin seksuelle helse i forbindelse med dette. Slike rifter er en skade som kan ha stor innvirkning i disse kvinnenenes liv. Jordmødre følger kvinner opp før, under og etter fødsel og spiller en sentral rolle i å ivareta psykiske, fysiske og emosjonelle behov til kvinner som søker helsetjenester. Dette inkluderer å ivareta kvinners seksuelle helse. Seksuell helse er likevel et tema som kan være vanskelig å ta opp, både for kvinnene og helsepersonell. Forfatterne valgte dette emnet på bakgrunn av erfaringer fra praksis på helsestasjoner og barselavdelinger. Her har begge opplevd at seksuell helse sjeldent er et tema som blir tatt opp i møte med kvinner. Etersom alvorlige fødselsrifter kan skape store plager, ville forfatterne undersøke hvordan denne gruppen opplevde sin seksuelle helse etter fødsel.

## 2 BAKGRUNN

Fra år 1967 til 2004 var antall registrerte alvorlige fødselsrifter økende (Folkehelseinstituttet, 2018a). På bakgrunn av dette ble det i år 2006 utarbeidet en nasjonal handlingsplan for å redusere forekomsten av grad 3- og 4-rifter. Handlingsplanen hadde videre som mål å gi best mulig behandling til kvinner med sfinkterskader (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Rupturer som affiserer sfinktermuskulaturen skal repareres innen 12 timer etter fødsel. Riften opereres av lege med spinalbedøvelse eller epiduralbedøvelse. Her rekonstrueres sfinktermuskulaturen og perineum for å forhindre analinkontinens. Korrekt reparasjon av sfinkter er viktig, ettersom det regnes med at en tredjedel av kvinner med skade på lukkemuskulaturen vil få plager med lekkasje i etterkant av reparasjonen (Nasjonalt kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom, 2020b). Gommesen, Nøhr, Qvist og Rasch (2019) viste i sin studie at mer enn halvparten av deres utvalg som hadde fått en grad 3- eller 4-rift, opplevde dyspaeruni. Dette tyder på at flere kvinner sliter med sin seksuelle helse etter alvorlige fødselsrifter. Risikofaktorer for grad 3- og 4-rifter er blant annet mors alder, førstegangsfødende, barnets fødselsvekt og forløsning med vakuumpompe og tang. Selv om dette er kjente risikofaktorer er det ikke mulig å forutsi hvilke kvinner som er i risiko for å få sfinkterskade (Laine et al., 2020; Nasjonalt kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom, 2020c). Jordmor burde derfor være kjent med risikofaktorene og vite hvordan hun kan forebygge rifter i utdrivningsfasen. Tiltak som kan settes i gang er veiledning av trykkteknikk, ulike fødestillinger og jordmors håndgrep ved forløsning (Brunstad & Blix, 2017).

Forekomsten av tredje- og fjerdegrads rifter har blitt betydelig redusert i Norge de siste 15 årene (Folkehelseinstituttet, 2021). Antall kvinner som fikk sfinkterskade i forbindelse med fødsel var 690, i år 2020. Dette er en stor nedgang fra 1763 kvinner i år 2005. Grafen under viser nedgangen av grad 3- og 4-rifter de siste 15 årene.





*Antall kvinner med sfinkterrupturer av grad 3 og 4 i Norge. År 2005-2020 (Folkehelseinstituttet, 2021).*

Som vist i grafen ovenfor har antall alvorlige fødselsrifter blitt redusert. Likevel er dette en alvorlig skade og det er derfor viktig at de berørte kvinnene, opplever at de mottar den hjelpen de har behov for. Grad 3- og 4-rifter kan ha stor påvirkning på kvinnens fysiske og psykiske helse samt den sosiale livssituasjonen (Brunstad, 2017). Langtidskomplikasjoner etter grad 3- og 4-rifter kan være anal- og urininkontinens, perinealsmerte og dyspareuni (Fenner, Genberg, Brahma, Marek & DeLancey, 2003; Macarthur & Macarthur, 2004; Rathfisch et al., 2010).

I følge flere systematiske oversikter er det gjort lite forskning på kvinners seksuelle helse etter alvorlige fødselsrifter (Andreucci et al., 2015; Leeman & Rogers, 2012). For å øke kunnskap hos helsepersonell og styrke befolkningens seksuelle helse, ble strategien «Snakk om det! Strategi for seksuell helse» utarbeidet av helse- og omsorgsdepartementet (2016). I denne strategien skriver helseminister Bent Høie:

Jeg snakker ofte om at vi både har en fysisk og en psykisk helse. Vi har en seksuell helse også. Den er både fysisk og psykisk. God seksuell helse er med på å holde oss friske og i trivsel. Dårlig seksuell helse gjør oss mer utsatt for sykdommer og mistrivsel. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 3)

Seksuelle helseproblemer er svært vanlig etter fødsel. På tross av at kvinner får oppfølging av helsepersonell, snakkes det sjeldent om problemer som omhandler seksuell helse (McDonald,

Woolhouse & Brown, 2015). I følge Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen anbefales det etterkontroll hos jordmor, eller fastlege, fire til seks uker etter fødsel (Helsedirektoratet, 2014). Aktuelle temaer ved denne konsultasjonen er blant annet seksualitet, parrelasjon, mestring av morsrollen, bekkenrelaterte smerter, inkontinens, kontroll av fødselsrifter og tilheling (Helsedirektoratet, 2014). Den seksuelle helsen kan påvirkes av det å få barn, noe som er en stor livshendelse for de fleste familier. Denne perioden kan for mange være utfordrende (Haaland, 2017). I spedbarnsperioden kan lite søvn og et endret fokus påvirke lysten til intimitet og seksuelle relasjoner negativt. Kvinner kan etter fødsel oppleve manglende lyst, tretthet, dyspareuni, manglende orgasme og tørre vaginalslimhinner (Haaland, 2017). Svekket seksuell helse kan bidra til lavere livskvalitet og nedsatt følelse av mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Ettersom livssituasjonen endres etter en fødsel, kan det være aktuelt å endre fokus fra samleie til sensualitet. Med dette menes å utrykke nærhet, gi hverandre oppmerksomhet og kjærlig berøring (Haaland, 2017).

## **2.1 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med studien var å innhente, oppsummere og belyse relevant kvalitativ forskning som omhandler kvinners seksuelle helse etter alvorlige fødselsrifter. Hovedfokus var å granske hva forskning viste om kvinners opplevelser.

På bakgrunn av dette ble følgende problemstilling formulert:

*«Hvordan opplever kvinner med grad 3- og 4-rifter sin seksuelle helse etter fødsel?»*

### **3 TEORETISK RAMMEVERK**

I denne litteraturstudien undersøkes det hvordan alvorlige fødselsrifter påvirker kvinners opplevelse av sin seksuelle helse. I dette kapitlet blir det forklart hva grad 3- og 4-rifter innebærer og hva som menes med seksuell helse. Antonovskys salutogene modell vil bli presentert med hovedvekt på opplevelse av sammenheng (OAS) presentert.

#### **3.1 Grad 3- og 4-rifter**

Obstetriske rifter på analsfinkter (grad 3- og 4-rifter) er komplikasjoner som kan oppstå under vaginal forløsning (Weinstein & Hesham, 2021). Norsk gynekologiske forening (2020) definerer en bakre perinealskade som skade av bakre vaginalvegg, bulbospongiosus-, transversus perinei- og anal sfinktermuskulatur som kan involvere anal/rektalslimhinne. Skade av perineum som involverer anal sfinktermuskulatur klassifiseres som en grad 3-rift. Klassifiseringen deles videre opp i 3A, hvor mindre enn 50 % av EAS (ekstern anal sfinkter) er affisert, 3B, hvor mer enn 50 % av EAS er affisert og til slutt 3C, hvor både EAS og IAS (intern anal sfinkter) er affisert. Ved en grad 4-rift er analsfinktermuskulatur og anal-/rektalslimhinne affisert. Denne klassifiseringen gjør det mulig å skille mellom ruptur av EAS og IAS. Ved slike skader kan det oppstå tilleggskomplikasjoner som blant annet sprikende sår og smerter i perineum. Dette kan medføre analinkontinens (fekal og flatus) (Laine et al., 2020).

Det tilbys en kontroll til kvinner som har fått en grad 3- og 4-rift, seks til tolv måneder postpartum hos gynekolog. Ved hjelp av vaginal, perineal og endoanal ultralyd kan legen visualisere og vurdere funksjonaliteten til sfinkter- og bekkenmuskulatur, analslimhinner og perinealkroppens bevegelse (Laine et al., 2020). Norsk gynekologisk forening har utarbeidet et informasjonsskriv til kvinner med grad 3- eller 4-rift som blir utdelt før utskrivning fra sykehus (Laine et al., 2020; Spydslaug, Baghestan, Laine, Norderval & Olsen, 2014). Informasjonsskrivet forklarer blant annet omfanget av skaden, hvordan den repareres og forventet smerteperiode, råd om hygiene, amming, avføring og lekkasje. Videre opplyses det om infeksjonsfare, sårtilheling, bekkenbunnstrening, sex etter fødsel samt etterkontroll ved sykehuset.

## 3.2 Seksuell helse

God helse handler ikke bare om fravær av sykdom, men også det å fremme personlige ressurser. Personlige ressurser innebærer vår seksualitet og vårt forhold til denne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Seksuell helse kan beskrives som fysisk, emosjonell, mental og sosial velvære relatert til seksualitet (Lundberg & Löfgren-Mårtenson, 2010). I tillegg til det fysiologiske og fysiske aspektet innebærer seksualitet også blant annet følelser, tanker og handlinger. Å ha en god seksuell helse kan bidra til å fremme livskvalitet og mestringsferdigheter. En positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og sin seksuelle relasjon til sin partner er en forutsetning for god seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver forutsetninger som må ligge til grunn for at kvinner skal oppnå god seksuell helse og velvære. Disse forutsetningene er tilgang til tilstrekkelig og nøyaktig informasjon om sex og seksualitet, kunnskap om risikoene de kan møte og deres sårbarhet for negative konsekvenser av ubeskyttet seksuell aktivitet. Likeledes må det sikres god tilgang til seksuell helsehjelp, som for eksempel helsestasjoner og lignende ressurser. Til slutt er det en forutsetning at kvinner lever i et miljø som fremmer seksuell helse (World Health Organization, 2017).

### 3.2.1 Seksuell helse etter fødsel

Etter fødselen opplever mange kvinner forandringer både hormonelt, fysiologisk og psykisk. De hormonelle forandringene innebærer blant annet en kraftig nedgang i østrogen, progesteron og choriongonadotropin. Dette medfører tørre vaginalslimhinner og humørsvingninger. Sammen med de hormonelle forandringene kan amming påvirke kvinnens seksuelle lyst og motivasjon til å være intim med sin partner (Haaland, 2017; Laine et al., 2020; Spydslaug et al., 2014). Biologisk forklares dette ved at kvinnen prioriterer sin tid og energi på å ta vare på barnet (Haaland, 2017). For mange er det å få barn en stor påkjenning. En slik endring i livet vil kunne påvirke kvinnens selvfølelse og kommunikasjonen i parrelasjonen. Har kvinnen lav selvfølelse i den nye situasjonen som mor, kan dette føre til dårlig kommunikasjon og manglende bekreftelse fra partner. Lite søvn, humørsvingninger og stell av barnet kan redusere den seksuelle lysten. Positive utfall som følge av seksuell aktivitet er bedre søvn og mer energi. Dette skyldes virkningen av oxytocin og endorfiner (Haaland, 2017).

### 3.3 Salutogenese

Aaron Antonovsky (1979) utviklet en teori om hva som fremmer helse kalt «den salutogene modellen». Dette var en motsats til patogenese, som i stedet vektla risikofaktorer og årsak til sykdom. Antonovsky ville likevel ikke avvise det patogene perspektivet totalt, men vektla også viktigheten av videre forskning på forebygging og behandling av sykdom (Antonovsky, 1987 oversatt av Sjøbu, 2012). Salutogenese handler om å fremme mestring ved hjelp av indre og ytre ressurser. Indre ressurser er for eksempel kunnskap og holdninger, mens ytre ressurser kan være sosial støtte og tilgang til helsehjelp. De ulike ressursene er avhengig av forskjellige faktorer, for eksempel kultur og omgivelser, som påvirker hver enkelt persons liv (Antonovsky, 1987 oversatt av Sjøbu, 2012). Salutogenesen legger vekt på å fremme mestring hvor et viktig hovedbegrep er «opplevelse av sammenheng» (OAS) (Antonovsky, 1987 oversatt av Sjøbu, 2012).

#### 3.3.1 *Opplevelse av sammenheng (OAS)*

OAS handler om menneskets måte å være, føle, tenke og handle på. Dette er alle viktige parametere for hvordan en takler sykdom og traumer i livet (Antonovsky, 1987 oversatt av Sjøbu, 2012). Antonovsky presenterer tre ulike egenskaper, som er viktig for hvordan mennesker mestrer utfordringer. Disse egenskapene er begripelighet, håndterbarhet og mening. Begripelighet handler om hvordan mennesket opplever stimuli i sitt ytre og indre miljø. Dersom man skårer høyt på begripelighet opplever personen stimuli som forutsigbart. Personen vil plassere stimuli i en sammenheng og oppleve disse som forklarlige. I motsetning til personer med lav skår som opplever stimuli som kaotisk, uorganisert, tilfeldig, uventet og uforståelig. Håndterbarhet handler om hvordan mennesket opplever at det har nok indre og ytre ressurser til å håndtere kriteriene som blir stilt av stimuliene i livet. Dersom man skårer høyt på håndterbarhet får man følelsen av å ha kontroll over sine indre ressurser og tillitt til personene som styrer de ytre ressursene. Eksempelvis vil man skåre lavt dersom man føler at man er et offer for omstendighetene, eller føler at livet har behandlet en urettferdig. Den siste egenskapen Antonovsky presenterer er mening. Dette blir beskrevet som den viktigste dimensjonen i OAS. Mening handler om i hvilken grad man møter sine utfordringer følelsesmessig, om de er verdt å bruke krefter, engasjement og innsats på og om man tar utfordringene på strak arm. For å kunne vedlikeholde, eller øke opplevelsen av mening mener Antonovsky at det er fire livsområder mennesket burde investere i. Disse livsområdene er indre følelser, sosiale relasjoner, hovedaktiviteter samt eksistensielle spørsmål (Antonovsky, 1987 oversatt av Sjøbu, 2012).

### 3.3.2 *Motstandsressurser og stressfaktorer*

Et sentralt begrep i salutogenese er motstandsressurser (Antonovsky, 1987 oversatt av Sjøbu, 2012). Begrepet blir definert på følgende måte: *“...en hver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning”* (Antonovsky oversatt av Vågan, 2020, s. s.94). For å forstå ulike motstandsressurser skilles det mellom tre ulike stressfaktorer; kroniske stressfaktorer, vesentlige livsbegivenheter og akutte, daglige irritasjonsmomenter (Antonovsky, 1987 oversatt av Sjøbu, 2012). Kroniske stressfaktorer er implementert i menneskets liv, de er generaliserte og langvarige og utgjør hovedsakelig hvilket OAS-nivå man befinner seg på. Stressende livsbegivenheter er enkelthendelser i livet som for eksempel familieforøkelse. OAS-nivået ved slike begivenheter er med på å bestemme om utfallet blir skadelig, helsefremmende, eller nøytralt for mennesket. Daglige irritasjonsmomenter kan være negative kommentarer, eller fornærmende bemerkninger. Antonovsky beskriver slike hendelser som ubetydelig for nivå av OAS, men dersom disse hendelser pågår over lenger tid kan det utvikle seg til kroniske stressfaktorer. Ved å gjennomgå ulike livshendelser knyttet til stressfaktorer kan man enten mestre disse hendelsene og styrke sin OAS, eller oppleve hendelsen som negativ og svekke sin OAS (Antonovsky, 1987 oversatt av Sjøbu, 2012). Studien til Eriksson og Lindström (2007) konkluderer med at jo høyere OAS skår, jo bedre livskvalitet.

## 4 METODE

I dette kapittelet beskriver forskerne den systematiske søkeprosessen. Herunder begrunnelse for metodevalg, seleksjonskriterier, søkestrategi, valg av databaser, søkeprosess, artikkelutvelgelse, kritisk vurdering av artikler, tematisk analyse og etiske overveielser.

### 4.1 Begrunnelse for metodevalg

For å kunne svare på problemstillingen: «*Hvordan opplever kvinner med grad 3- og 4-rifter sin seksuelle helse etter fødsel?*» er det brukt systematisk litteraturstudie av kvalitative artikler som metode. Systematisk innsamling av allerede publiserte kvalitative data er hensiktsmessig for å utforske hvordan dette fenomenet ser ut i dag, for å få en oversikt over kvinners opplevelser (Aveyard, 2019; Helsebiblioteket, 2016b). En systematisk litteraturstudie tar sikte på å finne all tilgjengelig litteratur over et emne ved å beskrive en klar og forståelig metodologi. Forskerne har brukt Aveyards (2019) praktiske guide som en veileder gjennom denne litteraturstudien. I følge Aveyard er denne tilnærmingen passende til de som har lite erfaring med denne type studie fra tidligere, men tilnærmingen er basert på erfarne forskeres arbeid. Resultatene fra den tilgjengelige publiserte litteraturen vil settes sammen og danne et bilde av kvinners opplevelser (Aveyard, 2019; Helsebiblioteket, 2016b).

### 4.2 Seleksjonskriterier

For å vurdere hvilke studier som skulle inkluderes utviklet forskerne inklusjons- og eksklusjonskriterier, som blir nærmere beskrevet i tabell I. Kriteriene er basert på problemstillingen for å spesifisere søket og seleksjonsprosessen, men allikevel unngå å utelukke relevante artikler. Seleksjonskriteriene ble brukt for å tydeliggjøre hvilken gruppe, utfall og design som var ønskelig å dekke i resultatene, og hvilke som ikke var ønskelige (Bjørndal, Flottorp, Klovning & Bjørndal, 2021).

Det systematiske søket ble gjort med en begrensning på artikler publisert fra og med år 2010. Kun et fåtall av aktuelle artikler møtte seleksjonskriteriene i dette søket. For å sikre tilstrekkelig datamateriale for å belyse problemstillingen, ble det besluttet at enda eldre forskningsartikler kunne inkluderes, men med forbehold om overførbarhet til dagens praksis. Det ble utført et utvidet søk hvor publikasjonsår ble endret til 2005. Dette resulterte i én ytterligere artikkel som ble inkludert.

Et av eksklusjonskriteriene var artikler fra lavinntektsland. Dette blir spesifisert grunnet ulike forutsetninger for diagnostisering og behandling av grad 3- og 4-rifter. WHO betegner

kulturelle ulikheter som individets egenskaper, familie, fellesskap og sosiale system (World Health Organization, 2010). Det er derfor valgt å ekskludere artikler utarbeidet i land hvor resultatene ikke er overførbare til Norge.

**Tabell I: Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

<b>Inklusjonskriterier:</b>	<b>Eksklusjonskriterier:</b>
Kvalitative studier	Kvantitative studier
Fagfellevurderte artikler	Fagartikler
Artikler fra Europa, Australia, New Zealand og Canada	Artikler som ikke er overførbare til Norge
Primærstudier	Oversiktsartikler
Studier publisert >2005	Studier publisert <2005
Skandinavisk og engelsk språk	Andre språk
Kvinner som har opplevd grad 3- eller 4-rift	Kvinner med grad 1- eller 2-rift og episiotomi
Heterofile relasjoner	Andre seksuelle orienteringer

*I denne tabellen presenteres seleksjonskriteriene for valg av artikler.*

### **4.3 Søkestrategi**

For å presentere søkestrategien forskerne anvendte i denne litteraturstudien, vil det her deles opp i databasevalg, søkeord og logiske operatører.

#### *4.3.1 Databasevalg*

I denne litteraturstudien ble det søkt etter enkeltstudier i databaser som befinner seg nederst i kunnskapspyramiden (Helsebiblioteket, 2016a). Databasene som ble brukt i søket var Cinahl, Medline, Maternity and Infant Care og Embase. Disse inneholder vitenskapelige tidsskriftsartikler som omhandler helse og omsorg (Coughlan & Cronin, 2017; Forsberg & Wengström, 2015). Medline inneholder vitenskapelige artikler innen helsefag og biomedisinsk forskning. Maternity and infant care inneholder vitenskapelige artikler spesifisert innen jordmorfag og spedbarn opp til ett år (Coughlan & Cronin, 2017). Embase inneholder studier innen medisin og farmakologi (Forsberg & Wengström, 2015). PsychInfo



er en bred database som omhandler artikler innen psykologi, medisin og atferd og ble kun anvendt i det utvidede søket (Coughlan & Cronin, 2017; Forsberg & Wengström, 2015). Alle de nevnte databasene inneholder enkeltstudier publisert i vitenskapelige og medisinske tidsskrift.

#### 4.3.2 Søkord

For å finne relevante søkord ble problemstillingen brutt ned i SPIDER – skjema (Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation, Research type) og det ble funnet nye synonymer for hvert av nøkkelementene i problemstillingen (Bjørndal et al., 2021). SPIDER-akronymet ble dannet av Cooke, Smith og Booth (2012) og designet spesielt for kvalitative problemstillinger (Aveyard, 2019). Det ble besluttet å bruke SPIDER-skjema i stedet for PICO-skjema, eller andre verktøy for å finne relevante søkord til det systematiske søket. Cooke et al. (2012) sammenlignet SPIDER med PICO og begrunnet termene følgende; *Sample* står for gruppe deltakere i motsetning til populasjon i PICO-akronymet ettersom kvalitative studier har færre deltakere. *Phenomenon of interest* sikter til forståelse av atferd, avgjørelser og erfaringer da det sjeldent er en intervensjon eller påvirkning i kvalitative forsknings spørsmål. *Design* kan hjelpe å finne de kvalitative studiene i søkemotorene, også der hvor tittel og abstrakt er ustrukturerte. Kvalitativ forskning er heller ikke avhengig av statistiske slutninger og designet kan vise til styrken på studien og analysen som er gjort. *Evaluation* er mer passende enn utfall, ettersom resultatene i kvalitative data gjerne er mer subjektive sammenlignet med kvantitativ forskning. *Research type* sikter til kvalitativ, kvantitativ eller blandede metoder hvor det i denne studien kun ble brukt kvalitative forskningsartikler (Cooke et al., 2012).

Helsebibliotekets termbase over MESH-begreper ble brukt for å finne autoriserte søkord (Aasen, 2020). Det ble gjennomført flere testsøk for å finne relevante søkord i oversiktsartikler. Flere av databasene som ble tatt i bruk hadde lister med emneord hvor forslag til nye søkord dukket opp. Emneordene dekker også synonymer som gjorde søket bredere (Bjørndal et al., 2021). I tillegg til emneord ble det brukt tekstord, som er ord i referansens tittel og sammendrag. Under veiledning med bibliotekar ble det anbefalt å ikke begrense søket ved å anvende emneord/tekstord som omhandlet kvalitativt design, som for eksempel «experience». Bibliotekaren begrunnet dette med at søket kunne miste relevante treff, ettersom søket i utgangspunktet hadde få treff fra før. Det ble derfor heller ikke begrenset innad i de ulike søkemotorene gjennom deres metodefiltre. Søkordene ble satt inn i SPIDER-skjema, men Design Evaluation og Researchtype ble derfor ikke anvendt i frykt for å

overse relevante artikler. Problemstillingen ble endret den 19.08.21, hvor ordet seksualliv ble endret til seksuell helse ettersom dette er et mer passende begrep. Dermed utførte vi ikke det systematiske søket med emneordet «sexual health». Søkeordet sexual\* ble derimot inkludert. Noe som tilsier at artikler som omhandlet seksuell helse ville bli funnet.

**Tabell II: Søkeord etter SPIDER-akronym**

S	PI	DE	R
Kvinner med en grad 3- eller 4-rift	Opplevelse av seksuell helse etter fødsel	Kvalitativt design	Kvalitative studier
<b>Søkeord:</b> Tears and lacerations Rupture Perineal Sphincter Anal Oasis Trauma Injur* Tear Laceration	<b>Søkeord:</b> Sexual dysfunction Attitude to sexuality Sexuality Sex* Sexual abstinence Dyspareunia Intim* Coitus Sexual arousal Sexual behaviour Sexual intercourse Puerperium Labor Labor complications Childbirth Post partum Delivery obstetric parturition	<b>Søkeord:</b>	<b>Søkeord:</b>

Tabell II inneholder søkeord fordelt i Sample og Phenomenon of Interest. Søylen for Design Evaluation og Researchtype ble ikke fylt ut for å unngå og miste aktuelle treff.

#### 4.3.3 Operatører

De logiske operatorene AND eller OR ble brukt. AND ble brukt mellom søkeordene for å begrense søket til problemstillingen. Den logiske operatoren OR ble brukt for å utvide søket

og få et bredere resultat (Forsberg & Wengström, 2015). I søket ble søkeordene fra SPIDER-skjemaet som omhandlet samme tema kombinert med operatoren OR. Deretter ble resultatet fra disse søkene satt sammen med operatoren AND. Operatoren NOT brukes for å begrense søk ved å utelukke lignende ord og ble ikke benyttet da den kunne ekskludert relevante artikler. Det systematiske søket hadde få treff og det var da lite hensiktsmessig å ekskludere artikler (Aveyard, 2019; Forsberg & Wengström, 2015). For å spisse søket ble nærhetsoperatorene adj3 (Ovid) og N3 (Cinahl) brukt for å koble enkelte søkeord nærmere sammen (Folkehelseinstituttet, 2020).

#### **4.4 Søkeprosessen**

Søkeprosessen startet 01.05.21 og ble avsluttet den 17.06.21. Et testsøk ble gjort med veiledning av bibliotekar for å få en oversikt over temaet og søkestrategi. På dette stadiet var en stor andel av artiklene uten relevans. Det måtte dermed utarbeides bedre søkeord og sammensetninger på bakgrunn av seleksjonskriteriene, problemstillingen og SPIDER-skjema. Det avanserte søket ble gjort med veiledning fra bibliotekar fra OsloMet den 01.06.21. Her ble søkeord endret for å inkludere flest mulig artikler. Emneord og søkeord ble benyttet forskjellig i de ulike databasene. Det ble derfor forsøkt å finne så like emneord som mulig, beskrevet i tabell III. Det ble brukt trunkering for å få med flere alternative endelser på søkeordene, eksempelvis på ordet sex\* (Coughlan & Cronin, 2017). Søkeord som "injury" og "trauma" ble også endret for å fjerne støy, da disse utgjorde resultater som kunne omhandle eksempelvis hjerneskader og seksuell mishandling. Disse ble endret uten at aktuelle artikler ble borte ved å settes sammen på denne måten: ((perineal OR sphincter OR anal) N3 (oasis OR trauma\* OR rupture\* OR tear\* OR injur\* OR laceration\*)). Dette eksempelet er fra CINAHL. Ved å sette søkeordene opp i en nærhetsoperator ble ordene assosiert med hverandre og ekskluderte støy.

**Tabell III: Søkealgoritmer i databaser.**

CINAHL	MEDLINE	Maternity and Infant Care	EMBASE
<b>01.06.21</b>	<b>01.06.21</b>	<b>01.06.21</b>	<b>01.06.21</b>
<p>1. MH "Sexual Dysfunction, Female" (2694)</p> <p>2. MH "Attitude to Sexuality" (5179)</p> <p>3. MH "Sexuality" (31239)</p> <p>4. MH "Sexual Behavior" (588)</p> <p>5. MH "Sexual Intercourse" (2992)</p> <p>6. MH "Sexual Abstinence" (934)</p> <p>7. MH "Dyspareunia" (1070)</p> <p>8. MH "Intimacy" (2033)</p> <p>9. "sex*" (335843)</p> <p>10. "intim*" (28678)</p> <p>11. "coitus" (303)</p> <p>12. "dyspareunia" (1803)</p> <p>13. MH "Sexual Arousal" (5)</p> <p>14. S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 (356557)</p> <p>15. MH "Tears and Lacerations" (3467)</p> <p>16. MH "Rupture" (439)</p> <p>17. TI ((perineal or sphincter or anal) N3 (oasis or trauma* or rupture or tear* or injur* or laceration*)) (765)</p> <p>18. S15 OR S16 OR S17 (8123)</p> <p>19. MH "Puerperium" (571)</p> <p>20. MH "Labor" (7385)</p> <p>21. MH "Labor Complications" (3362)</p> <p>22. MH "Childbirth" (11053)</p> <p>23. MH "Delivery, Obstetric" (10217)</p> <p>24. TI (postpartum or post partum or post-partum) (11431)</p> <p>25. TI (labor or labour) (14657)</p> <p>26. "puerperium" (1249)</p> <p>27. TI (labor complication* or labour complication*) (80)</p> <p>28. "childbirth*" (36743)</p> <p>29. "delivery obstetric*" (10243)</p> <p>30. "parturition" (787)</p> <p>31. S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 (71947)</p> <p>32. S14 AND S18 AND S31 (69)</p>	<p>1. sex*.mp. (1132738)</p> <p>2. intim*.mp. (86288)</p> <p>3. attitude to sexuality.mp. (75)</p> <p>4. Sexual Dysfunction, Physiological/ or Sexual Dysfunctions, Psychological/ (14126)</p> <p>5. Sexual Behavior/ (58806)</p> <p>6. Sexual Abstinence/ (1420)</p> <p>7. Dyspareunia/ (2244)</p> <p>8. Coitus/ (7447)</p> <p>9. attitude to sexuality*.mp. (76)</p> <p>10. sexual dysfunction*.mp. (20628)</p> <p>11. sexual behavior*.mp. (88898)</p> <p>12. sexual abstinence*.mp. (1887)</p> <p>13. dyspareunia.mp. (5185)</p> <p>14. coitus.mp. (9752)</p> <p>15. Sexual Arousal/ (22)</p> <p>16. sexual arousal*.mp. (2269)</p> <p>17. Sexuality/ (7025)</p> <p>18. sexualit*.mp. (20673)</p> <p>19. sexual intercourse.mp. (9718)</p> <p>20. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 (1211694)</p> <p>21. (tears and lacerations).mp. (642)</p> <p>22. Rupture/ (25739)</p> <p>23. ((perineal or sphincter or anal) adj3 (oasis or trauma* or rupture* or tear* or injur* or laceration*)).mp. (3822)</p> <p>24. 21 or 22 or 23 (29726)</p> <p>25. Postpartum Period/ (26890)</p> <p>26. puerperium.mp. (8611)</p> <p>27. Labor, Obstetric/ (29784)</p> <p>28. Obstetric Labor Complications/ (17081)</p> <p>29. Parturition/ (10509)</p> <p>30. childbirth*.mp. (23843)</p> <p>31. Delivery, Obstetric/ (30615)</p> <p>32. (postpartum or post partum or post-partum).mp. (82886)</p> <p>33. (labor or labour).mp. (151387)</p> <p>34. (labor complication* or labour complication*).mp. (17290)</p> <p>35. delivery obstetric*.mp. (30728)</p> <p>36. parturition.mp. (24051)</p> <p>37. 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 (265671)</p> <p>38. 20 and 24 and 37 (258)</p> <p>39. limit 38 to yr="2010-Current" (159)</p>	<p>1. sex*.mp. (12106)</p> <p>2. intim*.mp. (1222)</p> <p>3. attitude to sexuality.mp. (4)</p> <p>4. Sexual Dysfunction, Physiological/ or Sexual Dysfunctions, Psychological/ (0)</p> <p>5. Sexual Behavior/ (0)</p> <p>6. Sexual Abstinence/ (0)</p> <p>7. Dyspareunia/ (0)</p> <p>8. Coitus/ (0)</p> <p>9. attitude to sexuality*.mp. (4)</p> <p>10. sexual dysfunction*.mp. (99)</p> <p>11. sexual behavior*.mp. (171)</p> <p>12. sexual abstinence*.mp. (28)</p> <p>13. dyspareunia.mp. (250)</p> <p>14. coitus.mp. (281)</p> <p>15. Sexual Arousal/ (0)</p> <p>16. sexual arousal*.mp. (5)</p> <p>17. Sexuality/ (0)</p> <p>18. sexualit*.mp. (737)</p> <p>19. sexual intercourse.mp. (381)</p> <p>20. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 (13185)</p> <p>21. (tears and lacerations).mp. (262)</p> <p>22. Rupture/ (0)</p> <p>23. ((perineal or sphincter or anal) adj3 (oasis or trauma* or rupture* or tear* or injur* or laceration*)).mp. (1705)</p> <p>24. 21 or 22 or 23 (1751)</p> <p>25. Postpartum Period/ (0)</p> <p>26. puerperium.mp. (4162)</p> <p>27. Labor, Obstetric/ (0)</p> <p>28. Obstetric Labor Complications/ (0)</p> <p>29. Parturition/ (0)</p> <p>30. childbirth*.mp. (15710)</p> <p>31. Delivery, Obstetric/ (0)</p> <p>32. (postpartum or post partum or post-partum).mp. (18899)</p> <p>33. (labor or labour).mp. (37208)</p> <p>34. (labor complication* or labour complication*).mp. (1879)</p> <p>35. delivery obstetric*.mp. (63)</p> <p>36. parturition.mp. (588)</p> <p>37. 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 (62612)</p> <p>38. 20 and 24 and 37 (147)</p> <p>39. limit 38 to yr="2010-Current" (63)</p>	<p>1. sex*.mp. (1480175)</p> <p>2. intim*.mp. (118080)</p> <p>3. attitude to sexuality.mp. (1072)</p> <p>4. Sexual Dysfunction, Physiological/ or Sexual Dysfunctions, Psychological/ (16088)</p> <p>5. Sexual Behavior/ (105435)</p> <p>6. Sexual Abstinence/ (867)</p> <p>7. Dyspareunia/ (10870)</p> <p>8. Coitus/ (6039)</p> <p>9. attitude to sexuality*.mp. (1072)</p> <p>10. sexual dysfunction*.mp. (38620)</p> <p>11. sexual behavior*.mp. (111903)</p> <p>12. sexual abstinence*.mp. (1352)</p> <p>13. dyspareunia.mp. (12468)</p> <p>14. coitus.mp. (7887)</p> <p>15. Sexual Arousal/ (4298)</p> <p>16. sexual arousal*.mp. (6543)</p> <p>17. Sexuality/ (41588)</p> <p>18. sexualit*.mp. (53716)</p> <p>19. sexual intercourse.mp. (27666)</p> <p>20. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 (1589437)</p> <p>21. (tears and lacerations).mp. (387)</p> <p>22. Rupture/ (32117)</p> <p>23. ((perineal or sphincter or anal) adj3 (oasis or trauma* or rupture* or tear* or injur* or laceration*)).mp. (5908)</p> <p>24. 21 or 22 or 23 (38091)</p> <p>25. Postpartum Period/ (34313)</p> <p>26. puerperium.mp. (43119)</p> <p>27. Labor, Obstetric/ (24033)</p> <p>28. Obstetric Labor Complications/ (5043)</p> <p>29. Parturition/ (16414)</p> <p>30. childbirth*.mp. (38275)</p> <p>31. Delivery, Obstetric/ (13048)</p> <p>32. (postpartum or post partum or post-partum).mp. (94521)</p> <p>33. (labor or labour).mp. (187402)</p> <p>34. (labor complication* or labour complication*).mp. (7509)</p> <p>35. delivery obstetric*.mp. (305)</p> <p>36. parturition.mp. (17015)</p> <p>37. 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 (328321)</p> <p>38. 20 and 24 and 37 (489)</p> <p>39. limit 38 to yr="2010-Current" (372)</p>

Denne tabellen presenterer søkealgoritmene i de ulike databasene, som er anvendt i denne litteraturstudien.

#### 4.4.1 Utvidet søk

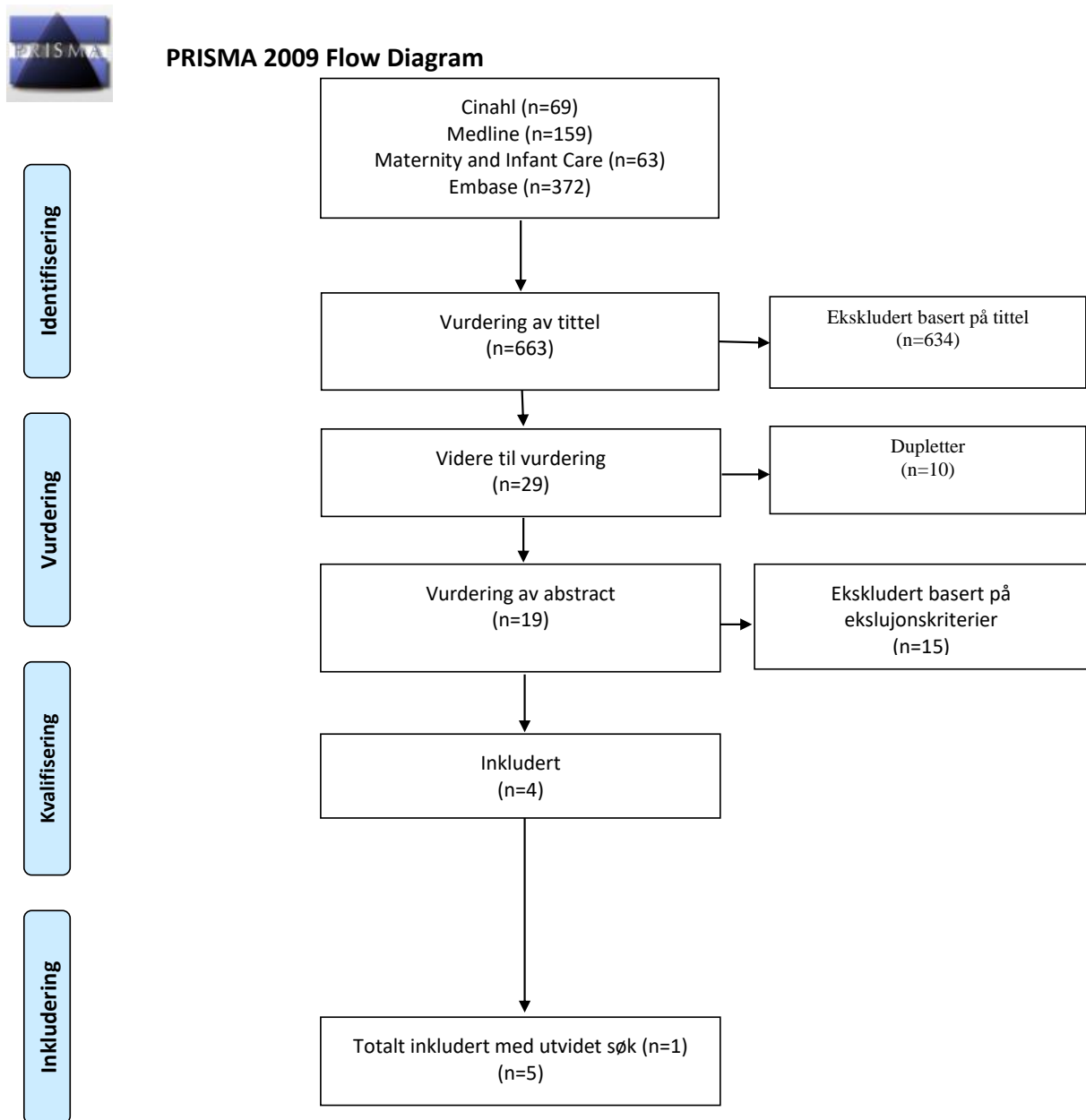
I et forsøk på å finne flere relevante studier ble det utført et utvidet søk den 17.06.21. Søket ble gjort i alle tidligere nevnte databaser, samt PsychInfo. Ved dette søket ble tidsperioden for utgitte artikler endret fra >2010 til >2005. Dette resulterte i én aktuell artikkel fra år 2005. For å forsikre at relevant forskning ikke ble oversett, ble det gjort et siteringssøk i Google Scholar uten å finne ytterlige artikler. Videre ble det gjort gjentatte siteringssøk i oversiktsartikler publisert >2015 i Cochrane og UpToDate. Disse databasene befinner seg øverst i kunnskapspyramiden og inneholder oppdaterte systematiske oversiktsartikler (Helsebiblioteket, 2016a). Siteringssøket ble utført for å finne nyere enkeltstudier som kunne inkluderes. Her ble det ikke funnet flere resultater. Søkeprosessen ble avsluttet da videre søk ikke ledet til nye resultater.

#### 4.5 Artikkellutvelgelse

Etter å ha søkt i de aktuelle databasene var resultatet 663 artikler. I tillegg ble det forsøkt å finne sekundærkilder via oversiktsartikler uten relevante treff. Da begge forskerne hadde gått gjennom tittel hver for seg ble 634 artikler ekskludert. Av de 29 gjenværende artiklene var 10 av disse duplikater. Abstrakt ble vurdert på de gjenværende 19 artiklene. 15 av disse studiene fylte ikke inklusjonskriteriene og ble dermed ekskludert. Antall inkluderte artikler var fire.

Ved det utvidete søket var det 92 treff, hvorav 91 av disse ble ekskludert grunnet lite relevans etter å ha lest tittel, eller eventuelt abstrakt. Ytterlige en artikkel ble inkludert under det utvidete søket. Totalt inkluderte artikler var fem. Seleksjonen blir beskrevet i PRISMA flytskjema.

**Figur 1: PRISMA flytskjema.**



*Flytskjema beskriver ekskludering og inkludering av artikler (Page et al., 2021)*

#### **4.6 Kritisk vurdering av artikler**

Under seleksjonsprosessen ble Helsebibliotekets (2016c) «Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie» (Vedlegg 1) brukt for å kvalitetssikre artiklene. Denne sjekklisten er basert på «Critical Appraisal Skills Programme» (CASP, 2021). Begge forskerne vurderte artiklene systematisk hver for seg. Ved å bruke sjekklisten ble litteraturen vurdert på en strukturert og oversiktlig måte (Aveyard, 2019). Den kritiske granskningen ble gjort for å vurdere styrkene og svakhetene i hver enkelt- studie. I denne prosessen ble studienes kvalitet vurdert til høy, middels eller lav. Her ble studienes formål og forskningsspørsmål, design, utvalgsstrategi, datainnsamling, bakgrunnsforhold, etikk, analyse, funn og overførbarhet vurdert (CASP, 2021). Artiklene ble alle vurdert til høy, eller middels kvalitet og ble dermed inkludert i studien. Dersom artiklene hadde blitt vurdert til lav kvalitet ville de blitt ekskludert (Aveyard, 2019).

For å bedømme de kvalitative artiklene var det flere kriterier som ble sett på. Under vurderingen av utvalget ble det sett på om det kom tydelig frem hvordan deltakerne ble valgt ut. Under prosessen ble det lenge vurdert å inkludere en artikkel som omhandlet seksuell helse etter fødsel (Stavdal, Skjævestad & Dahl, 2019). Studier vurdert til høy kvalitet hadde et representativt utvalg hvor forskerne gikk i dybden for å innhente informasjon. Helheten ble gransket ved å undersøke perspektiv og forforståelsen til forskerne, valg av metode og om studien hadde gjennomgått etisk komite. Resultatdelene ble vurdert ved å se på struktur, hvordan tolkningene ble beskrevet og om det var en rød tråd gjennom innholdet. Validiteten ble vurdert ved å se om informasjonen og tolkningene var sannsynlige, samt diskusjonen av resultatene. Det var også viktig at inkluderte studier hadde en overførbarhet til praksis (Forsberg & Wengström, 2015).

#### **4.7 Tematisk analyse**

Når kvalitative studier skal vurderes er det blant annet to analysemetoder som kan anvendes. Meta-etnografisk analyse ble utviklet av Noblit og Hare (1988) for å analysere kvalitativ data. Resultatene fra de kvalitative studiene ble her tolket, i stedet for å bli oppsummert.

Nøkkelord, fraser, metaforer og ideer blir identifisert og deretter tolket i lys av temaene i de ulike studiene. Målet er å belyse likheter og ulikheter mellom studiene. Meta-etnografi kan sammenlignes med tematisk analyse som ble brukt i denne studien (Aveyard, 2019).

Aveyards (2019) tematiske analyse består av å identifisere og utvikle temaer fra de inkluderte forskningsartiklene. I dette kapittelet vil det presenteres hvordan temaene ble organisert

systematisk, slik at de passet sammen og fulgte en logisk orden. Videre ble temaene sammenlignet og satt sammen, for deretter å presenteres på en måte som svarte på problemstillingen.

#### *4.7.1 Identifisering og utvikling av temaer*

Det første steget i Aveyards (2019) tematiske analyse er å identifisere temaer. Alle de inkluderte artiklene ble lest flere ganger av begge forskerne. Her ble resultatkapitlet i hver enkelt studie nøye gjennomgått. Hver av forskerne markerte og ringet ut med penn, de avsnittene som kunne være aktuelle for problemstillingen. Temaene ble deretter klippet ut og sortert i foreløpige kategorier. Det ble funnet mange interessante temaer og det ble drøftet muntlig mellom forskerne eventuelle hovedkategorier, og hva som kunne passe inn i disse av de ulike temaene. Likhetene og ulikhetene fra resultatene ble diskutert og koblet sammen. På denne måten ble flere temaer identifisert. De identifiserte temaene ble deretter skrevet opp på en tavle under artiklenes navn. Begge forskerne ble enige om hvilke temaer som var like hverandre og konkretiserte temaene ned til tre hovedkategorier. Videre ble funnene fra artiklene som passet sammen, nummerert fra én til tre, da de ikke hadde fått passende navn enda. Temaer som omhandlet opplevelse av smerte, fikk tallet én ved siden av seg. Temaer som omhandlet kommunikasjon, fikk tallet to ved siden av seg. Temaer som omhandlet kvinners opplevelse av egen kropp, fikk tallet tre ved siden av seg. Denne prosessen er illustrert i tabell IV.



**Tabell IV: Tematisk oppdeling av resultater**

Temaer:	Lindqvist, Lindberg, Nilsson, Uustal & Persson (2019)	Lindqvist, Persson, Nilsson, Uustal & Lindberg (2018)	Priddis, Schmied & Dahlen (2014)	Skinner, Barnett & Dietz (2018)	Williams, Lavender, Richmond & Tincello (2005)
Smertefull sex	1		1	1	1
Psykososiale forandringer	2				
Nedsatt sexlyst	3				3
Følelse av å være mindre attraktiv	3				
Redd for smerte	1		1		1
Lite støtte fra helsepersonell	2				
Akseptere en endret kropp	3		3		
Inkontinens	3		3	3	
Fullstendig tilheling etter OASIS	3				3
Støttende partner	2				
Redd for å ikke møte forventninger om sex fra partner		2			2
Frykt for å bli gravid igjen			1		
Pliktsex			1 og 2		
Kommunikasjon			2	2	
Forandret kroppsbilde				3	3
Fysiske endringer			3		
Manglende informasjon fra helsepersonell				2	
Late som det ikke var et problem					2

Tabellen over viser prosessen ved utviklingen av temaene. Her vises de første temaene som ble identifisert og hvilke av disse som passet sammen, nummerert fra én til tre.

På denne måten var det enkelt å få en oversikt og danne passende navn til hovedkategoriene. Hvert nummer ble navngitt i en passende hovedkategori, som omhandlet seksuell helse etter grad 3- eller 4-rift. Hovedkategoriene fra den tematiske analysen blir illustrert i oversiktstabell V. Tabellen viser temaene i sammenheng med den inkluderte artikkelen de oppsto fra.

**Tabell V: Tematisk inndeling av resultater.**

	1. Kvinners opplevelse av smerte	2. Kvinners opplevelse av kommunikasjon	3. Kvinners opplevelse av egen kropp
Lindqvist, Lindberg, Nilsson, Uustal & Persson (2019)	x	x	x
Lindqvist, Persson, Nilsson, Uustal & Lindberg (2018)	x		
Priddis, Schmied & Dahlen (2014)	x	x	x
Skinner, Barnett & Dietz (2018)	x	x	x
Williams, Lavender, Richmond & Tincello (2005)	x	x	x

I tabellen over vises de tre identifiserte temaene og hvilke inkluderte artikler som inneholder de ulike temaene.

De tre navngitte temaene beskrevet i tabellen over, var alle av relevans for problemstillingen. I alle de inkluderte artiklene ble det beskrevet opplevelse av smerte og derfor valgte forskerne å navngi dette temaet: kvinners opplevelse av smerte. De resterende to temaene ble navngitt kommunikasjon og kvinners opplevelse av egen kropp. Disse temaene ble funnet i fire av fem artikler. Alle de navngitte temaene er med på å beskrive kvinners opplevelse av sin seksuelle helse etter en grad 3- eller 4-rift.

#### 4.8 Ethiske overveielser

I denne litteraturstudien er det lagt vekt på å gjøre rede for alle artiklene som har blitt inkludert. Metoden og analysen er beskrevet systematisk slik at det skal være enkelt for leseren å etterprøve resultatene. Ved å utarbeide en systematisk litteraturstudie stilles det krav til forskerne om å inkludere alle artikler som er relevante for problemstillingen, dermed unngå *cherry picking* (Aveyard, 2019; Forsberg & Wengström, 2015). *Cherry picking* oppstår når søkestrategien ikke utføres systematisk. I denne litteraturstudien er metoden tydelig beskrevet og er dermed etterprøvbart (Aveyard, 2019). Forskerne i denne studien la vekt på å unngå feiltolkninger av resultatene. Dette ble gjort ved at begge forskerne leste og diskuterte resultatene seg imellom, for å presentere dem på best mulig måte. De inkluderte artiklene redegjorde alle for at de hadde gjennomgått etisk komité. Det er videre beskrevet nøye i alle artiklene hvordan forskerne har benyttet seg av personvern, for å bevare anonymiteten til

informantene på en etisk forsvarlig måte. Til sammen utgjør dette at etikken i litteraturstudien er ivaretatt.

## 5 RESULTATER

I dette kapittelet blir analysen av de inkluderte artiklene presentert i tråd med Aveyards (2019) praktiske guide. De inkluderte artiklene inneholder kvinners opplevelser etter en grad 3- eller 4-rikt som var relevante for problemstillingen og hadde relevant studiedesign. Tidspunktet kvinnene svarte på spørsmålene varierte fra syv uker til 12 år etter fødsel. Kritisk vurdering av artiklene blir lagt frem i tabell VI og beskriver kort formål, metode og hovedfunn. Kvaliteten ble vurdert på en skala fra høy, middels til lav ved bruk av Helsebibliotekets sjekklister for kvalitative studier (vedlegg 1). Ingen av de inkluderte artiklene ble vurdert som lav kvalitet. Til slutt blir de tre temaene: kvinners opplevelse av smerte, kommunikasjon og egen kropp skildret detaljert i sammenheng med seksuell helse.

**Tabell VI: Inkluderte artikler.**

Forfatter, år, land og tidsskrift	Tittel	Formål og metode	Hovedfunn	Kvalitet
Lindqvist, Lindberg, Nilsson, Uustal & Persson, 2019 Sverige Midwifery	<i>“Struggling to settle with a damaged body” – A Swedish qualitative study of women’s experiences one year after obstetric anal sphincter muscle injury (OASIS) at childbirth</i>	<b>Formål:</b> Utforske kvinners erfaringer relatert til rekonvalesens fra OASIS ett år etter fødsel <b>Metode:</b> Skriftlige responser til spørreskjemaer fra 625 kvinner med OASIS ble analysert med induktiv kvalitativ innholdsanalyse. Kvalitativt design	En stor del av resultatene beskriver kvinners erfaringer med seksuell helse etter OASIS. Kvinner slet med å slå seg til ro med skadene. Noen kvinner følte seg friske, men mange hadde fortsatt fysiske og psykiske helseproblemer. Enkelte kvinner rapporterer at samleie ikke lenger var mulig på grunn av sterke smerter. Andre rapporterer at de fortsatt forsøkte å være intime i sjeldne tilfeller selv om det var smertefullt. Mange av deltakerne rapporterte endret anatomi, som førte til en endret følelse under samleiet.	Middels
Lindqvist, Persson, Nilsson, Uustal & Lindberg, 2018 Sverige Midwifery	<i>“A worse nightmare than expected” – a Swedish qualitative study of women’s experiences two months after obstetric anal sphincter muscle injury</i>	<b>Formål:</b> Utforske kvinners erfaringer de to første månedene etter OASIS, med fokus på problematisk rekonvalesens <b>Metode:</b> Skriftlige responser til spørreskjemaer fra 1248 kvinner med OASIS to måneder	Denne studien beskriver flere problemområder etter OASIS, og seksuell helse blir kun beskrevet med ett avsnitt. Kvinner som hadde en problematisk tilhelingsprosess to måneder etter OASIS opplevde situasjonen som verre enn forventet. Omfattende smerte var	Middels

		etter fødsel ble analysert med induktiv kvalitativ innholdsanalyse. Kvalitativt design	en konstant påminnelse om traumene som resulterte i fysiske og psykiske begrensninger, samt umøtte forventninger til familielivet.	
<b>Skinner, Barnett og Dietz, 2018</b>  <b>Australia</b>  <i>Archives of women's mental health</i>	<i>Psychological consequences of pelvic floor trauma following vaginal birth: a qualitative study from two Australian tertiary maternity units</i>	<b>Formål:</b> Utforske sammenhengen mellom skade på analsfinkter etter fødsel og psykologiske følger. <b>Metode:</b> Kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer (N=40) av kvinner som hadde en påvist skade på levator ani muskulatur og sfinktermuskulatur. Kvalitativt design	Kvinnene i studien led av somatiske og psykologiske lidelser, som prolaps, urin og fekal inkontinens, seksuell dysfunksjon og PTSD. Helsepersonell avviste ofte uttalelser fra kvinner om plagene, og mente det var forventet etter fødsel. Plagene påvirket hverdagslivet i stor grad.	Høy
<b>Priddis, Schmied, og Dahlen, 2014</b>  <b>Australia</b>  <i>BMC Women's health</i>	<i>Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study.</i>	<b>Formål:</b> Utforske kvinners erfaringer etter alvorlig perinealskade. <b>Metode:</b> Det ble utført semistrukturerte dybdeintervjuer av 12 kvinner etter fødsel. Kvalitativt design	Studien omhandler kvinners erfaringer etter grad 3- og 4-rifter. Erfaringene baserer seg på hverdagsproblematikk, hvorav ett av temaene omhandler seksuell helse. Enkelte kvinner opplevde frykt for smerte ved samleie og dermed unngikk de intimitet med sin partner. Andre kvinner beskrev sin frykt for å bli gravide igjen for dermed å måtte gjennomgå en ny fødsel. Noen kvinner tok smertestillende før samleiet for å klare og gjennomføre. Det blir også beskrevet en variasjon angående informasjon de delte med sin partner omkring smerter i perineum.	Høy
<b>Williams, Lavender, Richmond, og Tincello, 2005</b>  <b>England</b>  <i>Birth</i>	<i>Women's experiences after a third-degree obstetric anal sphincter tear: A qualitative study</i>	<b>Formål:</b> Utforske synspunkt og erfaringer til kvinner med grad 3- og 4-rift i postpartumperioden. <b>Metode:</b> Kvalitativ metode hvor to fokusgrupper ble intervjuet.	Et av funnene var at kvinnene manglet adekvat støtte fra helsepersonell. Erfaringene kvinnene hadde med grad 3- og 4-rifter utløste emosjonelle og psykologisk smerte. Dette gikk ut over deres seksuelle helse. Angst og	Høy

		<p>Gruppe 1 (n=6) hadde opplevd rift for første gang og gruppe to (n=4) var gravide på nytt etter å ha opplevd rift ved første fødsel. Kvalitativt design</p>	<p>vegring gikk igjen, fysiske konsekvenser etter skaden og gjenopptakelse av samleie. Mangel på informasjon fra helsepersonell gjorde at kvinner var redde for å føde igjen. Kvinnene rapporterte videre en følelse av isolasjon fra familie ettersom temaet ofte ble unngått å snakke om.</p>	
--	--	---	---	--

Tabellen over beskriver kritisk vurdering av de inkluderte artiklenes formål, metode og hovedfunn. Kvaliteten ble vurdert på en skala fra høy, middels til lav ved bruk av Helsebibliotekets sjekkliste for kvalitative studier.

## 5.1 Kvinners opplevelse av smerte

Alle de inkluderte artiklene beskrev smerte som et problemområde for gjenopptakelse av seksuelt samliv etter grad 3- eller 4-rift.

Forskerne Lindqvist, Persson, Nilsson, Uustal og Lindberg (2018) og Williams, Lavender, Richmond og Tincello (2005) beskriver i sine studier at enkelte kvinner opplevde sterke smerter og sårhet i, og rundt vagina som førte til at de avsto fra, eller avsluttet pågående samleie. I studien til Priddis, Schmied og Dahlen (2014) og Skinner, Barnett og Dietz (2018) beskrev kvinnene smerten som oppsto fra friksjon i, og rundt arrvevet. Dette førte til at noen utsatte samleie, mens andre holdt ut, selv med smerter. Noen kvinner fortalte at de brukte smertestillende både før og etter samleie for å kunne gjennomføre:

*I used to joke-I used to have to have pain relief to have sex, so you know a couple of panadaine, or something stronger if I could find it-nurofen plus was good (laughs). Isn't it terrible? I mean it's easier now, I don't usually take it now before, but after. (Poppy). (Priddis et al., 2014, s. 6)*

Samme problematikk blir beskrevet i studien til Lindqvist, Lindberg, Nilsson, Uustal og Persson (2019) hvor enkelte kvinner skildret seksuelt samleie som umulig grunnet sterke smerter. Andre kvinner trosset smertene og var intime en sjelden gang. Noen av kvinnene beskrev at de var såre og ømme ett år etter fødselen. For eksempel ble det beskrevet smertefulle arr og tørre vaginalslimhinner som gjorde det vanskelig for kvinnen å gjennomføre samleie.

Både Priddis et al. (2014) og Williams et al. (2005) beskrev kvinner som opplevde frykt relatert til første samleie etter fødsel. Dette innebar frykten for smerte og endret anatomi som

kunne påvirke den seksuelle opplevelsen. Her fryktet også enkelte kvinner å bli gravide igjen, for deretter å gå gjennom en ny fødsel. Lindqvist et al. (2019) skriver i sin studie at kvinner ett år etter fødsel unngikk samleie da de var redde for smertene dette kunne medføre.

## 5.2 Kommunikasjon

I Skinner et al. (2018) sin studie ble kvinners møte med helsepersonell beskrevet og hvordan disse kvinnene opplevde å få svar på sine spørsmål knyttet til deres seksuelle helse.

Majoriteten av studiene (fire av fem) legger frem samspillet med partner og hvordan kommunikasjonen i disse relasjonene kunne utspille seg, svært forskjellig.

I Skinner et al. (2018) sin studie kommer det frem at enkelte kvinner, både under graviditet og etter fødsel, hadde fått informasjon fra helsepersonell om at sex ville bli som normalt etter fødsel. Flere beskrev at dette ikke var tilfelle og de følte seg skuffet, engstelige og selvbekreidende. I møte med helsepersonell følte kvinnene seg avvist når det gjaldt spørsmål om seksuell helse og hadde forventet ytterligere informasjon.

Lindqvist et al. (2019) viste i sine resultater at en støttende partner hadde en stor påvirkning for hvorvidt kvinnene følte seg totalt tilhelet. For eksempel fortalte en kvinne ett år etter fødsel: «*We made it – together – I wouldn't have been able to make it through this terrible time without my husband.*» (Lindqvist et al., 2019, s. 39). Dette styrket parforholdet og intimiteten. Hvorvidt kvinnene informerte deres partner om deres symptomer varierte i studien til Priddis et al. (2014). Dette baserte seg på hvor lenge parene hadde vært sammen, hvor alvorlige symptomene var og om kvinnene hadde pågående behandling. Enkelte beskrev sexlivet sitt som et viktig samspill med partner, mens andre beskrev det som en plikt for å oppfylle partnerens seksuelle behov. Noen uttrykket engstelse over at partneren bekymret seg for mye over kvinnes smerter. Kvinnene unngikk å informere partneren sin i et håp om å bevare deres relasjon slik den var før fødsel. Williams et al. (2005) påpekte en lignende situasjon i sin studie hvor kvinner fortalte at de latet som det ikke gjorde vondt under samleie. Noen kvinner rapporterte at de var seksuelt likegyldige og at den seksuelle kjemien var endret fordi partneren uttrykte bekymring under samleie. En kvinne i denne studien beskrev hvordan hun unngikk samleie:

*It's more me. I don't go near him anymore. He says the best form of contraceptive is having a baby, yeah that's what he says. I said to him the other day, "It's not because I don't love you any more, it's just that I can't bring myself to do it."* (Williams et al., 2005, s. 133)

### 5.3 Kvinneres opplevelse av egen kropp

I flere av artiklene beskrev kvinnene hvordan de opplevde sin endrede kropp etter grad 3- og 4-rift. Endringene opplevdes krevende og gikk ut over selvbildet og selvfølelsen til kvinnene.

Priddis et al. sin studie (2014) beskrev kvinner som opplevde senvirkninger som urin- og fekalinkontinens etter grad 3- og 4-rift. Kvinnene beskrev følelsen av frykt for den uforutsigbare kroppen og hvordan den påvirket deres seksuelle identitet og intime forhold til partner. For å etterstrebe renslighet måtte kvinnene planlegge samleiet rundt sine toalettbesøk. En av kvinnene beskrev sin opplevelse på følgende måte:

*I do remember having sex a few times and going, I really need to go and being actually really worried about it, and wanting to finish asap and then just I have to go to the toilet quickly. Going in and going oh phew, thank God nothing happened, nothing came out. (Lola). (Priddis et al., 2014, s. 6)*

Lindqvist et al. (2019) fant i sin studie i likhet med Priddis et al. (2014) sin studie, at mange kvinner opplevde inkontinens, men her også i form av flatulens. Kvinnene uttrykte at de ikke hadde kontroll over lekkasje, noe som medførte usikkerhet og førte til at de unngikk situasjoner hvor de kunne føle seg utilpasse og skamfulle. Williams et al. (2005) viste i sin studie at kvinnene var bekymret for de ubehagelige situasjonene inkontinens kunne medføre. I studien til Skinner et al. (2018) rapporterte kvinnene sjeldent fekal inkontinens, skjønt ultralyd av kvinnene påviste nedsatt funksjon av sfinktermuskulaturen.

Lindqvist et al. (2019) fant i deres studie at enkelte kvinner synes det var vanskelig å akseptere sin endrede kropp, først og fremst genitaliene. Dette påvirket selvfølelsen og selvtilliten. De kjente ikke igjen sin egen kropp og påpekte at de var påvirket psykisk og fysisk. Det ble bemerket flere endringer i eget underliv etter rekonstruering av perineum, som opplevdes tøffe å akseptere ettersom kvinnene forventet at operasjonen skulle føre til total tilheling. Symptomene var blant annet følelsen av press mot bekkenbunnen, følelsen av for stramt eller for løst vev og synlig endret anatomi (Lindqvist et al., 2019). Disse symptomene beskrives også av Skinner et al. (2018). Kvinnene rapporterte at vagina føltes forandret og som et fremmedlegeme. I tillegg uttrykte enkelte at de ønsket plastisk kirurgi av vagina (Skinner et al., 2018). Lindqvist et al. (2019) rapporterte at enkelte kvinner som hadde flere problemer etter fødsel, ett år etterpå følte seg totalt tilhelet. Disse følte seg stolte over egen kropp og at de hadde kommet seg gjennom utfordringene etter grad 3- eller 4-riften. Noen følte seg sterkere etter denne opplevelsen (Lindqvist et al., 2019). Williams et al. (2005) fant



at kvinnene bekymret seg over perineums tilstand etter den alvorlige fødselsriften. Videre ble det beskrevet ulikheter mellom kvinnenes forventinger til perineums tilheling. En kvinne ble positivt overrasket over perineums utseende seks uker etter fødsel. For en annen kvinne tok det ett år før hun følte seg normal, og først da gjenopptok hun samleie (Williams et al., 2005). Skinner et al. (2018) beskriver at gjenopptakelse av seksuell aktivitet skjedde først ett år postpartum for enkelte kvinner. For noen opplevdes dette svært emosjonelt og det gav traumatiske tilbakeblikk til fødselen. De fleste deltakerne i studien fortalte at de hadde nedsatt følelse i underlivet og ville få akten overstått (Skinner et al., 2018). Lindqvist et al. (2019) beskriver i sin studie at mindre smerter, seksuell tilpasning og aksept for sin nye kropp førte til at kvinner ønsket å være intime igjen. Videre beskrev en kvinne at sexlivet hennes var forbedret etter å ha mestret utfordringene som følger en grad 3- eller 4-rift.

## 6 DISKUSJON

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien var å utforske kvinners opplevelse av seksuell helse etter en grad 3- eller 4-rift. I dette kapitlet vil resultatene i studien drøftes opp mot Antonovskys opplevelse av sammenheng (OAS), seksuell helse, annen relevant forskning og faglige retningslinjer. Videre blir metoden diskutert. Her blir styrker og svakheter ved metoden brukt i denne litteraturstudien drøftet, samt styrker og svakheter i de inkluderte artiklene. Til slutt blir det foreslått implikasjoner for praksis og behovet for videre forskning.

### 6.1 Resultatdiskusjon

#### 6.1.1 *Kvinnens opplevelse av smerte*

Gjennomgående i alle de inkluderte artiklene er kvinners opplevelse av smerte etter grad 3- og 4-rifter. I informasjonsskrivet om alvorlige fødselsrifter fra gynekologisk forening er det beskrevet at kvinner kan forvente total tilheling tre til fire uker etter fødsel, for dermed å bli smertefrie (Laine et al., 2020; Spydslaug et al., 2014). Som nevnt i det teoretiske rammeverket, er dyspareuni tilbakevendende smerter i bekken og kjønnsorganer ved forsøk på, eller fullført vaginal penetrasjon. Smertene kan beskrives som ytre/overflatiske eller dype (Lonnée-Hoffmann, Johansen & Gjessing, 2021). Resultatene i denne litteraturstudien viser at flere kvinner med grad 3- og 4-rift rapporterte om symptomer samsvarende med dyspareuni.

Resultatene viste at samleie opplevdes smertefullt for mange (Lindqvist et al., 2019; Priddis et al., 2014; Skinner et al., 2018). Det ble beskrevet sårhet fra smertefulle arr, ømhet og manglende glid. Dette førte til at kvinnene ikke klarte å slappe av og nyte samleie. Gommesen et al. (2019) viste i sin studie at nedsatt seksuell helse var vanlig hos kvinner etter fødsel. Flere vil oppleve hormonelle endringer på grunn av blant annet amming (Laine et al., 2020; Spydslaug et al., 2014). Et fall i østrogen, progesteron og choriongonadotropin vil bidra til tørre vaginalslimhinner (Haaland, 2017). Hos kvinner som i tillegg har store rifter kan smerter under samleie forsterkes. Fodstad, Staff og Laine (2016) konkluderte i sin studie med at OASIS var den eneste signifikante årsaken til dyspareuni ett år etter fødsel. Dette støttes opp i studien til Gommesen et al. (2019) som viste at over halvparten av kvinnene med tredje- og fjerdegradsrifter som deltok, opplevde dyspareuni opptil 12 måneder etter fødsel. Kvinner med analsfinkterskade rapporterte hyppigere smerter, ubehag og seksuelle dysfunksjoner enn kvinner uten sfinkterskade (Laine et al., 2020).

I resultatene fra Skinner et al. (2018) rapporterte kvinnene smerte, tørrhet, og smertefullt arrvev opp til ett år etter fødsel. I forhold til informasjonsskriv kvinner får utdelt av Norsk gynekologisk forening, er dette motstridende (Laine et al., 2020; Spydslaug et al., 2014). Foreningen informerer om at skaden forventes å være fullstendig tilhelet én måned etter fødsel og at kvinnen da vil være smertefri. I alle de inkluderte studiene blir det imidlertid beskrevet smerter i en betraktelig lengre tidsperiode. Norsk gynekologisk forening anbefaler å avstå fra vaginalt samleie i fire uker etter reparasjon av sfinkter. Lindqvist et al. (2018) viser til kvinner som opplevde sårhet og sterke smerter i forbindelse med forsøk på samleie, to måneder etter fødsel. En kvinne beskriver sine umøtte forventninger og smerteopplevelse: *«Six weeks without sex that's the little magic number you hear, but to still be eighteen months down the track and it's very rare that we can achieve intercourse...»* (Priddis et al., 2014, s. 6).

Smerter under samleie ble i de inkluderte artiklene beskrevet som en faktor for å utsette gjenopptakelse av seksuell aktivitet hos flere av kvinnene (Dahlen, Priddis & Thornton, 2015; Lindqvist et al., 2019; Lindqvist et al., 2018; Williams et al., 2005). Når kvinner først gjenopptok seksuell aktivitet var det for mange av dem smertefullt (Williams et al., 2005). Enkelte led seg igjennom samleiet i tro om at de tilfredsstilte partnerens behov. Dette ble begrunnet med at de satte partnerens seksuelle behov over sine egne. I en studie gjort av Hållstam, Stålnacke, Svensén og Löfgren (2018) ble det beskrevet hvordan kvinner med smertefull endometriose opplevde en sammenheng (OAS) og hvilke mestringsstrategier de brukte når det kom til smerteopplevelser (Antonovsky, 1987). Her skåret kvinner som planla hverdagen sin, høyt på håndterbarhet. Det å planlegge hverdagen gav dem en følelse av kontroll dersom de var engstelige for smerte. Disse funnene denne kan være overførbare til kvinner med alvorlige fødselsrifter og den smerten de opplever. Det at enkelte tok smertestillende før, eller etter samleie kunne være en type mestringsstrategi som var med på å bevare det intime og muligens en bedre seksuell helse. Eventuelt ble frykten for smerte redusert ved å ta smertestillende på forhånd.

I likhet til utsettelse av seksuell aktivitet grunnet smerter, ble også redselen for smerter beskrevet av flere kvinner. Williams et al. (2005) oppsummerte i sine resultater at det forekom store bekymringer som omhandlet det smertefulle samleiet. Det kunne gå opptil ett år hvor kvinnene unngikk samleie grunnet redsel for smerte (Lindqvist et al., 2019). En kvinne var så redd for smerte ved sex, at hun mente dette forårsaket et migreaneanfall (Priddis et al., 2014). Frykt for gjenopptakelse av seksuell aktivitet kom også hos enkelte av redsel for

smerte ved en eventuell ny fødsel (Priddis et al., 2014). Forfatterne i denne litteraturstudien antar at kvinnene var redde for en ny alvorlig rift og traumene dette kunne forårsake. Derimot viste Basham, Stock, Lewicky-Gaup, Mitchell og Gossett (2013) og Boggs, Berger, Urquia og McDermott (2014) at kvinner kun har en tre til fem prosent sjanse for OASIS ved en eventuell ny fødsel. Denne prognosen viser en lav risiko for ny alvorlig fødselsrift, men frykten for gjentakelse er forståelig etter at kvinnene har gjennomgått et slikt traume.

### *6.1.2 Kommunikasjon*

I alle de inkluderte artiklene nevnes det at behovet for informasjon om grad 3- og 4-rifter ikke ble møtt. Mistillit, avvisning og neglisjering fra helsepersonell gjorde at temaet kunne bli stigmatisert og at den ønskede hjelpen var vanskelig å finne for mange (Lindqvist et al., 2019; Skinner et al., 2018). Enkelte kvinner i studien til Skinner et al. (2018) følte at riften var en skjult skade som kvinnen selv måtte rapportere om. Kvinnene fortalte videre om feilaktig informasjon. Enkelte fikk som svar at sexlivet ville bli som før. Da dette ikke var tilfelle hos enkelte av kvinnene, førte det til at de klandret seg selv. Eldridge og Giraldi (2017) sin studie støtter disse funnene hvor det ble konkludert med et umøtt behov for diskusjoner om seksuell helse. Dette strider imidlertid imot Helsepersonelloven (1999) §10, som krever at helsepersonell har plikt til å gi informasjon og svare på spørsmål fra kvinnen. Er det manglende kompetanse hos helsepersonell har kvinnen rett til å bli henvist videre til spesialist. For å opprettholde en god seksuell helse bør kvinner få informasjon av god kvalitet (World Health Organization, 2010). Jordmødre følger kvinnene tett gjennom svangerskap, fødsel og barseltid, noe som kan gjøre det lettere å snakke om seksuell helse og vite når informasjonen bør gis (Stavdal et al., 2019). Barrett et al. (2000) fant i sin studie at kvinner etter fødsel hovedsakelig fikk informasjon om prevensjon, men ikke om seksuelle utfordringer. Mangel på kunnskap og tid kan begrense jordmødres veiledning når det kommer til seksuell helse etter fødsel (Olsson, Robertson, Falk & Nissen, 2011). Kunnskap hos kvinnene kan relateres til den salutogene modell når det gjelder nivå av begripelighet. Dersom kvinnene hadde fått korrekt informasjon er det tenkelig at de lettere kunne akseptert og forstått sine seksuelle problemer. Riktig informasjon gir kunnskap som igjen kan bidra til aksept for egen tilstand (Hållstam et al., 2018). Dette støttes av «yrkesetiske retningslinjer for jordmødre» (2016), hvor retningslinjer for relasjoner i jordmortjenesten bemerkes på følgende måte:

Jordmødre jobber med den enkelte kvinne i et partnerskap der de deler relevant informasjon. Relasjonen mellom jordmor og kvinne vektlegger brukermedvirkning,

informert valg og informert samtykke. Jordmødre respekterer en kvinnes rett til informert valg og arbeider for at kvinnen godtar ansvaret for utfallene av sine egne valg. (Den norske jordmorforening, 2016, s. 2)

Både kvinner og menn følte seg sviktet av helsepersonell da det gjaldt å motta informasjon om seksuell helse (Skinner et al., 2018). Permission (tillatelse), Limited Information (begrenset informasjon) Specific Suggestions (spesifikke forslag) Intensive Therapy (intensiv terapi), forkortet til akronymet PLISSIT, ble introdusert på 1970-tallet og er en modell som fortsatt blir tatt i bruk i dag (Annon & Robinson, 1978). Dette er en modell for helsepersonell som skal hjelpe å strukturere og starte en samtale om seksuell helse (Haaland, 2017). Å snakke om seksuell helse kan være utfordrende, både for helsepersonell og for kvinner. Dette støttes av studien til Katz (2005) hvor det ble beskrevet kvinners ubehag da spørsmål om intimitet og seksualitet ble stilt. Allikevel var det ønskelig at temaet ble tatt opp. I studien ble det påpekt at kvinnene foretrakk at helsepersonell tok initiativ til samtalen da dette var mindre ubehagelig enn å ta det opp selv. Ved at helsepersonell informerer og forbereder paret på seksuelle forandringer etter fødsel kan dette bidra til å redusere stress, angst og frykt, spesielt ved grad 3- og 4-rifter (McDonald, Woolhouse & Brown, 2017; O'Malley, Higgins, Begley, Daly & Smith, 2018). Ved å oppfordre paret til å ha en åpen kommunikasjon kan jordmor bidra til å styrke kvinnens indre og ytre ressurser (Mathias, Davis & Ferguson, 2021). I følge den salutogene modellen kan dette gjøre situasjonen mer håndterbar. For eksempel kan jordmor oppmuntre partner til å være med i diskusjoner om seksuell helse. God informasjon fra helsepersonell kan bidra til å gjøre gjenopptakelse av sexlivet enklere.

Fire av de inkluderte artiklene illustrerte et nok så negativt samspill mellom kvinnene og deres partner når det kom til seksuell helse (Priddis et al., 2014; Skinner et al., 2018; Williams et al., 2005). Flere av kvinnene som deltok i studien til Williams et al. (2005) var redde for å snakke om den endrede anatomien, eller hevdet at de latet som at alt var som normalt under samleiet, selv om de ikke følte det slik. En studie gjort på heterofile par i Norge (Træen & Skogerbø, 2009) viste at kvinner sjeldent uttrykte sine seksuelle behov ovenfor partneren sin. Stavdal et al. (2019) støtter opp dette funnet i sin studie om førstegangsforeldre, hvor kvinnene fant det vanskelig å diskutere sine endrede seksuelle behov med partner etter fødsel. Priddis et al. (2014) beskrev hvordan kvinner så på samleie som en plikt for å tilfredsstille partnerens behov. Træen og Skogerbø (2009) viste til at to av tre kvinner med redusert seksuell lyst, utførte det de definerte som pliktsex med sin partner.

På den annen side beskrev Lindqvist et al. (2019) det sterke parforholdet og hvordan dette påvirket sexlivet positivt. Ved hjelp av en støttende partner ble det gjort tilpasninger og fornyelser under samleiet. Tilhelingsprosessen etter grad 3- og 4-riftene, var avhengig av støtte og sensitivitet fra partneren og gav kvinnene mot til å være intime med sin partner igjen. Dette viser hvordan ytre stimuli kan bidra til kvinnens OAS når det gjelder håndterbarhet (Antonovsky, 1979). Godt samspill og støtte fra partner kan gjøre at kvinnen aksepterer sin nye kropp og dermed kommer ut av situasjonen med en følelse av mestring og forbedring (Antonovsky, 1979; Lindqvist et al., 2019). Antonovsky og Sourani (1988) fant i sin studie at familier med en sterk OAS var mer tilpasningsdyktige i nye livssituasjoner. Dette kan speiles i parene som hadde evne til å tilpasse seg de seksuelle utfordringene. For eksempel ved å endre sexstillinger eller endre fokus fra samleie til sensualitet (Lindqvist et al., 2019).

### *6.1.3 Kvinners opplevelse av egen kropp*

Lindqvist et al. (2018) rapporterte at kvinnene kjente på skam og utfordringer relatert til inkontinens. Skinner et al. (2018) viste videre at grad 3- og 4-rifter var underdiagnostisert rett etter fødsel. Det er jordmors ansvar å inspisere sfinktermuskulaturen for å finne ut om den er affisert. Dersom det er sfinkterruptur gir jordmor ansvaret for kvinnen, over til lege for videre behandling og oppfølging (Brunstad, 2017). Som nevnt i det teoretiske rammeverket kan legen med høyoppløselige ultralydprober visualisere sfinktermuskulaturen og utrede kvinnen for analinkontinens (Laine et al., 2020). Ultralyd gjort tre til seks måneder etter fødsel viste at det var et betrakteligere høyere antall kvinner som hadde analinkontinens, enn det kvinnene rapporterte om selv (Skinner et al., 2018). Kvinnene følte skam forbundet med sin inkontinens og dermed kviet de seg for å dele plagene med helsepersonell. Enkelte kvinner uttalte også at de ikke forsto omfanget av skaden sin (Skinner et al., 2018). Disse faktorene kan ha bidratt til underdiagnostiseringen av inkontinens i etterkant av utskrivning fra sykehus. I en studie gjort av Sundquist (2012) hadde 10 % av kvinner med skade på sfinkter fekalinkontinens fire til åtte år etter fødsel, noe som gikk utover deres seksuelle helse.

Flere av de inkluderte artiklene viser til problemer knyttet til inkontinens som et hinder for intimitet og samleie (Lindqvist et al., 2019; Priddis et al., 2014; Skinner et al., 2018; Williams et al., 2005). Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom (2020a) presiserer hvor viktig behovet for nærhet er for mennesker. For kvinner med lekkasje kan for eksempel lukt føre til en barriere for intimitet mellom seg og sin partner. Resultatene i denne litteraturstudien beskriver to mestringsstrategier når det kom til inkontinens i forbindelse med samleie. Lindqvist et al. (2019) og Priddis et al. (2014) har begge kvinner i sine studier som

forteller at de avsto totalt fra intime situasjoner for å unngå pinlighet. Den andre mestringsstrategien gikk ut på at kvinnene planla intimitet, for å kunne kontrollere lekkasjen (Priddis et al., 2014). Det ble blant annet beskrevet at toalettbesøk måtte planlegges i forkant av samleiet. Ved å ikke lenger ha kontroll over avføring, flatulens og urin opplevde flere kvinner at samleiet ikke lenger var spontant. Unngåelse av intimitet kunne derimot føre til at nærhetsbehovet ikke ble møtt.

Fysiske forandringer etter fødsel kan gjøre at enkelte kvinner føler seg uattraktive og ekstra vare på endringene ved egen kropp (Woolhouse, McDonald & Brown, 2012). En grunnleggende faktor for god seksuell helse er å ha aksept for egen kropp. Et dårlig selvbilde kan føre til nedsatt seksuell helse (Haaland, 2017). I studien til Lindqvist et al. (2019) rapporterte kvinnene at det var vanskelig å akseptere sin endrede kropp. Dette gjaldt hovedsakelig endret anatomi av genitaliene etter den alvorlige fødselsriften. Kvinnene beskrev at den fysiske forandringen påvirket selvbildet negativt. Priddis et al. (2014) beskrev i sin studie opplevelsen av endrede genitalier som traumatiserende for enkelte. For disse kvinnene var endringen av perineum vanskelig å akseptere. For andre opplevdes endringen derimot som en naturlig konsekvens av fødsel. Det sistnevnte kan være et eksempel på et salutogent perspektiv ved at kvinnen ser det positive i situasjonen (Antonovsky, 1996).

Kvinner kunne bekymre seg for nedsatt følelse under samleie og hadde lite kontroll over bekkenmuskulatur, etter den alvorlige fødselsriften (Williams et al., 2005). Lindqvist et al. (2019) og Skinner et al. (2018) presenterte at kvinner opplevde problemer med endret anatomi, følelse av nedpress og følelsen av for stramt, eller for løst vev. Enkelte kvinner ønsket plastisk kirurgi, eller rekonstruksjon av genitaliene (Skinner et al., 2018). I tillegg gjengav kvinnene at de hadde en rar følelse i genitaliene. Det kunne være nummenhet, eller overfølsomhet som førte til mindre følelse, eller at vevet var for sensitivt under samleie (Lindqvist et al., 2019). Følelsen av å være uattraktiv sammen med det skadede og ømme vevet førte til lavere sexlyst. På den annen side rapporterte enkelte kvinner en følelse av mestring og stolthet ved å ha kommet gjennom situasjonen. Disse kvinnene forklarte at de hadde store problemer de første to månedene. De samme kvinnene kjente derimot på håp, styrke og fortrolighet til kroppens evne til å leges da kroppen var tilhelet, ett år etter fødsel (Lindqvist et al., 2019).

## 6.2 Metodediskusjon

Aveyard (2019) beskriver hvordan enkelte forskere hevder at kvalitativ forskning ikke er generaliserbar fordi den er kontekst-spesifikk. Det er derimot generelt akseptert at innsikten og tolkningen som kommer fra kvalitativ forskning er generaliserbar og kan videreføres fra et miljø til et annet (Aveyard, 2019; Morse, 1999). Det er en styrke at det ble valgt kvalitative forskningsartikler for å besvare problemstillingen i denne litteraturstudien. Systematiske oversikter over kvalitativ litteratur kan gi et mer grundig og presist svar på fenomenet som blir utforsket, enn det hver enkeltstudie kunne gjort alene (Berg & Munthe-Kaas, 2013; Dixon-Woods, Agarwal, Young, Jones & Sutton, 2004). Aveyard (2019) anbefaler 10-20 referanser for å besvare problemstillingen i en systematisk litteraturstudie. Fem artikler ble inkludert i denne studien. Dette resultatet viser relativt få antall aktuelle artikler, og forskerne anerkjenner at dette kan være en svakhet ved studien. Underveis ble det stilt spørsmål ved, om dette var ett tilstrekkelig antall for å gjøre en systematisk oversikt. Etter diskusjon og veiledning ble det bestemt at søket var tilstrekkelig nok, ettersom det systematiske søket ble nøye og gjennomgående utført. Ved gjennomgang av resultatene i det systematiske søket var det ingen av de relevante artiklene som manglet tilgang. Det var derfor ikke behov for å søke om åpningstillatelse fra OsloMet.

En svakhet ved litteraturstudien er at det alltid finnes begrensninger ved et elektronisk søk (Aveyard, 2019). Delvis er dette grunnet feil ved databasebrukerne og delvis at relevant litteratur kan ha blitt oversett ved at enkelte søkeord ble utelatt. Det ble foretatt en rekke søk i anerkjente databaser som fører helsefaglige tidsskrift. Søkeordene ble nøye utarbeidet fra fritekstsøk, MESH-termer og nøkkelord tilhørende artikler med relevante temaer (Aveyard, 2019; Folkehelseinstituttet, 2018b). Det kan likevel ikke utelukkes at relevante termer ble utelatt, for eksempel grunnet språkbarrierer. MESH-ordbok og synonymordbok ble brukt for å finne flest mulige relevante ord. Emneordene til hver database ble brukt for å presisere hovedtemaene i studiene. Emneordene var noe ulike i Medline, Embase, Maternity and Infant Care (OVID) og CINAHL, men ble forsøkt og gjort så like som mulig for å unngå irrelevante treff. Tekstordene ble brukt for å gjøre søkene bredere (Folkehelseinstituttet, 2018b). Tekstord og emneord ble frasert og sammensatt i samarbeid med bibliotekar. Her ble søket spisset inn, blant annet ved hjelp av logiske operatører. Dette var spesielt nyttig ved bruken av nærhetsoperatører som fjernet uønsket «støy».

Ved å spisse inn søket med hjelp av bibliotekar fra Oslo Met, styrket dette litteraturstudien. Søket ble mer presist med flere relevante treff. Det at søkeordene ble delt inn i SPIDER-



skjema var nyttig for å splitte opp problemstillingen. Design og metode ble derimot ikke søkt etter ved hjelp av søkemotorenes metodefilter for å unngå og overse eventuelle relevante treff. Studienes design ble sett på manuelt i hver enkeltstudies tittel eller abstrakt for på denne måten å ikke utelukke artikler på bakgrunn av bibliotekarens råd. Søkene ble gjentatt, med samme søkeord i databasene og fikk samme antall treff. Dette styrker repeterbarheten av metoden hvis det ses bort i fra en viss rapporteringsskjevheter når det gjelder pågående studier, grå litteratur og upublisert materiale (Aveyard, 2019; Folkehelseinstituttet, 2018b; Malterud, 2017).

Forskerne anser at de har god kompetanse i engelsk og de resterende skandinaviske språkene. På grunnlag av seleksjonskriteriene var det ikke behov for å inkludere artikler på andre språk. De inkluderte artiklene var alle skrevet på engelsk. Derfor er det en mulighet for at enkelte misforståelser kan ha oppstått ved lesning ettersom engelsk ikke er morsmålet. Dette gjør studien svakere, men resultatene er blitt grundig lest av begge forskerne gjentatte ganger og kunnskapsforlagets ordbøker har blitt brukt. Seleksjonskriteriene gjør derimot at den indre og ytre validiteten styrkes. Ettersom forskerne valgte artikler fra Europa, Australia, New Zealand og Canada er det nærliggende å tro at resultatene er overførbare og kan belyse denne problemstillingen i Norge. De inkluderte artiklene presenterer alle, kvinner med alvorlig sfinkterruptur sine opplevelser og det er forskernes mening at disse til en viss grad kan belyse erfaringer hos andre kvinner med samme problem. De inkluderte artiklene var alle utført av ulike forskere innen det aktuelle fagfeltet. Det utelukkes ikke at forskerne festet seg ved ulike nyanser og at resultatene derfor ikke er etterprøvbare (Malterud, 2017).

Kritisk vurdering av artiklene ble gjort ved hjelp av sjekkliste fra helsebiblioteket utviklet spesielt for kvalitative artikler basert på Critical Appraisal Skills Programme (2021) (Helsebiblioteket, 2016c). Sjekklisten er i utgangspunktet utviklet som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering, men ble vurdert som en god oversettelse for den originale CASP-sjekklisten. Bruken av sjekkliste styrket utvelgelsesprosessen ved å kvalitetssikre studiene. Tre av fem artikler ble vurdert til å ha høy kvalitet og de resterende til middels. To av artiklene innhentet sitt materiale fra The perineal laceration register (PLR), som har som mål å følge opp kvinner med komplikasjoner etter fødsel (Lindqvist et al., 2019; Lindqvist et al., 2018). Det omfatter majoriteten av svenske fødeklinner. Forskerne i denne studien ser på denne utvalgsstrategien som en styrke og en svakhet. Styrken ligger i det store antall responser, hvor 85 prosent av kvinner med OASIS beskrev sine opplevelser. Svakheten var derimot at svarene på de åpne spørsmålene var skriftlige, og forskerne i studien hadde derfor

ikke muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål, som er gunstig i kvalitativ forskning. Dette er grunnen til at begge disse studiene ble vurdert som middels kvalitet grunnet uklarhet i om utformingen var hensiktsmessig for deres problemstilling. En deltaker i studien til Skinner et al. (2018) ønsket å besvare spørsmålene som ble stilt henne på e-post. Dette er igjen en ulempe ved at muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål uteblir. Skinner et al. (2018) valgte likevel å inkludere materialet da de så på svarene som et viktig bidrag til studiens problemstilling.

En styrke i denne litteraturstudien er at alle de inkluderte artiklene nøye beskriver sin utvalgsstrategi. Alle hadde en strategisk utvalgsstrategi som bidro til å besvare problemstillingen på en hensiktsmessig måte (Malterud, 2017). Williams et al. (2005) og Priddis et al. (2014) beskriver begge at de hadde et få antall deltakere som en svakhet. Videre nevner Priddis et al. (2014) i deres studie at de innhentet deltakere ved «word of mouth» og snøballeffekten. Dette kan ha gitt et homogent resultat hvor kvinner med like opplevelser og erfaringer ble inkludert. Igjen kan dette ha påvirket denne litteraturstudiens resultater og er en svakhet. Videre kan det tenkes at det har oppstått en viss seleksjonsskjevhet i alle de inkluderte studiene. Kvinnene med problematisk tilhelingsprosess og komplikasjonene dette medførte, kan ha hatt et større behov for å uttrykke sine negative opplevelser til sammenligning med kvinner uten særlige problemer i tilhelingsprosessen (Malterud, 2017).

En styrke i litteraturstudien var at innsamlingsprosess og bearbeidelsen av datamaterialet er gjort rede for i alle de inkluderte artiklene. Williams et al. (2005) vurderte at 3- og 4-rifter muligens var et vanskelig tema å snakke om for deltakerne i studien. Derfor besluttet de å bruke fokusgrupper for å best mulig utforske kvinnenens opplevelser. Kvinnene følte seg dermed ikke alene om problemene sine. Dette styrket den aktuelle litteraturstudien ved at fokusgrupper egner seg godt for å utforske symptomerfaringer fra et pasientperspektiv (Malterud, 2017). Det kan likevel være en svakhet ved at gruppedynamikken i en fokusgruppe kan hindre kvinnene i å opplyse om sensitiv informasjon eller angi svar som var konformt med de andre i gruppen. I Lindqvist et al. (2018) sin studie hentet de ut datamaterialet fra responser gjort av kvinnene to måneder etter fødsel. Dette ses på som en styrke da det tidligere er gjort lite forskning på kvinners opplevelser så nære fødsel. I studien til Priddis et al. (2014) responderte kvinnene syv uker til 12 år etter fødsel med grad 3- og 4-rift. Dette ses på som en styrke ved at det gir et innsyn i kvinners erfaringer fra en kort til en lengre tidsperiode. Allikevel kan det tenkes at kvinnenens opplevelser etter 12 år erindres på en annen måte, enn ved den aktuelle tidsperioden. Dette kan muligens svekke troverdigheten fra

kvinnens gjengivelse. En svakhet ved litteraturstudien kan være at Williams et al. (2005) sin studie er fra år 2005. Det kan tenkes at forebygging, behandling og diagnostisering av sfinkterruptur har endret seg siden den gang forskningen ble utført. Fokuset på å få ned antall sfinkterrupturer ses tydelig året etter, da den Nasjonale handlingsplan i Norge ble publisert (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Forskerne valgte allikevel å inkludere artikkelen da resultatene ses på som relevante i dag.

En styrke, men samtidig en svakhet er at alle de inkluderte artiklene er skrevet av forskere med bakgrunn i aktuelt fagfelt. Det blir beskrevet i artiklene at forskerne er bevisst egen forforståelse. Det er en styrke at forskerne hadde forskjellige profesjoner innen obstetrikk. Det var blant annet jordmødre, obstetrikere, gynekologer spesialisert innen perinealrupturer og uroterapeuter. Denne tverrfaglige sammensetningen kan bidra til en mer helhetlig forståelse. I Lindqvist et al. (2019) sin studie ble resultatene nøye diskutert mellom profesjoner for å minimere eventuelle skjevheter. Svakheter ble funnet i Priddis et al. (2014) hvor en av forskerne selv hadde opplevd en alvorlig fødselsrift. Dette ble imidlertid nøye avklart, og forskeren var bevisst hvordan hennes forforståelse kunne påvirke resultatene. En annen skjevhet ble diskutert i Williams et al. (2005) sin artikkel, hvor en av forskerne hadde vært behandler for enkelte kvinner som deltok i studien. De konkluderte med at dette også var en styrke da det muligens førte til mer åpenhet blant deltakerne.

### **6.3 Implikasjoner for praksis**

Med bakgrunn fra resultatene i denne litteraturstudien kommer det frem flere implikasjoner for praksis. Det ses et stort kunnskapshull hos kvinnene med grad 3- og 4-rift når det kommer til seksuell helse. For å bedre forståelsen hos både jordmødre og kvinnene er det nødvendig å utarbeide bedre retningslinjer. Det burde her tydelig forklares hvordan jordmødre kan komme kvinnene i møte, både på et fysisk og psykisk nivå. Jordmor må ta hensyn til at kvinnene er i en sårbar situasjon etter fødsel, hvor informasjon bør gis til rett tidspunkt og gjerne gjentas for å forsikre adekvat forståelse. Dette krever økt kunnskap samt kommunikasjonsferdigheter hos jordmor når det gjelder seksuell helse. Ved kontroll fire til seks uker etter fødsel på helsestasjon, bør partner oppfordres til å være med på konsultasjonen. Ved at partner deltar kan det øke forståelsen for kvinnens situasjon. På denne måte kan partneren selv få muligheten til å gi emosjonell støtte og uttale egne tanker.

#### **6.4 Behov for videre forskning**

Litteraturstudien viser et sterkt behov for ytterligere forskning på kvinners opplevelser av seksuell helse etter grad 3- eller 4-rift. I denne studien ble det kun funnet fem relevante artikler som besvarte problemstillingen. Alle de inkluderte artiklene konkluderer med at behovet for videre forskning er stort.

Alle de inkluderte studiene viser til negative erfaringer når det kom til seksuell helse. Kun i studien til Lindqvist et al. (2019) blir det beskrevet opplevelse av mestring etter å ha gjennomgått en problematisk tilhelingsprosess, ett år etter fødsel. Som tidligere diskutert kan behovet for å dele sine opplevelser være mindre dersom kvinnen ikke har opplevd store utfordringer. Det hadde vært interessant å sett kvalitativ forskning med et bredere utvalg av kvinner. I tillegg hadde det vært interessant å se hvordan kvinner opplever sin seksuelle helse etter grad 3- og 4-rifter over et lengre tidsperspektiv.

## **7 KONKLUSJON**

Funnene fra denne litteraturstudien beskriver og forklarer kvinner med grad 3- og 4-rifters opplevelse av sin seksuelle helse. De tre identifiserte temaene fra de inkluderte artiklene beskriver kvinners opplevelse av smerte, kommunikasjon og opplevelse av egen kropp. De fleste kvinnene opplevde tilhelingen problematisk, noe som tydelig svekket deres seksuelle helse. Enkelte kvinner følte seg totalt tilhelet, men majoriteten hadde fysiske og psykiske plager i lang tid etter forventet tilheling. Kvinnene etterspurte mer informasjon, åpenhet og forståelse fra helsepersonell. Et fåtall opplevde mestring etter å ha gjennomgått utfordringene relatert til en endret kropp. Det systematiske søket resulterte i et lavt antall kvalitative forskningsartikler som omhandlet emnet. Antall artikler funnet i denne litteraturstudien var totalt fem. Dette viser behovet for ytterligere forskning på dette området.

## 8 LITTERATURLISTE

- Andreucci, C. B., Bussadori, J. C., Pacagnella, R. C., Chou, D., Filippi, V., Say, L. & Cecatti, J. G. (2015). Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 1-13.
- Annon, J. S. & Robinson, C. H. (1978). The Use of Vicarious Learning in the Treatment of Sexual Concerns. I J. LoPiccolo & L. LoPiccolo (Red.), *Handbook of Sex Therapy* (s. 35-56). Boston, MA: Springer US.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. (A. Sjøbu, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk. (Oprinnelig utgitt 1987).
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Fransisco: Jossey-bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.
- Antonovsky, A. & Sourani, T. (1988). Family Sense of Coherence and Family Adaptation. *Journal of Marriage and Family*, 50(1), 79-92. <https://doi.org/10.2307/352429>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4. utg.). London, England, New York, : McGraw-Hill Education : Open University Press.
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R. & Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(2), 186-195. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11689.x>
- Basham, E., Stock, L., Lewicky-Gaup, C., Mitchell, C. & Gossett, D. R. (2013). Subsequent Pregnancy Outcomes After Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASIS). *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 19(6), 328-332. <https://doi.org/10.1097/SPV.0b013e3182a5f98e>
- Berg, R. C. & Munthe-Kaas, H. (2013). Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk epidemiologi*, 23(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1634>
- Bjørndal, A., Flottorp, S., Klovning, A. & Bjørndal, A. (2021). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Boggs, E. W., Berger, H., Urquia, M. & McDermott, C. D. (2014). Recurrence of Obstetric Third-Degree and Fourth-Degree Anal Sphincter Injuries. *Obstetrics & Gynecology*, 124(6), 1128-1134. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000000523>
- Brunstad, A. (2017). Rifter episiotomi og suturering. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (s. 521-533). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brunstad, A. & Blix, E. (2017). Utdrivningsfasen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (s. 459-476). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- CASP. (2021). CASP checklists. Hentet 05. 05. 2021 fra <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

- Cooke, A., Smith, D. & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435-1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
- Coughlan, M. & Cronin, P. (2017). *Doing a literature review in nursing, health and social care* (2. utg.). London: Sage.
- Dahlen, H. G., Priddis, H. & Thornton, C. (2015). Severe perineal trauma is rising, but let us not overreact. *Midwifery*, 31(1), 1-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.004>
- Den norske jordmorforening. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre. Hentet 28. 09. 2021 fra <https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>
- Dixon-Woods, M., Agarwal, S., Young, B., Jones, D. & Sutton, A. (2004). Integrative approaches to qualitative and quantitative evidence. *London: Health Development Agency*, 181.
- Eldridge, K. F. & Giraldi, A. (2017). Communication About Sexual Matters With Women Attending a Danish Fertility Clinic: A Descriptive Study. *Sexual Medicine*, 5(3), e196-e202. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.esxm.2017.06.005>
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 938. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.056028>
- Fenner, D. E., Genberg, B., Brahma, P., Marek, L. & DeLancey, J. O. L. (2003). Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(6), 1543-1549. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.09.030>
- Fodstad, K., Staff, A. C. & Laine, K. (2016). Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. *International Urogynecology Journal*, 27(10), 1513-1523. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3015-7>
- Folkehelseinstituttet. (2018a, 06. juni). Alvorlige fødselsrifter mer enn halvert siden 2005. Hentet 20. 09. 2021 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/alvorlige-fodselsrifter-mer-enn-halvert-siden-2005/>
- Folkehelseinstituttet. (2018b). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Folkehelseinstituttet* (4. reviderte. utg.). Oslo: Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2020, 29. juni). Litteratursøk. Hentet 07.09 2021 fra <https://www.fhi.no/div/bibliotek/litteratursok/?fbclid=IwAROXm1sNO13q3vgarl0Z8ihnJKaXdrmebFM-KxVzKsunHt7BXxUUwLN95ew>
- Folkehelseinstituttet. (2021, 27. april). Medisinsk fødselsregister - statistikkbank: Komplikasjoner under fødselen. Hentet 21.09 2021 fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- Gommesen, D., Nøhr, E., Qvist, N. & Rasch, V. (2019). Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study. *BMJ Open*, 9(12), e032368.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet fra

- [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)
- Helsebiblioteket. (2016a, 07. juni). Kildevalg. Hentet 05.05 2021 fra [https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg?fbclid=IwAR2i44Vm1tbq3uNYv7IwIUvj9-Si\\_Uq51tOTd8679iAFurkqd55NHPo9M7E](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg?fbclid=IwAR2i44Vm1tbq3uNYv7IwIUvj9-Si_Uq51tOTd8679iAFurkqd55NHPo9M7E)
- Helsebiblioteket. (2016b, 07. juni). Kvalitativ metode. Hentet 05. 05. 2021 fra [https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode?fbclid=IwAR2aq55Eoqd7QOkCad4esqAJIZEhokeM511cdaoEqYmqnF4sGAR\\_dH3I0pY](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode?fbclid=IwAR2aq55Eoqd7QOkCad4esqAJIZEhokeM511cdaoEqYmqnF4sGAR_dH3I0pY)
- Helsebiblioteket. (2016c, 03. juni). Sjekklistor. Hentet 05. 05. 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2014, 01. april). Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid for familien. Hentet 06. 09. 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Helsepersonelloven. (1999). Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_1)
- Haaland, W. (2017). Sexologi. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (s. 126-160). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Hållstam, A., Stålnacke, B. M., Svensén, C. & Löfgren, M. (2018). Living with painful endometriosis – A struggle for coherence. A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 97-102. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.06.002>
- Katz, A. (2005). Do ask, do tell: why do so many nurses avoid the topic of sexuality? *Am J Nurs*, 105(7), 66-68. <https://doi.org/10.1097/00000446-200507000-00033>
- Laine, K., Spydslaug, A. E., Baghestan, E., Norderval, S., Olsen, I. P. & Fodstad, K. (2020). Perinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel. I *Norsk gynekologisk forening: Veileder i fødselshjelp* (Hentet 21.09.21).
- Leeman, L. M. & Rogers, R. G. (2012). Sex After Childbirth: Postpartum Sexual Function. *Obstetrics & Gynecology*, 119(3), 647-655. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182479611>
- Lindqvist, M., Lindberg, I., Nilsson, M., Uustal, E. & Persson, M. (2019). “Struggling to settle with a damaged body”–A Swedish qualitative study of women’s experiences one year after obstetric anal sphincter muscle injury (OASIS) at childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 19, 36-41.
- Lindqvist, M., Persson, M., Nilsson, M., Uustal, E. & Lindberg, I. (2018). ‘A worse nightmare than expected’-a Swedish qualitative study of women's experiences two months after obstetric anal sphincter muscle injury. *Midwifery*, 61, 22-28.
- Lonnée-Hoffmann, R., Johansen, N. & Gjessing, R. (2021). Seksuelle dysfunksjoner. I *Norsk gynekologisk forening Veileder i fødselshjelp*. (Hentet 21.09.21).
- Lundberg, P. O. & Löfgren-Mårtenson, L. (2010). *Sexologi* (3. utg.). Stockholm: Liber.
- Macarthur, A. J. & Macarthur, C. (2004). Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: A prospective cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(4), 1199-1204. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.02.064>



- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mathias, L. A., Davis, D. & Ferguson, S. (2021). Salutogenic qualities of midwifery care: A best-fit framework synthesis. *Women and Birth*, 34(3), 266-277. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.006>
- McDonald, E., Woolhouse, H. & Brown, S. J. (2015). Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. *Birth*, 42(4), 354-361. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/birt.12193>
- McDonald, E., Woolhouse, H. & Brown, S. J. (2017). Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. *Midwifery*, 55, 60-66.
- Morse, J. M. (1999). *Qualitative generalizability. I*: Sage Publications Sage CA: Thousand Oaks, CA.
- Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom. (2020a, 01. juli). Avføringslekkasje: Mestring. Hentet 30. 09 2021 fra <http://nkib.helsekompetanse.no/tilstander/avforingslekkasje/mestring>
- Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom. (2020b, 10. januar). Plager under graviditet og etter fødsel: Fødsel. Hentet 19. 09 2021 fra <http://nkib.helsekompetanse.no/tilstander/avforingslekkasje/arsaker/fodsel>
- Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom. (2020c, 10. januar). Plager under graviditet og etter fødsel: Fødselsrifter. Hentet 18. 09. 2021 fra <http://nkib.helsekompetanse.no/f-dselsrifter>
- Noblit, G. W. & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies* (bd. 11)Sage.
- O'Malley, D., Higgins, A., Begley, C., Daly, D. & Smith, V. (2018). Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 1-13.
- Olsson, A., Robertson, E., Falk, K. & Nissen, E. (2011). Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. *Midwifery*, 27(2), 195-202. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.04.003>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Priddis, H., Schmied, V. & Dahlen, H. (2014). Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC women's health*, 14(1), 1-11.
- Rathfisch, G., Dikencik, B. K., Kizilkaya Beji, N., Comert, N., Tekirdag, A. I. & Kadioglu, A. (2010). Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2640-2649.
- 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.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge*. Hentet fra

- [https://jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Fag\\_\\_\\_Forskning/Artikler\\_og\\_rapporter/Nasjonal\\_handlingspla\\_8094a1.pdf](https://jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Fag___Forskning/Artikler_og_rapporter/Nasjonal_handlingspla_8094a1.pdf)
- Spydslaug, A. E., Baghestan, E., Laine, K., Norderval, S. & Olsen, I. P. (2014). Perinealruptur. I *Norsk gynekologisk forening: Veileder i fødselshjelp*. (Hentet 21.09.21).
- Stavdal, M. N., Skjævestad, M. L. L. & Dahl, B. (2019). First-time parents' experiences of proximity and intimacy after childbirth – A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 20, 66-71. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.03.003>
- Sundquist, J.-C. (2012). Long-term outcome after obstetric injury: a retrospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(6), 715-718. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01398.x>
- Træen, B. & Skogerbø, Å. (2009). Sex as an obligation and interpersonal communication among Norwegian heterosexual couples. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(3), 221-229. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00698.x>
- Vågan, A. (2020). *Helsepedagogiske metoder : teori og praksis* (1. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Weinstein, M. M. & Hesham, H. (2021, 06. oktober). Obstetric anal sphinkter injury (OASIS). Hentet 07.10. 2021 fra <https://www.uptodate.com/contents/obstetric-anal-sphincter-injury-oasis?csi=d8390049-19b4-4e51-9c08-d58e85dbae51&source=contentShare>
- Williams, A., Lavender, T., Richmond, D. H. & Tincello, D. G. (2005). Women's experiences after a third-degree obstetric anal sphincter tear: a qualitative study. *Birth*, 32(2), 129-136.
- Woolhouse, H., McDonald, E. & Brown, S. (2012). Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(4), 185-190. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.720314>
- World Health Organization. (2010). *Developing sexual health programmes: a framework for action*. World Health Organization. Hentet fra [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.22\\_eng.pdf;jsessionid=418592902BF2D74D02B1CB582EAE5B1C?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf;jsessionid=418592902BF2D74D02B1CB582EAE5B1C?sequence=1)
- World Health Organization. (2017). Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf>
- Aasen, S. E. (2020). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Hentet 07.09 2021 fra [https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk?fbclid=IwAR3feT1cLe\\_5jN3Nb4hBaZR8TmoxkGvtO0s\\_c7T7fGxNPZZ4P\\_ynwb2XJ5g](https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk?fbclid=IwAR3feT1cLe_5jN3Nb4hBaZR8TmoxkGvtO0s_c7T7fGxNPZZ4P_ynwb2XJ5g)

## VEDLEGG

### Vedlegg 1 : Kvalitetsvurdering av artikler; CASP

Artikkel:	Er formålet med studien klart formuleret?	Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Er etiske forhold vurderert?	Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Er funnene klart presentert?	Hvor nyttig er funnene fra denne studien?
Lindqvist, Lindberg, Nilsson, Uustal & Persson (2019)	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Lindqvist, Persson, Nilsson, Uustal & Lindberg (2018)	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Priddis, Schmieid & Dahlen (2014)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Skinner, Barnett & Dietz (2018)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Williams, Lavender,	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Richmond & Tincello (2005)										
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## **Vedlegg 2: Epistel**

Valg av tema og problemstilling er gjort på bakgrunn av egne erfaringer i praksis. Her har vi begge opplevd at seksuell helse sjeldent er et tema som tas opp. Samtidig har vi også sett en mangel på informasjon om dette til kvinner med alvorlige fødselsrifter. Derfor ønsket vi å gjøre denne litteraturstudien. Vi ville få økt kunnskap innen temaet, da vi synes det er viktig, og bruke det i vår kommende karriere som nyutdannede jordmødre.

Å jobbe med denne masteroppgaven har vært svært lærerikt, men samtidig utfordrende. Vi har sett på det som en stor fordel å være to under denne prosessen. Spesielt med tanke på at vi har kunnet diskutere og kommet frem til avgjørelser sammen. Begge har bidratt til å utforme hvert kapittel sammen. Det kan ses på som en fordel og en ulempe at vi har samarbeidet tett om alle arbeidsoppgavene, i stedet for å fordele dem mellom oss. Det har nok ikke vært tidsmessig hensiktsmessig, men samtidig har vi gjort arbeidet svært grundig. Vi har utfyllt hverandre med ulike egenskaper, med tanke på kunnskap og ferdigheter. Alt fra erfaringer i praksis til digitale ferdigheter. Vi er begge enige om at arbeidsfordelingen har vært rettferdig fordelt. Dette har vi gjort via nett, eller sittet sammen fysisk. Forfatterne har begge lest gjennom oppgaven flere ganger de siste ukene før levering og alle endringer ble gjort i fellesskap. En slik type oppgave har vært utfordrende å sette seg inn i, men samtidig utrolig spennende. Vi har begge lært mye nytt om forskning og metode som vi tar med oss videre inn i arbeidslivet.