

# Masteroppgave

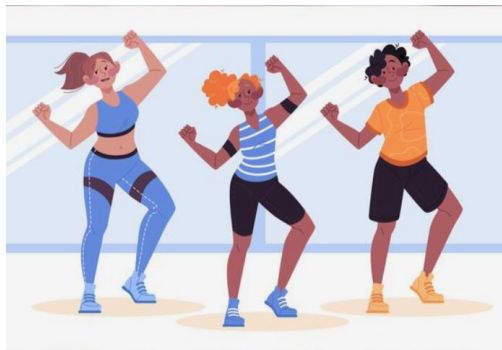
Masterstudium i fysioterapi

Mai 2021

## «Vi er i samme båt»

Hvordan opplever kvinner med svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter

å trene i gruppe?



Kilde: Freeik.com

Kandidatnavn: 220, Ingrid Haugan Thorsnes  
Emnekode: MAFYSD5900

Antall ord: 24 957

**Fakultet for helsevitenskap**  
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

## Innhold

|  |    |
|--|----|
| Sammendrag .....   | 4  |
| Abstract .....   | 6  |
| Forord .....   | 8  |
| 1.0 Innledning og bakgrunn .....   | 9  |
| 1.1 Ansats .....   | 9  |
| 1.2 Bekkenleddsmerter og tidligere forskning .....                         | 11 |
| 1.2 Å være gravid kvinne med bekkenleddsmerter i det moderne samfunn ..... | 13 |
| 1.3 Å være nybakt mor med bekkenleddsmerter i det moderne samfunn .....    | 15 |
| 1.4. Behandling av svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter .....           | 18 |
| 1.5 Hensikt og problemstilling .....                                       | 19 |
| 2.0 Teori .....  | 21 |
| 2.1 Erving Goffmans teori om menneskelig samhandling .....                 | 21 |
| 2.1.1 Opptreden og rolle .....   | 21 |
| 2.1.2 Lagopptreden - gruppedynamikk .....                                  | 22 |
| 2.1.3 Goffmann i helsefagene .....   | 23 |
| 3.0 Metode.....  | 26 |
| 3.1.Min førforståelse – veien inn i prosjektet.....                        | 26 |
| 3.2 Valg av metode.....  | 27 |
| 3.5 Datainnsamling .....   | 31 |
| 3.6 Analyse .....  | 33 |
| 3.8 Etikk.....   | 35 |
| 4.0 Resultat.....  | 37 |
| 4.1 Ramme og rolle .....   | 37 |
| 4.2 Veien inn i gruppetrening .....  | 37 |
| 4.2.1 «Er det normalt?».....   | 38 |
| 4.1.2 «Sprek, sterk og fresh på et par uker» - Morsrollen.....             | 40 |

|   |    |
|---|----|
| 4.1.3 Forhandlingen inn i gruppetreningen – pasient eller frisk? .....                  | 41 |
| 4.1.4 Sammendrag .....  | 42 |
| 4.2 Stilen i gruppene .....   | 43 |
| 4.2.1 Pasientrollen.....  | 44 |
| 4.2.2. Morsrollen.....  | 49 |
| <i>Rollen som gravid med bekkenleddsmerter - bassenggruppen.....</i>                    | 49 |
| <i>Rollen som mor med bekkenleddsmerter .....</i>                                       | 51 |
| 4.2.3 Rollen som sprek og aktiv mor .....   | 53 |
| 5.2.4 Sammendrag .....  | 54 |
| 5.0 Diskusjon.....  | 55 |
| 5.1 Samfunnet som «front stage» for rollen som gravid og nybakt mor .....               | 56 |
| 5.1.1 Å være «passe kvinne» når man er gravid med bekkenleddsmerter.....                | 56 |
| 5.1.2 Å være «passe kvinne» når man er nybakt mor med bekkenleddsmerter.....            | 58 |
| 5.1.3 Forhandling om rolle i lys av Goffmans rolleteori .....                           | 59 |
| 5.2 Gruppetrening som «back stage» området– «Komme tilbake til seg selv» .....          | 60 |
| 5.2.1 Gruppetrening som trygt «back stage området». .....                               | 60 |
| 5.2.2 Gruppetrening som et «back stage»-forberedelses sted til scenen ute i samfunnet . | 61 |
| 5.2.3 Gruppetrening som «front stage» for den «tredje rollen».....                      | 62 |
| 5.3 Kliniske implikasjoner.....   | 63 |
| 5.4 Metodediskusjon.....  | 64 |
| 5.4.1 Validitet.....  | 65 |
| 5.4.2 Reliabilitet.....   | 67 |
| 5.4.3 Overførbarhet .....   | 68 |
| 6.0 Konklusjon: .....   | 70 |
| Vedlegg 1 .....   | 76 |
| Vedlegg 2 .....   | 78 |
| Vedlegg 3 .....   | 80 |

|                 |    |
|-----------------|----|
| Vedlegg 4 ..... | 82 |
| Vedlegg 5 ..... | 84 |
| Vedlegg 6 ..... | 85 |

## Sammendrag

Bakgrunn: Korsrygg- og/eller bekkenleddsmerter er en vanlig svangerskapsrelatert plage, og omtrent 50% av alle kvinner opplever slike smerter i løpet av svangerskapet, om lag 20% av dem har bekkenleddsmerter. Prognosen er god, men for en del kvinner vedvarer smertene etter fødsel. De europeiske retningslinjene for behandling av bekkenleddsmerter anbefaler å gi kvinnene grundig informasjon og individuelt tilpasset treningsprogram, veiledet av fysioterapeut. Trenden i behandlingsmiljøet har vært individualisert behandling, men blant avtalefysioterapeuter har bruken av gruppebehandling økt. Det er begrenset kunnskap om effekt av gruppetrening for kvinner med bekkenleddsmerter, og vi mangler også kunnskap om gruppetrening sett fra perspektivet til kvinnene som deltar.

Formål: Hensikten med studien var å belyse hvordan kvinner med bekkenleddsmerter opplever å delta i gruppetrening.

Metode: En kombinasjon av observasjon og intervju ble valgt. Det ble observert fem gruppetreninger, for å få innledende kunnskap om gruppene. Fire av kvinnene som deltok ble intervjuet om deres opplevelse av å delta i gruppetrening. Intervjuene ble transkribert, og analysert ved hjelp av tematisk analyse. Det teoretiske rammeverket var Goffman sin teori om rollespill i det daglige.

Resultat: Analysen kom frem til to temaer: 1) Veien inn i gruppetrening, og 2) Stilen i gruppen. Det første tema handler om hvordan kvinnene opplevde at det å ha bekkenleddsmerter kolliderer med rammen for rollen som moderne gravid kvinne eller nybakt mor ute i samfunnet. Det andre tema handler om hvordan kvinnene opplever rammen i gruppen som helt annerledes. I gruppen opplevde kvinnene at de hadde noen å samarbeide med om rollen som gravid og mor med bekkenleddsmerter, og de følte seg trygge i rollen som pasient. De sosiale reglene, «Her tar vi utgangspunkt i oss selv» og «Her konkurrerer vi ikke», ivaretok kvinnenes verdighet og gjorde det mulig å glemme seg selv og konsentrere seg om rollen som gravid eller mor, og rollen som aktiv kvinne.

Konklusjon: I oppgaven drøftes hvordan kvinnenes opplevelse av å være gravid eller nybakt mor med bekkenleddsmerter fremhever ulike forventninger og aktuelle diskurser knyttet til gravid kvinners deltagelse i samfunnet, og til barselrollen. Funnene viser at kvinnene opplever gruppen som et trygt sted å trene, hvor de møter andre i samme situasjon, og hvor de føler de blir ivaretatt av fysioterapeuten. Sammen skaper kvinnene en «tredje rolle», som de opplever mangler ute i samfunnet, hvor deres behov for tilpasning og hensyn i forbindelse med

svangerskapet og fødsel blir ivaretatt. Gruppetrening for denne pasientgruppen kan, i tillegg til å tilby en treningsintervensjon som kan føre til bedring, derfor fungere som et uformelt hjelpesystem for kvinnenes «skjøre Selv».

## **Abstract**

**Background:** Lumbopelvic pain is a common pregnancy complaint, and about 50% of all pregnant women experience having lumbopelvic pain during pregnancy. 20% of them have pelvic girdle pain. The prognosis is excellent postpartum, but for some women the pain persists after delivery. The European guidelines for diagnosis and treatment of pelvic girdle pain recommend individualized exercise in pregnancy, and an individualized treatment program, focusing on stabilizing exercise as a part of a multifactorial treatment, postpartum. Among physiotherapist and scientist individualized treatment has gain much attention the last couple of years, but at the same time the use of group intervention in primary care has increased in Norway. There is limited evidence for the use of group intervention for women with pelvic girdle pain, and little knowledge about the patients experiences with group intervention.

**Purpose:** The aim of this study was to elucidate how women with pelvic girdle pain experience to participate in a group intervention.

**Methods:** The data comprise observational notes from five group training session, and semi-structured interviews with four women with pelvic girdle pain participating in the group interventions. The interviews were audio-recorded and transcribed, and analyzed with thematic analysis. The theoretical framework for the analysis was influenced by Goffman`s dramaturgical theory of social action.

**Results:** To main theme were identified from the patients experiences with group intervention. 1)The road into group intervention; 2) The style of the group. The first theme describes how the women feel that there is an expectation to perform as usual throughout pregnancy and to be fit right after birth. The ideal role is difficult to live up to when you have pelvic girdle pain. The second theme describes how the women feel that the rules and roles are different in the group. In the group they meet other women in the same situation, and they feel safe when the physiotherapist guides them in their exercises. The social rules safeguard the women`s dignity and makes it possible to forget their problems and to take the role as a fit mother.

**Conclusion:** This study highlights how women with pelvic girdle pain in pregnancy and postpartum, relates to different expectations and body discourses related to pregnant women`s participation in modern society, and to the maternity role.

The findings shows that women experience group intervention as a safe place to exercise, were they meet other women in the same situation, and were they feel taken care of by the physiotherapist. Together they created a “third role” which they feel is lacking in the society, were the need for adjustments and consideration in relation to pregnancy and to the maternity role is taken care of. In addition to offering an exercise intervention that is evidence based, the group intervention can also be seen as a help system for the women`s “fragile Self”.



## Forord

Da var jeg endelig i mål! Det har vært en veldig spennende, utfordrende og ikke minst lærerik prosess å skrive denne masteroppgaven. Ved oppgavens slutt er det mange som fortjener en takk.

Først og fremst vil jeg takke mine veiledere, Hedda Eik og Line Blixt, for uvurderlig veiledning underveis. Takk for at dere hele tiden har hatt troen på meg og på prosjektet mitt. Dere har gitt meg støtte og vist engasjement gjennom hele denne prosessen. Takk for at dere har delt raust med deres kunnskap, og at dere har vist vei inn i et nytt og spennende, teoretisk landskap.

Jeg vil også takke alle fysioterapeutene som åpnet gruppetreningen for meg, og alle kvinnene som tok seg tid til å dele sine erfaringer med å delta i gruppene. De er utgangspunktet for denne oppgaven.

Jeg vil takke mine kollegaer på, Arkaden Fysioterapi, som har bidratt til at jeg har kunnet være fleksibel i perioden jeg har skrevet denne oppgaven. Takk til Kari Danielsen for korrekturlesing. En stor takk til min kjære mor, som har sluppet alt hun har i hendene, og blitt med på «brainstorming» og bidratt med ett blikk «utenfra» på oppgaven når det har vært nødvendig.

Takk til Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for utdanningsstipend.

Den aller største takken går likevel til den lille familien min, som er mine største støttespillere, og som under hele prosessen har minnet meg på hva som er det viktigste i livet. Til min kjæreste Sondre, takk for at du har tatt deg av familien Thorsnes AS, mens jeg har vært i «master-bobla» mi. Uten deg ville jeg aldri klart det! Og takk, kjære Sofie og Markus, som jeg tror er like klar som meg for litt mer stabilt humør og energi på hjemmebane. Nå er mamma endelig ferdig!

Skien, mai 2021

Ingrid Haugan Thorsnes

## 1.0 Innledning og bakgrunn

### 1.1 Ansats

*Det er torsdag formiddag og Eva gleder seg til å dra på trening. Helt siden hun ble gravid har ikke kroppen fungert godt i hverdagen. Midt i svangerskapet kjente hun de samme bekkensmertene som hun hadde hatt i det første svangerskapet. Den gangen hadde kroppen kommet seg fortere etter fødselen, men nå kjennes kroppen fremdeles svak og vond, og musklene slappe. Hun går bort til datteren for å løfte henne opp fra leketeppe og over i bilsetet. Hun vegrer seg litt før hun løfter henne. Hun har flere ganger opplevd hoggende smerter lavt i korsryggen når hun har løftet datteren sin. Noen ganger har hun vært redd hun skal miste datteren i gulvet. Hun tenker på det hun har lært av fysioterapeuten og trent på i gruppetreningen, «bøy i hoften, aktiver magen og pass på svaien». Det går fint denne gangen. Hun kjenner at hun er blitt sterkere etter hun startet å trene. Av og til har hun vært motløs og usikker på om hun vil få tilbake den gamle spreke kroppen sin. Men fysioterapeuten har hele tiden hatt troen, og det har hjulpet. Hun ser på klokken. «Ikke verst», tenker hun, «nå kommer vi tidsnok til treningen for en gang skyld».*

*Hun løfter bilsetet opp, tenker på teknikken. Bruker beina, som hun kjenner er blitt sterkere. Det var kanskje det som overrasket henne mest med treningen, at de trente styrke for bena. Men hun kjenner nå at hun trenger styrken, nå når datteren er blitt så tung. I det de skal gå ut til bilen så kjenner hun lukten av bæsjebleien. «Typisk» sier hun og smiler litt oppgitt til den lille sjarmøren som ser uskyldig opp på henne. «Ja, da får vi komme litt sent i dag, da». Heldigvis har fysioterapeuten vært tydelig på at det er greit. «Sånn er det å bli mamma» har hun sagt, «dere må skifte bleie, amme og passe på at barnet har det bra. Noen ganger skjer det rett før dere skal dra, og noen ganger i treningstimen. Sånn er det bare». Det er godt at hun gjentar det nesten hver treningstime, tenker hun. Da blir det til slutt en regel.*

*Hun kommer ti minutter for sent. De andre har startet. Når hun kommer inn i den lille treningssalen på fysioterapiklinikken smiler fysioterapeuten til henne og sier «Velkommen». Eva forter seg å si unnskyld for at hun er sen og forteller at det ble bleieskift i siste liten. De andre deltagerne smiler forståelsesfullt til henne. «Ja det er typisk» sier fysioterapeuten og ler litt. «Sånt skjer». «Vi har begynt å varme opp litt, men jeg setter deg i gang når du har kommet deg på plass» sier hun. Heldigvis har datteren sovnet i bilsete, og Eva setter det forsiktig ned i håp om at hun ikke våkner. Hun kler raskt av seg og gleder seg til å komme i gang. Det er egentlig ganske rart, for hun har aldri likt å trene i gruppe egentlig. Hun liker best å trene ute, for seg selv. Men her er det annerledes. Her er det ikke krav om at en skal*

*holde takten til musikk eller presse seg for hardt, slik hun opplever det på treningssenter. De gjør øvelsene med ryggen til speilet og uten musikk, og fysioterapeuten er opptatt av at de skal ta utgangspunkt i seg selv, og følge eget tempo. Det passer henne perfekt akkurat nå.*

*Hun finner frem en matte og legger seg ned. Fysioterapeuten setter henne i gang. Øvelsene de gjør er litt kjedelige, tenker Eva. Men hun kjenner de er riktige. Målet er at hun skal få en sterk kropp som fungerer i hverdagen, være aktiv med barna sine og få tilbake kroppen slik den var. De trener musklene rundt bekken og rygg, og sår skuldermuskulatur fra ammingen. Fysioterapeuten er flink til å forklare hvorfor de gjør øvelsene og passe på at de gjør de riktig. Hun går rundt og veileder. «Kjenner dere det i setemuskelen?» spør hun. «Jeg vet ikke» sier en av kvinnene, og fysioterapeuten går bort til henne. Hun guider bevegelsen hennes og viser hvor hun skal kjenne det. «Denne muskelen er viktig for stabiliteten i hofta og bekken, og er en muskel som ofte blir svak hvis man har vagget litt i svangerskapet». Hun viser vaggende gange, og deltagerne ler litt. Eva ler også, hun kjenner igjen gangmønsteret. Det var sånn hun gikk på slutten.*

*Når de skal over til neste øvelse kommer fysioterapeuten bort til Eva. «Når de andre gjør den øvelsen her, kan du ta ballen mellom bena og presse sammen. Det er bedre for symfyen din» sier fysioterapeuten og smiler til henne. Fysioterapeuten kjenner henne godt. Hun behandle henne under svangerskapet og undersøkte henne etter fødsel før hun startet i gruppetreningen. Innimellom får hun litt behandling på benken for de bakre bekkenleddene når de krangler litt ekstra. Det har vært viktig, tenker Eva, at fysioterapeuten kjenner til plagene hun sliter med. Hun stoler på at fysioterapeuten gir henne trygge og riktige øvelser, og at hun veileder henne i hvor mye hun kan presse seg. Heldigvis er det ikke om å gjøre å presse seg hardest her i denne timen. Fysioterapeuten er flink til å minne alle på at de skal ta utgangspunkt i seg selv, og at det er lov å gi seg på seks gjentakelser hvis det kjennes nok. Likevel klarer hun ikke la være å se bort på de andre og sammenligne seg litt. Hun må innrømme at det er litt motiverende når andre også sliter med øvelsene, eller klager. Sist trening hadde en av de andre mammaene klagd litt når hun gjorde øvelsen. «Åååå, så kjedelig. Skal det gjøre så vondt? Jeg er så sliten», hadde hun sagt. Da hadde alle smilt og ledd litt. Det lettet litt på stemningen, tenkte hun, og fungerte som forsiktig heiarop. Ikke sånn høylytt mesternes mester, men mer støttende. De er i samme båt.*

I den kursive teksten ovenfor har jeg beskrevet en formiddag for en fiktiv pasient. Tankene og opplevelsen har jeg satt sammen av samtaler jeg har hatt med fire kvinner med bekkenledd- og/eller korsryggmerter i forbindelse med svangerskapet, samt observasjoner av forskjellige

treningssgrupper for kvinner som har født eller er gravide. Mine observasjoner viser et spenn i tilbudene som er tilgjengelig for kvinner som er gravide og som har født, men i den fiktive teksten ovenfor har jeg hovedsakelig brukt observasjoner fra to behandlingsgrupper for kvinner med korsrygg- og bekkenleddsmerter etter fødsel.

I det neste kapittelet vil jeg gi en gjennomgang av bakgrunnen for dette prosjektet, som har hatt til hensikt å undersøke hvordan kvinner med svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter opplever å trene i gruppe. Erfaringene har jeg ønsket å forstå i lys av de gjeldene graviditet- og barselrollene i dagens moderne samfunn. Nedenfor vil jeg først utdype hvordan bekkenleddsmerter blir forstått utfra et biomedisinsk perspektiv, hvor jeg vektlegger forskning knyttet til forekomst, årsak, terminologi og prognose. For å få frem bekkenleddsmerterers kulturbundne karakter vil jeg deretter beskrive hvordan det er å være gravid og nybakt mor i Norge i dag. Jeg vil se på kvinners rolle knyttet til svangerskap opp mot et historisk og kulturelt perspektiv, og komme inn på aktuelle samfunnsdebatter og tidligere forskning på feltet.

## 1.2 Bekkenleddsmerter og tidligere forskning

Bekkenleddsmerter er en tilstand som oftest er knyttet til svangerskap, men kan også oppstå i forbindelse med traumer eller artritt/osteoartritt(1). De europeiske retningslinjene definerer bekkenleddsmerter som smerter fra bekkenets muskel- og skjelettsystem, som ikke har opphav fra urologiske eller gynekologiske sykdommer(1). Bekkenleddsdiagnosen blir stilt etter å ha utelukket korsryggsmerter. Korsryggsmerter blir definert som smerter mellom 12. ribben og glutealfolden, mens bekkenleddsmerter defineres som smerter mellom bakre iliumkant og glutealfolden, spesielt i området rundt iliosacralleddet og symfyisen(1). Smertene kan også radiere ned i lårene. Korsryggsmerter og smerter i bakre bekkenledd (is-leddene) kan identifiseres som to ulike smertetilstander, selv om det er en del overlappende trekk(1). Dette gjøres gjennom en god klinisk undersøkelse, hvor smertetegning, inspeksjon, funksjonstester og provokasjonstester inngår(1, 2). Det finnes ingen gullstandard for diagnostisering av bekkenleddsmerter i dag(3), men smerteprovokasjonstesten P4 (posterior pelvic girdle pain provokation test) har høyest reliabilitet(3), og har vist gode resultater i å differensiere mellom ryggsmerter og bekkenleddsmerter(4).

I tidligere forskning har forekomsten av svangerskapsrelaterte bekkenledds- og/eller korsryggsmerter blitt rapportert til mellom 4-76.4%(5). Årsaken til variasjon i tallene er at det er brukt ulike kriterier for diagnostisering, ulik bruk av termer og forskjellig studiedesign.

Basert på sterk evidens, anslår de europeiske retningslinjene at om lag 50% av alle gravide kvinner opplever korsrygg- og/eller bekkenleddsmerter i graviditeten, 20% av dem har kun bekkenleddsmerter(1). Smertene kan variere fra milde til sterke smerter med mer eller mindre alvorlig funksjonsnedsettelse, og en systematisk oversikt anslo at 45% av kvinnene som rapporterte korsrygg- og bekkenleddsmerter under svangerskapet hadde milde smerter, 25% sterke smerter og 8 % av dem hadde alvorlig funksjonsnedsettelse(5). Samme studie anslo at omtrent 80 % av kvinner som hadde korsrygg- og bekkenleddsmerter etter fødsel hadde milde smerter, og 7 % alvorlige symptomer(5). Det er enkelte studier som viser til at kvinner med bekkenleddsmerter ofte har mer smerter og større funksjonssvikt, sammenlignet med de som kun har korsryggsmerter(6, 7). Bekkenleddsmerter provoseres ofte av daglige aktiviteter som å stå, gå eller sitte, samt løfte, gå i trapper, ligge flatt på ryggen og snu seg i sengen(1).

Hos gravide debuterer ofte bekkenleddsmertene rundt uke 18 og ofte med forverring mellom uke 24-36, men smertene kan også oppstå i første trimester eller så sent som 3 uker etter fødsel(5). Prognosen er god for de aller fleste kvinnene etter fødsel, og i den store norske populasjonsbaserte mor-barn undersøkelsen (MoBA) fant de at 78 % av de som hadde plager i graviditeten var bedre innen de første 6 månedene(8). Det var 18.5% av kvinnene som fortsatt hadde smerter i ett av bekkenleddene, 3% i alle tre bekkenledd (bekkenledds syndrom) og 0.5% rapporterte alvorlige smerter i alle tre bekkenledd(8). Albert og medarbeidere fant i en studie at 1-3 % fortsatt hadde smerter 2 år etter fødselen(9).

Til tross for at det har blitt forsket mer på svangerskapsrelaterte bekkenledd- og korsryggsmerter de siste tiårene, er årsaken til smertene fremdeles uklar. Årsaken er mest sannsynlig sammensatt, og mulige forklaringer er hormonelle, biomekaniske, mangelfull motorisk kontroll, stress av ligamentstrukturer og psykososiale forhold (1, 5, 10). I Norge i dag benytter primærhelsetjenesten ICPC-2 til dokumentasjon av kontaktårsaker, helseproblemer og diagnoser, og her brukes terminologien bekkenløsning. Denne betegnelsen gir et inntrykk av at noe er løst og kan være et uheldig bilde for pasientene (2). Bekkenløsning er en normal fysiologisk prosess under svangerskapet som ikke skal gi funksjonshemmende plager. Svangerskapshormonet relaksin gir den fysiologiske bløtgjøringen av ligamenter rundt bekkenleddene, noe som igjen kan påvirke vektoverføringen og skjæringskreftene i bekkenet (1, 5, 10). Studier viser ingen entydig sammenheng mellom relaksin-nivå og smerter (11). Det er vist at de som har bekkenleddsmerter har større mobilitet i bekkenleddene under og etter svangerskap enn friske kontrollpersoner(12), men mobilitet kan ikke benyttes som et diagnostisk kriterium da det er store individuelle variasjoner mellom individer. Årsaken til

bekkenleddsmerter er fremdeles uklar og mest sannsynlig sammensatt. I en systematisk oversikt av Wu og medarbeidere(5), foreslås det derfor at man bruker termer som ikke viser til årsak, men til å definere symptomer. Pelvic Girdle Pain er en vanlig brukt internasjonal term som skiller bekkenleddsmerter fra andre smerter knyttet til bekkenet og til korsryggen. Dette blir oversatt til bekkenleddsmerter på norsk og er den termen jeg har valgt å bruke i min oppgave.

## 1.2 Å være gravid kvinne med bekkenleddsmerter i det moderne samfunn

Bekkenleddsmerter i forbindelse med svangerskap har vært kjent innen medisinen i siden 400.f.kr, men årsaken er fremdeles uklar(13). Det har tidligere være en oppfatning om at diagnosen er spesifikk for kvinner i Skandinavia, og at tilstanden er hyppigere representert i disse landene på grunn av et godt velferdssystem(14). Denne oppfatningen ble undersøkt av Bjørklund og medarbeidere når de sammenlignet forekomsten av bekkenleddsmerter mellom to Europeiske steder og to Afrikanske steder. Funnet avkreftet at forekomsten var hyppigere i Skandinavia, og flere studier har vist at bekkenleddsmerter finnes i hele verden(15). Hvordan bekkenleddsmerter påvirker kvinner verden rundt kan være forskjellige fra hvilke kultur kvinnene lever i(14). Bekkenleddsmerter bør derfor ikke bare forklares og forstås utfra et biomedisinsk perspektiv, men også i lys av kvinnenes kulturelle livskontekst.

Forventningene knyttet til graviditetsrollen har endret seg kraftig i løpet av 1900-tallet. Tidligere ble graviditet sett på som en sykdom og gravide kvinner ble definert som pasienter. Kvinnene ble anbefalt å holde seg i ro, siden svangerskap og fødsel ble sett på som en stor risiko for kvinnene og for barnet, og dødeligheten var stor(16). I takt med den medisinske utviklingen og redusert dødelighet på 1930-tallet og frem til i dag, har fokuset på svangerskapsomsorgen gått fra å forebygge sykdom til mer helsefremmende arbeid, og i dag ses graviditeten på som en naturlig tilstand(16). Gravide kvinner blir i dag fulgt opp gjennom svangerskapsomsorgen som har som mål «å bidra til en helsefremmende livsstil og å redusere sykkelighet og barne- og mødredødelighet»(17). Gjennom svangerskapsomsorgen får gravide kvinner bla. konkrete råd om kosthold og om å fortsette å holde seg aktive med fysisk aktivitet og trening med moderat intensitet(17). Graviditetsrollen kan på den måten sies å ha gått fra å tidligere bli sett på som en sykerolle, til å i dag bli sett på som en friskrolle. I en norsk studie av Haukeland Fredriksen og medarbeidere, fant de at styrke og fitness under svangerskapet blir presentert som ideal i Norge(18). I kontrast til idealrollen viser funn fra den store mor og barn undersøkelsen i Norge at gravide kvinner er mindre aktive under svangerskapet enn de var før de ble gravide(19).

Likestillingen i Norge er kommet langt, og i dag er det tilnærmet like mange kvinner som er aktive i arbeidslivet som menn(20). Det betyr at de fleste kvinner i Norge i dag vil måtte kombinere graviditet og arbeid. Tross at graviditeten er en normal tilstand, kan det for mange kvinner oppleves som en krevende tid med fysiske utfordringer og endringer i psykisk og sosiale forhold. Alstveit og medarbeidere(21) undersøkte hvordan førstegangsgravide kvinner opplevde å stå i jobb og hvilke forventninger de hadde til morsrollen. Funnene viste at kvinnene var overrasket over hvor slitne de ble i graviditeten, og opplevde vanskeligheter med å tilpasse seg graviditeten og yrkesrollen, og flere av kvinnene følte seg overbelastet. Det forventes i dag at gravide kvinner holder seg i jobb frem til 3 uker før fødsel når fødselspermisjonen starter, så lenge de holder seg friske. Arbeidsmiljøloven gir krav til arbeidsgiver om å legge til rette for at gravide kvinner skal kunne fortsette sitt normale arbeid uten fare for skade på foster eller kvinnen selv(22). Hvis slik tilrettelegging ikke er mulig, kan man ha rett til svangerskapspengene, hvis arbeidet, eller forhold på arbeidsplassen, medfører risiko for skade på fosteret(22). For kvinner som har plager utover vanlige svangerskapsplager kan man ha rett til sykemelding, ifølge sykemeldingsveilederen(23).

Ifølge en populasjonsstudie fra Norge ble 75.3 % av gravide kvinner sykemeldt i løpet av svangerskap (24). Vanligste årsaker til sykemeldingene var søvnproblemer, bekkenleddsmerter, kvalme og oppkast(24). Dette er plager som ofte blir beskrevet som normale svangerskapsplager. Likevel vitner en økning i sykemelding i løpet av svangerskapet, blant annet relatert til bekkenleddsmerter, at smertene går fra å bli sett på som en normal tilstand som kvinnene må tåle, til å bli vurdert som en patofysiologisk tilstand som krever sykemelding(25). Bekkenleddsmerter som i utgangspunktet påvirker den enkelte kvinnes daglige liv, kan derfor kaste lys over viktig samfunnsmessige utfordringer i forhold til svangerskapsomsorgen og kvinners deltagelse i det moderne samfunn.

De seneste årene har det tilkommet en del kvalitative forskningsstudier som undersøker kvinnes opplevelse av å leve med bekkenleddsmerter. Forskningen som blir vist til her er tatt fra en systematisk oversikt som gjennomgår 8 kvalitative studier som omhandler opplevelsen av å leve med bekkenleddsmerter under og etter svangerskapet(26). Studiene er hovedsakelig fra Skandinavia og England. Funnene fra denne oversikten viser at kvinner med bekkenleddsmerter i graviditeten strever med å klare hverdagsaktiviteter som husarbeid, husvask og barnepass, på grunn av smertene. De opplever endret rolle i hjemmet, siden de blir mer avhengig av hjelp fra partner. De opplever negativt stress og frustrasjon over å være avhengig av andre, og er triste over å ikke kunne delta i aktiviteter på samme måte som de

gjorde før. Mange opplever dårlig samvittighet for å ikke nyte graviditetsrollen slik det ble forventet.

Funnene beskriver videre hvordan kvinnene sliter med å opprettholde normal standard på jobb pga. smerter, og flere opplever at de må gjøre tilpasninger på jobb og/eller redusere arbeidstid. Kvinner i Skandinavia opplever en usikkerhet om bekkenleddsmertene blir sett på som en gyldig grunn til å tilpasse jobb, eller sykemelde seg. Enkelte opplever at de blir oppfattet som late på jobb, mens andre blir møtt med forståelse. Kvinnene opplevde at deres profesjonelle identitet ble påvirket når de måtte redusere arbeidstid eller sykemelde seg. Å leve med bekkenleddsmerter kan derfor sies å påvirke hele kvinnenens liv, både fysisk, psykisk og sosialt.

### 1.3 Å være nybakt mor med bekkenleddsmerter i det moderne samfunn

Barseltiden er et begrep som brukes om den tiden man antar at kvinnekroppen trenger for å komme seg etter svangerskap og fødsel. Vanligvis beskrives perioden som seks uker(27). Å bli foreldre innebærer å endre livsstil og gjøre endringer, og de aller fleste familier med nyfødte barn har behov for oppfølging, råd og veiledning i sine nye roller(27). I Norge får man denne oppfølging gjennom barselomsorgen, som innbefatter et samarbeid mellom sykehus, helsestasjon, almennelege- og jordmørtjenesten og andre helse- og sosialfaglige tjenester(27). En god barselomsorg er tilgjengelig for brukerne, og tar individuelle hensyn til familiens, morens og spedbarnets behov(27). En pilotundersøkelse fra Ahus i 2011, undersøkte hvordan kvinner og deres partnere opplevde svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen. Resultatene viste at de fleste hadde gode erfaringer med tjenesten, men at det var forbedringspotensial på flere områder. Blant annet ble det påpekt at kvinner og partnere var mindre fornøyd med informasjonen de mottar gjennom tjenestene. Ifølge retningslinjene for barselomsorg(27) er det store ulikheter for hvordan kommunene ivaretar barselomsorgen, og tilfredsheten vil derfor også variere fra sted til sted. I retningslinjene rettes det blant annet bekymring for at kort liggetid etter fødsel kan føre til stress for familier, og at jordmortilbudet varierer veldig.

Hensikten med retningslinjene for barselomsorgen er å gi anbefalinger for barseltiden med hovedvekt på de aller første ukene etter fødsel(27). Anbefalingene kategoriseres fra svak til sterk, utfra kunnskapsgrunnlaget de er utviklet på bakgrunn av. Relevant for dette prosjektet er anbefalingen som blir gitt til oppfølgingen av kvinner med bekkenleddsmerter etter fødsel. I retningslinjene gis det en sterk anbefaling om at kvinner med vedvarende bekkenleddsmerter



etter fødsel skal ta kontakt med fastlege og henvises til fysioterapeut. Kvinnen må selv ta kontakt, og siden fastlegen ikke lenger har henvisningsplikt til fysioterapeuten i dag må kvinnen finne en fysioterapeut selv.

De siste årene har det vært et økt fokus på oppfølging av barselkvinner i sosiale medier gjennom emneknaggene som #bekkensjekken og #barseloppøret. I september 2018 startet Oda Weider-Krog kampanjen #bekkensjekken(28). Målsetningen var å øke bevisstheten rundt bekkenleddsmerter i og etter svangerskapet. Basert på hennes egne erfaringer med bekkenleddsmerter, og hennes opplevelse med å ikke få hjelp for en plage mange anser som normal, fanget hun oppmerksomheten til mange kvinner og helsepersonell. I etterkant av kampanjen har det blitt publisert flere artikler og kronikker i aviser som både støtter, men også retter et litt kritisk blikk mot kampanjen. Helene Furnes i Jordmorforbundet sier til TV2(29) om kampanjen at kvinner; «lever i en verden i dag med sosiale medier og press fra alle kanter hvor det nærmest er forventet at vi bare skal sprette opp av fødesengen og være sånn som vi var før. Slik er det ikke». Hun påpeker at det trengs en styrking av jordmortjenesten, slik at kvinnene blir godt nok ivaretatt. I samme intervju støtter influencer Stine Næss-Hartmann kampanjen og sier at: «Under svangerskapet får man god oppfølging, under seksukerskontrollen er det bare babyen som får den gode oppfølgingen. Da opplever jeg at kvinnen sitter der og ikke helt vet hvem hun skal gå til». Samme influencer skriver i et innlegg på NRK ytring, at kvinner fortjener å få sjekket bekkenet ved seksukerskontrollen, og ikke bare snakke om prevensjon(30). Dette gjorde at fastlege Kari Løvdahl Mogstad svarte i en replikk(31), at hun var redd bekkensjekken er en trend som påvirker barselkvinner til å bli enda mer stresset og gjør at barselkvinner tror de må ta en bekkensjekk, selv om de ikke helt vet hva det er. Hun ytrer en bekymring for at en slik kampanje kan føre til mer helseangst enn helsegevinst. Dette startet en debatt hvor Mogstad får kritikk fra flere hold, og fører til at Mogstad utdyper hva hun mener i et nytt innlegg i Dagsavisen; «jeg mener fortsatt at mye av den frustrasjonen og usikkerhet som kvinnene føler skyldes en kombinasjon av en «informasjonsflom» på sosiale medier, og en stadig mer hektisk tid på barsel, der usikre fødende ikke får den nødvendige tid, ro, informasjon og ballast som de trenger når de drar hjem med en sliten barselkropp»(32).

Kampanjen #barseloppøret(33) som startet i februar 2021 av to mødre, Cecilie Ingulstad og Aida Leistad Thomassen, vitner om at enkelte kvinner opplever mangler i barselomsorgen i Norge i dag. Bakgrunnen for at de startet Barseloppøret sier de er «egne erfaringer med barselomsorgen». De viser til at barselomsorgen har vært preget av nedprioritering,

nedskjæring og manglende ressurser, og de krever mer penger, nok folk og nok plass. For kvinner med bekkenleddsmerter innebærer denne nedskjæringen blant annet at kvinner møter færre fysioterapeuter på helsestasjonen. Tidsskriftet Fysioterapeuten satt søkelys på kvinnehelse i et av sine nummer i 2020(34), hvor kvinneforsker og fysioterapeut Britt Stuge ytrer en bekymring for at kvinner som er gravide og har født søker sin informasjon fra mammatrenere og bloggere i dag, i mangelen på fysioterapeuter på helsestasjonen. Professor Kari Bø støtter dette i samme artikkel, og er redd for at kunnskapen om at fysioterapeuter kan hjelpe kvinner med bekkenleddsmerter er blitt borte. Stuge sier «Kvinner fortjener evidensbasert behandling. De må få råd fra helsepersonell som vet hva de snakker om». Hun er opptatt av at mye av informasjonen ute på internett er feil og kan bidra til at kvinnene blir dårligere. Begge nestorene maner til et nasjonalt løft, og håper at Norsk Fysioterapiforbund vil sette kvinnehelse generelt og gravide spesielt på kartet. Helse- og omsorgsminister Bent Høie lover å sette fokus på kvinnehelse, og sier i forbindelse med pressekonferansen om den nye NOU om kvinnehelse at «Fysioterapeuter har en viktig rolle på helsestasjoner og i forhold til andre kvinnerrelaterte utfordringer, som for eksempel muskel- og skjelettplager»(34).

På bakgrunn av to kvalitative studier har vi noe kunnskap om hvordan kvinner erfarer å leve med bekkenleddsmerter etter fødsel, fra tidligere forskning. Engset og medarbeidere fant i en norsk studie, at kvinner som hadde vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel opplevde det vanskelig å leve med daglige smerter og redusert aktivitetsnivå, noe som gjorde dem nedstemt(35). Enkelte av kvinnene opplevde å ikke bli trodd av kollegaer, arbeidsgivere og helsepersonell, når de fortalte om smertene. De opplevde endret rolle i hjemmet og som mor. I diskusjonen fremhever forfatterne at det er viktig at helsepersonell anerkjenner kvinnenes opplevelse og gir dem støtte, og at de følges opp med god informasjon og individualisert fysioterapi.

Wuytack og medarbeider(36) undersøkte hvordan kvinner opplevde å ha bekkenleddsmerter etter fødsel hos førstegangsmødre i Dublin. I likhet med Engset og medarbeidere fant de at kvinnene levde med daglige smerter som påvirket deres aktivitetsnivå. Dette gjorde dem avhengig av støtte fra familie og venner. De opplevde frustrasjon over at kroppen ikke var tilbake til det normale, og de var overrasket over at de ikke var blitt bra etter fødselen. De bekymret seg for fremtiden og de var usikre på om de kunne få flere barn(36). Kvinnene opplevde at oppfølgingen av helsepersonell i barsel stoppet for tidlig, og forfatterne påpeker at helsestasjon og helsepersonell bør følge kvinner med vedvarende bekkenleddsmerter opp over tid etter fødsel.

#### 1.4. Behandling av svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter

Gjennom svangerskap- og barselomsorgen gis det anbefalinger om at kvinner med bekkenleddsmerter under og etter svangerskapet skal henvises til fysioterapeut for oppfølging og behandling(17). Fysioterapeuter i primærhelsetjenesten møter derfor disse pasientene i sin hverdag. Det finnes flere behandlingsformer som tilbys for bekkenleddsmerter, men effekten er varierende og evidensen mangelfull(1-3, 37). Ifølge de europeiske retningslinjene for bekkenleddsmerter anbefales det at det gis kunnskapsbasert informasjon og trygging av pasientene som en del av et multifaktorielt behandlingsopplegg med vekt på spesifikke øvelser for dynamisk kontroll av bekkenet(1). I tillegg kan man prøve bekkenbeltet som støtte rundt bekkenet under graviditeten i korte perioder når det gir smertelindring. Akupunktur har ingen sikker dokumentert effekt, men manuell mobilisering kan gis som supplement hvis det gir smertelette(1).

Selv om bekkenleddsmerter under svangerskapet ikke har en klar patoanatomisk forklaring, mener man at kvinner under svangerskapet blir utsatt for visse faktorer som påvirker stabiliteten i bekkenet(1). Stabilitetstrening blir derfor anbefalt som behandlingsform for disse kvinnene, for å gjenopprette god leddstabilitet med god muskulær kontroll(1). Likevel er det varierende evidens for denne behandlingsformen, noe som kan forklares i forskjellig inklusjonskriterier, forskjellig intervensjon og utfallsmål(3, 37). En nylig systematisk oversikt konkluderte med at det var lav evidens for at stabiliserende øvelser har effekt på bekkenleddsmerter under og etter svangerskapet(3). Den studien som har vist best evidens for stabiliserende øvelser etter fødsel er en RCT av Stuge og medarbeidere(38). Resultatene fra studien viste at et individualisert stabiliserende treningsprogram, veiledet av fysioterapeut, ga redusert smerte, bedre funksjon og bedre livskvalitet. Studien skilte seg ut fra andre studier ved at intervensjonen baserte seg på et biopsykososialt perspektiv på bekkenleddsmerter, hvor fysioterapeuten fulgte pasientene tett under øvelsene. En oppfølgingsstudie fant at kvinnene mente at den individuelle veiledning som ble gitt av fysioterapeuten var veldig viktig(39).

Selv om individualisert og pasientsentrert behandling har fått økende oppmerksomhet innenfor fysioterapi de siste årene(10, 39, 40), blir gruppetrening brukt i økende grad blant avtaleterapeuter i Norge. Ifølge en rapport fra Helsedirektoratet har denne behandlingsformen hatt den største veksten mellom 2011 og 2014(41). Fordelen med gruppetrening kan blant annet være den sosiale interaksjonen mellom deltakerne, og at behandlingen er kosteffektiv. En systematisk oversikt sammenlignet individuell behandling og gruppebehandling for muskel- og skjelettplager, og fant ingen forskjell på utfallsmål som smerte og bedret

funksjon(42). Noe av forklaringen til det kan ligge i at den individuelle behandling ofte inneholdt passive intervensjoner, og at utfallsmålene som ble brukt ofte var smerte og funksjon. En systematisk oversikt har sett på om generell trening kan forebygge utviklingen av svangerskapsrelaterte korsrygg- og/eller bekkenleddsmerter(43). Funnene viste lav til moderat evidens for at generell trening ikke reduserte oddsen for å få slike plager, men de fant lav til moderat evidens for at generell trening kunne redusere symptomer under svangerskapet, og veldig lav evidens for at det kunne gi mindre symptomer etter fødsel(43). Flere av studiene som er med i den systematiske oversikten har brukt gruppetrening som intervensjon. Mens Mørkved og medarbeidere(44) fant at en gruppetreningsintervensjon forebygget utviklingen av korsrygg- og bekkenleddsmerter i svangerskapet og Kihlstrand fant at gruppetrening i vann ga reduserte korsryggsmerter under svangerskapet, fant to andre studier som brukte gruppeintervensjon ingen effekt på forekomst eller symptomer(45, 46). Haugland og medarbeidere(45) fant derimot at kvinnene som deltok i gruppetreningen opplevde intervensjonen som nyttig, og Stafne og medarbeidere(46) fant at kvinnene som fikk gruppetrening håndterte smertene sine bedre. Funn fra en nylig RCT studie, som undersøkte effekt av gruppetrening i vann og informasjon på helse relatert livskvalitet, viste at kvinner i intervensjonsgruppen opplevde bedre helse relatert livskvalitet enn kontrollgruppen som fikk standard informasjon (47). Disse funnene kan tyde på at gruppetrening kan ha andre positive effekter utover utfallsmål som smerte og funksjon. Etter min kjennskap er det ingen studier som har undersøkt hvordan kvinner med bekkenleddsmerter opplever å trene i gruppe gjennom et kvalitativt forskningsdesign.

## 1.5 Hensikt og problemstilling

Den gjennomgåtte bakgrunnen, og oppsummeringen av tidligere forskning, viser at kvinner med bekkenleddsmerter er et sammensatt fenomen. Kvinner graviditet og barselhelse har hatt økende oppmerksomhet både gjennom forskning og sosiale medier. Det har blant annet vært økende oppmerksomhet knyttet til kvinners behov for oppfølging etter fødsel, gjennom kampanjer på sosiale medier.

I dag anbefales det at kvinner med svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter skal følges opp av fysioterapeuter i primærhelsetjenesten, med informasjon og individuelt tilpassede øvelser. Trenden i behandlingsmiljøet rundt bekkenleddsmerter har vært individualisert behandling, men blant avtalefysioterapeuter har bruken av gruppebehandling økt. Det er begrenset kunnskap om effekt av gruppetrening for kvinner med bekkenleddsmerter, men forskningen som foreligger viser at gruppetrening kan ha både forebyggende effekt og

symptomreduserende effekt på bekkenleddsmerter under svangerskapet. I tillegg kan det gi effekt på helse relatert livskvalitet og mestring. Etter min kjennskap vet vi lite om hvordan gruppetrening erfares av kvinnene selv.

Hensikten med studien er derfor å få økt fokus på kvinners opplevelse av å delta i gruppebehandling, gjennom å ta deres perspektiv, ved å se på hvordan de samhandler og erfarer gruppetrening. Dette kan gi oss økt kunnskap og viktig innsikt i kvinners erfaringer og kompleksitet rundt det å ha bekkenleddsmerter, og det å delta i gruppetrening. Med dette som utgangspunkt har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvordan opplever kvinner med svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter å delta i gruppetrening?

Hvordan kan deres erfaringer forstås i lys av forventninger knyttet til graviditet- og barselrollen i samfunnet i dag?

## 2.0 Teori

### 2.1 Erving Goffmans teori om menneskelig samhandling

Erving Goffman (1922-1982) er en kanadisk-amerikansk sosiolog og sosialpsykolog, som er mest kjent for sin teori om tilværelsen sett som et teater og samfunnet som en scene. «The presentation of Self in Everyday life» (1959) blir sett på som et sentralt verk innen sosialantropologi og sosiologi. Videre i denne oppgaven vil jeg støtte meg til den norske oversettelsen av boken, i ny utgave fra 2014; «Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatik.»

Goffman fremstiller menneskelig samhandling som et teaterstykke, der vi spiller ulike roller ovenfor hverandre og tilpasser måten vi presenterer oss selv på etter konteksten vi er i, og det publikumet vi opptre for(48). Dag Album, norsk sosiolog, betrakter Goffman som en normsosiolog som er sterkt påvirket av Emilie Durkheim. Likevel hevder Album at Goffman skiller seg fra annen normsosiologi nettopp fordi hans sosiologi ikke bare handler om normer, men hva som får mennesker til å følge normer (49 s.41). Goffman har en tosidighet som går ut på at mennesker i sosiale situasjoner må bestemme rammen for situasjonen de er i, og samtidig oppføre seg passende i den, skriver Album (49s.206). Det er gjennom rammen de aktuelle rollene blir tilgjengelige(49 s.212). Når vi møtes samarbeider vi om å «definere situasjonen», dette kaller Goffman for rammen (48 s.198). Som kompetente deltagere i samfunnet kjenner vi de sosiale reglene for hvordan det er riktig å oppføre oss, og dette er mønstre som går igjen på alle arenaer og er knyttet til forskjellige statuser og roller(48 s.208).

#### 2.1.1 Opptreden og rolle

Goffman bruker teatermetaforen og fremstiller den sosiale interaksjon som om den foregikk på en teaterscene. Han kaller alle våre aktiviteter i det sosiale liv for en «opptreden» – et skuespill hvor vi fremfører en rolle. En del av opptreden er knyttet til uttrykksmidler som han kaller en fasade. Fasade kan være antrekk, kjønn, alder, høyde, utseende, holdning, måten å snakke på, ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser o.l (48 s.29). Fasaden vi velger vil avhenge av situasjonen. For kvinnene i denne oppgaven vil man tenke seg at fasaden utgjør treningstøy og treningssko. Holdningen vil være «klar og våken», og kroppsbevegelsene vil være annerledes enn når man møter kvinnene i hjemmet eller ute på gaten. Det er gjennom våre gester, fakter, bevegelser og handlinger vi fremsetter forslag til hvordan situasjonen skal defineres, samtidig som vi gir forslag til hvordan de andre skal oppfatte oss og behandle oss. Dette kaller Goffman for inntrykkskontroll. Vi ønsker å fremstå for vårt publikum på best mulig måte, og

inntrykket vi gir vil på forskjellige måter være idealisert, sier Goffman (48 s.37). «Et uttrykks rolle er å gi inntrykk av selvet» avslutter Goffman sin bok om «vårt rollespill til daglig»(48)s.205. Det er gjennom rolleskikkelsen vi gir et inntrykk av hvem vi er, og som opptredener samarbeider vi med andre om å finne den «riktige» rollen. «Når en person kommer sammen med andre, vil således hennes opptreden ha en tendens til å ta opp i seg og gi et eksempel på samfunnets gjengse verdier, faktisk i større utstrekning enn hennes adferd i sin alminnelighet» (48)s.38.

Det Goffman legger frem i sin rolleteori er at vi handler etter et på forhånd fastlagt mønster, som han kaller «rolle» eller «rutine». Rollene finnes der allerede og er knyttet til vår status. Vi utvikler ikke våre egne roller, men tar i bruk de roller som er tilgjengelige i samfunnet. Vi ønsker å spille vår rolle på best mulig måte, og sånn sett styre hvilke inntrykk folk får av oss. Det å spille en rolle innebærer ikke bare å besitte noen nødvendige egenskaper, men også å overholde normer for adferd og utseende som hører til den rollen. Måten vi spiller rollen på kan på den måten hjelpe oss å virke troverdig og tillitsvekkende. I analysedelen vil jeg komme tilbake til hva som kan tenkes å være et troverdig og tillitsvekkende «uttrykk» for en kvinne med bekkenleddsmerter som trener i behandlingsgruppe ledet av en fysioterapeut.

Det er foran publikum på scenen, eller «front stage» disse rollene blir utspilt, sier Goffman, mens det er i kulissene, eller «back stage», det er mulig å slippe maskene og manus. Goffman sier om back stage; «Her kan den opptredende slappe av, gi slipp på fasaden, la være å si sine replikker, falle ut av rollen» (48 s.97). Ute foran publikum vil man spille seg bedre enn man er og følge spillereglene, mens «back stage» vil man kunne gjøre mer som man vil uten å ta hensyn til de tvingende krav som stilles av dem «front stage». Det er også «back stage» vi forbereder vår rolle og bygger opp det inntrykket vi ønsker å gi ute på scenen (48s. 96). Et område vil ofte bli utpekt til enten «front stage» eller «back stage» i forhold til den opptreden som normalt foregår der. I mitt materiale vil «front stage» tenkes å være i treningsrommet, hvor treningen foregår. Men i noen sammenhenger kan ett området fungere som begge deler avhengig av anledningen. Dette kommer frem i mitt materiale, når kvinnene snakker om gruppen som et sted hvor de er trygge og kan slappe av i. I den sammenheng kan man tenke seg at de opplever gruppetreningen som en «back stage» -lignende situasjon. Dette kommer jeg mer inn på i analysekapittelet.

### 2.1.2 Lagopptreden - gruppedynamikk

Goffman bruker betegnelsen lag om «en gruppe personer som må stå i nært samarbeide for å opprettholde en bestemt definisjon av situasjonen» (48s.90). Medlemmer av et lag vil altså

være gjensidig avhengig av hverandre og hvert av medlemmene må «yte sitt dramatiske bidrag for at det skal oppstå en bestemt definisjon av situasjonen» (48 s.74). Goffman vil si at det ikke er en reell enighet som foreligger om definisjonen av situasjonen, men snarere en «foreløpig samstemmighet» i gruppen. I rollespillteorien kalles dette for partilinjen (48s.76). Når en definisjon av en situasjon er samprodusert, skjer det en rolledeling, og vi tilpasser oss situasjonen på bakgrunn av disse rollene. Hensikten er ofte ikke å få frem særpreget ved oss selv, men det særpregede ved produktet man ønsker å skape (49s.132). I denne konteksten vil produktet være seksti minutters trening i gruppe veiledet av fysioterapeut.

En av rollene som ofte er tilgjengelig i et lag, er regissørrollen. Regissøren vil ha som oppgave å styre laget, fordele rollene og fastslå den personlige fasaden som skal brukes i hver rolle. I mitt materiale fylles regissørrollen av fysioterapeuten.

Som sagt vil alle medlemmene i et lag samarbeide om en lagopptreden. Det vil hele tiden foregå forhandling om definisjonen, og balansen er skjør(48s.76). Goffman sier at det er tykkelsen på partilinjen som avgjør hvor stabil situasjonen er. Når partilinjen er bred, vil det være en åpen uenighet om hva aktiviteten går ut på og derfor vil det være mindre behov for å opponere. Når partilinjen derimot er tynn, vil det være større behov for å vise sin uenighet. Dette gjøres ofte, ifølge Goffman, ved hjelp av ironiske bemerkninger hvor man spøkefullt forkaster linjen, men samtidig godtar den for å kunne fortsette å være en del av felleskapet (48s.76).

I denne oppgaven skal vi se på samhandlingen som skjer mellom kvinner som har bekkenleddsmerter etter fødsel, som møter hverandre i behandlingsgrupper, og hvordan de presenterer seg for hverandre. I det alle er deltagere i en treningsgruppe, er de samtidig medlemmer av et lag. De vil samarbeide om en definisjon av situasjonen og hvordan de skal oppføre seg innenfor den rammen. Det typiske er at enighet fremheves og motsetninger skyves i bakgrunnen.

### 2.1.3 Goffmann i helsefagene

Dag Album har brukt teorien til Goffman for å få innsikt i helsefagene. I sitt feltarbeid observerte og snakket han med pasienter som var innlagt på tre forskjellige sykehus, hvor målet var å undersøke hvordan pasienter lever sammen i sykehus. Utfra hans materialet har han utviklet en teori om pasientfelleskap på sykehuset. Videre vil jeg referere til boken «Nære fremmede. Pasientkultur i sykehuset»(49), som baserer seg på Albums feltarbeid. Jeg vil



trekke frem hovedpoengene til Album og gi noen eksempler på hva han skriver om som har bidratt til å belyse mitt materiale.

Når Album bruker Goffman sin rollespillteori i sin analysing av sitt feltarbeid, gjør han det med ramme som hovedbegrep. Man kan på den måten si at Album gjør en rammeanalyse. Rammen gir mening til det som foregår, og den setter standarder for hvordan det er normalt eller passende å oppføre seg. Album skriver, at «ramme er et kulturanalytisk begrep»(49s . 203). Hans arbeide er en kulturanalyse av pasientfelleskapet, hvor han ser på hvordan pasienter står ovenfor to spørsmål når de samhandler med hverandre. Det ene er å bestemme rammen for situasjonen de er i, og det kan igjen innebære både å lese situasjonen som allerede er gitt og beslutte hva den skal være. Det andre er å oppføre seg passende i den(49s.206).

Album fant i sitt feltarbeid at mye av pasientenes samhandling var regelorientert (49s. 61). Som pasient er det en rekke normer å forholde seg til, ifølge Album. Pasienter finner eller konstruerer forståelsesrammer og atferdsregler sammen. Han skiller mellom forbuds- og påbudsregler (49s.62). Rammene og reglene er bare delvis og indirekte gitt fra personalet. Det er heller ikke mulig å ta forståelser og normer utenfra direkte i bruk (49s.61). «Pasienter omformer, lager eller oppdager en egen kultur i samarbeid», sier Album(49s.15). Pasienter er både sammen for å være sammen eller for å bearbeide relasjoner seg imellom. Man kan si at samhandlingen har som mål å være sammen. Men samhandlingen har også et innhold, som at pasienter snakker om emner de er opptatt av og de yter hverandre praktiske tjenester. Begge rammene fungerer som uformelle hjelpesystem (49s.221). Det velordnete og svært alminnelige samværet gir forankring i tilværelsen. Den felles utarbeidete kunnskapen gjør at pasientene bedre forstår hva som skjer med dem.

Ett av funnene til Album som synes relevant for funnene i denne studien, er at pasienter ønsker å være hellig alminnelige(49s.133). Dette, påpeker han, skiller seg litt fra Goffman sin ritualteori. Som tidligere nevnt hevder Goffman at det hellige ved individenes selv beror på at de representerer felleskapet, samfunnet. Dette gjelder også Album`s; de skal ikke skille seg ut eller fremheve seg selv ved å skryte eller klage for mye(49s.67-70). For Goffman er alminnelighetens motstykke det særpregete ved en selv. Men Album hevder at motstykket til å være alminnelig for pasienter, er å være menneskelig unormal. Dette er, ifølge Album, «knyttet til at de har en skjør tilknytning til den normale tilværelsen på grunn av sin sykdom»(49s.134). Han fant at pasienter gjør et iherdig reparasjonsarbeid ved å overse kroppskontrollen som mangler hos mange syke, og går sammen om å holde fram det normale

og alminnelige. Slik hevder Album at alminneligheten dyrkes i så stor grad at den kan få en karakter som et eget hellig objekt (49s.134).

Dette prosjektet skiller seg fra Album sitt på mange måter. Det mest åpenbare er at dette prosjektet er mye mindre og omfattende. Jeg er inspirert av Album sitt feltarbeid, men i analysen er jeg mer inspirert av rolleanalyse hvor man fokuserer på sosiale struktur, mer enn en ren rammeanalyse slik Album anvendte. Hvis vi tenker at rollene finnes og er knyttet til statuser, og at individer går inn i dem og atferden deres blir preget av normene som gjelder, er dette en ganske grov måte å se på roller på, ifølge Album(49s.212). Man kan ikke alltid knytte personer til klare statuser. Når Album diskuterte rollebegrepet, er det nært knyttet til rammebegrepet. Gjennom rammen blir det bestemt hva slags sosiale identiteter som er gyldige og hvem deltakerne skal være for hverandre. «Rammer har sin parallell i roller», hevder Album (49s.211). Da jeg leste materialet mitt første gang, tolket jeg kvinnene dit hen at de snakket om hvilke forventninger det var til statusen som gravid, nybakt mor og pasient. Rollebegrepet ble derfor etter hvert en del av min analyse. Hvilke forventninger og krav som ble stilt til rollene kvinnene kunne ta ute i samfunnet, var annerledes i gruppetreningen. Hvordan det var riktig å oppføre seg innenfor rollene, endret seg med rammene, og kvinnene måtte forhandle om hvilke roller de skulle ta. Dette kommer jeg nærmere inn på i analysekapitlet.

### 3.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg beskrive gjennomføringen av prosjektet og reflektere over hvordan jeg har arbeidet fra prosjektets start til avslutning. Jeg vil redegjøre for min førforståelse og hvordan prosjektet ble til, tydeliggjøre metoden, og vise hvordan beslutninger er tatt og hvordan undersøkelsen ble til underveis. Til slutt vil jeg beskrive hvordan jeg har kommet frem til resultatene gjennom analysen og vise hvordan jeg har gjort etiske vurderinger underveis i prosjektet.

#### 3.1. Min førforståelse – veien inn i prosjektet

*«All forståelse viser tilbake til en førforståelse som vi ikke kan fri oss fra» Fangen, s.47*

Da jeg startet dette prosjektet, hadde jeg mange års erfaring med å jobbe med kvinner med bekkenleddsmerter under og etter svangerskap. Interessen for pasientgruppen fikk jeg allerede under studiene, hvor jeg hospiterte hos en fysioterapeut som behandlet kvinner med bekkenleddsmerter under svangerskap i basseng, og fulgte de opp med stabiliserende øvelser på land etter fødsel. Fysioterapeuten jeg hospiterte hos var sterkt inspirert av Britt Stuge sin RCT hvor hun undersøkte «Effekt av et behandlingsprogram som fokuserer på spesifikke stabiliserende øvelser for kvinner med bekkenleddsmerter etter svangerskapet»(50).

Interessen for studien og kvinner med bekkenleddsmerter ble tema i min bacheloroppgave og siden har interessen for pasientgruppen fulgt meg.

I henhold til retningslinjene, har min behandling i stor grad omfattet treningsterapi med individuelle tilpassede øvelser(1). Kvinnene ble i tillegg tilbudt å delta i en gruppetrening sammen med andre gravide eller kvinner som hadde født, og som hadde plager. Min erfaring var at mange ønsket å delta i gruppetrening og at treningene opplevdes som lystbetont. Jeg har likt veldig godt å ha gruppetimer for denne pasientgruppen, men gruppetimene kunne oppleves litt kaotiske når man skulle tilrettelegge for individuelle øvelser samtidig som kvinnene til ulike tider ammet, skiftet bleie og bysset barnet. Jeg var ofte usikker på om jeg klarte å følge opp hver enkelt kvinne godt nok i gruppen, og etter timene kunne jeg av og til føle at jeg ikke hadde gjort en god nok jobb som fysioterapeut. I 2011 publiserte Stuge og medarbeidere(39) en oppfølgingsstudie som viste at kvinnene satt pris på individuell oppfølging. Studien og behandlingstrenden innenfor kvinnehelsemiljøet gjorde at jeg valgte å ta en pause fra gruppetreningen i noen år.

Etter at jeg sluttet å tilby gruppetrening for kvinner med bekkenleddsmerter etter fødsel, opplevde jeg at kvinner som hadde deltatt i gruppetrening hos meg i tidligere, eller hadde hørt

om gruppetrening fra andre kvinner, etterspurte gruppene. Flere av kvinnene som kom til behandling for bekkenleddsmerter, fortalte at de deltok i andre gruppetreninger på treningsstudioer. Jeg ble etter hvert oppmerksom på at det fantes en del forskjellige gruppetreningstilbud for kvinner som er gravide og som har født i dag. Alt dette gjorde meg nysgjerrig på hva trening i gruppe betydde for disse kvinnene. Jeg ble nysgjerrig på hvorfor disse kvinnene etterspurte grupper som var spesielt for kvinner i svangerskap og barsel. Kvinnene sa de savnet å trene i gruppen. Hva savnet de? Hva var det jeg ikke klarte å gi dem individuelt som de fikk i gruppetreningen? Jeg ble nysgjerrig på gruppetrening som behandlingsform.

### 3.2 Valg av metode

Hensikten med dette prosjektet har vært å undersøke gruppetrening som behandlingsform for kvinner med svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter. Forskningsprosjektet har ikke hatt til hensikt å måle effekten av trening i gruppe, slik andre studier har gjort tidligere(42, 44, 47, 51), men heller få kunnskap om kvinnenes erfaring med gruppetrening, og kvinnenes samhandling i gruppe. Å innhente denne typen kunnskap plasserer forskningsprosjektet mitt innenfor et fortolkende paradigme(52), og peker i retning av et kvalitativt forskningsdesign. Jeg har vært inspirert av et interaksjonistisk perspektiv, hvor jeg har ønsket å forstå hvordan kvinnene oppfører seg ovenfor hverandre i en gruppe, og hvordan de samarbeider om en «riktig» måte å være på i gruppen(49). Et interaksjonistisk perspektiv vil gi tilgang til det empiriske materiale og undersøke meningsproduksjonen som blir skapt gjennom den sosiale verden. I et slikt perspektiv må altså kunnskap forstås innenfor den kulturen og konteksten den opptrer innenfor. Det vil si at jeg har ønsket å utforske hvordan betydningen av gruppetrening utspilles i interaksjon mellom kvinnenes erfaringer og kulturen de lever i. Resultatene i denne oppgaven er blitt til gjennom et samarbeid mellom kvinnene, og meg som forsker. Det er min tolkning av kvinnenes atferd og utsagn i lys av goffmanske begreper jeg legger frem. Hvordan dette er blitt gjort, vil jeg beskrive i dette kapittelet.

For å svare på prosjektets forskningsspørsmål, valgte jeg å bruke en kombinasjon av to ulike kvalitative forskningsmetoder; deltagende observasjon og kvalitativt forskningsintervju. Dette valgte jeg fordi de to ulike forskningsmetodene ga meg tilgang til ulike type data. Å kombinere flere metoder kalles gjerne triangulering(53s.171). Ved å bruke deltagende observasjon ønsket jeg å få kunnskap om hvordan gruppene fungerte i praksis gjennom å observere samhandling i gruppen, stemningene i gruppen og samtalene i gruppen. I intervjuene ønsket jeg derimot å få tilgang til den enkelte kvinnes subjektive erfaringer med å

delta i gruppetreningen jeg hadde observert, og hvordan de opplevde samhandlingen, stemningen og samtalene i gruppene. Fangen påpeker at man kan dra nytte av å kombinere disse to metodene, ved at man kan se om det er samsvar mellom det kvinnene forteller og det de gjør, og omvendt(53s. 171).

### 3.3 Tilgang til feltet, inklusjon og utvalg

Utgangspunktet for dette prosjektet var å forske på en pasientgruppe som jeg jobbet med til daglig. Tilgangen til feltet lå derfor «rett foran meg», men tidlig i prosjektets begynnelse stod det klart for meg at jeg ikke skulle bruke mine egne grupper i studien. Ved å velge mine egne grupper var jeg redd for at jeg ikke ville klare å se noe nytt, siden gruppene allerede var så kjent for meg. Jeg ønsket å observere andre grupper for å lettere distansere meg fra min førforståelse og erfaringer med gruppetrening for denne pasientgruppen, da hensikten med prosjektet var å få innsikt i hva gruppetrening som fenomen betyr for kvinner med svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter. Jeg ønsket derfor å gå inn i feltet med et åpent og utforskende sinn. I tillegg mente jeg det ville være vanskelig å innta en forskerrolle ovenfor kvinnene jeg skulle intervjuet, hvis jeg allerede var deres fysioterapeut. Kvale og Brinkman(54s.52) er opptatt av hvordan man som forsker bør være oppmerksom på etiske spørsmål knyttet til den asymmetriske maktrelasjonen mellom intervjuer og intervjuperson, der forskeren som regel er den sterkeste parten. Jeg anså det som en større fare for at mine pasienter ville svare det de trodde jeg som forsker ønsket at de skulle svare, når jeg allerede var deres behandler.

I starten av prosjektet hadde jeg et ønske om å kun studere grupper for kvinner med bekkenleddsmerter etter fødsel. Jeg ble overrasket når det viste seg å være vanskelig å finne slike grupper. Fysioterapeutene jeg kontaktet på mail svarte enten ikke, eller så var de usikre på om gruppene passet til prosjektet mitt, siden de ikke var sikre på om kvinnene som deltok i gruppene hadde noen plager fra bekkenet. Jeg forstod det som at gruppene ikke var behandlingsgrupper, men heller såkalte friskgrupper for kvinner i barsel, hvor hensikten var å komme i form etter fødsel. At det var få behandlingsgrupper på Østlandet overrasket meg, men gjorde meg også nysgjerrig. Utfra kunnskapen om at mellom 7-18.5% av kvinner som har bekkenleddsmerter under svangerskapet, også sliter med smerter i etterkant(5, 8), ble jeg nysgjerrig på hvor alle disse kvinnene ble behandlet. Ble de behandlet individuelt, eller deltok de i friskgruppene? Jeg prøvde å utvide søke etter behandlingsgrupper, ved å legge ut prosjekt

mitt på Facebooksiden til Faggruppen for kvinnehelse i NFF, men jeg fikk dessverre ingen svar.

Jeg fikk etter hvert inkludert to grupper på Østlandet, som viste seg å være blanding av behandlingsgruppe og friskgruppe, og en ren behandlingsgruppe. En kvinne samtykket til å bli intervjuet i den ene gruppen, og to i den andre. Kvinnene var valgt ut av fysioterapeuten som ledet gruppene. Dessverre møtte ikke den ene kvinnen opp til intervjuet.

Rekrutteringsprosessen fortsatte å være vanskelig og jeg tok derfor en avgjørelse om å inkludere friskgrupper før pandemien stengte ned gruppetreningene. Da jeg på høsten gjenopptok rekrutteringen, var det en del grupper som ikke hadde startet igjen etter «lock down». Jeg utvidet derfor inklusjonen til å gjelde grupper for gravide kvinner med bekkenleddsmerter, for å få nok datamateriale. Etter å ha gjort disse justeringene satt jeg med to nye grupper jeg kunne observere, en friskgruppe og en bassenggruppe for gravide kvinner. Jeg intervjuet en kvinne i hver gruppe.

### 3.4.1 Gruppene

| Inkluderte grupper i prosjektet   | Type gruppe                                    | Antall deltakere | Ledet av  | Sted                | Intervju               |
|-----------------------------------|--|------------------|---|---------------------|------------------------|
| Gruppe for kvinner som hadde født | Behandlingsgrupper etter fødsel                | 7                | Fysioterapeut med driftstilskudd, spesial kompetanse på kvinnehelse | Fysioterapi-klinikk | Anne<br>Beate          |
|                                   | Behandlingsgruppe/ Friskgruppe etter fødsel    | 6                | Fysioterapeut. med driftstilskudd, spesialkompetanse på kvinnehelse | Treningsstudio      | Møtte ikke             |
|                                   | «Sprek Mamma» Friskgruppe etter fødsel         | 10               | Osteopat og personlig trener  | Treningsstudio      | Ingen ville intervjues |
|                                   | «Mor og barn trening» Friskgruppe etter fødsel | 10               | Fysioterapeut   | Cross-fit studio    | Catrine                |
| Gruppe for gravide                | Behandlingsgruppe graviditet                   | 10               | Fysioterapeut med driftstilskudd, spesialkompetanse på kvinnehelse  | Basseng             | Dikte                  |

Tabell 1 Informasjon om de inkluderte gruppene, og hvilke informanter som er intervjuet fra gruppene.

Tabell 1 gir en oversikt over gruppene som ble inkludert i prosjektet. Alle tre behandlingsgruppene ble ledet av fysioterapeut med driftstilskudd. Kvinnene i behandlingsgruppene er derfor alle undersøkt før de har startet i gruppetreningen slik Helfo krever når man skal bruke gruppetaksten(55), og fysioterapeuten har derfor kjennskap til

plagene de har. Likevel er det en av gruppene som er en blanding av behandlingsgruppe og friskgruppe, ledet av fysioterapeut med driftstilskudd.

Begrepet friskgruppe brukes i denne oppgaven om grupper som har annonsert et tilbud til kvinner som ønsker å trene under svangerskap eller komme i form etter fødsel. Den ene friskgruppen er kun for kvinner etter fødsel, mens den andre gruppen annonserte seg som en gruppe for både gravide kvinner, og kvinner etter fødsel. Under mine observasjoner var det kun kvinner som hadde født som deltok i gruppen. Begge friskgruppene ble annonsert på sosiale medier, og i annonsene ble det beskrevet at treningen fokuserte på bekkenbunn, core muskulatur, lår/sete, øvre del av rygg og skuldre, og muskulatur rundt bekken for å forebygge plager under svangerskap eller plager som kan oppstå etter fødsel.

I alle gruppene som er for kvinner etter fødsel hadde kvinnene mulighet til å ta med seg barna i treningstimen, noe alle hadde når jeg observerte. Gruppene i studien var forholdsvis ny oppstartet, og kvinnene hadde derfor ikke trent så lenge sammen.

#### 3.4.2 Informantene

Kvinnene jeg har intervjuet har jeg valgt å gi navnene Anne, Beate, Catrine og Dikte, i alfabetisk rekkefølge etter intervjuenes rekkefølge. Anne, Beate og Dikte ble hensiktsmessig utvalgt av fysioterapeuten som ledet gruppen. Catrine ble inkludert gjennom at jeg under observasjonen av friskgruppen hun deltok i, spurte om det var noen som hadde hatt eller hadde plager i korsrygg eller bekken i forbindelse med svangerskapet. Catrine hadde hatt slike plager, og takket ja til å bli intervjuet.

Gruppen av informanter ble ganske homogen. I tabell 2 har jeg beskrevet informantene etter hva jeg mener er relevante opplysninger. Alle kvinnene hadde bekkenleddsmerter i forbindelse med svangerskapet i varierende grad. De hadde alle et barn fra før, og hadde hatt bekkenleddsmerter i tidligere svangerskap. I intervjuene ble ikke kvinnene spurt om yrke eller alder da det ikke ble ansett som relevant for forskningsspørsmålet, men det kom frem i intervjuene at kvinnene hadde høyere utdanning. Hvilke konkrete typer arbeid de hadde, har jeg valgt å ikke gå videre inn på utfra hensyn til anonymitet. Et annet relevant felles trekk var at tre av informantene, Anne, Catrine og Dikte, var veldig aktive før de ble gravide, med løping og trening. Dette vises ikke i tabellen.

| Informanter | Svangerskapstilstand | Selvrapportert<br>bekkenleddsmerter      | Yrke                | Antall<br>barn | Gruppetrening                                |
|-------------|----------------------|--|---------------------|----------------|--|
| Anne        | Postpartum, 3 mnd.   | Bekkenleddsmerter                        | Høyere<br>utdanning | 2              | Henvist til<br>guppetrening<br>av beh. Fys.  |
| Beate       | Postpartum, 3 mnd    | Bekkenleddsmerter                        | Høyere<br>utdanning | 2              | Henvist til<br>gruppetrening<br>av beh. Fys. |
| Catrine     | Postpartum 3 mnd.    | Korsryggsmarter- og<br>bekkenleddsmerter | Høyere<br>utdanning | 2              | Oppsøkte<br>friskgruppe.<br>Facebook         |
| Dikte       | Gravid               | Bekkenleddsmerter                        | Høyere<br>utdanning | 1              | Henvist til<br>gruppetrening<br>av beh. Fys. |

Tabell 2 Relevant demografisk informasjon om de inkluderte informantene i prosjektet.

## 3.5 Datainnsamling

### 3.5.1 Deltagende observasjon:

Fangen definerer deltagende observasjon som «en datainnsamlingsmetode som innebærer at du i en viss tid følger menneskene du studerer, og at du deltar sammen med dem i deres sammenhenger» (53s.9). I dette prosjektet inntok jeg en delvis deltagende rolle når jeg observerte. Med det mener jeg at jeg ikke deltok fullstendig i gruppetreningen, men deltok i samhandling i gruppen når det var naturlig. En slik samhandling var som oftest gjennom samtaler med deltakerne eller fysioterapeuten/osteopaten som ledet gruppen. Samtalene tok som oftest sted enten i forkant eller i etterkant av timene, men i enkelte grupper ble det naturlig at jeg også deltok i samtaler underveis i gruppetimen. Fangen(53s.130) fremhever at de fleste av oss har en barriere mot å være påtrengende i sammenhenger der vi ikke naturlig hører med, og at idealet for en forskers tilstedeværelse er at den ikke skal oppleves ubehagelig for deltagerne. Som forsker ønsket jeg ikke å forstyrre eller påvirke samhandlingen i gruppen for mye, men jeg deltok i samtaler når jeg opplevde at rammen tillot det. Slike samtaler ble som oftest initiert fra den som ledet gruppen.

Observasjonene hadde til hensikt å gi innledende kunnskap om samhandling i gruppene i prosjektet. Jeg observerte hver gruppe bare en gang. Ved å velge deltagende observasjon som metode tok jeg et valg om å ta et visst perspektiv på menneskelig samhandling(53), som betyr at jeg ønsket å undersøke hvordan kvinner oppfører seg ovenfor hverandre i en gruppetrening. I observasjonsguiden (Vedlegg 2) planla jeg derfor å fokusere på temaer som; hvordan kvinnene samhandlet med hverandre, med barna og fysioterapeuten/osteopaten som ledet



gruppetimen. Jeg observerte hva kvinnene snakket om, hvordan kroppsspråket deres var og hvordan stemningen i gruppen var, og hvordan de samhandlet med hverandre. Jeg noterte underveis det jeg observerte. Jeg oppdaget fort at det var vanskelig å notere ned alt, og feltnotatene mine var preget av stikkords form. I etterkant av observasjonene skrev jeg feltnotatene mine om til en mer deskriptiv tekst, hvor jeg oppsummerte hva som hadde skjedd og hva som hadde blitt sagt ved hjelp av direkte sitater. Jeg avsluttet feltnotatene mine med tanker og hypoteser jeg ønsket å gå videre med, og på den måten kan man si at jeg startet min tolkning og analyse allerede når jeg skrev feltnotatene(53s.103). Hvordan jeg sorterte feltnotatene mine i analysen vil jeg komme tilbake til i kapitlet hvor jeg omtaler analyseprosessen.

### 3.5.2 Semistrukturert intervju

Jeg valgte semistrukturerte intervjuer, inspirert av Kvale og Brinkman, som metode når jeg skulle innhente informasjon om kvinnenes subjektive erfaringer med gruppetrening. At intervjuet var semistrukturert, betyr at det verken var en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, men ble utført gjennom å følge en planlagt intervjuguide (Vedlegg 3) som hadde til hensikt å sikre at man var innom bestemte temaer(54s.46). I intervjuguiden var hovedtema kvinnenes erfaringer med gruppetrening, da det var det jeg i utgangspunktet ønsket å undersøke. Jeg startet likevel alle intervjuene med å spørre hvordan kvinnene hadde opplevd å være gravid og å bli mamma, og hvordan det hadde vært å ha bekkenleddsmerter i forbindelse med svangerskapet. Dette gjorde jeg for å få bakgrunnskunnskap om hvorfor kvinnene var med i gruppetrening. Jeg var åpen i min intervjustil og lot kvinnene til dels styre hvilken retning intervjuet skulle ta. Den semistrukturerte intervjuformen ga meg mulighet til å være fleksibel i forhold til å stille relevante oppfølgingsspørsmål i løpet av intervjusamtalen, til å endre rekkefølge på spørsmål og til å innrette meg etter den informasjonen intervjupersonen gir fortløpende gjennom intervjuet(54s.166). I det første intervjuet med Anne fortalte hun mye om hvordan det var å ha bekkenleddsmerter etter fødsel, og jeg så etter hvert som jeg intervjuet kvinnene, at graviditet- og sykdomshistorien til kvinnene var et viktig spor jeg måtte forfølge for å forstå hvordan kvinnene opplevde å trene i gruppe. I det siste intervjuet la jeg derfor til noen spørsmål som fulgte opp disse sporene.

I det første intervjuet med Anne gikk samtalen lett. Anne hadde mye å fortelle om hvordan det var å ha bekkenleddsmerter og om gruppetreningen, og jeg opplevde at intervjuet gikk litt av seg selv. Jeg lot Anne styre retningen, men passet på å komme innom temaene som var planlagt. Det neste intervjuet ble derfor en stor kontrast når Beate ikke hadde like mye å

fortelle, og intervjuet fikk ikke like god flyt. Jeg lærte mye av det intervjuet, og etter transkripsjonen ble jeg bevisst på at jeg stresset litt for å få i gang samtalen, når jeg heller burde ha gitt rom for tausheten slik at informanten kunne få sjans til å tenke seg om. Ifølge Frank(56) handler intervjuer om å komme over på den andre banehalvdel, og det å være litt avventende kan være en måte å invitere den andre inn på. Dette ble jeg mer bevisst på gjennom at jeg prøvde å tåle stillheten bedre, i tillegg til at jeg forberedte noen oppfølgings spørsmål; «Kan du fortelle mer om det?», «Har du noen eksempler på det» osv.

For å være sikker på at jeg hadde forstått kvinnene riktig, avsluttet jeg alle intervjuene med en liten oppsummering av hva jeg mente de hadde fortalt meg. I tillegg spurte jeg avslutningsvis om det var noe jeg ikke hadde spurt om, som de mente var viktig å få med seg, eller om det var noe de mente var viktigere enn noe annet.

### 3.6 Analyse

Å transkribere intervjuer er ifølge Kvale og Brinkmann et fortolkningsarbeid i seg selv(54). Jeg transkriberte alle intervjuene så ordrett jeg kunne, og i parenteser skrev jeg ned latter, pauser og tonefall. Som jeg kom innpå i foregående kapittel var jeg ganske kritisk til min egen prestasjon etter det andre intervjuet, og jeg la merke til at jeg kunne ha tendens til å avbryte og til å la være å følge opp interessante uttalelser fra informantene med oppfølgings spørsmål. Jeg mener det var viktig at jeg transkriberte intervjuene rett etter jeg hadde intervjuet kvinnene, da prosessen gjorde meg veldig bevisst min intervjueteknikk. Dette gjorde at jeg kunne forbedre meg for hvert intervju, og gjorde at jeg opplevde at intervjuene gikk bedre for hver gang.

Når transkripsjonen var gjennomført startet jeg å analysere teksten. Analysemetoden jeg valgte å bruke var tematisk analyse, som er en vanlig brukt analysemetode i kvalitativ forskning. I analysearbeidet var jeg inspirert av Braun og Clarke(57) sine retningslinjer for hvordan man går frem når man skal bruke tematisk analyse som metode.

I den innledende analysen av datamaterialet hadde jeg et induktivt utgangspunkt hvor jeg ønsket å undersøke gruppetrening ut fra empirien. Jeg startet med å lese igjennom materialet flere ganger for å danne meg et helhetsinntrykk. Jeg stilte følgende spørsmål til materialet mitt: Hva er kvinnene opptatt av? Hvilke erfaringer vektlegges? Måten disse erfaringene ble snakket om ble «kodet» med ulike farger og stikkord. Et eksempel på et stikkord kunne være «trygt å trene» eller «normalt/unormalt?». Etter jeg hadde gått igjennom de intervjuene hver

for seg, så jeg på intervjuene i sammenheng. Jeg undersøkte om kodene dannet et mønster, og så om de kunne høre inn under felles temaer. Noen temaer var mer fremtredende på grunn av mengden av utsagn som omhandlet temaet, mens andre tema ble fremtredende siden jeg mente det sa noe viktig om fenomenet jeg ønsket å undersøke; «kvinner med bekkenleddsmerter og gruppetrening». Et eksempel på et slikt tema var graviditet- og sykdomshistorien til kvinnene. Dette tema ble viktig i analysen, siden jeg mente at funnene fra dette tema var viktig, for å belyse og forstå hvordan kvinnene snakket om gruppetreningen.

|                                      | Bekkenleddsmerter   |  |  | Gruppetrening  |   |  |   |   |   |
|--------------------------------------|---|--|--|--|---|--|---|---|---|
| D<br>A<br>T<br>A                     | Normalt?  | Sammenligne med kroppen før  | Sammenligne med andre  | Møte andre i samme situasjon   | Trene trygt   | Fys.   | Være mor  | Motivasjon/mestring/bedring   | Rammer  |
| I<br>N<br>T<br>E<br>R<br>V<br>J<br>U | «er det normalt?»<br>«Kroppen sa stopp»<br>«var forberedt på plager i svk.»<br>«Er det bekken eller korsrygg?»<br>«Er det stølhet eller er det inni?» | «ikke den kroppen man er vant til»<br>«vil at kroppen min skal fungere for barna»<br>«spent på om jeg kan sykle, løpe»<br>«Vil tilbake til vanlig trening» | «ser på sosiale medier og dem som har kroppen tilbake på 1-2-3»<br>«Skal presse deg til du blør på trening»<br>«Skal være fresh og sprek»<br>«Skal trene med smerte»<br>«Nå har du født, da er du tilbake, da er du frisk» | «Her er vi i samme båt»<br>«Opptatt av det samme»<br>«Alle har en plage»<br>«Ålreit at alle synes det er tungt og alle har babyer» | «Trygt at fys. kjenner til plagene»<br>«ikke noe konkurranse»<br>«Fint å få veiledning, så det blir riktig»<br>«Tilpasset belastning, begynne forsiktig»  | «helt fantastisk og motiverer»<br>«Ingen lost case»<br>«prof. oppfølging»<br>«Stoler på ekspertene»  | «kan gå ut og inn, skifte bleie og amme»<br>«alle er i mammamodus og fødemodus»<br>«Greit at babyen skriker»<br>«Får ikke trent uten å ha med barnet» | «ingen mesternes mester»<br>«Klarte å fullføre timen, stolt av meg selv»<br>«Er blitt sterkere og bedre»  | «utgangspunkt i deg selv»<br>«Ingen konkurranse»<br>«Lov å gi seg på nr.6»<br>«Begynne forsiktig» |
| T<br>E<br>O<br>R<br>I                | Rollen som frisk eller syk?   | Endret rolle   | Forventninger til rollen som gravid og mor   | Pasientrollen  |   | Rollen som mor med bekkenleddsmerter/ gravid med bekkenleddsmerter   | Rollen som sprek kvinne   | Påbud og forbudsregler  |   |
| O<br>B<br>S<br>E<br>R<br>V           |   |  |  | Her er vi i samme båt  | Her er det trygt  |  |   |   |   |
|                                      |   |  |  | Snakker lite om sykdom. Fokus på mestring. Opptatt av barna. Opptatt av å trene.   | Fysioterapeutene ivaretar kvinnene med instruksjon og informasjon. Kvinnene spør fysio. om riktig utførelse. Rom for å ta hensyn til seg selv og til barnet.<br><br>Friskgruppen – mindre spørsmål til fysio. | Mye samhandling mellom mor og barn. Gjør seg like gjennom morsrollen – snakker om barna.<br><br>Bruker morsrollen som en mulighet for pause? | Fokus på trening, men med tilpasning.<br><br>Andre øvelser i friskgruppen<br><br>Mindre samhandling mellom fys. og delt.                              | Står med ryggen til speilet. Ikke i takt til musikk. Ingen «pushing». Viktig å ta hensyn til seg selv.<br><br>Rolig stemning. I takt til musikk i friskgruppen. |   |
|                                      | Veien inn i gruppetrening   |  |  | Stilen i gruppen   |   |  |   |   |   |

Tabell 3 Analyse kart. De øverste tre radene viser den innledende datastyrt analyse, mens de tre nederste viser den teoristyrte analysen og hvordan observasjonene ble tilknyttet de allerede bestemte temaene. Tabellen inneholder kun deler av det analyserte materialet for å gi en beskrivelse av analyseprosessen. Kodene fra intervjuene er gitt forskjellig farge for hver informant. Deler av sitater fra Anne har rød skrift, Dikte vises i blått, Beate i gult, og Catrine i grønt.

Dette prosjektet er typisk kvalitativ på den måten at jeg gikk ganske åpent inn i undersøkelsen, uten at jeg hadde bestemt hvilken teori jeg skulle bruke i analysen. Jeg hadde

likevel noen ideer, men det var først etter at jeg hadde analysert alle intervjuene nært opp til dataene at jeg så hvordan Goffman sin teori om menneskelig samhandling kunne hjelpe meg å forstå funnene mine. Jeg bestemte meg derfor for å ta en ny runde hvor jeg kodet passasjene med utgangspunkt i Goffmans rollespillteori. Jeg ble opptatt av hvordan kvinnene gjennom sin graviditet- og sykdomshistorie fortalte om rollene de opplevde var tilgjengelige ute i samfunnet, og hvordan kvinnenenes erfaringer med gruppetrening handlet om hvordan det var riktig å oppføre seg i gruppen, og at disse to kontekstene ga rom for forskjellige roller. Jeg tok på den måten et kvalitativt sprang fra empiristyrte analyse til teoristyrte analyse, hvor jeg ønsket å bruke Goffman sin teori til å forklare dataens struktur og sammenhenger. Ifølge Braun og Clark er denne vekslingen mellom empiristyrte og teoristyrte analyse ikke uvanlig i kvalitative analyser(57). Denne delen av analysen innebar at jeg gikk fra å bruke erfaringsnære begreper til erfaringsfjerne begreper(53s.213).

I tabell 3 har jeg forsøkt å vise hvordan jeg jobbet med kodene, og hvordan de ble til undertema og hovedtema i den innledende analysen, og hvordan dette ble kodet i lys av Goffman sin rolleteori i den teoristyrte analysen. Tabellen viser også hvordan analysen av feltnotatene fra observasjonene ble en ren teoristyrte analyse, hvor jeg så etter spor som støttet opp om, eller brøt med temaene jeg allerede hadde funnet gjennom intervjuene.

### 3.8 Etikk

Etiske vurderinger er av betydning fra begynnelse til slutt i all forskning(54). De to forskningsetiske prinsippene som oftest diskuteres er konfidensialitet og informert samtykke. Hvordan du utformer forskningsspørsmålene har også etiske aspekter. I hvilken grad et forskningsprosjekt har verdi for samfunnet, både vitenskapelig og menneskelig er et viktig etisk aspekt(54). Dette forskningsprosjektet vil kunne gi nyttig kunnskap om hvordan kvinner med bekkenleddplager opplever å trene i gruppe. Denne kunnskapen vil kunne komme til nytte når fysioterapeuter planlegger behandlingsopplegg for denne pasientgruppen.

I forkant av prosjektet utarbeidet jeg en prosjektskisse, og søkte forhåndsgodkjenning av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, se vedlegg 4). I prosjektskissen skisserte jeg opplegget og gjorde rede hvordan jeg skulle innhentet data, hvordan data ville bli lagret på en sikker måte, hvordan transkriberingen ville bli anonymisert og hvordan jeg vil sikre skriftlig informert samtykke. Fra REK fikk jeg svar om at prosjektet ikke krevde REK godkjenning. Videre søkte jeg personvernombudet, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD, vedlegg 5) om oppbevaring og behandling av

datamaterialet. Da jeg fikk godkjenning fra NSD, startet jeg rekrutteringen av grupper og informanter.

Alle kvinnene fikk både skriftlig og muntlig informasjon om formål, fortrolighet og hvem som ville få adgang til materialet i forkant av datainnsamlingen. Det er blitt innhentet skriftlig samtykke (vedlegg 6) fra alle deltakerne og deltakerne fikk informasjon om at de kunne trekke seg når som helst.

Konfidensialiteten til informantene er blitt ivaretatt ved at ingen personnavn, stedsnavn, yrke og annet kan avsløre enkeltpersonens identitet i transkripsjonene og i den endelige rapporten. Lydfiler, transkribert tekst og feltnotater er lagret på en sikker måte.

## 4.0 Resultat

I analysen av de transkriberte intervjuene og observasjonsnotatene har jeg utforsket spor som kan hjelpe til å besvare forskningsspørsmålet til dette prosjektet. Det har vært ulike tematiske vinklinger og veier jeg kunne ha valgt. Men som forsker ble det åpenbart for meg at materialet sporet inn på to interessante temaer. Det første tema tar for seg veien inn i gruppetrening for kvinnene. Det handler om hvordan kvinnene opplever å være gravid eller nybakt mor i Norge i dag, og hvordan de forhandler seg inn i gruppene. Det andre tema er stilen i gruppene, som handler om hvordan kvinnene samarbeider om rollene, og hvordan sosiale regler bestemmer hvordan det er riktig å oppføre seg i gruppene. Funnene i disse to temaene vil jeg drøfte i lys av Goffmans rollespillteori, støttet av Dag Albums studie om pasientfelleskap i sykehus.

### 4.1 Ramme og rolle

I følge Goffman, har vi i samspill med andre et sett med fastlagte roller å velge mellom. De ligger der som ledetråder for passende oppførsel(48 s.66). Rollene endrer seg utfra hvilken kontekst eller ramme samhandlingen skjer i. Det er gjennom rammen, den eller de aktuelle rollene trer frem og blir tilgjengelige(49s.212).

Hensikten med denne oppgaven var å se på samhandlingen i en behandlingsgruppe for kvinner med bekkenleddsmerter. Når man fokuserer på samhandlingen i gruppetreningen, vil rammen være seksti minutter med trening. Men ser vi stort på det, kan vi tenke oss at rammene for kvinnes samhandling er mange og skiftende. Gjennom analysen av materialet mitt ble jeg oppmerksom på at når kvinnene fortalte om sin graviditet- og sykdomshistorie, snakket de også om hvordan det er å være nybakt mor i Norge i dag. Når jeg skriver frem funnene i det første temaet, vil derfor rammen være ganske vid. Kvinnene snakker om hvordan det er å fungere innenfor familien, nettverket sitt, som arbeidstager, i forhold til idealer, det institusjonelle og innenfor samfunnets aktuelle diskurser.

### 4.2 Veien inn i gruppetrening

I dette analysekapittelet ønsker jeg å gi plass til informantenes sykdom- og graviditetshistorie. Dataene er hentet fra de semistrukturerte intervjuene jeg har gjort med de fire informantene i dette prosjektet. Sykdom og graviditetshistorien de forteller gir et innblikk i veien inn i gruppetreningen for disse kvinnene, og jeg har valgt å ta med dette tema da jeg mener det har betydning for hvordan kvinnene opplever å delta i selve gruppetimen.

#### 4.2.1 «Er det normalt?»

Et tema som går igjen i kvinnenes graviditet- og sykdomshistorie er usikkerheten rundt hvordan endringene i den gravide kroppen skal forstås. Usikkerheten handler om hvorvidt svangerskapsplagene de opplever skal fortolkes som normale eller unormale. Anne sitt utsagn er toneangivende:

A: «Det begynte i første svangerskapet. Jeg visste jo ikke hvordan det skulle være å gå gravid og tenkte det var sikkert vanlig å ha vondt både her og der. Jeg jobbet 100% nesten ut løpet, også var det etter fødsel at jeg tenkte, ja det er sikkert normalt det også og fortsatt ha vondt. Det er sikkert litt forskjellig fra person til person, men fire måneder etter fødsel så skjønnte jeg at det må være noe mer enn vanlige plager.»

Slik jeg tolker Anne sitt utsagn og materialet generelt, har ingen av kvinnene jeg har snakket med en forventning om et svangerskap uten plager. De erkjenner tvert imot at graviditeten ofte medfører en rekke «normale» svangerskapsplager. Eller som Beate sier:

B: «Jeg var forberedt på at jeg sikkert kom til å få noen plager og sånn. Jeg tror egentlig jeg har sluppet billig unna, sånn egentlig.»

Kvinnene har ingen forventning om at graviditeten skal være «problemfri». De forstår at det er normalt å få en del vanlige svangerskapsplager. Men slik jeg forstår materialet mitt, så er kvinnene usikre på hvor mye plager de skal tåle, og når plagene eventuelt burde forstås som unormale og en risiko de må forholde seg til, og reagere på. Som yrkesaktive forventes det i dag at kvinner står i full jobb til tre uker før termin. Vanlige svangerskapsplager gir ikke rett til sykemelding. For at kvinnene skal få rett til sykemelding, må de sammen med legen definere plagene som unormale og innta rollen som syk gravid. For tre av kvinnene ble dette løsningen. For Dikte, Beate og Anne ga graviditeten og bekkenleddsmertene dem så store plager at de ikke klarte å arbeide fullt. Dikte sin historie er et godt eksempel på hvordan vanlige svangerskapsplager, sammen med hverdagslivets utfordringer, kan føre til at kvinner føler seg overbelastet. Hun forteller:

D: «Denne gangen her har jeg ikke hatt overskudd. Jeg har spydd mye mer. Og hatt en veldig stressende jobb, som er mye mer enn hundre prosent. I tillegg til hjemmet, jeg har en mann som jobber skift...()..Jeg fant ut at jeg var gravid rett etter «lockdown». Så jeg hadde jo hjemmekontor og sjonglerte det med en halv annet åring som trengte meg masse. Ehh, og det, jeg tror bare at det sa stopp, med oppkast hver dag og...ja, det bare, det bare gikk ikke.

Jeg tror kroppen min har sagt så tydelig fra i dette svangerskapet at du bare må gjøre det du orker og ikke noe mer.»

F: Måtte du sykemelde deg litt også?

D: Ja, jeg har vært det siden mai, egentlig. Og det er både fordi jeg har hatt vondt da, og fordi jeg har vært helt utslitt.

Dikte forteller hvordan det å balansere rollen som mor, yrkesaktiv og gravid med bekkenleddsmerter og svangerskapsplager midt i en pandemi og «lockdown» var vanskelig. Goffman sier at vi ønsker å vise den beste versjonen av oss selv når vi spiller en rolle(48). Siden mennesker har ulike roller, vil de spille ut sine roller ulikt alt etter hvordan de forstår konteksten. Slik jeg forstår Dikte opplevde hun det umulig å spille alle rollene på best mulig måte uten å føle seg utslitt. Jobben krevde mer enn hundre prosent av henne, morsrollen krevde at hun ga mye oppmerksomhet til en halvannet åring som trengte henne masse, og den gravide kroppen hennes trengte ro. Til slutt ble hun sykemeldt. Hun måtte ta rollen som syk gravid, da hun opplevde at det var den eneste tilgjengelige rollen som legitimerte behovet for å roe ned.

Slik jeg forstår materialet mitt er det ingen av kvinnene som ønsker å ta rollen som syk gravid. De forhandler hele tiden om smertene de opplever er ufarlige svangerskapsplager, eller om det er smerter som vil bli anerkjent som unormale. Catrine klarte å stå i jobb frem til termin, tross korsryggsmarter i svangerskapet. Hun klarte å holde det i sjakk med øvelser, og hjelp fra mannen i hverdagen. Men fire uker etter fødsel forverret smertene seg i ryggen og hun blir igjen usikker på hva det er:

C: Så etter fire uker, da fikk jeg vondt i ryggen! Og det satt! Og da visste jeg ikke om det var bekken eller korsryggen eller hvor det var, men fant ut at jeg måtte på sånn trening. For det, jeg skjønnte jo at det er jo bare, det må jo sikkert trenes. Men så blir du litt usikker da for du vet ikke hva du kan trene og ikke trene, og hva er feil og hva er riktig og....ja».

Jeg tolker materialet mitt slik at kvinnene har en høy terskel for hva de skal tåle, og de prøver å holde ut på jobb og trene bort smertene før de kontakter helsevesenet. Dette kan vi forstå utfra hvilke forventninger som er knyttet til graviditetsrollen og til morsrollen ute i samfunnet i dag. Idealet er å stå i jobb til 3 uker før termin som gravid, og holde seg sprek og aktiv. Kvinnene i materialet mitt prøver, slik jeg forstår det, å spille graviditetsrollen og rollen om nybakt mor, på en måte som møter samfunnets forventninger til dem, på tross av smertene. De



opplever at rammen for hvordan de skal leve, hva de skal få til og hva en skal tåle er for trange og vanskelige å oppnå. Når jeg spør Beate om dette svarer hun slik:

F: Tenker du at det er sånn man blir møtt når man er gravid og har plager.....at sånn er det bare?

A: Ja, det er jo litt sånn. Ehh.....man skal jo ikke klage for mye.

#### 4.1.2 «Sprek, sterk og fresh på et par uker» - Morsrollen

Kvinnene snakker om det å bli mor som en planlagt og lykkelig begivenhet. Men samtidig som kvinnene er lykkelige over det velskapte barnet, opplever jeg at kvinnene har en sorg over at kroppen ikke fungerer. Slik jeg leser mitt materiale opplever kvinnene en utrygghet når deres egne handlinger blir fremmede, fordi kroppen ikke lystre slik den pleier. Album vil si «at som syke får pasienter en ustabil ontologisk status. Selvene deres blir skjøre» (49)(s.38). Flere av kvinnene snakker om at de er engstelig for at de ikke skal bli bedre, og Anne beskriver denne følelsen på denne måten:

A: «Det er bare ikke den kroppen man er vært vant til, skal det være sånn i en alder av 30 år? Er på en måte dette her livet mitt fremover».

De er alle mammaer, som er opptatt av barna sin, og ønsker å få en kropp som er sterk nok til å ta vare på barnet sitt. Catrine forteller i intervjuet at hun var redd hun skulle miste barnet sitt i gulvet når hun løftet henne. Morsrollen kan være utfordrende når en ikke kan løfte barnet sitt, og smertene begrenser bevegelsesfriheten din. Barselstiden som skal være lykkelig kan for kvinnene bli preget av smerter som påvirker humøret deres. Catrine sitt utsagn er toneangivende:

C: For det var fryktelig vondt og slitsomt, og det begrenset friheten eller hva du kunne gjøre. Og humøret og hvor sliten du blir og alt, ja, når det murrer og gjør vondt hele tiden.

For Anne har det vært ensomt å ha bekkenleddsmerter. Ikke bare har smertene hindret henne i å ta del i aktiviteter som knytter henne sammen med sine nærmeste, som trilletter og treningsøkter med venninner og samboer. Bekkensmertene har også gitt henne en følelse av å være annerledes, av å erfare verden på en måte som andre ikke kan sette seg inn i. Anne sier:

«Man snakker jo med sine nærmeste om det som opptar en, og det her er jo det som opptar meg enormt mye for tiden. Og det at ingen av mine nærmeste har slitt i nærheten sånn i forhold til kroppen, bekken og sånne type ting. Eh, og da kjenner man seg litt sånn alene».

Slik jeg tolker Anne så opplever hun at hun ikke har noen å samarbeide med om rollen som mor med bekkenleddsmerter. Den tilgjengelige rollen som nybakt mor i hennes omgangskrets gir ikke rom for henne. Hennes opplevelse av å være nybakt mor med bekkenleddsmerter krasjer med forventningene som er knyttet til rollen som mor blant sine nærmeste og ute i samfunnet. Dette kommer frem når Anne forteller:

«.....på en måte bare det man observerer når man først er ute; «å se der, en mamma som triller, og har på seg sportsklær, og hun er sikkert kjempesporty», også ser man på sosiale medier og dem som har kroppen 1-2-3 tilbake på så og så lang tid, og kan ta seg en springetur, ja...».

Forventningene om at man skal komme seg raskt etter fødsel er noe alle kvinnene i materialet mitt snakker om. Beate sier det slik:

B: Det er jo litt sånn at man skal bli fresh og sterk og sprek på et par uker. Men jeg tror jo ikke det er helt realistisk.

Utsagnet til Beate er et godt eksempel på hvordan kvinnene prøver å uttrykke sitt syn på virkeligheten, samtidig som de prøver å modifisere samfunnets definisjon av hvordan rollen som nybakt mor skal spilles. Denne forhandlingen er gjennomgående i intervjuene. Kvinnene sliter med å finne en passende form for å spille sin rolle som mor med bekkenleddsmerter.

#### 4.1.3 Forhandlingen inn i gruppetreningen – pasient eller frisk?

På et tidspunkt kommer kvinnene til et vendepunkt hvor smertene blir så inngripende i hverdagen at de må ha hjelp. Anne, Beate og Dikte kontakter fastlegen og blir henvist videre til en fysioterapeut med kvinnehelsekompetanse. Det å få en diagnose og få vite hva det er, og hva de kan gjøre med det tolker jeg som et vendepunkt. Utsagn som «Det var ikke noe farlig eller noe «lost case» og «fysioen setter ord på ting som gjør at man kan tenke logisk igjen og at ikke bare det negative tar helt overhånd», tolker jeg som at kvinnene får et håp om at de skal bli bra igjen når de får en forklaring på smertene. Det å bli møtt og forstått av fastlegen og fysioterapeuten er viktig for kvinnene, men Dikte forteller at hun kjenner mange som ikke har fått den hjelpen:

«Jeg har flere venninner som fikk vite de hadde bekkenløsning når de kom til fastlegen () også har det bare ikke skjedd noe mer. Det er bare sånn det er å være gravid. Og det synes jeg er helt sykt. For det blir ikke noe bedre jo lengere du er på vei».

Da Cathrine tok kontakt med helsestasjonen for å få hjelp med bekkenleddsmertene fikk hun vite at fysioterapeutene ved helsestasjonen ikke hadde ressurser til å hjelpe henne. Dette synes hun var rart.

«.....så jeg bare «hvorfor det?», hvor er det jeg skal gå for å få hjelp liksom?». Når jeg har så vondt i ryggen at jeg føler jeg nesten ikke kan legge henne på gulvet, for jeg kommer ikke opp igjen med ungen, selv om jeg gjør det. Men det gjør så himla vondt at du bare håper du ikke mister ungen på gulvet»

På helsestasjonen opplever Catrine at fokuset ikke er på mor lenger, men kun på barnet. Hun synes det er trist at det ikke er mer fokus på om mor har det bra:

«Man er gravid, og det er så mye hensyn og jobber skal tilrettelegge og det er så mye tilrettelegging. Også, sånn da er du ferdig. Da var det ikke noe mer med deg. Og da tror jeg mange tror at da....ja nå er jeg ferdig med å være gravid, da er jeg tilbake. Og da....ja, men det er vi jo ikke. Men jeg tror vi tenker det selv, og alle rundt. Man får en følelse av at nå har du født, så nå er du frisk, eller nå har du ikke mer plager så da er det ikke mer tilrettelegging. Nå skal du bare være, passe på den babyen»

Catrine opplever at det er en forventning om at kvinner som har født skal ha alt fokus på barnet, og ikke seg selv. Dette kan være utfordrende når man kjenner at kroppen ikke fungerer. Catrine forteller i sitt intervju at hun til slutt tar kontakt med en manuellterapeut som hjelper henne med å undersøke bekkenet og ryggen. Der fikk hun individuelt tilpasset treningsøvelser som hun gjør hver kveld, i tillegg til at hun trener i friskgruppen.

#### 4.1.4 Sammendrag

I dette kapittelet har jeg skrevet om veien inn i gruppetrening for kvinnene i mitt materiale. Jeg har vist hvordan kvinnene gjennom en refleksiv prosess, blir tvunget til å forhandle og reforhandle sin egen rolle som gravid og nybakt mor. Den sosiale konstruerte diskursen «graviditet er ingen sykdom», og det kulturelle idealet om styrke og fitness i graviditet og etter fødsel, fører til at kvinnene strekker seg langt etter å fylle idealrollene og stoler mindre på egne subjektive vurderinger og kroppslige erfaringer. Gravditeten og tilværelsen som nybakt mor kan dermed oppfattes som en helt spesiell hendelse eller opplevelse i kvinnens liv, hvor hennes selvforståelse blir satt på prøve.

## 4.2 Stilen i gruppene

I innledningen i denne oppgaven ga jeg en beskrivelse av en typisk behandlingsgruppe for kvinner med bekkenleddsmerter etter fødsel. Den har jeg skrevet på bakgrunn av intervjuene jeg har gjort med informantene og på bakgrunn av at jeg selv har vært til stede og observert fem forskjellige gruppetreninger. Nå retter jeg igjen oppmerksomheten til den fiktive behandlingsgruppen;

*Eva avbryter treningen når datteren våkner og begynner å gråte. Hun setter seg til for å amme. Hun kikker seg rundt på de andre mammaene. Et av barna har vært veldig urolig i timen, og moren har nesten ikke fått trent. Nå prøver hun å bysse sønnen sin mens hun gjør knebøy. Fysioterapeuten kommer bort og tar barnet. «Sånn, nå må du få trent litt» sier hun og smiler. En annen mor strever med å holde sønnen sin i nærheten. Han krabber bort til en annen baby og drar av henne sokken. Moren sukker og henter ham inn igjen. Ja, sånn er det, tenker Anne. Det er ikke lett å konsentrere seg om øvelsene og samtidig være mor. Men hun vet ikke hva hun skulle gjort hvis hun ikke kunne hatt med seg datteren sin i treningstimen. Tror ikke hun hadde fått trent da. Med to små barn hjemme, er det ikke mye tid igjen til seg selv.*

*På slutten av timen trener de bekkenbunnen. Det er hun glad for, for hun hadde aldri fått gjort den øvelsen hvis hun ikke ble «tvunget» til det. Den er så kjedelig å gjøre, og så fort å glemme, selv om den er viktig. Etter andre fødsel har hun slitt med å få kontakt med bekkenbunnen. Men det har kommet seg veldig etter hun startet på treningen. Mens de kniper åpner fysioterapeuten for spørsmål. En mamma som er ny i timen spør litt om diastasen og når den vil «lukke seg». Fysioterapeuten forklarer at det er individuelt hvor stor diastase man får og hvor mye den «lukker» seg igjen. Hun forteller at diastase ikke er farlig, og at hun er kritisk til bloggere som fronter en flat mage og sprek kropp på 1-2-3. Hun sier at man må ta utgangspunkt i seg selv og la kroppen styre tempo. «Kroppen må få tid til å komme seg og tilpasse seg øvelsene. Alle kropp er forskjellige», sier hun. Hun har sagt det før, men Anne er glad hun sier det igjen. Hun kjenner ingen andre som har slitt med de plagene hun har hatt i forbindelse med svangerskapet og etter fødsel, og hun har følt seg litt alene. I gruppetreningen har hun møtt forståelse fra andre som sliter med det samme og fra fysioterapeuten, og det har vært godt.*

*Etter timen får de lov å bruke lang tid på å komme seg ut av lokalet. Det er mye å pakke sammen, og noen ammer eller skifter bleie på barnet sitt før de skal gå. To av mammaene*

*prater sammen mens de pakker ned babytepper og bleier, og finner frem yttertøyet til barnet. Eva går bort til en av de andre mammaene som hun har fått god kontakt med. Hun har en sønn som også har slitt med å ta brystet, slik datteren hennes har gjort. Det har vært godt å møte noen som forstår og som man kan dele erfaringer med. I gruppen har hun følt hun kan senke skuldrene, og kjent at hun ikke er alene. Hun har følt at de er i samme båt.*

#### 4.2.1 Pasientrollen

##### **«Her er vi i samme båt»**

Alle kvinnene i mitt materiale forteller at noe av det fine ved å komme i gruppen er å komme sammen med folk som har de samme plagene som dem selv. Her er alle mødre, alle har plager og alle synes øvelsene er tunge. Beate har aldri likt å trene i gruppe, men hun liker å trene i behandlingsgruppen pga. stemningen i gruppa. Om stemningen sier hun:

B: «Jeg vet ikke, det har kanskje noe med at liksom alle har en eller annen plage, og det er liksom ikke en forventning om at man er toptrent eller mestrer alt.»

Stemningen i gruppa velger jeg å tolke som gruppedynamikken. Det at alle er pasienter skaper i seg selv en lagfølelse. De har alle blitt «målt» i undersøkelsen hos fysioterapeuten til å være en «verdig»-deltager av gruppen. Dette skaper felleskap og lagånd, og gjør at gruppen ønsker å samarbeide om målet for gruppetimen: å trene seg opp til å bli friske. Lagånden som kan oppstå når pasienter er sammen er en sentral funksjon med pasientfellesskapet, ifølge Album (49). Når man opplever å være en felles enhet så trekker man i samme retning. Mennesker har rituelle forpliktelser overfor hverandre. Vi har plikt til å vise andre respekt og bidra til å opprettholde deres verdighet(49) (s.109). Blant pasientene jeg observerte er mye av oppmerksomheten støttende, og det er ikke for høye krav. De søker enighet og bekreftelse, og alle samarbeider om at alle skal ha det bra.

I foregående kapittel kom jeg inn på hvordan kvinnene opplevde at det var en forventning om at de skulle innta rollen som en sprek og frisk mor rett etter fødsel. Men i gruppen opplever kvinnene at det er en annen rolle som gjelder. Anne sitt utsagn er toneangivende:

«Når man sitter hjemme så kjenner man seg, i hvert fall jeg for min del så stressa over alt som ikke kjennes normalt, og jeg kjenner at det stikker både her og der, og jeg er jo bare så og så gammel, og alle andre går turer.....lalala....mens når jeg kommer her i den timen så senkes skuldrene, ja man kjenner at man lander litt, ja at du fortsatt ikke er alene, *her er vi i samme båt*».

Anne opplever gruppetreningen som et trygt sted hun kan slappe av og senke skuldrene. Her trenger hun ikke å forestilles seg, eller fremstille seg bedre enn hun er, siden alle har det på samme måte. Her er ikke kravene for store. Den rollen kvinnene har mulighet til å ta, ute i samfunnet, kolliderer med livet deres akkurat som det er når de har smerter. Dette står i kontrast til hvordan de opplever det i gruppetreningen. Her senkes skuldrene, her finner de en rolle som de kjenner seg hjemme i og som er trygg å ta.

### **«Her er det trygt å trene»**

Ser vi nærmere på Annes utsagn om at hun kan slappe av, kan dette ses i sammenheng med at hun føler seg trygg. Hun kan falle inn i rollen som pasient, da hun har andre å samarbeide med om rollen. I intervjuene med kvinnene i materialet mitt trekker de frem en annen ting som gir dem trygghet. Tryggheten er knyttet til at de er under behandling og får god støtte av fysioterapeuten. De har stor tillit til fysioterapeutens veiledning og kunnskap. De kan overlate ansvaret til fysioterapeuten om hva som er riktig og galt, og de er trygge på at fysioterapeuten kan ordne opp for dem bedre enn de hadde kunnet selv. Anne sitt utsagn er toneangivende:

A: « Også får du på en måte den oppfølgingen av fysioen, ehh...man slipper liksom å bekymre eller stresse seg over om man, ja om det er ting man ikke gjør riktig eller belaster feil eller provoserer, om man gjør noe.....man gjør noe man ikke burde gjøre, sånn at jeg synes det er stor trygghet, og få komme sånn smått i gang med treningen, men under tilsyn av en som kan det her».

I behandlingsgruppene har ikke fysioterapeuten kun generell kunnskap om hva som er trygt å trene i forbindelse med svangerskap og bekkenleddsmerter. Kvinnene er undersøkt av fysioterapeuten før de starter i gruppetreningen, og fysioterapeuten har god kjennskap til deres individuelle behov. Dette trekker kvinnen frem som veldig trygt. Beate sier:

B: «Det gjør meg tryggere i situasjonen. At jeg kan vite om det er greit at det gjør vondt nå eller er det ikke greit at det gjør vondt nå.»

Rollen fysioterapeuten har som ekspertrolle gir trygghet til pasientrollen. Fysioterapeuten har kunnskap og er tett på deltakerne i gruppen. Øvelsene er lagt opp slik at det er lett for fysioterapeuten å tilpasse dem til hver enkelt. Øvelsene kan lett gjøres tyngre og vanskeligere etter hvert som pasienten blir bedre. Graden av progresjon er da ut fra fysioterapeutens tankegang mye opp til den enkelte; hver må kjenne etter på egen kropp hvor mye de kan ta i uten at det blir for vondt, de må som fysioterapeuten sier «ta utgangspunkt i seg selv».

Opplegget fremstår på den måten individuelt tilpasset, men kvinnene samarbeider med fysioterapeuten om hvor mye de kan ta i. At fysioterapeuten har kjennskap til hver enkelt sine plager mener Anne er viktig:

A: «....det er godt for meg å vite at fysioterapeuten, holdt på å si er oppdatert på hvordan tilstanden min er, og vet kanskje hvor langt jeg klarer å presse meg, og om det på en måte bare er jeg som er litt negativ eller ja. Få for min del så synes jeg det er alfa og omega.»

Slik som ekspertrollen gir trygghet til pasientrollen, gir regelen «vær positiv og innsatsvillig» det mulig å spille ekspertrollen. Kvinnene er positive og følger opplegget til fysioterapeuten, selv om øvelsene er kjedelige. Når jeg i intervjuene spør kvinnene hva som er forskjellene mellom individuell behandling og gruppebehandlingen, så er den individuelle behandlingen ofte passiv behandling på benk. Det er i gruppetreningen de får trent, og de får gjort de kjedelige, men nødvendige øvelsene. Hjemme er det vanskelig å finne tide og anledning. I gruppen opplever de god oppfølging av fysioterapeuten, og de føler seg trygge og opplever mestring og bedring fra gang til gang.

A: «Gruppetreningen føler jeg jo er litt mer lystbetont, at jeg kjenner selv og gjør den øvelsen og kjenner på den mestringsfølelsen at ...at nå klarte jeg flere repetisjoner eller nå klarte jeg å løfte den høyere eller, ja på en måte dra strikken litt lengere fra gang til gang. Eh, så den hjelper kanskje mer på, holdt på å si, meg selv og min egen motivasjon. Pluss det samholdet som er der, at man får komme i snakk og ser at det er andre der ute på likhet med meg da.

I friskgruppen, forventes det at den som leder gruppen har kunnskap om hvordan man bør trene etter fødsel. At gruppetreningen oppleves som trygg er fordi eksperten spiller rollen sin godt, og deltagerne tror på den rollen, og setter derfor ingen spørsmålstegn ved opplegget. Troen på opplegget og ønsket om å være en del av felleskapet kan gjøre at man velger å delta i øvelsene selv om det gjør vondt. Catrine sin historie er et eksempel på det. Hun fikk mer smerter av å trene de første gangene hun var på trening. Når jeg spurte om hun hadde spurt instruktøren om hva hun kunne gjøre, sier hun:

C: «Jeg spurte litt noen ganger. Jeg spurte litt, jeg sa «jeg får så vondt», og da måtte jeg bare tilpasse øvelsene så jeg ikke fikk vondt da. Men tilslutt, men så noen ganger var det så vondt at jeg kan jo ikke la vær....eller da kan jeg ikke gjøre noen ting egentlig. Så jeg pusha jo litt da, men da skal man jo ikke pushe. Så det var mer for at jeg gikk til han (les Manuellterapeut) for å finne ut om det var korsrygg eller bekken».

Catrine sin beskrivelse er i tråd med det jeg observerte i friskgruppen. Det var mindre individuelle tilpasninger til øvelsene i forhold til både utførelse og progresjon. Kvinnene var ikke pasienter, og de var ikke undersøkt før timen. Det var heller ikke premisset for gruppen. Gruppen var et tilbud til kvinner som hadde født og som ønsket å komme i form. Likevel var det 1-2 kvinner som deltok i begge friskgruppene jeg observerte, som hadde hatt eller hadde bekkenledd- og/eller korsryggsmerter.

Friskgruppene lignet mer en vanlig gruppetreningstime, med øvelser som ble utført i takt med musikk. De to gruppene jeg observerte ble holdt på to forskjellige treningsstudioer. Noen av øvelsene var annerledes enn i behandlingsgruppen, men en del var også like, rettet mot områder som ofte blir svake i løpet av svangerskapet; mage, rygg og bekkenbunn. Treningsinstruktøren gikk rundt og veiledet, og enkelte av kvinnene stilte henne spørsmål når hun gikk rundt. Likevel var det mindre samhandling mellom instruktør og kvinnene i friskgruppene, og lite kunnskapsformidling fra den som ledet gruppen. Utfra mine observasjoner og Catrine sitt intervju, tolker jeg det slik at rollen som var tilgjengelig i friskgruppen var rollen som «sprek og nybakt mor». Dette kommer jeg tilbake til senere i analysen.

### **Påbudet «Her tar vi utgangspunkt i oss selv» står i sammenheng med forbudet «Her konkurrerer vi ikke»**

Goffman mener at medlemmer av et lag forhandler om «partilinjen» og at bredden på denne linjen, eller hvilke måter det er tillatt å oppføre seg på, avhenger av enigheten innad i gruppen. Basert på hva informantene har sagt til meg, tolker jeg det slik at det hersker stor enighet om at man skal ha det bra i behandlingsgruppen. Vi har tidligere kommet inn på at positiv og innsatsvillig i treningstimen. Forbud og påbudsregelen som her skrives frem får frem at man skal være støttende og ikke drive konkurransen. Det er lov å ta utgangspunkt i seg selv, og ikke presse seg mer enn man klarer. Dette kommer frem når jeg spør kvinnen om hvilke forventninger de hadde til treningen. Dikte og Anne sier dette:

D: «Det gikk over all forventning. Og treningen også, for den, ehh jeg har nok tendens til å presse meg selv litt hardt. Men det var liksom ikke noe, det var ikke noe tema her.

Fysioterapeuten var veldig, helt fra starten av, det er ikke noe race det her. *Det er ikke noen konkurransen.* Du skal ha det bra med deg selv. Og det har faktisk hjulpet meg videre etterpå også. Med å tenke at det er bra nok det jeg gjør da».



Slik jeg forstår Dikte trekker hun frem en forventning om at hun må presse seg for hardt i treningstimer, noe hun har tendens til. Hun blir positiv overrasket over at hun ikke trenger det her. Dette kan tolkes som at rollen som «sprek og aktiv gravid» er en rolle Dikte har med seg inn i gruppetreningen og ligger der litt som en «trussel». Men rollen som gravid er annerledes i gruppen. Her er det lov å være sliten, trøtt og litt i mammamodus. Anne sier noe av det samme:

A: «Ehhh, jeg tenkte, jeg grudde meg jo litt til første gangen, for jeg tenkte at jeg kjenner at jeg klarer nesten ingenting, hvordan skal jeg på en måte få til....eh.., men fysioterapeuten har vært helt fantastisk, hun motiverer og setter ord på ting som gjør at man kan tenke logisk igjen, og at det negative ikke tar helt overhånd. Og at man *må ta utgangspunkt i seg selv*, selv om man blir motivert av andre, så på en måte skal man jo ikke ta helt av heller hvis man provoserer feil område, for da virker det mot sin hensikt.

Forventningene knyttet til rollen som nybakt mor skal være sprek og tilbake i form kort tid etter fødsel, er vanskelig for Anne å leve opp til. Trusselen om den rollen er litt med henne i gruppen, men her er rollene annerledes. Partilinjen som gjelder er at man skal ta utgangspunkt i seg selv, og ikke presse seg for hardt. Påbudsreglen og forbudsreglen som gjelder i behandlingsgruppen er der for å opprettholde partilinjen. Ved å overholde reglene hjelper fysioterapeuten kvinnene å holde fasaden, og kvinnene hjelper fysioterapeuten å holde fasaden. Hadde det vært for hardt ville ikke kvinnene ha klart å gjennomføre, og det ville blitt kaos. I behandlingsgruppene er det ikke høyt tempo, og ingen blir presset til å gjennomføre flere gjentakelser enn de klarer. Man kunne satt spørsmålsteget om kvinne fikk optimal treningseffekt når de hele tiden kan tilpasse selv. Men i intervjuene forteller kvinnene om mestring og bedring, slik Dikte gjør her:

D: Ja, hvor gøy det var. Det overrasket meg. Og hvor mye effekt jeg synes jeg fikk av det. At jeg følte meg så bra. Og blei litt stolt av meg selv egentlig, for man føler seg jo som en vandrende hval innimellom når man er gravid. Også klarte jeg det, jeg klarte å fullføre timene. Uten at det blei noe sånn, nei nå orker jeg ikke mer. Jeg fikk det til da, jeg fikk mestringsfølelse.

Regelen om å ta hensyn gjør at kvinnene opplever mestring. De klarer å gjennomføre timen slik man «skal» i en treningstime. På den måten kan de ta rollen som en normal «sprek mor» som trener.

## **Brudd med partilinjen**

Selv om det tilsynelatende virker som kvinnene er enige om at det ikke er en konkurranse, betyr nødvendigvis ikke det at det er en faktisk enighet om hva som egentlig foregår. Slik jeg tolker teaterteorien er et av hovedpoengene at dersom aktiviteten egentlig er litt sær, krever det en stram partilinje med klare oppførselsregler. Dette er for å opprettholde hverandres verdighet og fasade, og bygge opp tillit til det som foregår. Rammene for samværet gjør at både fysioterapeuten og pasientene er mest opptatt av trening og fysisk aktivitet, men aktiviteten er tilpasset og man tar stor grad av hensyn i gruppen. I intervjuene kommer det frem at kvinnen opplever øvelsene som ganske kjedelige. Selv om øvelsene er kjedelige, er deltagerne overbærende med opplegget. De kunne gjort opprør og sagt de ikke gidder. Anne forteller om en slik episode hvor en av de andre kvinnene i gruppen gjorde litt «opprør»:

A: «Når fysioterapeuten av og til varierer på at, «ok, du har de plagene, så da kan du heller gjøre den her øvelsen her» og da har det jo hendt at den ene sier eller klager litt på at «ååå, så kjedelig, skal det gjøre så vondt, jeg er så sliten» og det kan lette litt på stemningen, for at ja, vi er alle i samme båt, bare at det er variert da».

Jeg tolker Anne dit at klagingen til kvinnen ble sagt med litt galgenhumor. Det er slik man gjør når partilinjen føles litt stram. Man opponerer litt med å bruke sarkasme eller ironi, for å bevare sin selvspekt, sier Goffman(48) (s.175). Ved å opponere markerer man at man ikke fullt ut har godtatt reglene for samværet og at man egentlig synes opplegget er litt teit. Likevel er man villig til å godta det fordi det er viktig å være en del av felleskapet.

### 4.2.2. Morsrollen

#### *Rollen som gravid med bekkenleddsmerter - bassenggruppen*

Under svangerskapet fikk Dikte og Beate behandling i bassenggruppe. Bassengtrening blir anbefalt for kvinner med bekkenleddsmerter, da oppdriften i vannet gjør at du veier mye mindre i vann enn på land og gjør at leddene får redusert belastning. Øvelsene har som formål å normalisere bevegelse og øke bevissthet og kontroll over smertefulle ledd. Fysioterapeuten står på land og instruerer kvinnene i øvelser langs kanten og balanseøvelser med flyteplater. Stemningen er lys og lett, og det skravles mye.

Når jeg ankommer gruppetreningen i bassenget, er det et kvarter til timen begynner. Jeg blir møtt av fysioterapeuten som leder gruppen. Hun forteller at alle kvinnene har vært til en undersøkelse hos henne, og fått diagnosen bekkenleddsmerter. Det er kvinner som er gravide

for første, andre og tredje gang. Fysioterapeuten har drevet med bassengtrening i nesten 20 år. Dette har hun tro på, og har erfart at hjelper for disse kvinnene. Mens vi snakker sammen, hører jeg kvinnene snakke høyt og le i garderoben. På vei ut av garderoben fortsetter de å snakke høyt og lett med hverandre. De sier hei til fysioterapeuten, før de går ut i bassenget og begynner å gå rundt i bassenget, mens de fremdeles snakker sammen. Dikte sier dette om startøvelsen i gruppen:

D: «Det første blir jo litt som å gå en tur da. Den treninga. For du jogger jo i vannet. Og mange av oss orker ikke gå tur engang, for det er så vondt. Og da får du den turgleden i vannet da, for da kan du gå og skravle og kose deg på trening. Jeg synes i alle fall det er veldig ålreit.»

Kvinnene starter med å gå/jogge i vannet. Øvelsene krever ikke mye konsentrasjon og inviterer til at kvinnene kan snakke sammen. Øvelsen ligner på å gå tur, og gir kvinnene en tur-glede, som mange av kvinnene i gruppen ikke får pga. smertene. Når jeg spør Dikte om hun synes pratingen er viktig svarer hun:

D: «De fleste tror jeg er hundre prosent eller delvis sykemeldte. Du mister mye av det sosiale.()...når du er der så kan du snakke med noen om det som engasjerer deg der og da. For det engasjerer jo alle som er der. Det er jo den fødselen og det som skjer etterpå, hvem er den babyen her og.....det er ikke så interessant for venninna di som ikke har barn.»

Slik jeg forstår Dikte er det barna og graviditeten de snakker om. Det er det alle er opptatt av. Dikte poengterer i utdraget ovenfor at homogenitet rett og slett gjør det lettere å få til en gruppedynamikk. Ikke bare det at de er pasienter, men at de også er kvinner som er gravide gjør dem interessert i det samme. Dette er helt i tråd med det Goffman skriver om lagopptreden. Kvinnene i gruppen gjør seg like ved å uttrykke verbalt at de er opptatt av de samme tingene.

Et annet området bassengtreningen skiller seg markant ut, er bruk av humor. I gruppeprosessen i bassenggruppen er det de positive følelsene som preger inntrykket. Når jeg spør Dikte om det var noe som overrasket henne om treningen sier hun:

D: «Ja, hvor gøy det var. Det overrasket meg»

Fysioterapeuten bruker humor gjennom hele timen. Et eksempel er når kvinnene har gått litt rundt i ring i vannet og får beskjed om å endre retning. «Det er ikke lov å holde i badebuksa til damen foran deg», sier fysioterapeuten, og alle ler. Treningen og øvelsene i seg selv, er

oppriktig sagt ganske enkle og kjedelige. På tross av dette gjennomføres treningen med masse godt humør og latter. Vi kan igjen støtte oss til Album, som mener pasienter utvilsomt trenger å distansere seg fra sin sykdom og smerte, og at de bruker felleskapet med sine «nære fremmede» til å skape denne distansen(49). Det gjør de blant annet med å ha det hyggelig sammen. For til tross for at det er mye positivt og mye galgenhumor betyr ikke det at hverdagen for de gravide kvinnene er bekymringsfri. Gruppetimen som jeg observerte er på kvelden klokka syv, og kvinnene er trøtte og gjesper når de kommer. Hverdagen deres er preget av smerte når de beveger seg, og det vil for de fleste være lite sannsynlig at de blir bedre før de har født. De skal på en måte «holde ut» til de har født, sier fysioterapeuten. Men kvinnene skal ikke klage. Gjennom klaging setter de seg selv i sentrum. I sitt feltarbeid fant Album at det er sterke normer blant pasienter om ikke å klage eller skryte(49). Begge deler fremhever seg selv. Hvis man skal klage skal det føres fram galgenhumoristisk, fant Album ut(49). Dette er helt i tråd med hva jeg observerte i gruppene. Dette kommer tydelig frem helt fra start, hvor en av kvinnene kommer for sent til timen og fremstiller seg selv humoristisk som «helt handikappet»:

F: Jøss kommer du?

P: Ja, jeg er jo helt handikappet. Jeg kan jo ikke gå. (Latter)

### *Rollen som mor med bekkenleddsmarter*

Kvinnene samhandler mye med barna i gruppetimene for kvinner som har født. Det er det som opptar dem. Når kvinnene ankommer gruppetimen, bruker de tid på å komme seg i orden. Fokuset er da på å få kledd av barna som er våkne og legge dem til rette på matten. Noen barn skal ammes, andre skiftes bleie på før timen. Kvinnene forteller i intervjuene at de kommer i snakk før og etter timen. Utfra mine observasjoner av gruppene dreide snakken seg ofte om barna. Spørsmål knyttet til smertene i bekkenet ble utfra mine observasjoner rettet mot fysioterapeuten i løpet av eller etter timen. Dette er i tråd med det Dikte fortalte i det foregående kapitlet. Hun påpekte at homogenitet gjør det lettere å få til en god gruppedynamikk. Ikke bare er de pasienter, men de er også mødre, og har med seg barna i gruppetimen. Kvinnene gjør seg like ved at alle er opptatt av å ordne med barna, og de gjør seg like når de viser interesse for barna og snakker om dem. Slik kan man si at morsrollen er en viktig rolle i gruppetimen.

Det at kvinnene har med seg barnet kan også gjøre at det er vanskelig for dem å følge med på øvelsene, som egentlig er grunnen til at de deltar i timen. Likevel er det viktig for kvinnene at de kan ta med seg barnet i treningstimen. Catrine sier:

F: Er det viktig at dere kan ta med barnet?

C: Ja, ellers hadde vi jo ikke fått gjort det.

Slik jeg tolker Catrine i intervjuet, og kvinnene generelt synes de det er vanskelig å finne tid til å få trent hjemme. Man kan tenke seg at det er morsrollen som er den mest tilgjengelige rollen i hverdagslivet, og at det ikke er «tid» eller anledning til å sette seg selv først og få trent. Men i gruppen er det plass til å både være pasient og mor. De fokuserer på seg selv i rollen som pasient, hvor målet er å bli sterkere og bli kvitt smertene, samtidig som de oppfyller forventningene til morsrollen når de kan ta med seg barnet i gruppen. I mine observasjoner blir jeg imponert av hvordan de sjonglerer rollene i gruppetimen. Underveis i gruppen er det flere som må avbryte treningen for å roe ned urolige barn, amme eller skifte bleie. Beate trekker frem at det er viktig at fysioterapeuten i jevne mellomrom sier at det er greit at barnet skriker og det er greit å stoppe opp for å ta seg av barnet sitt:

B: Ved at på en måte si at det er greit og.....også når hun sier at det er greit at babyen skriker og det er greit å stoppe å amme, og at det også da blir gjentatt med jevne mellomrom da.

At fysioterapeuten stadig minner kvinnene på at de kan ta morsrollen i gruppen, oppleves som viktig. Jeg observerte i gruppen at når et barn ble urolig skapte det lite uro i behandlingsgruppen generelt. Dette tolker jeg som et uttrykk for stor toleranse og aksept for at barnet er med i gruppen, og at rollen som mor er en akseptert rolle. På et tidspunkt går også fysioterapeuten bort og løfter opp et av barna som er urolige, slik at mor får trent videre. Det er kanskje lettere for fysioterapeuten å gjøre det når hun allerede har en relasjon til mor som hennes behandler. Kanskje har barnet vært med inn i de individuelle timene og derfor er fysioterapeuten et kjent ansikt. Ved å avlaste mor, kan hun igjen gå tilbake til det som er målet for behandlingsgruppen nemlig å få trent. Denne samhandlingens skaper rom for at kvinnene igjen kan gå inn i rollen som pasient, selv om hun også er mor.

Det å være mor og samtidig ha langvarige smerter er en utfordring, noe jeg kom inn på i det foregående kapitlet. I en periode hvor kvinnene skal være lykkelig over det velskapte barnet, har de samtidig en sorg over at kroppen ikke fungerer. De er alle mammaer, som er opptatt av barna sine, og ønsker å få en kropp som er sterk nok til å ta vare på barnet sitt. Dikte trekker dette frem som en motivasjon for å bli bedre:

«.....jeg vet bare at jeg vil fungere for mine barn da. Jeg vil orke å sparke fotball med dem, både når de er 2, 6, 7 og 15 år.»

Smertene kvinnene opplever påvirker ikke bare dem selv og deres kropp, men også hvordan de kan utføre morsrollen. Dette kom jeg inn på i foregående kapittel hvor Anne forteller at hun ikke kan dra på trilletur, og Catrine forteller hun er redd hun skal miste barnet sitt når hun løfter det. Min erfaring fra praksis som fysioterapeut er at mange kvinner har en sorg over at de må bruke barselstiden sin på behandlinger, og ikke på trilleturer, og babysang og aktiviteter med barna. Dette kan være en forklaring på at jeg noen ganger har opplevd at pasientene i gruppene mine har dannet sosiale systemer som var så stabile og velordnede at de fortsatte utenfor gruppetimen. De dannet barselgrupper og trillegrupper, eller dro på kafe sammen etter timen. Dette fenomenet snakker også kvinnene i gruppen om. Beate forteller:

«Hvis jeg tenker utfra den andre gruppen jeg gikk i, så ble vi kjent...ehhh....og av og til møttes vi på trilletur og det ble en litt sånn barselsgruppe nr. 2 i tillegg da. Og det er jo *ekstra fint*».

#### 4.2.3 Rollen som sprek og aktiv mor

Til slutt i denne analysen vil jeg trekke frem rollen som sprek og aktiv mor. Slik jeg nevnte tidligere i analysen er dette en rolle jeg mener er den mest tilgjengelige i friskgruppen. Catrine forhandlet seg inn i denne gruppen tross at hun hadde korsryggsmerter. For henne var den mest tilgjengelig, men da hun startet i gruppen var det vanskelig å spille denne rollen da smertene stoppet henne fra å gjøre øvelsene. Først forhandler hun om smertene hun kjente var normal stølhet eller noe hun måtte undersøke nærmere. De sosiale reglene som gjaldt i friskgruppen, åpnet ikke for rollen som pasient, slik jeg tolker det. Catrine opplever at hun ikke har annet valg enn å prøve og spille rollen som frisk i gruppen, og heller kontakte en manuell terapeut utenfor gruppen for å få hjelp med smertene.

Rollen som sprek og aktiv mor er også en rolle kvinnene snakker om i sin graviditet- og sykdomshistorie. Idealet om å være sprek på 1-2-3 etter fødsel kan man mistenke ligger der som en liten trussel, og kan tenkes å være noe av grunnen til at de er med i gruppetreningen, selv om hovedårsaken til at informantene i dette prosjektet er med i gruppetreningen er fordi de har smerter. De er der for å bli bedre, men kanskje også fordi de bør, og fordi kvinner i dag skal være spreke.

#### 5.2.4 Sammendrag

Når kvinnene snakker om gruppetrening er de opptatt av å møte andre i samme situasjon, og at det er trygt å trene med god veiledning av fysioterapeut. Forskjellige kontekster og rammer for gruppene, gir rom for forskjellige roller. Men selv om det er åpenbare ulikheter mellom gruppene, er partilinen i gruppene ganske lik. Funnene mine viser at det er gjennom morsrollen kvinnene gjør seg like. Pasientrollen kommer i bakgrunnen, og morsrollen i forgrunnen. I alle gruppene er reglene at man skal ta hensyn til seg selv og ikke presse seg mer enn man klarer. På den måten skaper gruppene, slik jeg tolker det, et rom for en graviditet- og morsrolle som gir plass til kvinnes subjektive opplevelse av å ha behov for tilpasning og støtte.

## 5.0 Diskusjon

I denne studien har jeg ønsket å få innsikt i hvordan kvinner med svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter opplevde å delta i en behandlingsgruppe, ved å bruke et sosiologisk perspektiv. Jeg ønsket å undersøke hva samhandlingen i gruppen betydde for disse kvinnene. Ved å analysere samhandlingen i gruppen, i lys av Erving Goffman sin rolleteori, har jeg vist hvordan kvinnene handler etter et på forhånd fastlagt mønster som Goffman kaller en «rolle». Et av mine hovedfunn er at rollen det er mulig for kvinnene å ta som gravid og nybakt mor med bekkenleddsmerter ute i samfunnet, og rollen det er mulig for kvinnene å ta som gravid og nybakt mor med bekkenleddsmerter i gruppetreningen, er to helt forskjellige roller slik jeg forstår materialet mitt. Gjennom analysen har jeg vist hvordan den «riktige» måten å spille gravid eller nybakt mor på ute i samfunnet kolliderer med hvordan kvinnene har det når de har smerter og ikke får til å spille rollen etter samfunnets normative krav. I gruppen er rammen en helt annen. Det at alle er gravide eller nybakte mødre med plager, gjør at kvinnene har noen å samarbeide med om situasjonen slik de erfarer den. De sosiale reglene som gjelder i gruppen gir rom til en rolle som kvinnene ikke finner ute i samfunnet, og gjør at de kan senke skuldrene og føle seg trygge i rollene som er tilgjengelige der. På den måten kan gruppetreningen forstås som et back stage område, som gir muligheten for litt pause fra samfunnets normative krav.

I dette kapitlet vil jeg drøfte funnene i lys av «front stage» og «back stage» begrepene til Goffman. Et viktig premiss for diskusjonen er at front stage og back stage er tilgrensende. Goffman sier at det er viktig å huske at front stage og back stage er flyktige og dynamiske begreper som kun kan ses utfra den gitte konteksten de inngår i (48). Det betyr at det i visse tilfeller ikke trenger å være et tydelig skille mellom front stage og back stage. De henger i stor grad sammen med bevisstheten. Å ha kontroll over front stage er et tiltak som benyttes for å dele inn i aktører og publikum, slik at roller og opptredener ikke fremstår motstridende (48). Goffman påpeker konsekvenser på tre plan når tap av en slik kontroll oppstår. Det vil virke inn på individets «Selv», den sosiale interaksjonen og den sosiale struktur (48s.200). Det står altså noe på spill når vi engasjerer oss i samhandling med andre. Nedenfor vil jeg drøfte hvordan funnene i denne studien kan forstås utfra dette dramaturgiske perspektivet på samhandling.



## 5.1 Samfunnet som «front stage» for rollen som gravid og nybakt mor

Funnene i denne studien viser hvordan bekkenleddsmerter i svangerskapet er en tilstand som fremhever ulike forventninger og aktuelle diskurser knyttet til gravide kvinners og nybakte mødres deltagelse i det moderne samfunn. Bekkenleddsmerter blir ofte beskrevet som en normal svangerskapsplage, som kan forstås i lys av den høye andel kvinner som rapporterer å ha slike plager i svangerskapet. For de fleste vil smertene oppleves som milde og gå over av seg selv i løpet av de første månedene etter fødsel, men for noen kan bekkenleddsmertene påvirke funksjonen i så stor grad at det blir vanskelig å opprettholde vanlig hverdagslige aktiviteter og deltagelse i arbeidslivet (1, 5, 10, 26). Funnene i denne studie viser at bekkenleddsmerter i forbindelse med svangerskapet og etter fødsel påvirker kvinnenes rolle i yrkeslivet, rollen som mor, som partner og som aktiv kvinne. At det å leve med bekkenleddsmerter påvirker hele kvinnens liv og endrer deres roller i hverdagen, er i tråd med flere andre kvalitative studier (26, 35, 58-60).

### 5.1.1 Å være «passe kvinne» når man er gravid med bekkenleddsmerter

Et av funnene i denne studien er at kvinnene opplever en usikkerhet rundt hvordan de skal forstå bekkenleddsmertene de opplever i svangerskapet, når de sliter med å fungere i hverdagen. Usikkerheten, slik jeg forstår det, knytter seg til om smertene de opplever skal tolkes som trivielle plager knyttet til graviditeten, eller unormale smerter som innebærer en risiko. Det første vil bety at kvinnen ikke behøver å ta hensyn til smertene og tilpasse aktiviteten i hverdagen, mens den andre krever at kvinnene gjør endringer og søker hjelp i helsevesenet. Kvinnene kan slik sett ses å forhandle innenfor den biomedisinske forståelsen om normalt som friskt, og unormalt som sykt. Lignende funn diskuterer Eik Grape(61). Funnene fra hennes masterstudie viste at kvinnene var usikre rundt kroppens symptomer, noe som preget forståelsen av seg selv som gravid og syk. Eik Grape konkluderer med at graviditet og bekkenleddsmerter kan forstås som et grensefenomen mellom den biomedisinske forståelsen normalt/unormalt eller friskt/sykt. Det er i dette landskapet også kvinnene i denne studien forhandler, slik jeg forstår det. Rollen kvinnene kan ta ute i samfunnet er enten frisk gravid eller syk gravid. Det er ikke opplagt for kvinnene hvilken rolle de kan innta, når de får bekkenleddsmerter. Når tilstanden ikke passer inn som innlysende syke, er det deres egen subjektive opplevelse som ligger til grunn for når de skal ta rollen som pasient eller som frisk gravid. Denne forhandlingen om hva som er sykt, og når smertene anerkjennes som unormale er i tråd med funn fra andre kvalitative studier (35, 58, 59, 62).

Kvinnene i denne studie strekker seg langt i å opprettholde rollen som frisk og sprek gravid. Dette er i tråd med funn fra studien til Haukeland Fredriksen og medarbeidere, hvor kvinner med bekkenleddsmerter fortalte om et ønske om å strekke seg langt for å opprettholde aktivitet og deltagelse på lik linje som før svangerskapet, for å møte forventninger i samfunnet, selv om det gikk utover helsen (18). At kvinnene i denne studien var villig til å strekke seg langt og tåle mye som at de opplever at det er noe som står på spill når de skal velge rolle, og kan forstås i lys av idealrollen for gravide og nybakte mødre i samfunnet i dag. Graviditetsrollen har gått fra å ses på som syk, til frisk og naturlig, i løpet av 1900-tallet (16). Den sosialt konstruerte diskursen «graviditet er ingen sykdom» som synes gjeldende i Norge i dag, må forstås utfra den store medisinske utviklingen knyttet til graviditetshelse. Frem til midten av 1900-tallet innebar graviditet stor risiko for kvinner, men i takt med medisinsk fremskritt og redusert dødelighet for mor og foster, har graviditetsrollen endret seg fra en sykerolle til en friskrolle. I dag blir graviditeten sett på som naturlig, og kvinner oppfordres gjennom svangerskapsomsorgen til å fortsette aktivitet på samme nivå som før graviditeten.

Likestillingskampen har endret kvinnes rolle i samfunnet fra hjemmевærende til yrkesaktiv, og har ført til at de fleste kvinner må kombinere arbeid med graviditet i dag. Som gravid i Norge oppfordres man til å fortsette å jobbe frem til tre uker før termin, når fødselspermisjonen starter. Men for mange kvinner kan det å være gravid gi fysiske plager som gjør det vanskelig å arbeide fullt, selv om det finnes et regelverk som legger føring om tilrettelegging av arbeidet. En norsk studie fant at 75% av alle gravide kvinner i Norge var sykemeldt en gang i løpet av svangerskapet (24). Dette står i sterk kontrast til svangerskapsidealet som en sprek kvinne som er uanfektet av graviditeten, og som fortsetter på jobb med like stor arbeidsevne og trener på tilnærmet samme nivå som før svangerskapet. Ser vi til en norsk studie av Alstveit og kollegaer (21), kan det å være gravid i seg selv føre til at kvinner føler seg overbelastet når de skal balansere rollen som profesjonell yrkesaktiv kvinne og forventningene knyttet til morsrollen, samtidig som de skal ta hensyn til sin egen helse og velvære. Kvinnene i studien var gravide for første gang, og var overrasket over hvor slitne de ble, og opplevde seg overbelastet når de kom lengere ut i svangerskapet. Dette kan synliggjøre hvordan graviditeten kan oppleves som en annerledes måte å være på som involverer å finne balansen mellom seg selv og fosteret, og rollen ovenfor partner og kollegaer. Graviditet og bekkenleddsmerter kan dermed fremstå, i tråd det med Eik Grape fant(61), som en form for grensefenomen i forhold til biomedisinsk forståelse av å være enten frisk eller syk. Likevel er det disse to rollene som er tilgjengelige. Vanlige svangerskapsplager

som bekkenleddsmerter, fatigue/søvnproblemer, er de vanligste grunnene til at kvinner sykemelder seg under svangerskapet (24). Når kvinner er gravide må de forholde seg til regelverket om sykemelding som sier at man ikke kan sykemeldes for normale svangerskapsplager. Plagene de opplever må derfor gyldiggjøres som unormale, før de kan ta hensyn til seg selv og roe det ned. Slik jeg forstår det har gravide kvinner muligheten til å ta rollen som frisk gravid eller syk gravid ute i samfunnet. Det er noe tapt og noe vunnet i begge roller, avhengig av konteksten rollen skal spilles i. Velger de rollen som frisk gravid er det en forventning om å fortsette med aktivitet og deltagelse på samme nivå som før svangerskapet, men de vil ha lite rom for å ta hensyn til seg selv og egen graviditetshelse. Velger de rollen som syk kan de risikere å få en opplevelse av å bli tilsidesatt og kjenne på ensomhet og isolasjon, slik enkelte av kvinnene i denne studien forteller om, og andre kvalitative studier har funnet tidligere (26). Men tar de rollen som syk vil de få mulighet til å roe ned og bli ivaretatt i forhold til plagene de har. I dette dikotomiske landskapet, med å se på graviditet og bekkenleddsmerter som enten normalt eller unormalt, må kvinnene forhandle.

#### 5.1.2 Å være «passe kvinne» når man er nybakt mor med bekkenleddsmerter

Kvinnene i denne studien opplever at samfunnets forventninger om at man skal være «fresh og sterk og sprek» kort tid etter fødsel, er en forventning kvinnene ikke klarer å leve opp til på grunn av bekkenleddsmertene. Hvis vi bruker Goffman sin terminologi, vil vi kunne si at partilinen for hvordan det er riktig å være som nybakt mor ute i samfunnet, er frisk og sprek mor. For enkelte av kvinnene i denne studien oppleves det stressende at de ikke klarer å leve opp til partilinen som gjelder, mens andre har kanskje allerede forkastet partilinen til å være urealistisk. Denne opposisjonen til partilinen aktualiseres i dag ute i samfunnet gjennom kampanjene #barselopprøret (33) og #bekkensjekken (29) på sosiale medier. Barselopprøret slik jeg oppfatter det er en opposisjon til den sosialt konstruerte diskursen «graviditet er ingen sykdom». Kvinnene anerkjenner at graviditet og fødsel er naturlig og normalt, men ønsker en aksept for at det kan oppleves som en sårbar situasjon, hvor mange opplever usikkerhet knyttet til endringer i kropp og usikkerhet i den nye rollen som mor. Gjennom oppropet, som også ble brukt som kampanje på sosiale medier 8.mars 2021, setter den moderne kvinnen søkelys på hvordan de ikke får den hjelpen, støtten og roen de har behov for, og krav på gjennom barselomsorgen. Man kan tolke det som at kvinnene ønsker en «tredje rolle», utover rollen som frisk eller syk. De ønsker at svangerskap og barselrollen skal bli møtt med forståelse for at det også kan være vanskelig og at det kan ta tid å komme seg tilbake i form

og tilpasse seg den nye situasjonen. I gruppen samarbeider de om den tredje rollen, og de sosiale reglene som gjelder gir rom for tilpasning og hensyn.

Det er kanskje nettopp idealet om å være en kvinne som er sprek og uanfektet av graviditeten, som gjør at kvinnene må få gyldiggjort de opplevelsene de har med at kroppen ikke kommer tilbake på 1-2-3, som normalt. Hvis idealene for hvordan en skal leve, hva en skal få til og hvordan en skal se ut blir for trange og vanskelige å oppnå, kan det være med å bidra til at stadig flere kvinner opplever stress og negative følelser. Negativ følelser under svangerskapet har vist seg å være en risikofaktor for vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel (8). På den andre siden kan trange idealroller bidra til en sykelliggjøring og medikalisering av forandringer i kropp som kanskje bør anses som en naturlig del av det å ha vært gravid. En slik tendens er det fastlege Løvendahl Mogstad ytrer bekymring for når hun mener bekkensjekken kan bidra til helseangst (32). Kanskje er det nettopp derfor viktig at det er helsepersonell som møter disse kvinnene i sine bekymringer, og gir god kunnskapsbasert informasjon om hva som er normalt og hva som ikke er det, og om prognose og evidensbaserte tiltak.

### 5.1.3 Forhandling om rolle i lys av Goffmans rolleteori

Slik jeg forstår Goffman kan vi se på individets «Selv» som et resultat av det sosiale livet vi sosialiseres til å bli en del av. Det er gjennom et perspektiv på «Selvene» som hellige, og ritualer som en struktur som bidrar til å opprettholde selvenes hellighet, at de ulike rammene og rollene som finnes ute i samfunnet, og i gruppene blir rike på mening. «Vi ønsker alle å spille oss bedre enn vi er», sier Goffman(48), og vi trenger noen å definere rollen sammen med. Det er ikke det særpregete ved individet som er viktig, men det alminnelige. Rollene vi velger å ta, tar i stor grad opp i seg normene og idealene som gjelder for den rollen. Utfra dette perspektivet kan vi lettere forstå hvorfor kvinnene i denne studien har prøvd å ta rollen som frisk gravid og sprek mor, som uanfektet fortsetter med jobb og aktivitet på samme nivå som før svangerskap og fødsel. Men når de får bekkenleddsmerter og kroppen svikter dem kan det være vanskelig å opprettholde den fasaden. At kroppen svikter strider åpenbart mot det inntrykket kvinnen ønsker å gi som frisk og sprek gravid eller mor, og kvinnene risikerer å tape ansikt. Når kroppen vår bryter sammen, blir vår ontologiske sikkerhet truet, og «Selvene blir skjøre», sier Album (s.134). Denne usikkerheten påvirker ikke bare kvinnenens sosiale interaksjon og sosiale struktur, ifølge Goffman, men også kvinnenens «Selv».

Det står noe på spill for kvinnenens «Selv», når de må innrømme at graviditeten gjør dem sårbare og de trenger tilrettelegging, som går imot samfunnets ideal. I tillegg til å tape ansikt,

og skape pinlige situasjoner, mener Goffman at det også står noe på spill for samfunnet når kvinnene velger rolle. For å forstå dette må vi se til likestillingsdiskurser i samfunnet. Goffman hevder at hver gang en person utfører sin rutine eller rolle, vil den sosiale enhet den personen tilhører bli satt på prøve. Når kvinnen ikke klarer å leve opp til det rådende idealet som gravid eller nybakt mor, svikter hun også likestillingsdiskursen om kjønnsnøytralitet. Hun avslører at kvinner ikke kan prestere på lik linje som menn. Goffman vil hevde at det står noe på spill på vegne av kvinnens eget kjønn, når kvinnene velger rolle. Goffmans rollespillteori kan på denne måten hjelpe oss å forstå hvorfor kvinner er villig til å strekke seg langt for å opprettholde idealrollen. Det er ikke en lett avgjørelse å ta sykerollen, men kvinnene i denne studien opplever at de ikke har noe annet valg når kroppen er vond og svikter dem.

## 5.2 Gruppetrening som «back stage» området– «Komme tilbake til seg selv»

### 5.2.1 Gruppetrening som trygt «back stage området».

Det er utfra bilde om at mye står på spill for disse kvinnene når de forhandler om rolle ute i samfunnet, at man kan forstå at gruppetreningen kan oppleves som et «back stage området» fra samfunnets normative krav. Idealrollen ute i samfunnet, kolliderer med livet deres akkurat som det er når de har smerter. I behandlingsgruppen har de noen å samarbeide med om rollen som gravid eller nybakt mor med bekkenleddsmerter. Når kvinnene er sammen med andre gravide eller nybakte mødre uten smerter, enten de ser dem ute i samfunnet, eller i sin nære omgangskrets, må de gjøre en innsats for å møte forventningene. Flere av kvinnene i studien har opplevd å bli sykemeldte, og andre har opplevde lite støtte av venner og familie, og enkelte har følt seg ensomme om å ha bekkenleddsmerter. Dette er kjent funn fra tidligere studier (8, 26). I gruppen har alle forkastet svangerskapsidealet som urealistisk. Sammen med sine like kan de slappe av og «senke skuldrene». De er alle like. Det kan føre til at de lager en egen verden sammen mot verden der ute. Det skaper lagånd. Her gjør kvinnene seg normale, og samarbeider om en rolle som gir rom for tilpasninger og hensyn. At kvinner søker støtte fra andre gravide kvinner når de opplever å få bekkenleddsmerter, og at rådene blant gravide er å ta hensyn og lytte til egen kropp, er i tråd med funnene til Haukeland Fredriksen og medarbeider (59) sin studie, som undersøkte hvordan gravide kvinner snakket sammen i et diskusjonsforum på internett.

Selv om kvinnene har smerter, kommer sykdommen i bakgrunnen i gruppen. Samhandlingen mellom kvinnene er knyttet til morsrollen, og det som opptar kvinnene, nemlig barna. Treningen fokuserer på funksjon og mestring. Kvinnene spør fysioterapeuten om riktig

utførelse og tilpasninger hvis de ikke får til øvelsen, eller noe gjør vondt. Men de klager ikke og fremhever ikke seg selv. Å bli mor er en viktig hendelse i en kvinnes liv, og tiden blir ofte sett på som en lykkelig tid hvor barnet skal være i fokus. Når kvinnene får bekkenleddsmerter blir kroppen deres tydelig for dem, ved at den ikke fungerer. Det skaper usikkerhet. I gruppen er den usikkerheten ivaretatt av fysioterapeut. Nettopp derfor kan de sette sykdommen i bakgrunnen, og det normale i forgrunnen. Det normale for den konteksten kvinnene er i er å være opptatt av barnet og å være mor, men kanskje også være en sprek kvinne som trener. Dette arbeidet med å gjøre seg lik, og gjøre seg normal ved å overse det syke og fremheve det normale, er helt i tråd med det Album fant når han undersøkte pasientfelleskap på sykehus (49s.117).

En årsak til at det var lite sykdomsprat og at kvinnene samhandlet mest om morsrollen kan være fordi gruppene var ganske nyoppstartet når jeg observerte dem. Kvinnene kjente hverandre ikke så godt, og jobbet kanskje litt med å finne formen ovenfor hverandre. Da er kanskje morsrollen den letteste å finne sammen om, da det er det mest iøynefallende de har til felles. Når kvinnene forteller om tidligere erfaringer fra behandlingsgrupper, forteller de at de har blitt så kjent at de har møttes utenfor gruppen og dannet barselgrupper. I en slik setting ville det være nærliggende å tenke seg at kvinnene veksler erfaringer om bekkenleddsmerter, men i selve gruppetimen er rammen en annen. Definisjonen av situasjonen er at de skal trene i 60 minutter, og følge opplegget til fysioterapeuten. Målet med treningen er å «komme tilbake til seg selv», og tilbake til det aktive livet.

5.2.2 Gruppetrening som et «back stage»-forberedelses sted til scenen ute i samfunnet  
Man kan også se på gruppetrening som et «back stage området» for å forberede seg til rollene som gjelder ute i samfunnet, og til å bli frisk. I behandlingsgruppen er alle pasienter. De deltar i gruppen for å bli friske, og bli sterke. I gruppen blir de godt tatt vare på av fysioterapeuten. Fysioterapeuten i behandlingsgruppene gir øvelser som er i tråd med retningslinjene for behandling. Siden fysioterapeuten har undersøkt kvinnene i forkant av gruppetimen, har hun god kjennskap til den enkeltes plager og behov, og kan lett tilpasse øvelsene deretter. Den individuelle tilpasningen gjør at intervensjonen er mer i tråd med retningslinjene for behandling, enn intervensjonen i friskgruppen. Men i friskgruppen er heller ikke kvinnene pasienter. De er friske kvinner som har født og som ønsker å komme i form.

Selv om det er åpenbare forskjeller mellom behandlingsgruppene og friskgruppene, er det også likheter. Likheten er knyttet til hvordan det er riktig å være i gruppen. De sosiale reglene «her tar man utgangspunkt i seg selv» og «her konkurrerer vi ikke» gjelder også i

friskgruppen. Det råder en regel om at alle skal ha det bra, og at ingen skal presse seg mer enn de klarer. Dette er andre regler enn kvinnene opplever i vanlige treningsgrupper, hvor de mener det forventes at man skal være toptrent. Kvinnene ønsker å ha rom for å starte forsiktig, og i gruppene er det rom for det. Rollen som «sprek og aktiv» er et ideal i samfunnet for kvinner generelt, men også for gravide kvinner og nybakte mødre. Dette er et ideal som er vanskelig å leve opp til når man har bekkenleddsmerter og strever med vanlig dagligdagse aktiviteter, men kanskje også for alle kvinner som har født. Funn fra den store norske mor og barn studien viser at kvinner er mindre aktive i forbindelse med svangerskapet (19). Min påstand er at idealrollen er en rolle kvinnene har med seg inn gruppen. De deltar i gruppen for å få tilbake kroppen, være litt sprek og få en bra kropp, forkledd litt i det å få bedre helse. Tilpasset nivå og øvelser gjør at kvinnene kan delta i en gruppetime som har mye likheter med en vanlig gruppetime. Ved å delta i en gruppetime som ligner en ordinær time kan kvinnene oppleve seg som hellig alminnelig og normal. Poenget med samhandlingen i gruppen er ikke kun å være lik de andre, men også fremstå som en som er i orden, som rår over grunnleggende egenskaper for å være et ansvarlig og ordentlig medlem av samfunnet. En slik egenskap er å ha en kropp som fungerer. I gruppen jobber kvinnene seg mot dette målet, og kanskje mot idealrollen. I tråd med funn fra Album (49), skjer det en iherdig selvreparering i gruppen hvor kvinnene overser det syke og går sammen om det normale. Slik kan gruppen fungere som et uformelt hjelpesystem, hvor kvinnene samarbeider om å forberede seg til scenen ute i samfunnet.

### 5.2.3 Gruppetrening som «front stage» for den «tredje rollen»

I gruppen finnes det sosiale regler for hvordan det er riktig å oppføre seg, som bidrar til mestring og til bedring. Regler som «her er vi enig og lik» gjør at intervensjonen i gruppetimen kan gjennomføres uten at det blir stilt spørsmålstegn til opplegget. Humor blir brukt for å skape distanse til sykdommen, og til å opprettholde fasaden til deltagerne når de synes partilinen er litt tynn, og det er litt merkelige oppgaver de må være med på. «Her er vi positive og innsatsvillige» bidrar til at kvinnene får motivasjon til å gjennomføre opplegget. Dette er regler som også Blixt og Solbrække (63) fant i studien, som omhandlet gruppetreningen for pasienter som hadde gjennomgått leddproteseoperasjon.

«Her tar vi utgangspunkt i oss selv» og «her konkurrer vi ikke» er de to reglene som blir verbalt uttrykt flere ganger under observasjonene og i intervjuene. Kvinnene snakker om at man kan gi seg etter noen gjentakelser hvis det føles riktig, og at man ikke skal presse seg for hardt. Denne regelen ser ut til å gjelde uansett hvilken type gruppe det dreier seg om;

friskgruppe eller behandlingsgruppe. Alle er enige om at det viktig å lytte til kroppen og ta utgangspunkt i seg selv. Partilinjen er tynn i den forstand at det synes å bare være en måte det er riktig å oppføre seg på i gruppen. Det er at man skal ta hensyn til hverandre og seg selv, ikke fremheve seg selv ved å konkurrere, men være positive og innsatsvillige. Kvinnene har samprodusert en definisjon på samværet, men det er skjørt, ifølge Goffman. Når som helst kan noe eller noen «avsløre» spillet og skape en pinlig situasjon. Jeg var ikke vitne til at noen gjorde opposisjon til partilinjen, men det kunne skjedd, slik en av kvinnene fortalte om i intervjuet. Episoden hvor en kvinne klagde over at det var kjedelige øvelser og at hun var lei av å ha vondt, forstod jeg ble sagt med litt ironi og humor, noe som er vanlig når man gjør opposisjon til partilinjen. Opposisjonen var mot de kjedelige øvelsene og situasjonen kvinnen var i, og ikke at reglene var feil. Hadde derimot noen av deltakerne klaget over at øvelsene var for lette, tror jeg det ville skapt en pinlig situasjon. Det ville brutt med partilinjen som gjelder i gruppen, som er at man skal ta hensyn og lytte til egen kropp. Hvis noen skulle gjøre opposisjon til denne definisjonen, og «avsløre» gruppetreningen som for lett og fremheve seg selv som bedre, eller begynne å konkurrere, kunne det ført til at deltakerne tapte ansikt slik jeg forstår det. Som i alle grupper er man avhengig av at deltagerne i en gruppe spiller etter reglene som gjelder, og forstår rollen de skal innta. I gruppene i denne studien ser det altså ut til å eksistere en «tredje rolle», en rolle som kan tilby en tilværelse for disse kvinnene hvor de slipper å være frisk eller syk. Kvinnene er enige om at de trenger tilpasning og hensyn. Hvis noen skulle opponere mot dette og ønske at fysioterapeuten skal presse dem hardere, vil partilinjen kunne bli forkastet, og idealrollen som gjelder for nybakte mødre om å være sprek på 1-2-3 vil bryte inn i gruppen. Alle som deltar risikerer å bli avslørt, enten de spiller for god eller for dårlig. Fungerer gruppedynamikken i den forstand at alle aksepterer partilinjen, vil gruppetreningen kunne fungere som et uformelt hjelpesystem, hvor kvinnene kan konsentrere seg om å gjennomføre det som er hensikten med gruppen, å trene i 60 minutter. Kvinnene går sammen om å dyrke sin egen og hverandres alminnelighet i ritualene i gruppene. Og i tråd med Album sine funn (49s.221), kan det rituelle samværet hjelpe kvinnene å forankre dem i tilværelsen, og styrker deres status som kvinne i det moderne.

### 5.3 Kliniske implikasjoner

I denne oppgaven har jeg vist hvordan kvinnene i gruppene samarbeider om en måte å være på, som gir rom til rollen som kvinne med bekkenleddsmerter. I gruppen blir de tatt hensyn til, og de føler seg trygge og ivaretatt av fysioterapeuten. Dette står i motsetning til hva de opplever ute i samfunnet, hvor kvinnene opplever at det er lite rom for å streve og ha plager. Den sosialt



konstruere diskursen om at «graviditet er ingen sykdom» og «kvinner er spreke på 1-2-3 etter fødsel», gir ikke rom for hensyn og tilrettelegging. I gruppene er det rom for det, og de kan derfor trene trygt og konsentrere seg om å bli bra. Kvinnene i denne studien sier de ikke får trent hjemme, noe vi kjenner fra tidligere forskning (19). Ved å erkjenne at pasienter har forskjellige roller å innta, avhengig av konteksten, kan helsepersonell bedre forstå hvorfor det kan være vanskelig for pasienter å etterleve råd om trening utenfor gruppen.

Basert på erfaringer med å rekruttere grupper og informanter i dette prosjektet, kan det virke som det finnes få behandlingsgrupper for kvinner med bekkenleddsmerter, i alle fall på Østlandet. Til gjengjeld finnes det mange friskgrupper, som blir ledet av treningsinstruktører eller fagpersoner innen helse. For fysioterapeuter kan det være nyttig å anerkjenne effekten av gruppedynamikk som kan oppstå i treningsgruppe, når de planlegger intervensjon for denne pasientgruppen. I denne oppgaven har jeg diskutert hvordan kvinnene samarbeider om en «tredje rolle», som gir større rom for deres opplevelser enn den dikotomiske syk/frisk rollen som gjelder i samfunnet. Selv om kvinnene har bekkenleddsmerter, samarbeider de om å holde det syke i bakgrunnen og det friske i forgrunnen, når de trener i gruppen. Gruppetrening for denne pasientgruppen kan, i tillegg til å tilby en treningsintervensjon som skal føre til bedring, derfor fungere som et uformelt hjelpesystem for kvinnenes «skjøre» selv.

## 5.4 Metodediskusjon

Kvalitativ forskning har tidligere blitt nedvurdert fordi den ikke er like objektiv, kontrollert og strukturert som den kvantitative forskningen (54). Men i dag blir disse to typene forskning sett på som to ulike metoder som gir ulike former for data. Kvalitative data gir kunnskap om innhold og betydning, mer enn utbredelse eller omfang (54). I denne studien har vi vært ute etter å forstå hvordan kvinner med svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter erfarer å delta i gruppetrening. Kliniske implikasjoner av studien har jeg kommet inn på i foregående kapittel.

Metoden som er brukt i dette prosjektet er beskrevet i metodekapittelet, men her ønsker jeg å diskutere styrker og svakheter ved studien, og vurdere kvaliteten av studien opp mot begreper som validitet og reliabilitet. Det er mange forskjellige begreper som brukes når man vurderer kvaliteten av kvalitative studier, og det er glidende overganger. I denne oppgaven har jeg valgt å støtte meg til begrepene Kvale og Brinkman (54) og Fangen (53) bruker i sine metodebøker.

#### 5.4.1 Validitet

Validitet handler om gyldighet, og hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke (54.s.276). Når man vurderer validiteten av en studie, handler det om i hvilken grad funnene og konklusjonen forskeren trekker utfra datamaterialet som er samlet inn, er gyldige. En kan vurdere gyldigheten av funnene utfra gyldigheten av deltagerens utsagn, gyldigheten av observasjonene, og gyldighet av tolkningene som er gjort (54).

Prosjektets metodetriangulering kan være med på å forsterke validiteten til funnene. Funnene fra gruppetreningen er analysert fram utfra data innhentet med to forskjellige metoder; deltagende observasjon og intervju. Ved å kombinere disse to metodene vil jeg kunne sammenligne det kvinnene sier, med det jeg har observert. Ifølge Fangen (53), kan rikheten i et slikt materialet motvirke to fallgruver som ellers preger samfunnsforskningen, nemlig respondent tvetydighet og faren for at forskeren observerer skjevt fordi man er forutinntatt. Fangen påpeker at deltagerne i gruppene vil vanskelig klare å produsere data som unyansert støtter en misforstått konklusjon, akkurat som jeg som forsker vil ha vanskeligheter med å bare se det som støtter mine fordommer. Det er allikevel en svakhet med studien at jeg bare har observert hver enkelt gruppe en gang, og at det er en fare for at min deltagelse har påvirket samhandlingen i gruppen mer enn jeg har ønsket med min tilstedeværelse.

*Kommunikativ validitet* «innebærer å vurdere gyldigheten av tolkninger og observasjoner gjennom dialog med andre» (54). Kvale nevner tre ulike fora som en tolkning kan valideres innenfor. Den første er personene du fortolker. I denne oppgaven har dette blitt ivaretatt ovenfor informantene, ved at jeg i slutten av alle intervjuene oppsummerte for intervjupersonen hva jeg hadde oppfattet de hadde sagt, og de ble spurt om de hadde noen innvendinger eller noe de ville tillegge. Jeg har ikke valgt å la informantene lese igjennom funnene i oppgaven, for å se om de kjenner seg igjen i tolkningen, men funnene og tolkningene er diskutert med mine veiledere som har god kunnskap innenfor tema jeg studerer og teorien jeg har brukt. Jeg har også diskutert med mine medstudenter når jeg har lagt frem mine funn i masterseminarene. I slutfasen av prosjektet har jeg fått kollegaer og familie til å lese igjennom oppgaven for å gi tilbakemelding om rapporten har vært transparent i forhold til forskningsprosessen. Det vil si at jeg beskriver hva som er gjennomført i forskningen slik at det er tydelig for andre som leser hva som er gjort, og hvilke valg som er tatt underveis. Dette er viktig for at leserne skal kunne vurdere validiteten av prosjektet(54). Jeg har diskutert mine funn opp mot tidligere forskning, og dette er også med på å validere funnene i studien.

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke Goffman sin rollespillteori som en teoretisk ramme når jeg tolker datamaterialet mitt. Valget av teori er inspirert av tidligere forskningsstudier som har anvendt Goffman når de har studert pasienters samhandling (49), og pasienters opplevelse av gruppebehandling (63). Jeg kunne valgt andre teorier og begreper som hadde vært velegnet til å beskrive kvinnenens opplevelser av hvordan det er å delta i gruppetrening, men siden jeg ikke bare ønsket å utforske kvinnenens erfaringer gjennom intervju, men også bruke observasjon som metode, hadde jeg tidlig i prosessen tatt et perspektiv på menneskelig samhandling. Jeg mente derfor at Goffman sin teori om menneskelig samhandling var en god teori å støtte seg til når jeg skulle analysere datamaterialet mitt. Som masterstudent har jeg vært en novise når det gjelder forskning, og i tillegg har jeg vært en novise når det gjelder å bruke sosiologisk teori og sosiologiske begreper. Det har vært en spennende og utfordrende øvelse å se på samhandling utfra et sosiologisk perspektiv, og jeg brukte lang tid på å få en god nok forståelse av Goffman sine begreper før jeg våget å bruke teorien i analysen. Som jeg har beskrevet i metodekapittelet var den første analyseringen datastyrt, siden jeg ønsket å være tro til kvinnenens egne subjektive erfaringer og til mine observasjoner av samhandling i gruppen. Det var først etter jeg hadde funnet de to hovedtemaene; kvinnenens graviditet- og sykdomshistorie og gruppetrening, at jeg forstod hvordan Goffman sin rolleteori kunne hjelpe meg å forstå materialet mitt. Goffman sin rolleteori hjalp meg å forstå at kvinnenens opplevelse av å delta i gruppetrening må forstås utfra hvilke kontekst de er i, og kvinnenens graviditet- og sykdomshistorie satt meg på spor av at kvinnene opplevde konteksten annerledes ute i samfunnet, enn i gruppen. Og gjennom begrepene front stage og back stage har jeg i diskusjonen forsøkt å vise hvordan kvinnenens opplevelser av å leve med bekkenleddsmerter og hvordan opplevelsen av å delta i gruppetrening kan forstås ved hjelp av goffmanske begreper.

Når jeg tolker mine informanter i lys av goffmanske begreper, så tolker jeg dem utover det de har sagt med egne ord. Goffman sin rollespillteori har tidligere blitt kritisert for å fremstille mennesker som kynikere som gjemmer seg bak masker, kulisser, teatraliske opptredener, fasader og overdreven selvrepresentasjon (64 s.184). Selv sier Goffman at han bruker metaforene fra scenen med en «retorisk hensikt og som en manøvrering for å beskrive sosiale møters struktur» (48 s. 210). Min oppfatning er ikke at kvinnene bevisst har framstilt seg som noe annet, eller bedre enn de «egentlig» var, når jeg skriver at kvinnene har med seg rollen som sprek og aktiv inn i gruppen, og «spiller» normale. Ifølge Album (49) er måten vi oppfører oss på sammen med andre en ganske ubevisst håndtering av situasjonen vi befinner

oss i. Vi oppfører oss slik vi gjør fordi vi har en sosial kompetanse, og vi er sjelden eller aldri bevisst hvilke «teknikker» vi bruker for å samhandle med andre. Ifølge Goffman, er det viktig at man i alle undersøkelser av sosiale organisasjoner beskriver de gjeldene normer for sømmelighet (48 s.94). Dette har kanskje vært noe av det vanskeligste å beskrive, synes jeg, siden mye av normene er så selvfølgelige for oss. Noen av normene for sømmelighet i gruppen var mer innlysende enn andre. Reglen om å «ta utgangspunkt i seg selv» og «ikke drive konkurranse» ble kommunisert i gruppen og intervjuene. Det er disse reglene som derfor har fått størst plass i oppgaven. Men de andre reglene som blir drøftet i diskusjonen er mer «tatt for gitt», slik som «her er vi enig og lik» og «her er vi positive og innsatsvillige». Det var gjennom inspirasjon fra Album (49) og Blixt (63) jeg ble bevisst hvordan disse normene var til stede i kvinnes fortellinger og i mine observasjoner. Ingen av kvinnene brukte ordet norm eller regel, men de snakket indirekte om hvordan det var «riktig» å oppføre seg når de snakket om hvordan det var å være med i gruppetreningen, og jeg observerte en enighet og en positiv holdning i gruppene.

#### 5.4.2 Reliabilitet

Reliabilitet har med forskningsresultatens konsistens og troverdighet å gjøre, og henger sammen med reproduksjon og etterprøvbarehet (54). Mens reliabilitet i kvantitativ forskning knytter seg til «hvordan et resultat kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere»(54.s.276), kan man i denne studien, som er basert på kvalitativ forskning, vanskelig si at en gjentakelse av studien vil kunne gi identiske resultater. Forskningsprosessen til denne studie er både kontekstualisert og nært knyttet til hvordan jeg som forsker har virket inn på prosessen. For å dokumentere dette har jeg i metodekapittelet forsøkt å beskrive forskningsprosessen så transparent som mulig. Jeg har beskrevet i hvilken kontekst datamaterialet mitt er innhentet, og hvordan jeg som forsker har påvirket forskningsprosessen gjennom å kritisere de valgene jeg har tatt underveis i prosessen. Jeg har gjort rede for intervjuprosessen og temaene for intervjuet, samt hva jeg har vært opptatt av når jeg observerte gruppene. Jeg har redegjort for hvordan jeg har kommet frem til mine tolkninger ved å vise hvilke data som gir grunnlag for dem, og hvordan disse funnene kan forstås i lys av Goffmans teori om samhandling. Dette har jeg gjort for at leseren av oppgaven skal være i stand til å vurdere om funnene i denne studien kan anses å være pålitelige (65 s. 17).

I kvalitativ forskning strever man etter objektivitet om sin egen subjektivitet. Dette har jeg gjort ved å redegjøre for min forforståelse. Det kan være en fordel å ha god kunnskap om et tema når man starter ett prosjekt. Jeg har gjort rede for at jeg har jobbet med pasientgruppen

som blir studert i mange år, og har tilbudt gruppetrening som behandlingsform. Kunnskapen min kan ha gjort at jeg har hatt en del bias til hvilken retning tolkningene mine skulle ta, men jeg mener at det teoretiske perspektivet jeg har valgt å ta i oppgaven har gjort at jeg har måttet frigjøre meg fra min måte å tenke på som fysioterapeut, og har gjort at jeg har sett på materialet mitt på en litt ny måte.

#### 5.4.3 Overførbarhet

I hvilken grad funnene i forskningsstudien kan generaliseres er noe man bør forholde seg aktivt til i kvalitativ forskning (65). Utvalget av grupper og informanter i denne studien er for lite til å kunne generalisere funnene, og ble ikke strategisk utvalgt slik det var planlagt. I utgangspunktet ønsket jeg kun å inkludere behandlingsgrupper for kvinner med bekkenleddsmerter etter fødsel, men dette ble vanskelig og jeg måtte ta et valg om å inkludere behandlingsgrupper for gravide og friskgrupper i tillegg. Jeg må innrømme at jeg ble skuffet over at jeg ikke fikk rekruttert flere behandlingsgrupper med kvinner som hadde bekkenleddsmerter etter fødsel, da det var den pasientgruppen som var grunnlaget for min interesse for prosjektet og den gruppen jeg ønsket å forske på. I etterkant tror jeg likevel at valget om å inkludere flere forskjellige gruppetilbud i prosjektet har fått frem noen interessante funn som jeg ellers kanskje ikke vil oppdaget. For eksempel var det interessant at det var kvinner som hadde korsrygg- og/eller bekkenleddsmerter i begge friskgruppene, og at det i begge gruppetypene så ut til å finnes en «tredje rolle» ut over frisk/syk rollen i samfunnet, som kvinnene samarbeidet om.

I utgangspunktet var det et ønske om å gjøre en strategisk utvelgelse av informanter, men rekrutteringsprosessen gjorde dette vanskelig og det ble en tilfeldig utvelgelse. Utvalget viste seg etter inkluderingen å være ganske homogen. Blant annet hadde alle kvinnene et barn fra før, enten de var gravide eller akkurat hadde født. Dette var annerledes enn jeg først hadde planlagt da jeg skrev prosjektskissen. Jeg ønsket i utgangspunktet å ha noen førstegangsfødende og noen flergangsfødende, for å få et spenn i materialet, siden jeg mener at graviditeten ofte vil oppleves annerledes første gang i forhold til andre og tredje. Til gjengjeld hadde alle kvinnene hatt lignende plager i første svangerskapet, og hadde derfor erfaringer med bekkenleddsmerter og behandling i gruppe fra tidligere, noe som gjorde at de kunne fortelle fra tidligere erfaringer med bekkenleddsmerter og behandling. Materialet er slik sett likevel rikt på erfaringer. Utvalget er likevel for lite, og for homogen til å kunne trekke generelle slutninger om hvordan kvinner med svangerskapsrelaterede bekkenleddsmerter opplever gruppebehandling.

Alle kvinnene i utvalget hadde høyere utdanning og tre av dem var veldig aktive før svangerskapet. Dette kan ha påvirket resultatene, og funnene må derfor ses i sammenheng med hvem det er forsket på. Tidligere forskning har også vist at kvinner som har vært aktive før de fikk bekkenleddsmerter, savner det aktive livet (35), og man kan tenke seg at kvinner som tidligere har vært aktive er mer motivert for å trene og derfor vil være mer positive til en slik behandlingsform. Kvinnene som hadde vært veldig aktive før de fikk bekkenleddsmerter har tidligere levd opp til idealrollen om å være sprek og fysisk aktiv. Det vil være nærliggende å tenke seg at kvinner som tidligere har levd opp mot idealrollen vil føle mer på de normative kravene som er knyttet til den rollen, enn andre. Denne studien har hatt til hensikt å gi en grundig beskrivelse av kulturen og konteksten studien er gjort i, og funnene må etter mitt syn derfor forstås utfra den konteksten de er undersøkt i, heller enn å generaliseres.

## **6.0 Konklusjon:**

Funnene i dette prosjektet viser at kvinnene opplever gruppetrening som et trygt sted å trene, hvor de møter andre i samme situasjon, og hvor de føler seg ivaretatt av fysioterapeuten. Sammen skaper kvinnene en «tredje rolle», som de opplever mangler ute i samfunnet, hvor deres behov for tilpasning og hensyn i forbindelse med svangerskapet og fødselen blir ivaretatt. Gruppetrening for denne pasientgruppen kan, i tillegg til å tilby en treningsintervensjon som skal føre til bedring, derfor fungere som et uformelt hjelpesystem for kvinnenes «skjøre Selv».

## Litteraturliste

1. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J.* 2008;17(6):794-819.
2. Stuge B. Diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Diagnostikk og behandling av bekkenleddsplager.* 2010;130(21).
3. Almousa S, Lamprianidou E, Kitsoulis G. The effectiveness of stabilising exercises in pelvic girdle pain during pregnancy and after delivery: A systematic review. *Physiother Res Int.* 2018;23(1).
4. Ostgaard HC, Zetherström G, Roos-Hansson E. The posterior pelvic pain provocation test in pregnant women. *Eur Spine J.* 1994;3(5):258-60.
5. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JM, van Dieen JH, Wuisman PI, et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J.* 2004;13(7):575-89.
6. Gutke A, Ostgaard HC, Oberg B. Pelvic girdle pain and lumbar pain in pregnancy: a cohort study of the consequences in terms of health and functioning. *Spine (Phila Pa 1976).* 2006;31(5):E149-E55.
7. Robinson HS, Mengshoel AM, Veierød MB, Vøllestad N. Pelvic girdle pain: potential risk factors in pregnancy in relation to disability and pain intensity three months postpartum. *Man Ther.* 2010;15(6):522-8.
8. Bjelland E, Stuge B, Engdahl B, Eberhard-Gran M. The effect of emotional distress on persistent pelvic girdle pain after delivery: a longitudinal population study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2013;120(1):32-40.
9. Albert H, Godskesen M, Westergaard J. Prognosis in four syndromes of pregnancy-related pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80(6):505-10.
10. Stuge B. Evidence of stabilizing exercises for low back- and pelvic girdle pain - a critical review. *Braz J Phys Ther.* 2019;23(2):181-6.
11. Albert H, Godskesen M, Westergaard JG, Chard T, Gunn L. Circulating levels of relaxin are normal in pregnant women with pelvic pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1997;74(1):19-22.
12. Mens JM, Pool-Goudzwaard A, Stam HJ. Mobility of the pelvic joints in pregnancy-related lumbopelvic pain: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv.* 2009;64(3):200-8.
13. Bastiaanssen JM, de Bie RA, Bastiaenen CHG, Essed GGM, van den Brandt PA. A historical perspective on pregnancy-related low back and/or pelvic girdle pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;120(1):3-14.
14. Björklund K, Bergström S. Is pelvic pain in pregnancy a welfare complaint?: Pelvic pain in affluence and poverty. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica.* 2000;79(1):24-30.



15. Vermani E, Mittal R, Weeks A. Pelvic Girdle Pain and Low Back Pain in Pregnancy: A Review. *Pain Pract.* 2010;10(1):60-71.
16. Johannisson K. Det mørke kontinentet. Kvinner, sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet. Oslo: Aventura Forlag; 1996.
17. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinje for svangerskapsomsorgen (nettdokument). In: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 07.januar 2021 Im, editor. Oslo: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>; 2018.
18. Fredriksen EH, Harris J, Moland KM, Sundby J. "A Defeat not to Be Ultra-Fit": Expectations and Experiences Related to Pregnancy and Employment in Contemporary Norway. *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research.* 2010;18(3):167-84.
19. Owe KM, Nystad W, Bø K. Correlates of regular exercise during pregnancy: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. [Copenhagen] : Oxford, UK :2009. p. 637-45.
20. Rødland AW. Hva vet vi om kvinners helse? ; 2018. Report No.: Rapport for forprosjektet til [kvinnehelseportalen.no](http://kvinnehelseportalen.no).
21. Alstveit M, Severinsson E, Karlsen B. Living on the Edge of Being Overstretched-A Norwegian Qualitative Study of Employed Pregnant Women. *Health Care Women Int.* 2010;31(6):533-51.
22. Arbeidstilsynet. Graviditet og arbeidsmiljø 2021 [Available from: <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/graviditet-og-arbeidsmiljo/>].
23. Helsedirektoratet. Generelt om sykemelding ved graviditet. 2017.
24. Dørheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Sick leave during pregnancy: a longitudinal study of rates and risk factors in a Norwegian population. *Bjog.* 2013;120(5):521-30.
25. Malmqvist S, Kjaermann I, Andersen K, Økland I, Larsen JP, Brønneck K. The association between pelvic girdle pain and sick leave during pregnancy; a retrospective study of a Norwegian population. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(1):237-.
26. Mackenzie J, Murray E, Lusher J. Women's experiences of pregnancy related pelvic girdle pain: A systematic review. [London] :2018. p. 102-11.
27. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinje for barselomsorgen - Nytt liv og trygg barseltid for familien (nettdokument). In: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 1.april 2014 Im, editor. Oslo: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>; 2014.
28. Familieklubben. Bekkensjekken: Vil ha bedre oppfølging etter fødsel 2018 [updated 19.09.1813.02.2021]. Available from: <https://familieklubben.no/barn-paa-vei/vil-ha-bedre-oppfoelging-etter-foedsel/545>.
29. Setten K, Mengaaen AS. Mener kvinner bør få bedre oppfølging etter fødsel: TV2.no; 2020 [updated 04.08.2020. Available from: <https://www.tv2.no/a/11560931/>].

30. Næss-Hartmann S. Mammakroppen: NRK.no; 2020 [updated 25.07.2020. Available from: <https://www.nrk.no/ytring/mammakroppen-1.15095123>.
31. Mogstad KL. Stakkars unge fødekvinne: NRK.no; 2020 [updated 18.08.2020. Available from: <https://www.nrk.no/ytring/stakkars-unge-fodekvinne-1.15125041>.
32. Mogstad KL. Et brennende hjerte for gravide og barselkvinner: Dagsavisen.no; 2020 [updated 24.08.2020. Available from: <https://www.dagsavisen.no/debatt/2020/08/24/et-brennende-hjerte-for-gravide-og-barselkvinner/>.
33. Barseloppøret. Barseloppøret i media 2021 [Available from: <https://barselopporet.no/media>.
34. Mårdalen I. Komme fysioterapeuter i skyggen av mammatrnerne og bloggere? *Fysioterapeuten*. 2020;7:5-6.
35. Engeset J, Stuge B, Fegran L. Pelvic girdle pain affects the whole life--a qualitative interview study in Norway on women's experiences with pelvic girdle pain after delivery. *BMC Research Notes*. 2014;7(1):686.
36. Wuytack F, Curtis E, Begley C. Experiences of First-Time Mothers With Persistent Pelvic Girdle Pain After Childbirth: Descriptive Qualitative Study. *Phys Ther*. 2015;95(10):1354-64.
37. Ferreira CW, Albuquerque-Sendi NF. Effectiveness of physical therapy for pregnancy-related low back and/or pelvic pain after delivery: a systematic review. *Physiother Theory Pract*. 2013;29(6):419-31.
38. Stuge B, Veierod MB, Laerum E, Vollestad N. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a two-year follow-up of a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2004;29(10):E197-203.
39. Stuge B, Bergland A. Evidence and individualization: Important elements in treatment for women with postpartum pelvic girdle pain. [London] :2011. p. 557-65.
40. O'Keefe M, Cullinane P, Hurley J, Leahy I, Bunzli S, O'Sullivan PB, et al. What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther*. 2016;96(5):609-22.
41. Mehus KH. Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten. 2016. Report No.: IS-2467.
42. O'Keefe M, Purtill H, Kennedy N, Conneely M, Hurley J, O'Sullivan P, et al. Comparative Effectiveness of Conservative Interventions for Nonspecific Chronic Spinal Pain: Physical, Behavioral/Psychologically Informed, or Combined? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain*. 2016;17(7):755-74.

43. Davenport MH, Marchand AA, Mottola MF, Poitras VJ, Gray CE, Jaramillo Garcia A, et al. Exercise for the prevention and treatment of low back, pelvic girdle and lumbopelvic pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2019;53(2):90-8.
44. Mørkved S, Salvesen KA, Schei B, Lydersen S, Bø K. Does group training during pregnancy prevent lumbopelvic pain? A randomized clinical trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(3):276-82.
45. Haugland KS, Rasmussen S, Daltveit AK. Group intervention for women with pelvic girdle pain in pregnancy. A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(11):1320-6.
46. Stafne SN, Salvesen K, Romundstad PR, Stuge B, Mørkved S. Does regular exercise during pregnancy influence lumbopelvic pain? A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91(5):552-9.
47. Rodríguez-Blanque R, Aguilar-Cordero MJ, Marín-Jiménez AE, Menor-Rodríguez MJ, Montiel-Troya M, Sánchez-García JC. Water Exercise and Quality of Life in Pregnancy: A Randomised Clinical Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2020;17(4):1288.
48. Goffman E. Vårt rollespill til daglig. "The presentation of self in everyday life": Pax forlag A/S, Oslo; 2014.
49. Album D. Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus: TANO A.S; 1996.
50. Stuge B, Laerum E, Kirkesola G, Vollestad N. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 2004;29(4):351-9.
51. Eggen MH, Stuge B, Mowinckel P, Jensen KS, Hagen KB. Can supervised group exercises including ergonomic advice reduce the prevalence and severity of low back pain and pelvic girdle pain in pregnancy? A randomized controlled trial. *Phys Ther.* 2012;92(6):781-90.
52. Malterud K. Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how? London, England 2016. p. 120-9.
53. Fangen K. Deltagende observasjon. 2 ed: Fagbokforlaget; 2010.
54. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. ed: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2015.
55. Ofte brukte takster for fysioterapeuter (nettdokument), (2019).
56. Frank AW. Letting stories breathe. Chicago: University of Chicago Press; 2010.
57. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006;3:77-101.
58. Elden H, Lundgren I, Robertson E. Life's pregnant pause of pain: pregnant women's experiences of pelvic girdle pain related to daily life: a Swedish interview study. *Sex Reprod Healthc.* 2013;4(1):29-34.

59. Fredriksen EH, Moland KM, Sundby J. "Listen to your body": A qualitative text analysis of internet discussions related to pregnancy health and pelvic girdle pain in pregnancy. *Patient Education and Counseling*. 2008;73(2):294-9.
60. Persson M, Winkvist A, Dahlgren L, Mogren I. Struggling with daily life and enduring pain: a qualitative study of women's experiences with pelvic girdle pain during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013;13(1).
61. Grape HE. Det svake ledd? Bekkenløsning i et kulturhistorisk perspektiv [Masteroppgave i helsefagvitenskap]: Universitet i Oslo; 2009.
62. Fredriksen E, Harris J, Moland K, Sundby J. "They Ask Whether This Is Real or Fake": A Qualitative Norwegian Study of Pregnancy Complaints and Access to Social Benefits. *Health Care for Women International*. 2014;35(3):266-84.
63. Blixt L, Solbrække KN. The significance of social rules in group training sessions. *Disabil Rehabil*. 2017;39(24):2477-83.
64. Jacobsen MH, Kristiansen S. *Social Thought of Erving Goffman*. Sage Publications, Inc; 2015.
65. Leseth AB, Tellmann SM. *Hvordan lese kvalitativ forskning?* 2. ed: Cappelen Damm AS; 2018.

## Vedlegg 1

# Masteroppgave i fysioterapi

## Veiledningsavtale mellom student og veileder

I. Avtale inngås mellom:

tauuan horsnes  
Orneshei IH Siu-

STUDENT:(navn)

(adresse)

~~93042133~~ (t10)

Hedda Erik (  
Oslo Hel, P.44 (  
98425684. (

VEILEDER:(navn)

(adresse)

(t10)

Evt BIVEILEDER:(navn)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (adresse)  
\_\_\_\_\_ (t10)

Avtaleperiode:

### II. Ansvar for masteroppgaven

Ansvar for masteroppgaven framdrift og endelig utforming ligger hos studenten.

### III. Fordelingen av rettigheter og plikter i samarbeidsforholdet

Veileder skal:

- orientere studenten om hva veiledningen innebærer for begge parter

0 tilby toul 50 timers veiledningsarbeid (inklusive for- og etterarbeid), hvorav 25 timer er vejledning direkte til student

0 gi råd om formulering og avgrensning av tema og problemstilling

0 drøfte teoretiske og metodiske sider ved oppgaven

- 0 gi hjelptil orientering i faglitteratur
- 0 drøfte resultater, tolkning og presentasjon av disse
- 0 gi tilbakemelding på det skriftlige arbeidet underveis

2

0 orientere om aktuelle juridiske og forskningsetiske retningslinjer


### Studenten skal:

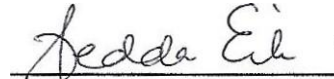

- gjennomføre masteroppgaven i samsvar med framdriftsplanen slik den fremkommer i prosjektbeskrivelsen. Avvik fra framdriftsplanen medfører ny avtaleinngåelse mellom student og veileder.
- være forberedt til veiledningstime og holde veileder jevnlig orientert om arbeidet med masteroppgaven ● følge høgskolens retningslinjer for arbeid med masteroppgaven ● sørge for at nødvendige juridiske / etiske søknader fylles ut og sendes til rette instans. ● presentere eget prosjekt og kommentere medstudenters prosjekter på masteroppgaveseminar etter nærmere fastlagt plan.

### Student og veileder:

- Både student og veileder kan be om endring av veiledningsforholdet dersom den andre parten ikke opprettholder sine forpliktelser. Ønske om endring av veiledningsforholdet skal rettes til emneansvarlig for masteroppgaven.

. Sted og dato, Z9/B-l%\_\_\_\_\_

  
Student

  
Veileder: 

Faglig kontaktperson på OsloMet er :  
Telefonnr:

Denne avtalen finnes i tre eksemplarer. En har veilederen. En har studenten og en leveres til studieadministrasjonen ved Fakultet for helsevitenskap.

## Vedlegg 2

### Observasjonsguide for masterprosjekt «Bekkenleddsmerter postpartum – trening i grupper»

Deltakende observasjon, hvor observatør ikke deltar aktivt i gruppetimen, men snakker med kvinnene og terapeut underveis.

|   |  |
|---|--|
| Hva gjør de?                              |  |
| Samhandling mellom mor og barn            |  |
| Samhandling mellom terapeut og deltagerne |  |
| Samhandling deltagerne imellom            |  |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
|                                  |  |
| Samhandling barn og terapeut     |  |
| Hva snakker de om?               |  |
| Hvordan er stemningen i gruppen? |  |



## Vedlegg 3

Semistrukturert intervjuguide for prosjektet «Bekkenleddsmerter postpartum – trening i Grupper»

|  |   |
|--|---|
| <p>Fase 1:<br/>Rammesetting</p>        | <p>1. Løst prat (5 min)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• uformell prat</li></ul> <p>2. Informasjon (5-10 min)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• si litt om tema for intervjuet</li><li>• forklare hva intervjuet skal brukes til, forklare taushetsplikt og anonymitet</li><li>• informere om opptak, sørg for samtykke til opptak</li><li>• start opptak</li></ul>  |
| <p>Fase 2:<br/>Innledningsspørsmål</p> | <p>3. Bakgrunn-spørsmål (10 min)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kan du fortelle litt om hvordan det har vært å være gravid?</li><li>• Hvordan har det vært å bli mamma?</li><li>• Har du flere barn? Og evt. hadde du bekkenleddsmerter i forrige svangerskap?</li><li>• Hva har hjulpet deg? Fikk du behandling for plagene dine?</li></ul>   |
| <p>Fase 3:<br/>Fokusering på tema</p>  | <p>4. Nøkkelspørsmål (40-50 min)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hvorfor ble du med i gruppetreningen?</li><li>• Hvordan fikk du vite om treningen?</li><li>• Hva var viktig for deg når du skulle begynne å trene igjen?</li><li>• Hvordan synes du treningen er?</li><li>• Hva tenkte du etter første gang?</li><li>• Hvilke forventninger hadde du til gruppetreningen? Var det som forventet? Har dette vært som du trodde det skulle være?</li></ul> |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
|                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Var det noe som overrasket deg?</li> <li>• Er det noe dere trener på som du ikke forventet? Noe dere ikke trener på? Er det noe du savner i treningen?</li> <li>• Har du trent i gruppe tidligere? Er det noe som er annerledes her? Kan du fortelle litt om hva du tenker om å trene i denne gruppa i forhold til andre du har vært med i?</li> <li>• Hvordan opplever du samværet med de andre i gruppen? Er det viktig for deg at det er en gruppe med mammaer og ikke en vanlig gruppe?</li> <li>• Har du blitt kjent med de andre?</li> <li>• Snakker dere sammen?</li> <li>• Har ting endret seg i løpet av tiden du har deltatt i gruppen? Hva tror du har hatt størst betydning for endringen? (de andre i gruppa, fysioterapeuten, familie, ting som er sagt eller gjort....)</li> <li>• Har du hatt erfaring med annen behandlingsform enn gruppebehandling? Hvordan har du opplevd de forskjellig?</li> <li>• Vil du anbefale andre som har født å delta i en slik gruppetrening? Hva vil du ta med deg videre fra treningen? Fra fysioterapeuten? Fra de andre i gruppen?</li> <li>• Tror du at du kan bli helt bra igjen?</li> </ul> <p>Hvert nøkkelspørsmål følges opp med oppfølgingsspørsmål som – «hva skjedde da?» eller «Hvordan opplevde du det?». Målet er at spørsmålene skal få frem spontane beskrivelser innenfor tema gruppebehandling.</p> |
| <p>Fase 4:<br/>Oppsummering</p> | <p>5. Oppsummering (5 min)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppsummere funn</li> <li>• Har jeg forstått deg riktig?</li> <li>• Er det noe du vil legge til?</li> <li>• Er det noe du trodde jeg skulle spørre deg om som jeg ikke har spurt om? Vil du si litt om det?</li> </ul>  |

## Vedlegg 4



|                |                       |                 |                         |                       |
|----------------|-----------------------|-----------------|-------------------------|-----------------------|
| <b>Region:</b> | <b>Saksbehandler:</b> | <b>Telefon:</b> | <b>Vår dato:</b>        | <b>Vår referanse:</b> |
| REK sør-øst C  | Claus Henning Thorsen | 22845515        | 28.11.2019              | 33092                 |
|                |                       |                 | <b>Deres referanse:</b> |                       |

Hedda Eik

### **33092 Bekkenrelaterte smerter postpartum -Trening i Grupper**

**Forskningsansvarlig:** OsloMet - storbyuniversitetet

**Søker:** Hedda Eik

#### **Søkers beskrivelse av formål:**

*I de europeiske retningslinjene for behandling av bekkenleddsmerter i forbindelse med svangerskap, anbefales det at kvinnene gis grundig informasjon og et individuelt tilpasset treningsprogram. I klinisk praksis er det vanlig å behandle kvinner med bekkenleddsmerter postpartum både individuelt og i gruppe. Det kan være utfordrende å tilpasse treningen individuelt i en gruppebehandling. Ved å behandle kvinnene individuelt sikrer man at øvelsene er tilpasset den enkeltes utfordringer, og vil gjøre det lettere å tilrettelegge tiltak som føles meningsfulle for den enkeltes pasient. Min er erfaring er likevel at kvinnene trives med å trene i gruppe, og at flere kvinner etterspør gruppetrening som behandling. I dette prosjektet ønsker jeg å utforske hvordan kvinner med bekkenleddsmerter postpartum opplever å trene i behandlingsgruppe med andre kvinner med samme diagnose.*

#### **REKs vurdering**

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, det vil si «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom», jf. helseforskningsloven § 2, jf. § 4.

I dette mastergradsprosjektet skal man skal undersøke hvordan kvinner med bekkenleddsmerter postpartum opplever å trene i gruppe med andre kvinner med samme diagnose. Hensikten med prosjektet, er ved bruk av semistruktuerte intervjuer og deltakende observasjon av gruppebehandlinger, å forstå og belyse erfaringer og opplevelser med å trene i gruppe for kvinner med bekkenleddsmerter etter fødsel. Man skal

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen

Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider [rekportalen.no](http://rekportalen.no)

ikke måle effekten av trening i gruppe. Komiteen mener, basert på den fremlagte dokumentasjon, at studien således ikke har til formål å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, slik dette forstås i helseforskningsloven § 4.

Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK innenfor de ordinære ordninger for helsetjenesten med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

## **Vedtak**

Avvist (utenfor mandat)

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som medisinsk og helsefaglig forskning, og det faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Britt Ingjerd Nesheim  
professor dr. med. leder  
REK sør-øst C

Claus Henning Thorsen  
Seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert

Kopi av vedtak: OsloMet - storbyuniversitetet

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen  
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider [rekportalen.no](https://rekportalen.no)

## Vedlegg 5

Følgende vurdering er gitt:

Vi viser til endring registrert 29.11.2019.

REK sin vurdering av prosjektet er lastet opp i meldeskjema. REK vurderer at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde (REK sin ref: 33092). Vi kan dermed ikke se at det er gjort endringer i prosjektet som har innvirkning på NSD sin vurdering av hvordan personopplysninger behandles. Vi gjør oppmerksom på at ettersom prosjektet ikke er omfattet av helseforskningsloven vil ikke unntaket fra retten til sletting når opplysninger har inngått i analyser gjelde. Følgende setning må derfor endres i informasjonsskrivet til deltakerne «Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner». Vi anbefaler at du heller skriver «Dersom du trekker deg fra prosjektet kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger»

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert. Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lise A. Haveraaen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 6



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

# **Bekkenleddsmerter og erfaringer med trening i gruppe etter fødsel.**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som har som mål å få økt kunnskap om hvordan kvinner som har hatt bekkenleddsmerter i svangerskapet opplever å delta i gruppetrening som behandlingsform etter fødsel. Det antas at mellom 24-50% av gravide kvinner får plager med bekkenet, og smertene debuterer oftest i løpet av første halvdel av svangerskapet. En del kvinner opplever spontan bedring etter fødsel, mens andre opplever vedvarende funksjonsnedsettende smerter i bekkenet. Anbefalt behandlingen hos fysioterapeut er grundig informasjon og individuelt tilpasset treningsprogram for å gjennomrette normal funksjon. I praksis blir dette gitt både med individuelle behandlinger og i gruppebehandling.

Hensikten med prosjektet er å høre hvordan du som pasient erfarer å få behandling i en treningsgruppe sammen med andre kvinner med lignende smerter.

### **Hva innebærer PROSJEKTET?**

Prosjektet er en del av mitt masterprosjekt. Jeg vil bruke en kombinasjon av observasjon og intervju. Gjennom observasjonen ønsker jeg å få innledende kunnskap om hva som skjer i en behandlingsgruppe. Jeg ønsker å observere hva som skjer i gruppen, og hvordan samhandlingen i gruppen er. I tillegg ønsker jeg å intervju to personer fra hver gruppe. Intervjuene vil foregå som en samtale mellom deg og meg, hvor jeg med utgangspunkt i en intervjuguide, ønsker at du skal snakke så fritt som mulig om den aktuelle tematikken. Jeg er bla. interessert i å vite litt om bakgrunnen for at du deltar i gruppen, erfaringer med behandling for bekkenleddsmerter og hvordan du opplever å delta i treningsgruppen. Intervjuene vil vare 1 time +/- . Intervjuene vil bli tatt opp på lydopptak og oppbevart på et sikkert sted. All informasjon du gir vil bli behandlet konfidensielt og opplysningene du gir vil bli anonymisert slik at de ikke kan knyttes til deg.

## **Mulige fordeler og ulemper**

Fordeler med å delta i dette prosjektet vil være å kunne bidra til utvikling og eventuelt bedre vilkår for fysioterapeuters fremtidige behandling/oppfølging av kvinner som har hatt bekkenleddsmerter i svangerskapet. Kvalitativ forskning som anvendes i dette prosjektet, kan presentere og frembringe et mangfold, ulike nyanser til en viktig tematikk samt fremme viktigheten av pasientenes subjektive erfaringer.

Ulemper ved å delta i prosjektet kan være at dine erfaringer blir oppfattet og fremstilt i så måte ikke autentisk med din egentlige mening. Utover dette kan du som informant føle spørsmålene som nærgående og utspørrende.

## **Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte:

### **Ingrid Haugan Thorsnes**

Tlf: +47 98072133

Mail: s321218@oslomet.no

### **Hedda Eik (Hovedveileder, prosjektleder)**

Tlf: +47 67236741

Mail: hedda.eik@oslomet.no

## **Hva skjer med OPPLYSNINGENE om deg?**

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Pseudonymer (andre fiktive navn) knytter deg til dine opplysninger. Det er kun Ingrid Haugan Thorsnes og Hedda Eik som har tilgang til denne informasjonen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert og slettet (31.12.21) etter prosjektslutt.

### **Godkjenning**

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning (sak #33092).

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig OsloMet og prosjektleder Hedda Eik et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

### **KONTAKTOPPLYSNINGER**

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med:

#### **Ingrid Haugan Thorsnes**

Tlf: +47 98072133

Mail: [s321218@oslomet.no](mailto:s321218@oslomet.no)

#### **Hedda Eik, førsteamanuensis, OsloMet**

Tlf: +47 67236741

Mail: [hgrape@oslomet.no](mailto:hgrape@oslomet.no)

Personvernombud ved institusjonen er Ingrid S. Jacobsen, [personvernombud@oslomet.no](mailto:personvernombud@oslomet.no).



**Jeg samtykker til å delta i prosjektet og til at mine personopplysninger brukes slik det er beskrevet**

-----  
Sted og dato

\_\_\_\_\_  
Deltakers signatur

\_\_\_\_\_  
Deltakers navn med trykte bokstaver