

# Masteroppgave

Master i fysioterapi, fordypning i muskel og skjelett.

Mai, 2024.

Fysioterapibehandlingens rolle i håndteringen av vedvarende bekkenleddsmerter etter graviditet og fødsel: En kvalitativ analyse av kvinners erfaringer.

*«Jeg føler ikke at det er nok kunnskap om bekken, på en måte. Eller kanskje kvinnekroppen generelt ... Så blir man jo ganske desperat, og tenker «hva skal jeg gjøre». Man blir så desperat etter å få hjelp, men vet ikke hvor man skal starte, eller hva som faktisk hjelper (...) Jeg vil jo bare ha tilbake kroppen min».*



Illustrasjonsfoto: iStockPhoto

Kandidatnavn: 215

Emnekode: MAFYSD5900\_1

Antall ord: 19178

## FORORD

Gjennom denne masteroppgaven har jeg vært igjennom en utrolig spennende og lærerik prosess. Ved avslutningen av denne oppgaven ønsker jeg å takke de som har vært med meg gjennom denne reisen.

Først og fremst retter jeg en stor takk til min veileder, Line Blixt, for din uvurderlige veiledning og støtte gjennom hele arbeidet. Din ekspertise innen faget og ditt dedikerte engasjement har vært en kontinuerlig kilde til inspirasjon for meg. En spesiell takk går også til min biveileder, Elisabeth K. Bjelland, for dine verdifulle innspill og grundige gjennomgang av teoridelen av oppgaven. Jeg vil også takke informantene som har delt sine erfaringer med meg, som har dannet grunnlaget for denne oppgaven. Takk til Marianne Stensholt for din interesse og solide støtte gjennom hele masterstudiet, samt for din tekniske assistanse og konstruktive tilbakemeldinger. En stor takk går også til min gode venninne og norsklærer, Linda Rogne Waag, for din grundige gjennomlesing og korreksjon av teksten. Til slutt vil jeg takke samboeren min, Magnus Wist, for støtte, gjennomlesing og tålmodighet gjennom denne prosessen.

Silvia Ulla Berg, mai 2024.

## Sammendrag

Denne masteroppgaven utforsker erfaringer hos kvinner med vedvarende bekkenleddsmerter, som har opplevd bedring gjennom fysioterapibehandling etter graviditet. Problemstillingen tar sikte på å forstå disse kvinnenes opplevelse av smertelindring gjennom fysioterapibehandling, og hvordan de navigerer i dagens samfunn med vedvarende bekkenleddsmerter. Studien er forankret i en kvalitativ metodetradisjon, og forskningsmaterialet består av dybdeintervjuer av tre kvinner med vedvarende bekkenleddsmerter. Teoridelen av oppgaven danner et fundament for å forstå og analysere de komplekse temaene som behandles i studien. Gjennom en grundig gjennomgang av eksisterende teoretiske perspektiver og begreper, søker denne delen å belyse sentrale konsepter og sammenhenger knyttet til smerte, vedvarende smerter, og spesifikt svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter. Ved å utforske ulike teoretiske tilnærminger, som den biopsykososiale modellen og begreper som «opplevd sammenheng», søker denne delen å gi innsikt i kompleksiteten og mangfoldet av faktorer som påvirker kvinners tilfriskning, samt behandlingsmetoder og tilnærminger innen fysioterapi. Teoridelen fungerer som et rammeverk som veileder forståelsen av resultater og drøftinger i senere deler av oppgaven, og gir et godt grunnlag for å utforske problemstillingen på en systematisk og analytisk måte. Metoden beskriver hvordan data ble samlet inn gjennom intervjuer, inkludert valg av metode, rekruttering av informanter og gjennomføring av intervjuene. Forhold rundt etisk praksis, personvern og datasikkerhet vil også bli utforsket. Videre vil analysedelen i oppgaven utforske og tolke dataene som er samlet inn gjennom forskningsprosessen. Dette innebærer en grundig gjennomgang av informantenes erfaringer med bekkenleddsmerter som vedvarer etter fødsel, samt deres opplevelser av fysioterapi som behandlingsmetode for plagene. Analysen belyser fire sentrale temaer: «Mødres navigering gjennom behandling av vedvarende bekkenleddsmerter i dagens samfunn», «Kunnskapsmangel innen kvinnehelse», «Kommunikasjonens rolle innen fysioterapi» og «Informantenes reise mot smertelindring». Hovedfunnene fra analysen innenfor disse temaene presenteres i resultatdelen, og gir innsikt i kvinnenes opplevelser og utfordringer knyttet til vedvarende bekkenleddsmerter og fysioterapi. Disse funnene drøftes i lys av tidligere forskning og teoretiske perspektiver for å gi en dypere forståelse av fenomenet og mulige sammenhenger. Til slutt presenteres avsluttende betraktninger der jeg oppsummerer og reflekterer over de viktigste funnene og innsiktene som har kommet frem gjennom forskningen.

## **Abstract**

This thesis delves into the experiences of women suffering from persistent pelvic girdle pain, who have found relief through physiotherapy treatment following pregnancy. The research aims to comprehend these women's encounters, their perception of pain alleviation through physiotherapy, and their navigation through contemporary society while enduring chronic pelvic girdle pain. Rooted in a qualitative methodological tradition, the study comprises in-depth interviews with three women diagnosed with chronic pelvic girdle pain. The theoretical framework of the thesis establishes a basis for understanding and analyzing the intricate themes addressed in the study. Through a meticulous examination of existing theoretical perspectives and concepts, this section endeavors to elucidate fundamental concepts and connections relating to pain, persistent pain, and specifically pregnancy-related pelvic girdle pain. By exploring various theoretical approaches, including the biopsychosocial model and concepts such as "sense of coherence", this segment aims to provide insight into the complexity and diversity of factors influencing women's health, as well as treatment methods and approaches in physiotherapy. Serving as a guiding framework, the theoretical component aids in comprehending the results and discussions presented in subsequent sections of the thesis, furnishing a robust foundation for exploring the research question in a systematic and analytical manner. The methodology elucidates how data were gathered through interviews, encompassing the selection of methodology, recruitment of participants, and conduct of interviews. In addition, aspects concerning ethical practices, privacy, and data security will also be explored. Furthermore, the analysis section of the thesis scrutinizes and interprets the data collected throughout the research process. This entails a thorough examination of participants' experiences with pelvic girdle pain postpartum, along with their encounters with physiotherapy as a treatment modality. The analysis illuminates four central themes: "Mothers' navigation through the treatment of pelvic girdle pain in contemporary society," "Knowledge gaps in women's health," "The role of communication in physiotherapy," and "The journey of participants towards pain relief." In the results section, the principal findings within these themes are presented, offering insights into the experiences and challenges faced by women grappling with pelvic girdle pain and physiotherapy. These findings are deliberated considering prior research and theoretical perspectives to provide a deeper understanding of the phenomenon and potential correlations. Lastly, the thesis culminates with concluding reflections that encapsulate and contemplate the key findings and insights garnered through the research process.

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1.0 INTRODUKSJON.....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	1
1.3 BEGREPSAVKLARING .....	2
<b>2.0 TEORI .....</b>	<b>3</b>
2.1 SMERTE .....	3
2.2 LANGVARIG SMERTE .....	4
2.3 SVANGERSKAPSRELATERTE BEKKENLEDDSMERTER .....	5
2.3.1 Forekomst av graviditetsrelaterte bekkenleddsmertes	5
2.3.2 Diagnostikk .....	6
2.3.3 Etiologi.....	7
2.3.4 Prognose.....	9
<b>3.0 FYSIOTERAPI FOR VEDVARENDE BEKKENLEDDSMERTER ETTER FØDSEL.....</b>	<b>11</b>
<b>4.0 BEKKENLEDDSMERTERS INNVIRKNING PÅ KVINNERS DAGLIGE LIV ...</b>	<b>13</b>
<b>5.0 DEN BIOPSYKOSOSIALE MODELLEN.....</b>	<b>15</b>
5.1 EN HELHETLIG TILNÆRMING TIL SMERTEFORSTÅELSE AV VEDVARENDE BEKKENLEDDSMERTER .....	15
<b>6.0 PASIENT- OG TERAPEUTRELASJON.....</b>	<b>17</b>
<b>7.0 MOTIVASJON OG MESTRING.....</b>	<b>18</b>
7.1 OPPLEVD SAMMENHENG.....	18
<b>8.0 METODE .....</b>	<b>20</b>
8.1 VALG AV METODE .....	20
8.2 FORFORSTÅELSE.....	20
8.3 REKRUTTERING .....	21
8.4 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER.....	22
8.5 INTERVJUGUIDE.....	22
8.6 DATAINNSAMLING.....	23
8.6.1 Forberedelser .....	23

8.6.2 Gjennomføring av intervjuene .....	23
8.7 LAGRING AV DATA FØR ANALYSER.....	24
8.8 BEARBEIDING OG ANALYSERING AV DATA .....	24
8.9 ETIKK .....	25
<b>9.0 RESULTAT .....</b>	<b>27</b>
9.1 INFORMANTENE .....	27
9.2 TEMAOVERSIKT .....	28
9.3 MØDRES NAVIGERING GJENNOM BEHANDLING AV VEDVARENDE BEKKENLEDDSMERTER I DAGENS SAMFUNN.....	29
9.3.1 Smertens påvirkning på dagliglivets funksjonsevne.....	29
9.4 KUNNSKAPSMANGEL INNEN KVINNEHELSE.....	31
9.4.1 Behovet for økt kunnskap .....	31
9.5 KOMMUNIKASJONENS ROLLE INNEN FYSIOTERAPI.....	32
9.5.1 Førsteintrykket.....	32
9.5.2 Direkte og tydelig tilnærming.....	33
9.6 INFORMANTENES REISE MOT SMERTELINDRING .....	34
9.6.1 Betydningen av tillit i behandling.....	34
9.6.2 Individuell behandlingsplan.....	35
9.6.3 Aktiv rolle i egen rehabilitering .....	36
<b>10.0 METODEDISKUSJON .....</b>	<b>38</b>
<b>11.0 RESULTATDISKUSJON .....</b>	<b>40</b>
11.1 MØDRES NAVIGERING GJENNOM BEHANDLING AV VEDVARENDE BEKKENLEDDSMERTER I DAGENS SAMFUNN.....	40
11.1.1 Behovet for tidlig diagnostisering og behandling .....	40
11.1.2 Balansen mellom arbeid og omsorg .....	42
11.2 KUNNSKAPSMANGEL INNEN KVINNEHELSE.....	43
11.2.1 Kunnskapsmangel .....	43
11.2.2 Økonomiske utfordringer.....	45
11.3 KOMMUNIKASJONENS ROLLE INNEN FYSIOTERAPI.....	46
11.3.1 God formidlingsevne, klar kommunikasjon og individuell tilnærming .....	46
11.3.2 Trygghet og omsorg .....	47
11.4 INFORMANTENES REISE MOT SMERTELINDRING .....	48

<i>11.4.1 Økt mestring</i> .....	48
<i>11.4.2 Fysioterapeutens rolle i håndtering av vedvarende bekkenleddsmerter</i> .....	49
<i>11.4.3 Individuelt tilpasset behandling</i> .....	52
<i>11.4.4 Bevissthet om betydningen av trening og fysisk bevegelse</i> .....	53
<b>12.0 AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER</b> .....	<b>56</b>
<b>13.0 LITTERATURLISTE</b> .....	<b>58</b>
<b>VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE</b> .....	<b>70</b>
<b>VEDLEGG 2: INFORMASJONSSKRIV</b> .....	<b>73</b>
<b>VEDLEGG 3: PROSJEKTBEKRIVELSE</b> .....	<b>77</b>
<b>VEDLEGG 4: GODKJENNING FRA NSD/SIKT</b> .....	<b>87</b>

# 1.0 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

«Bekkenløsning» er en normal fysiologisk prosess som i utgangspunktet ikke skal gi funksjonshemmende plager, men oppfattes som en patologisk tilstand når kvinnene opplever det som et smertefullt problem. Begrepet «bekkenløsning» gir inntrykk av at noe er løst, og kan gi et uheldig bilde for pasientene. I Norge og internasjonalt ønsker man å bruke begrepene bekkensmerter, pelvic girle pain og bekkenleddsmerter. Videre vil jeg derfor bruke begrepet «bekkenleddsmerter».

Europeiske retningslinjer for diagnose og behandling av bekkenleddsmerter ble først publisert i 2008 (Vleeming et al., 2008). Til tross for at tilstanden er godt kjent og påvirker et betydelig antall gravide, er årsakene ukjente, og det hersker fortsatt uenighet om definisjoner, diagnostikk og behandling (Vleeming et al., 2008). Til tross for tilgjengelige behandlingsformer for bekkenleddsmerter, varierer effekten og evidensen er mangelfull (Vleeming et al., 2008; Stuge et al., 2010; Almousa et al., 2018). Europeiske retningslinjer understreker viktigheten av kunnskapsbasert informasjon, samt spesifikke øvelser for dynamisk bekkenkontroll som en del av et omfattende behandlingsopplegg (Vleeming et al., 2008). Bekkenleddsmerte knyttet til graviditet har en betydelig innvirkning på kvinners liv. Heldigvis har graviditetsrelaterte bekkenleddsmerter generelt sett en gunstig prognose, spesielt når tilstanden blir identifisert og behandlet tidlig (Vleeming et al., 2008).

Formålet med denne masteroppgaven er å få innsikt i erfaringene til pasienter som har opplevd bedring etter å ha levd med vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel, samt deres erfaring med fysioterapi. Jeg ønsker å få en forståelse av hva informantene opplevde som særlig virkningsfullt i behandlingen, og håper at oppgaven kan gi økt kunnskap om viktige elementer i fysioterapibehandling som gis til kvinner med vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

*«Hvilke erfaringer besitter kvinner, som har opplevd bedring gjennom fysioterapibehandling, etter en periode med vedvarende bekkenleddsmerter etter graviditet?»*



### 1.3 Begrepsavklaring

Med "langvarige smerter" menes smerter som har vedvart lengre enn tre måneder (Stiles & Sættem, 2007). Jeg velger derfor å benytte begrepet vedvarende bekkenleddsmerter i denne oppgaven, for å ha et samlet begrep for de ulike tilstandene som medfører smerter i bekkenet etter gjennomgått fødsel. Mens "salutogenese" handler om hva som fremmer god helse, er "opplevd sammenheng" en oversettelse av Antonovskys begrep "sense of coherence" (SOC), som beskriver individets grunnholdning i møte med livets utfordringer (Walseth & Malterud, 2004). Selv om begrepene har en viss overlapp, ønsker jeg å bruke den norske oversettelsen "opplevd sammenheng" videre i oppgaven. Dermed vil "opplevd sammenheng" bidra til en klarere kommunikasjon og forståelse av temaet jeg utforsker. I resultatdelen refererer jeg til noen klinikker som informantene besøkte i sin behandlingsreise. Navnene er pseudonymer for å bevare informantenes anonymitet.

## 2.0 Teori

### 2.1 Smerte

International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte som en ubehagelig, sensorisk og emosjonell opplevelse som assosieres med, eller ligner på, den som er knyttet til faktisk eller mulig vevsskade (Özkara Yılmaz & Aydın, 2023).

Smerte er ikke bare en rent fysisk opplevelse; den utløser også en emosjonell reaksjon som kan omfatte følelser som frykt, ubehag og angst (Jensen et al., 2013). Dette fenomenet kan forstås i lys av "fear avoidance", hvor enkeltpersoner unngår bevegelse eller aktivitet av frykt for å forverre smerten (Alappattu & Bishop, 2011). Katastrofetanker, personlige forestillinger og frykt for bevegelse har vist seg å forsterke og forlenge opplevelsen av smerte. Ifølge Desrochers et al. (2009) kan kvinner som opplever slike smertetilstander ofte føle seg forvirret og usikre, noe som bidrar til en følelse av angst. Tompkins (2013) påpeker at unngåelse av bevegelse er et forsøk på å redusere angst og smerteopplevelser. Noen ganger kan individer til og med unngå situasjoner de frykter mest. Engstelse kan betraktes som et tegn på vår iboende vilje til å overvinne trusler og utfordringer (Tompkins, 2013).

I tillegg inneholder smerte en kognitiv dimensjon, der tidligere erfaringer påvirker individets respons på smerten og valg av tiltak (Jensen et al., 2013). Disse elementene bidrar til å gjøre smerte til en kompleks opplevelse som kan variere ikke bare mellom ulike personer, men også i ulike situasjoner for samme person. Det er viktig å understreke at smerte er en subjektiv opplevelse, og at pasientens egne opplevelser må respekteres. Studier viser at helsepersonell noen ganger undervurderer pasienters smertenivå i forhold til pasientenes egne vurderinger, trolig for å kunne håndtere situasjonen bedre (Jensen et al., 2013).

Filosofen Arne Johan Vetlesen (2004) reflekterer over smertens rolle i livet, og påpeker at den kan være en uunngåelig del av tilværelsen, samtidig som den kan gjøre livet svært utfordrende. Smerte kan være så dominerende at den begrenser en i å leve fullt ut, og samtidig kan ønsket om å unnsnippe smerte bli så intenst at det fører til en lengsel etter å avslutte livet. Uansett årsak er smerte en opplevelse av ubehag. Den krevende karakteren til smerte kan resultere i at den tar opp en betydelig del av en persons oppmerksomhet og energi, noe som igjen kan føre til utmattelse (Vetlesen, 2004).

Østerås og Stensdotter (2011) argumenterer for at smerte påvirkes av en rekke faktorer, inkludert psykologiske aspekter som sinnsstemning. Positive mentale tilstander og følelser som glede kan dempe opplevelsen av smerte, mens negative følelser som tristhet kan forsterke den (Østerås & Stensdotter, 2011). Stiles og Sættem (2007) støtter dette synet ved å understreke at smerte er en subjektiv opplevelse som ikke nødvendigvis korrelerer direkte med graden av vevsskade. En utbredt oppfatning blant allmennheten er at smerte kan "behandles" enkelt med medikamenter eller kirurgiske inngrep, noe som Østerås og Stensdotter (2011) påpeker skaper et gap mellom forventninger og realiteten i helsevesenet. De introduserer begrepet "smerte" som et sensorisk signal gjennom nervesystemet, mens "lidelse" karakteriseres som en emosjonell tilstand utløst av en forventet trussel mot kropp eller identitet (Østerås & Stensdotter, 2011). Advarsel mot medikalisering fremheves av Østerås og Stensdotter (2011), der fokuset på symptomer i samfunnet kan føre til unødvendig sykeliggjøring av pasienter. De understreker betydningen av å balansere pasientens behov for en diagnose samtidig som det er hensiktsmessig å rette oppmerksomheten mot funksjon i stedet for smerte, med det formål å avdramatisere diagnosen. Butler og Moseley (2013) legger vekt på at til tross for smertens ubehagelige natur utgjør den en essensiell del av livet. Smerte fungerer som et alarmsystem som beskytter individet, og det fremheves hvordan dette alarmsystemet kan påvirke atferd og tankegang for å bidra i tilhelingsprosessen. De betoner også den sentrale rollen som hjernens persepsjon spiller i smerteopplevelsen, hvor smerte kan oppleves uten tilstedeværelse av vevsskade, og på samme måte avdramatisere diagnosen.

## 2.2 Langvarig smerte

Langvarige smerter er definert som vedvarende smerte over en periode på mer enn tre måneder (Stiles & Sættem, 2007). Dette komplekse fenomenet er influert av diverse faktorer, deriblant tidligere erfaringer, følelser og forventninger, som demonstrert av Butler og Moseley (2013). Forskningen indikerer at en undergruppe av pasienter med langvarige smerter utvikler sentral sensitisering, en fysiologisk respons hvor faresignaler i nervene gir opphav til smerte i ryggmargen og andre segmenter av sentralnervesystemet (Butler & Moseley, 2013; Lidbeck, 2004). Lidbeck (2004) betoner viktigheten av gradvis å heve terskelen for hva hjernen anser som truende faresignaler, dette på bakgrunn av sentralnervesystemets økte sensitivitet for stimuli. Dette synet harmoniseres av Brochmann & Dahl (2017), som fremhever at langvarige smerter kan resultere i en forhøyet sensitivitet i hjernen overfor ny smerte, et fenomen hvor smerte synes å avle ytterligere smerte.

Terapeutiske tilnæringer har identifisert avspenningsteknikker og psykoterapi som effektive strategier for å avbryte smertesirkelen (Brochmann & Dahl, 2017). Butler og Moseley (2013) foreslår en pedagogisk tilnærming hvor pasienten undervises i smertefysiologi. Dette har til hensikt å skifte fokus bort fra smerte, og mot andre sensoriske opplevelser og funksjonelle bevegelser, og dermed gradvis redusere truende faresignaler og assosiert smerte (Butler & Moseley, 2013).

Samlet sett gir disse perspektivene et helhetlig rammeverk for å forstå og behandle langvarige smerter. En integrert tilnærming som tar hensyn til både fysiologiske og psykologiske aspekter av smerte kan være avgjørende for å optimalisere behandlingsresultater og forbedre livskvaliteten for pasienter med langvarige smerter (Stiles & Sættem, 2007).

## 2.3 Svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter

Bekkenleddsmerter har en lang historie og ble første gang beskrevet for over 2400 år siden av antikkens forfatter Hippokrates (Bastiaanssen, de Bie, Bastiaenen, Essed, & van den Brandt, 2005). Bekkenleddsmertene kan oppstå under bevegelser som involverer samspill mellom bekken, rygg og hofte, og kan påvirke daglige aktiviteter som gange, løft, stående eller liggende posisjon, trappegang, husarbeid, trening og yrkesaktiviteter (Vleeming et al., 2008). Smerteopplevelsen påvirkes av faktorer som varighet og type aktivitet, og smertene intensiveres ofte i løpet av dagen, noe som gjør daglige aktiviteter utfordrende (Robinson, 2010). Kvinner som lider av bekkenleddsmerter beskriver vanligvis smerten som stikkende, skytende og brennende, ofte med en dyp intensitet. Smerten kan lokaliseres bak iliosacralleddene og forekomme ensidig eller tosidig, med stråling nedover baksiden og innsiden av lårene. Noen ganger kan smertene også oppstå i symfysen, enten isolert eller sammen med smerter i iliosacralleddene (Mahishale & Borkar, 2016). Lokaliseringen av smerten kan også endre seg gjennom svangerskapet (Kanakaris et al., 2011).

### 2.3.1 Forekomst av graviditetsrelaterte bekkenleddsmerter

Forekomsten av bekkenledds- og/eller korsryggmerter under graviditet varierer betydelig mellom studier, med tall som spenner fra 4% til 76.4% (Gutke et al., 2018; Robinson et al., 2010). Den betydelige variasjonen kan tilskrives ulike forskningsmetoder, inkludert både prospektive og retrospektive tilnæringer, samt ulike diagnostiske kriterier (Vermani et al., 2010).

I de europeiske retningslinjene (Vleeming et al. 2008) ble det i deres systematiske gjennomgang identifisert tre store prospektive studier av høy metodisk kvalitet som omhandlet forekomst av bekkenleddsmerter. Etter en nøye evaluering av disse studiene, ble det funnet sterk evidens for en forekomst på 20 %. Imidlertid ble det observert en rask nedgang til 7 % i løpet av de tre første månedene etter fødselen. Samtidig viser andre studier at forekomsten ligger rundt 50% (Malmqvist, 2012; Robinson, 2010). Malmqvist et al. (2012) hadde i sin retrospektive kohortstudie som formål å undersøke forekomsten av korsryggsmerter, bekkenleddsmerter og lumbopelviske smerter under svangerskapet, samt identifisere faktorer som kunne være knyttet til utviklingen av svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter, i en uspesifisert populasjon av kvinner. Kvinnene ble bedt om å fylle ut et spørreskjema om demografiske kjennetegn, smerteopplevelser, funksjonshemming og Oswestry funksjonsindeks. Inklusjonskriteriene var svangerskap med ett barn på minst 36 uker og god kjennskap til det norske språket. Nesten halvparten av kvinnene opplevde moderate til alvorlige bekkenleddsmerter under svangerskapet. Av disse hadde rundt halvparten diagnosen bekkenleddssyndrom, mens den andre halvparten opplevde lumbopelviske smerter. I tillegg rapporterte 10 % av kvinnene moderate til alvorlige korsryggsmerter alene.

Symptomer på bekkenleddsmerter begynner vanligvis å manifestere seg i andre trimester, med en tendens til forverring mellom uke 24 og 36. Disse smertene kan også forekomme så tidlig som første trimester eller så sent som tre uker etter fødselen (Gutke et al., 2006). I sin systematiske oversiktsartikkel undersøkte Wu et al. (2004) 28 studier, og identifiserte en forekomst av svangerskapsrelaterte bekkenledds- og/eller korsryggsmerter på 45 % under graviditet og 25 % etter fødsel. Imidlertid antyder samme gjennomgang en reduksjon på 20 % av disse tallene hvis milde symptomer blir utelukket.

### 2.3.2 Diagnostikk

Det finnes ikke en universell standard for å diagnostisere bekkenleddsmerter (Gutke et al., 2009), men de mest anerkjente diagnostiske retningslinjene følger de europeiske retningslinjene (Vleeming et al., 2008). For å støtte diagnosen, gjennomføres en grundig klinisk vurdering og en detaljert anamnese for å lokalisere smerten anatomisk og klassifisere den i ulike undergrupper, for eksempel isolerte smerter i symfyen eller ensidige og bilaterale smerter i iliosakralleddene (Albert et al., 2000).

På grunn av den lave reliabiliteten og validiteten til mange av testene, bør ikke diagnosen kun baseres på én test alene. En systematisk gjennomgang indikerer at bruk av testklynger er mer egnet til å utelukke, enn til å bekrefte diagnosen bekkenleddsmerter. Dette innebærer at når resultatene fra flere tester er negative, er det mer pålitelig å utelukke bekkenleddsmerter enn å fastslå at de er til stede (Saueressig et al., 2021). Diagnosen bør derfor bekreftes av en eller flere kliniske tester (Robinson et al., 2010)

### 2.3.3 Etiologi

Tidligere forskning har dokumentert at blant annet antall tidligere fødsler, fysisk krevende arbeid, røyking, nivå av fysisk aktivitet, lav utdanning, tidligere korsryggsmerter, økt kroppsmasseindeks og tidligere bekkenleddsmerter relatert til graviditet er risikofaktorer for utvikling av bekkenleddsmerter (Wuytack et al., 2020; Bjelland et al., 2010; Biering et al., 2010). Den norske mor og barn-undersøkelsen, utført av Folkehelseinstituttet i perioden 1999-2008, har gjennom en deltakelsesgrad på 41 % av alle gravide kvinner i Norge i den aktuelle tidsrammen, bidratt til å forstå et bredt spekter av helsemessige forhold knyttet til svangerskap. Bjelland et al. (2010) så i sin studie at blant 75 939 inkluderte kvinner fra Den norske mor og barn-undersøkelsen, en assosiasjon mellom paritetsrelaterte faktorer og bekkenleddsmerter. Ved å samle inn data gjennom to selvadministrerte spørreskjemaer, avdekket studien en høy forekomst av bekkenleddsmerter blant gravide kvinner i Norge. Over halvparten av kvinnene, nærmere bestemt 53 %, rapporterte smerter i minst ett bekkenområde i svangerskapsuke 30. Av førstegangsfødende kvinner rapporterte 11% bekkenleddsmerter, mens blant kvinner med én tidligere fødsel ble den samlede forekomsten rapportert til 18%, og blant de som hadde to tidligere fødsler, var forekomsten 21%.

En annen mulig risikofaktor som har blitt undersøkt i flere studier er mors alder (Verstraete et al., 2013). Dette var også noe Bjelland et al. (2010) så i sin studie, hvor kvinner i alderen 25 år hadde en økt forekomst av smerter sammenlignet med kvinner på 35 år eller eldre. Owe et al. (2016) observerte også dette i sin studie, hvor yngre kvinner (>25 år) hadde økt risiko for å utviklet bekkenleddsmerter. Samtidig har andre studier avdekket ulike funn når det gjelder denne faktoren, hvor noen også antyder at høyere alder kan være av betydning. (Wuytack et al., 2020; Bryndal et al., 2020; Ertmann et al., 2023; Starzec-Proserpio et al., 2022). For eksempel konstaterte Starzec-Proserpio et al. (2022) en økning på 10 % i risikoen for bekkenleddsmerter for hvert år kvinnene ble eldre. Dette funnet blir støttet av Verstraete et al. (2013), som i deres studie fant at eldre gravide kvinner har en høyere risiko for å utvikle

bekkenleddsmerter under svangerskapet sammenlignet med yngre kvinner. Cleary-Goldman et al. (2005) bekreftet også dette funnet, og det støtter opp under funnene presentert av Aliyu et al. (2010). Begge studiene indikerer at fødende kvinner over 35 år har en økt risiko for komplikasjoner under svangerskapet, slik som høyere fødselsvekt hos barnet og økt risiko for keisersnitt ved fødsel. Videre understreker Carolan og Frankowska (2011) at eldre kvinner ofte har bedre utdanning og høyere sosioøkonomisk status, som kan ha innvirkning på svangerskapsrelaterte utfall. Flere forskningsstudier har også vist at det er større risiko for komplikasjoner både hos babyen og den gravide, når kvinnen har høy kroppsmasseindeks (BMI) allerede før svangerskapet (Cedergren, 2004; Sebire et al., 2001). I tillegg indikerer forskning at økt emosjonell belastning kan bidra til å øke risikoen for utvikling av bekkenleddsmerter (Robinson et al., 2010; Bjelland et al., 2010; Biering et al., 2010).

Økt belastning på kjernemuskulatur, som fører til endringer og redusert stabilitet i bekkenet, er en annen faktor som også knyttes til bekkenleddsmerter (Verstraete et al., 2013). Overføringen av kraft fra overkroppen til bena krever optimal stabilisering av bekkenet. Denne stabiliteten blir spesielt viktig under graviditet, da biomekaniske endringer som forskyvning av tyngdepunktet og økning i størrelsen på livmoren fører til større belastning på korsryggen og bekkenet (Vermani et al., 2010). Disse endringene resulterer i tilpasninger i kroppsholdningen, inkludert økt svai i korsryggen og endret gangmønster (Mahishale & Borkar, 2016). Dette støttes av Adable et al. (2012), som i en systematisk oversiktsartikkel indikerte en positiv assosiasjon mellom svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter og endringer i biomekanikken i bekkenleddet, samt endret motorisk kontroll av muskulaturen knyttet til bekkenbevegelse. Av de åtte inkluderte studiene anser man seks av dem å være av høy kvalitet, og dermed ble kvaliteten på assosiasjonen i disse studiene vurdert som moderat (Aldabe et al., 2012). Samtidig så Mens et al. (2009) i sin studie at kvinner som opplever bekkenledds- eller korsryggsmerter, har økt bevegelighet i bekkenleddene både under svangerskapet og etter fødsel, sammenlignet med kontrollgruppen. Dette indikerer en mulig sammenheng mellom økt bevegelighet i bekkenleddene og forekomsten av bekkenleddsmerter hos gravide og postnatale kvinner. Videre har historie med tidligere bekkenleddsmerter og traumer mot bekkenet blitt identifisert som betydelige risikofaktorer (Vleeming et al., 2008; Wu et al., 2004).

#### 2.3.4 Prognose

For å få et bredere bilde av vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel, ønsker jeg i dette avsnittet å se nærmere på utfordringer knyttet til prognose og prognostiske faktorer.

I tråd med funnene fra studien til Bjelland et al. (2013) indikerer prognosen for kvinner med bekkenleddsmerter etter fødselen en generell tendens mot bedring over tid. Det er verdt å merke seg at 78% av kvinnene som rapporterte smerter under graviditeten, opplevde en positiv utvikling innen de første 6 månedene etter fødselen. Likevel var det en betydelig del av kvinnene som fortsatte å oppleve vedvarende smerter i bekkenleddene: 18,5 % rapporterte smerter i ett eller to bekkenledd, mens 3 % oppga smerter i alle tre bekkenleddene, og ytterligere 0,5 % led av alvorlige smerter i alle tre bekkenleddene (Bjelland et al., 2013). Albert et al. (2001) fant i sin studie at 1-3% av kvinnene hadde vedvarende smerter to år etter fødselen. Av kvinnene som opplevde sterke smerter i graviditeten, hadde 21% fortsatt positive provokasjonstester for bekkenleddsmerter to år etter fødselen. Mens Eldens studie fra 2016 viser at opptil 10% av kvinnene opplevde vedvarende smerter så lenge som 11 år etter fødselen.

Selv om det har vært økt forskning på svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter, forblir årsakene til disse smertene uklare (Bjelland et al., 2013). Imidlertid har flere studier utforsket prognostiske faktorer for vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel og belyser viktige variabler som kan påvirke forløpet av denne tilstanden. Albert et al. (2001) identifiserte høy smerteintensitet, flere positive smerteprovokasjonstester under graviditeten og lav sosioøkonomisk status som risikofaktorer for vedvarende smerter etter fødselen. På samme måte rapporterte Bjelland et al. (2013) at økende smerteintensitet og alvorlighetsgrad av bekkenleddsmertene gjennom svangerskapet var assosiert med vedvarende smerter etter fødselen. Forskning indikerer videre at både fysiske, psykiske og sosiale faktorer kan spille en betydelig rolle i prognosen for kvinner som lider av vedvarende bekkenleddsmerter etter graviditet. Fysiske faktorer som tunge arbeidsoppgaver, og psykologiske faktorer som emosjonelt stress og bekymringer er assosiert med dårligere prognose hos disse pasientene (Wuytack et al., 2020; Engeset et al., 2014; Grotle et al., 2005; Bjelland et al., 2013; Bastianen et al., 2006; Robinson, 2010). Spesielt emosjonelle bekymringer har blitt identifisert som en risikofaktor for bekkenleddsmerter under graviditeten, og mange kvinner er bekymret for om de vil bli bra etter fødselen (Engeset et al., 2014; Bjelland et al., 2013; Gutke et al., 2011; Elden et al., 2016). I tråd med dette har Vleeming et al. (2008) og Bjelland



et al. (2013) fremhevet at symptomer på angst og depresjon har vist seg å være prognostiske faktorer for vedvarende smerter. Elden et al. (2016) har i sin studie pekt på mange av de samme faktorene, blant annet følelser og depresjon. I studien ble det avdekket at bekkenleddsmerter har konsekvenser for kvinnenenes livskvalitet, og påvirker både deres evne til å håndtere dagliglivets krav, men også rollen som mor og partner. Engeset et al. (2014) så i sin studie at en hverdag med bekkenleddsmerter og fysiske hindringer kan være vanskelig å akseptere og gi følelse av motløshet, isolasjon og ensomhet. Forskning har også vist at bekkenleddsmerter, både under og etter graviditet, kan være resultatet av en kompleks interaksjon mellom hormonelle og biomekaniske faktorer (Vleeming et al., 2008). Samtidig har nyere studier vist at hormonelle endringer, asymmetrisk mobilitet i iliosakralleddene, ugunstig muskelaktivering og stress på ligamentstrukturer i bekkenet, fører til en økt risiko for bekkenleddsmerter (Stuge et al., 2020; Verstraete et al., 2013). Andre studier har også antydnet en mulig sammenheng mellom bruk av hormonell prevensjon og risikoen for å utvikle bekkenleddsmerter under graviditet (Mogren & Pohjanen, 2005; Albert et al., 2006). Likevel finnes det også studier som ikke støtter denne sammenhengen (Bjelland et al., 2013). I forskningsmiljøet diskuteres det fremdeles hvorvidt de hormonelle endringene under graviditeten er den primære årsaken til vedvarende bekkenleddsmerter etter fødselen (Aldabe et al., 2012; Albert et al., 1997). Til tross for disse funnene er kunnskapen om prognostiske faktorer for vedvarende bekkenleddsmerter etter fødselen fortsatt begrenset på grunn av metodologiske svakheter i mange studier, som små utvalgsstørrelser eller svakheter i studiedesignet (Bjelland et al., 2013).

### **3.0 Fysioterapi for vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel**

En norsk randomisert kontrollert studie, utført av Stuge et al. (2004) rettet oppmerksomheten mot 81 kvinner som opplevde vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel. Kvinnene ble tilfeldig delt inn i to ulike behandlingsgrupper, hvor den ene gruppen fikk fysioterapi med fokus på spesifikke stabiliserende øvelser, og kontroll gruppen fikk individualisert fysioterapi uten spesifikke stabiliseringsøvelser, i 20 uker. Kvinnene ble vurdert ved baseline, og etter intervensjonen, som var ett år etter fødsel. Resultatene viste at intervensjonsgruppen hadde en signifikant og vedvarende forbedring i smertenivå og funksjonsnedsettelse, sammenlignet med kontrollgruppen. Kvinner med høy funksjonsnedsettelse og stort bedringspotensial opplevde best resultater, uavhengig av hvilken behandlingsgruppe de tilhørte (Stuge et al., 2004). Studien utmerket seg ved å ta i bruk et biopsykososialt perspektiv på bekkenleddsmerter, der behovet for spesifikke funksjonell trening, avspenning, økt kroppsbevissthet, tett oppfølging og individuell veiledning fra fysioterapeut ble fremhevet. Til tross for at det ble dokumentert god og langvarig effekt av individuelt tilpasset fysioterapibehandling, ble individualiseringen spesielt vektlagt, ettersom mange kvinner ikke responderer på generelle trening- og stabiliseringsøvelser. Det ble derfor argumentert for at en grundig anamnese og klinisk undersøkelse er avgjørende for å sikre at pasientene får optimal behandling (Stuge et al., 2004).

Basert på funnene til Stuge et al i 2004, dokumenterte den kvalitative oppfølgingsstudien til Stuge & Bergland i 2011, den betydelige opplevelsen av verdien i den individuelt tilpassede veiledningen. I henhold til inklusjonskriteriene hadde deltakerne lidd av bekkenleddsmerter i over ett år etter fødselen, og opplevde smerte lokalisert i bekkenleddene. En tilstand som ble bekreftet gjennom kliniske undersøkelser, deriblant posterior bekkenledd provokasjonstesten (P4-test). 57 kvinner ble inkludert i løpet av en forhåndsbestemt inkluderingsperiode på 20 måneder i 2005–2007, hvor ti av disse trakk seg ut i løpet av behandlingsperioden. Deltakerne ble invitert til å gi skriftlige fritekstsvar på forhåndsgodkjente spørsmål om behandlingserfaringer, hvor målet var å evaluere effekten av behandlingsprogrammet rettet mot kvinner med subakutte bekkenleddsmerter etter fødsel. Studien, administrert av erfarne fysioterapeuter med spesialisering innen bekkenleddsmerter, integrerte flere behandlingskomponenter, herunder intervensjoner rettet mot sacroiliac-leddrestriksjoner, holdning, motorisk kontroll, respirasjon og kognitive atferds perspektiver. Resultatene av studien avdekket at en betydelig majoritet, hele 83%, uttrykte generell tilfredshet med

behandlingen. Det ble kun dokumentert et fåtall negative opplevelser. Konklusjonen av studien understreket den positive innvirkningen av den individuelt tilpassede veiledningen på kvinnenes mestring av deres daglige liv, samt betydningen av håp og egeninnsats som avgjørende faktorer for behandlingens effektivitet. Videre ble det fremhevet viktigheten av å gjennomføre evidensbaserte ferdigheter blant fysioterapeuter for å forbedre kvaliteten på behandlingen (Stuge & Bergland, 2011).

Tseng et al. (2015) utførte en systematisk gjennomgang av alle randomiserte kontrollerte studier publisert mellom januar 1990 og juli 2014. Hensikten var å undersøke effekten av trening og fysisk aktivitet hos postnatale kvinner som hadde opplevd smertedebut under svangerskapet, eller innen tre måneder etter fødselen. Studien inkluderte fire randomiserte kontrollerte studier, som totalt omfattet 251 kvinner i postpartum-perioden. Tre av studiene ble vurdert å ha en god metodologisk kvalitet, mens alle studiene, med unntak av én, hadde lav risiko for skjevhet. De varierte intervensjonene i studiene omfattet ulike fysiske treningsprogrammer med varierende komponenter, tilnærminger og oppfølgingstider. Resultatene viste at en av intervensjonene, som besto av fysioterapi med spesifikke stabiliserende øvelser, var effektiv i å redusere intensiteten av korsrygg- og bekkenleddsmerter. Det ble også registrert en reduksjon i smerter i høyre setemuskulatur i én av studiene, samt en betydelig reduksjon i smertefrekvensen i en annen studie. Imidlertid påpekte Tseng et al. (2015) mangelen på omfattende, randomiserte kontrollerte studier som har undersøkt effekten av trening på bekkenleddsmerter hos postnatale kvinner. Variasjonen i intervensjonskomponentene mellom studiene, inkludert treningsprogrammer, fremgangsmåter, oppfølging og resultatmål, ble ytterligere fremhevet.

## 4.0 Bekkenleddsmerters innvirkning på kvinners daglige liv

I en tid preget av økende forventninger til ulike aktiviteter og et hektisk samfunnsliv, opplever gravide kvinner en betydelig utfordring med å balansere sine egne behov, jobb, familieliv og sosiale forpliktelser. Denne balansegangen kan føre til økt stress, spesielt med det påfølgende presset om å raskt tilpasse seg tilbake til sine normale rutiner etter fødselen (Bondas & Eriksson, 2001). Forskning har utforsket kvinners erfaringer med bekkenleddsmarter for å fange opp de komplekse aspektene av smertens påvirkning på deres livskvalitet. Dette indikerer en omfattende påvirkning fra bekkenleddsmarter som strekker seg utover det rent fysiske (Engeset et al., 2014; Wuytack et al., 2015). Engeset et al. (2014) utførte dybdeintervjuer med fem ulike kvinner. Inklusjonskriteriene for studien omfattet kvinner som hadde oppsøkt helsevesenet på grunn av bekkenleddsmarter etter fødsel, og som testet positivt på kliniske undersøkelser for bekkenleddsmarter. Gjennom denne kvalitative tilnærmingen identifiserte de flere tematiske områder. Disse omfattet blant annet utfordringer knyttet til smerte og aktivitetsnivå, samt de psykososiale aspektene ved å bli forstått og anerkjent for smertene man opplever. Videre så de på hvordan disse smertene påvirket kvinnenes rolle som mor og påvirket deres sosiale liv med venner og familie. Resultatene av studien avdekket at kvinnene ofte følte preget av smertene og opplevde utfordringer knyttet til funksjon i hverdagen som følge av smertene, og at det å akseptere sine begrensninger representerte en betydelig utfordring. I tillegg til isolasjonen og ensomheten som mange opplevde, viste resultatene også at en positiv holdning og støtte fra familie og venner spilte en viktig rolle i mestringen av smertene, og de påfølgende begrensningene. Dette peker på viktigheten av kvinnenes sosiale nettverk, og den emosjonelle støtten de får når de må håndtere bekkenleddsmarter etter fødselen. Wuytack et al. (2015) rettet oppmerksomheten mot førstegangsfødende kvinner og utforsket deres opplevelser knyttet til bekkenleddsmarter. Studien inkluderte 23 kvinner med bekkenleddsmarter som hadde startet under graviditet og vedvart i minst tre måneder etter fødselen. Gjennom dybdeintervjuer identifiserte de fire sentrale temaer som kaster lys over de komplekse utfordringene disse kvinnene står overfor. Blant disse var håndtering av smerte i hverdagen, følelsen av å ikke være tilbake til det normale etter fødselen, manglende informasjon og bekymringer for fremtiden og flere svangerskap.

I en studie fra 2013 gjennomførte Persson intervjuer med et utvalg av gravide kvinner for å belyse opplevelsen av bekkenleddsmarter. Inklusjonskriteriene for studien omfattet gravide kvinner med bekreftet bekkenleddsmarter. Før poliklinikkbesøket hadde de gravide kvinnene

mottatt veiledning fra leger og/eller fysioterapeuter ved det lokale helseomsorgssenteret, men behandlingen der var utilstrekkelig. Diagnostiske metoder inkluderte grundig sykehistorie, smertepalpasjonstester og smerteprovokasjonstester. Kvinner ble tilbudt akupunktur som supplement. Studien inkluderte ni informanter, i alderen 27 til 33 år. De var gift eller samboende, og sykmeldt på heltid fra arbeid eller studier ved intervjuetidspunktet. Alle hadde erfaring med ulike behandlinger, inkludert smertestillende, stabilitetsbelter, fysioterapi og akupunktur. Intervjuene ble gjennomført i siste trimester av svangerskapet for å fange opp et bredt spekter av opplevelser fra å leve med bekkenleddsmerter. Kjernepunktet, som kom frem gjennom analysen av erfaringene fra å leve med bekkenleddsmerter under graviditet, kan formuleres som «kampen med dagliglivet og utholdelse av smerte». Studien identifiserte tre sentrale egenskaper som adresserer handlingsmønstrene påvirket av bekkenleddsmerter; å forsøke å forstå det uforklarlige, å balansere mellom støtte og avhengighet, og å håndtere tapene. Disse erfaringene, som ble kommunisert av informantene, dannet grunnlaget for de påfølgende konsekvensene av bekkenleddsmerter: å holde ut smerte, å være en byrde, samt å vurdere risikoene og mødrenes erfaringer som å frasi seg morsrollen. Studien beskriver opplevelsen som en dynamisk prosess med gjensidige påvirkninger på styringen av dagliglivet og selvbildet. Den opplevde nedsatte funksjonsevnen førte til en fremmedgjøring av informantene, som ikke lenger kunne oppfylle rollene og forventningene som partnere, kolleger og mødre. De påkjenningene som fulgte med konstant smerte, følelsen av nedsatt funksjonsevne og tap av kroppsfunksjoner tvang informantene til å revurdere sine tidligere oppfatninger av nåværende og fremtidige svangerskap (Persson, 2013).

## 5.0 Den biopsykososiale modellen

Den biopsykososiale modellen ble utviklet for å anerkjenne og integrere de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene som spiller en rolle i utviklingen og opprettholdelsen av sykdom. Modellen ble formulert av den amerikanske psykiateren George Libman Engel (1913–1999) i 1977. Istedenfor å isolere sykdommen til kun en enkelt faktor, legger den biopsykososiale modellen vekt på samspillet mellom disse ulike dimensjonene av helse og sykdom, og understreker betydningen av å adressere dem i helhetlig behandling og omsorg. Engel introduserte denne modellen som et alternativ til den dominerende biomedisinske tilnærmingen på den tiden (Engel, 1977). Ifølge Engel (1977) må forståelsen av sykdom ses på som et resultat av komplekse samspill mellom psykologiske, sosiale, kulturelle, anatomiske, fysiologiske og biokjemiske faktorer. Dette synspunktet utfordret den tradisjonelle biomedisinske forståelsen av sykdom, og understreket samtidig behovet for en helhetlig tilnærming til helse og velvære. På den tiden var medisinsens perspektiv primært begrenset til empiriske og positivistiske rammer, som betraktet kroppen som et rent materielt legeme (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Engels modell understreker at biologiske, psykologiske og sosiale faktorer samvirker og kan bidra til å utløse eller opprettholde symptomer på sykdom. Genetisk predisposisjon, personlighetstrekk og sosioøkonomiske forhold er eksempler på slike faktorer (Grøholt et al., 2015). Den biopsykososiale tilnærmingen anerkjenner viktigheten av å integrere disse dimensjonene i behandlingen og omsorgen for pasienter.

### 5.1 En helhetlig tilnærming til smerteforståelse av vedvarende bekkenleddsmerter

I dag er den biopsykososiale modellen en anerkjent tilnærming både teoretisk og praktisk innen klinisk medisin (Borrell-Carrió et al., 2004). Den gir helsepersonell en dyptgående forståelse av smerte, som går langt utover den rent fysiske opplevelsen. Gjennom å inkludere de psykologiske og sosiale aspektene av smerte i diagnostisering og behandling, tilbyr modellen et helhetlig rammeverk (Borrell-Carrió et al., 2004). Denne tilnærmingen er spesielt verdifull i tilfeller av vedvarende smerte, hvor det ikke alltid er en klar biologisk årsak å henvise til (Malterud, 2010).

Den biopsykososiale modellen kategoriserer ulike påvirkningskrefter som totalt sett kan bidra til smerte i det biologiske, det psykologiske og det sosiale domenet. I figur 1 fremstilles noen eksempler som illustrerer hvordan smerte kan påvirkes hos kvinner med vedvarende bekkenleddsmerter i hver av disse kategoriene.



*Figur 1:* En illustrasjon av hvordan biologiske, psykologiske og sosiale faktorer kan virke inn hos kvinner med vedvarende bekkenleddsmerter.

## 6.0 Pasient- og terapeutrelasjon

Williams og Harrison (1999) presenterer en modell for den dynamiske maktdynamikken innen fysioterapi, som understreker interaksjonen mellom terapeut, pasient og miljø. Modellen antyder at maktforskjeller i dette forholdet kan vedvare på grunn av terapeutens holdninger, personlige egenskaper og profesjonelle kontroll over konsultasjonsprosessen og informasjonsutvekslingen. Payton og Nelson (1996) understreker betydningen av fysioterapeutens innflytelse på interaksjonen, basert på deres analyse av pasienters oppfatninger av ulike aspekter ved behandlingen. Deres funn indikerte at pasientene ofte støttet fysioterapeutens synspunkter, og de la også merke til fysioterapeuters evne til å oppmuntre pasientenes deltakelse med tanke på eget ansvar og selvbestemmelse. I fysioterapi er den dynamikken som oppstår mellom terapeut og pasient avgjørende. Effektiv kommunikasjon samt et godt forhold mellom terapeut og pasient er vurdert som like betydningsfullt som de tekniske ferdighetene i behandlingsforløpet (Hanstvedt & Løken, 2016). Potter et al. (2003) utforsket denne dynamikken i sin studie, og fant at kommunikasjon spiller en essensiell rolle. Gjennom en grundig analyse av en fysioterapikonsultasjon argumenterte Thornquist (1997) for at terapeuten styrer dialogen og veileder den i stor grad, samtidig som hun erkjenner betydningen av hvordan terapeuten utøver denne kontrollen. Dette understreker viktigheten av kommunikasjonsferdigheter hos terapeuten, som aktiv lytting og evnen til å oppmuntre til pasientdeltakelse, noe som ifølge forskning fremmer både pasientens etterlevelse av behandlingen og deres tilfredshet med behandlingsforløpet (Gyllensten et al., 1999). Gulbrandsen (2008) understreker betydningen av en grundig klinisk evaluering og anamnese for å sikre effektiv kommunikasjon. Dette danner et solid fundament for tillitsfull dialog og pasientens forståelse av behandlingsalternativer. Eide og Eide (2011) peker på fire viktige aspekter i terapeut-pasientkommunikasjonen som fremmer samarbeid og pasientdeltakelse. Disse aspektene inkluderer å lytte til pasientens erfaringer og preferanser, forståelse av deres psykososiale kontekst, oppnåelse av felles forståelse og støtte til pasientens makt i behandlingsprosessen. Disse elementene danner grunnlaget for en empatisk tilnærming til fysioterapi, hvor terapeuten og pasienten kan jobbe sammen mot felles mål. Gjennom en slik tilnærming forbedres kommunikasjonen og samarbeidet mellom terapeut og pasient. Dette kan bidra til mer effektive behandlingsresultater og økt pasienttilfredshet. Gjennom gjensidig tillit, respekt og forståelse kan terapeuten og pasienten effektivt samarbeide mot felles behandlingsmål og oppnå optimale resultater i fysioterapien (Eide & Eide, 2011).



## 7.0 Motivasjon og mestring

Motivasjon i behandling anses som en essensiell tilstand der enkeltpersoner viser åpenhet for forandring (Eide & Eide, 2011). Mestring, representerer derimot individets evne til å håndtere og overvinne utfordringer og stressfaktorer (Svartdal & Malt, 2014). Sentralt i behandlingsprosessen er behovet for å identifisere og etablere mål som oppleves som meningsfulle og engasjerende for pasientene (Østerås & Stensdotter, 2011). Det fremheves at det er avgjørende å klargjøre formålet med behandlingen tidlig for å sikre at den oppleves som meningsfull for pasienten (Østerås & Stensdotter, 2011). Realistiske mål spiller en nøkkelrolle i å styrke motivasjonen og viljen til å gjennomgå endringer (Eide & Eide, 2011). Oppnåelse av de fastsatte målene gir ikke bare en ytre belønning, men også en indre tilfredshet, glede og anerkjennelse. Dette bidrar til å videreutvikle pasientens mestringsevne og selvtillit (Eide & Eide, 2011). Martinsen (2011) understreker betydningen av engasjement og positive tilbakemeldinger som bygger tillit, da dette har en betydelig innvirkning på pasientens selvfølelse og troen på egen mestring. For å oppnå respons fra pasienten kreves det at fysioterapeuten innehar nødvendig kunnskap, erfaring, vilje, tro og engasjement. Østerås og Stensdotter (2011) peker på at opplevelsen av velvære alene kan være tilstrekkelig for å motivere pasienten til å delta i behandlingen.

### 7.1 Opplevd sammenheng

Begrepet «opplevd sammenheng», som ble innført av Antonovsky (1987), utgjør en sentral del av hans teori som reflekterer en persons opplevelse av sammenheng i livet. Teorien kaster lys over hvordan pasienter opplever behandlingseffekter og øker deres følelse av mestring, også kjent som self-efficacy (Bandura, 1977; Wormnes, 2013). Denne økte troen på egen mestring gir ikke bare bedre forståelse av situasjonen, men også evnen til å håndtere den på en meningsfull måte. Antonovsky hevder at personer med en sterk opplevelse av sammenheng i livet har større mestringsevne. Mestring, i denne konteksten, handler om det salutogene – det som fremmer helsen selv når sykdom oppstår (Heggdal, 2008). Aron Antonovskys arbeid har markert en viktig forandring i tilnærminger til helse og velvære, samt formet en forståelse som vektlegger individuelle ressurser og helsefremmende faktorer. Hans teorier har bidratt til å avdekke hvordan mennesker håndterer og overvinner helseutfordringer, og dette perspektivet har gitt oss innsikt i hvordan individuelle ressurser kan fremme helse og velvære, i stedet for bare å fokusere på sykdomsbehandling (Antonovsky, 1979, 1987).

Opplevelse av sammenheng består av tre nøkkelkomponenter: forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Forståelighet handler om individets oppfatning av om livets stimuli er forståelige og systematiske, eller uforutsigbare og kaotiske. Håndterbarhet dreier seg om individets oppfatning av tilgjengelige ressurser for å håndtere livets krav og utfordringer, mens meningsfullhet refererer til individets evne til å finne mening i livets utfordringer og engasjere seg i meningsfulle aktiviteter (Antonovsky, 1987). Gjennom livet utvikler enkeltpersoner ressurser som bidrar til deres opplevelse av sammenheng. Disse generelle motstandsressursene inkluderer biologiske, sosioøkonomiske og kulturelle faktorer som påvirker en persons stresstoleranse og evne til å håndtere sykdom. Antonovsky understreket viktigheten av disse ressursene for å opprettholde helse og mestre livets utfordringer (Antonovsky, 1979). Antonovsky argumenterte også for at individets opplevelse av sammenheng kan påvirkes av sosiodemografiske faktorer som nasjonalitet, kultur og sosial klasse. Han hevdet at opplevelsen av sammenheng utvikler seg over tid, men forblir relativt stabil i voksen alder. Terapeutisk påvirkning av denne opplevelsen har vært utforskende, og Antonovsky fremmet betydelige endringer i institusjonelle og sosiale strukturer for å påvirke den. Studier har dokumentert viktigheten av en slik tilnærming i behandlingen av helseproblemer, inkludert psykiske lidelser (Malterud & Hollnagel, 2004; Walseth & Malterud, 2004; Eriksson & Lindstrom, 2006). Ved å implementere et perspektiv rundt opplevelsen av sammenheng kan fokuset flyttes fra negative tanker og problemer, til å identifisere helsefremmende faktorer og beskyttelsesfaktorer som kan styrke en persons mestringsstrategier (Solem et al., 2011; Hansson & Cederblad, 2004).

## 8.0 Metode

### 8.1 Valg av metode

Denne kvalitative studien tar sikte på å utforske og forstå erfaringene til kvinner som har opplevd vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel, og som har opplevd bedring gjennom fysioterapibehandling. Studien anvender Kirsti Malteruds systematiske tekstkondensering for kvalitativ analyse, med fokus på å dykke inn i deltakernes subjektive opplevelser for å gi en innsiktsfull forståelse av deres perspektiver (Malterud, 2011). Ved å gjennomføre dybdeintervjuer med tre kvinner som har erfart vedvarende bekkenleddsmerter etter gjennomgått svangerskap, og som har oppnådd bedring gjennom fysioterapibehandling, samlet jeg inn detaljerte historier. Disse historiene gir innsikt i deres opplevelser, utfordringer og endringer forbundet med tilstanden (Dalen, 2011). Målet med studien er å utforske kvinnenes erfaringer av behandlingsprosessen i samarbeid med en fysioterapeut, samt å identifisere de positive elementene som de fremhevet som avgjørende for deres bedring i behandlingen.

Bakgrunnen for denne studien reflekterer den økende erkjennelsen av at bekkenleddsmerter etter fødsel kan ha vedvarende konsekvenser for kvinners fysiske, psykiske og sosiale velvære. På tross av den kliniske betydningen av denne tilstanden, eksisterer det kunnskapshull som utforsker kvinners personlige opplevelser og perspektiver, både når det gjelder smerteopplevelsen og behandlingen.

### 8.2 Forforståelse

Forforståelse, som definert av Malterud (2011), representerer den erfaringen og kunnskapen som forskeren tar med seg inn i forskningsprosessen. Denne forforståelsen former og påvirker hele forskningsprosessen, fra innsamling til tolkning av data. Ifølge Malterud (2011) er forforståelsen en avgjørende faktor som motiverer forskeren til å utforske et spesifikt tema, ofte basert på tidligere erfaringer og kunnskap. I mitt tilfelle har min erfaring med behandling av kvinner med vedvarende bekkenleddsmerter vært en sentral drivkraft bak valget av dette temaet. Å være bevisst sin egen forforståelse gjør forskere mer sensitive overfor hvordan den kan påvirke forskningsprosessen. Dette innebærer å være åpen for muligheten til å utvikle ny kunnskap ved å integrere teori på en relevant måte i forskningen (Dalen, 2011). I min tilnærming benytter jeg teori som et verktøy for å belyse informantenes uttalelser og for å forstå deres perspektiver dypere. Den teoretiske rammen fungerer som et navigasjonssystem

som veileder dialogen mellom forskeren og det empiriske datamaterialet, og bidrar til å utvikle en mer helhetlig forståelse av temaet i lys av relevant forskning og teori (Kvale & Brinkmann, 2015). I ønsket om å representere mine informanternes stemme så nøyaktig som mulig, tar jeg sikte på å være bevisst min egen forforståelse gjennom hele forskningsprosessen (Malterud, 2011). Dette involverer en anerkjennelse av mine egne forutsetninger og tidligere erfaringer, samtidig som jeg aktivt søker å regulere dem for å muliggjøre informantenes unike opplevelser og perspektiver å komme til uttrykk. Ved å plassere min forforståelse i parentes, søker jeg å etablere et rammeverk der informantenes stemmer kan bli hørt uten påvirkning eller forutinntatte oppfatninger fra min side. Dette tiltaket har som mål å sikre at mine funn og tolkninger gjenspeiler informantenes virkelighet så presist som mulig, og dermed formidle et mer nøyaktig bilde av deres erfaringer og perspektiver.

### 8.3 Rekruttering

For å rekruttere mine informanter, startet jeg i januar 2023 med å konsultere Landsforeningen kvinnelig bekkenleddhelse, Britt Stuge og Hilde Robinson for deres råd om hvordan jeg kunne nå potensielle deltakere som oppfylte mine inklusjonskriterier. Jeg meldte meg også inn i Facebookgruppen “Kvinnehelse Fysioterapi”, hvor jeg delte informasjon om studien min og spurte om noen hadde forslag til relevante informanter. Jeg fikk også lov til å henge opp plakater om studien i flere behandlingsklinikker, hvor jeg informerte om studien og søkte etter informanter. Gjennom Facebook og direkte forespørsel på e-post kom jeg i kontakt med tre fysioterapeuter på Østlandet, som bidro til å identifisere passende deltakere for studien min. Totalt meldte syv potensielle informanter sin interesse. Etter en grundig screening, hvor fire personer ble ekskludert fordi de ikke oppfylte inklusjonskriteriene (to hadde fortsatt smerter, og to hadde fått annen behandling enn fysioterapi) satt jeg igjen med tre informanter som både var villige til å delta i intervjuene og oppfylte mine inklusjonskriterier. Jeg gjennomførte det første intervjuet i mars, etterfulgt av ett i april og det siste i mai. Denne spredningen av intervjuene ble bevisst planlagt for å tillate tid til refleksjon og bearbeidelse av dataene mellom intervjuene.

## 8.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonstabellen gir en oversikt over kriteriene som ble brukt til å velge deltakere til masteroppgaven, og de som ble utelatt. Inklusjonskriteriene definerer hvem som kunne delta, mens eksklusjonskriteriene angir hvem som ble utelatt.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Førstegangsfødende kvinner	Keisersnitt
25-35 år	Har gjennomgått graviditet/er gravid etter første svangerskap
Førstegangsfødende	Opplevde bedring før seks måneder etter fødsel
Vedvarende smerter etter fødsel	Ikke opplevd bedring etter behandling hos fysioterapeut
Har opplevd bedring etter gjennomgått behandling hos fysioterapeut for vedvarende bekkenleddsmerter etter graviditet	

## 8.5 Intervjuguide

I lys av mine informaners tidligere erfaringer med vedvarende og plagsomme smerter, valgte jeg å benytte dybdeintervju, også kjent som semistrukturert intervju. Før jeg påbegynte intervjuene, utarbeidet jeg en intervjuguide som skulle fungere som et støtteverktøy for å frembringe relevante data. Denne guiden ble grundig gjennomgått sammen med min veileder for å sikre inkludering av potensielle oppfølgingsspørsmål som kunne gi dypere innsikt i informantenes opplevelser og perspektiver (Dalland, 2014). For å sikre kvaliteten på intervjuene gjennomførte jeg en prøverunde med intervjuguiden, lydopptak og en ekstern informant (venninne). Dalland (2014) påpeker at nøye planlegging og forberedelser har betydelig innvirkning på utfallet av en studie. Basert på erfaringene fra denne prøverunden justerte jeg intervjuguiden for å forbedre spørsmålenes åpenhet og enkelhet. Jeg var bevisst på behovet for fleksibilitet under intervjuene, med tanke på at utforskningen av nye aspekter ved problemstillingen kunne generere uforutsette spørsmål. Som Malterud (2017, s. 134) påpeker, er det i kvalitative studier verken nødvendig eller ønskelig å standardisere intervjuprosessen. Den endelige intervjuguiden ble derfor betraktet som en veiledning snarere enn en rigid liste av spørsmål, med rom for å følge nye linjer av undersøkelse som fremkom underveis i samtalen. Denne tilnærmingen bidrar til å sikre en mer dynamisk og åpen dialog mellom meg som forsker og mine informanter, og muliggjorde utforsking av ny informasjon og perspektiver i tråd med studiens formål.

## 8.6 Datainnsamling

### 8.6.1 Forberedelser

Informantene ble gjort kjent med deltakelsesvilkårene og forventningene gjennom e-postkommunikasjon, hvor de mottok et detaljert informasjonsskriv (vedlegg 2). Denne prosessen, kjent som informert samtykke, er avgjørende for å sikre at informantene gir sitt samtykke på frivillig og informert grunnlag (Postholm, 2010). Prinsippet om frivillig informert samtykke er forankret i Helsinkideklarasjonen, som vektlegger beskyttelse av deltakernes integritet i forskningssammenheng (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Ifølge retningslinjene fra De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019) er det forskerens ansvar å sikre at deltakernes privatliv, helse og verdighet blir ivaretatt gjennom konfidensiell behandling av personlig informasjon. Ved å tilby informasjonsskrivet på forhånd, sikret jeg at informantene var godt informert om sine rettigheter og deltakelsens omfang, noe som skapte trygghet og tillit mellom meg som forsker og informantene (Dalland, 2014).

### 8.6.2 Gjennomføring av intervjuene

Informantene fikk muligheten til å velge både tidspunkt og sted for intervjuene, slik at det kunne tilpasses deres preferanser og komfortnivå. To av informantene foretrakk å møtes fysisk, mens den tredje ble intervjuet via videokonferanseplattformen Zoom. For å sikre et rolig og privat miljø ble et grupperom på OsloMet benyttet til det første fysiske intervjuet, mens et lukket møterom på forskerens arbeidsplass ble anvendt for de påfølgende intervjuene, etter normal arbeidstid. Dette valget av lokaler var motivert av behovet for uforstyrret samtale og konfidensiell behandling av informasjonen, da intervjuforholdene kan påvirke kvaliteten på datainnhenting (Dalland, 2014). Alle tre intervjuene ble gjennomført innenfor en estimert tidsramme på omtrent én time. For å sikre en nøyaktig gjengivelse av informantens uttalelser, ble lydopptaker benyttet under intervjuene, i tråd med anbefalinger i kvalitative studier (Dalen, 2011). Lydopptakeren ble testet på forhånd for optimal funksjonalitet. Før intervjuene startet, ble problemstillingen presentert for informantene både muntlig og skriftlig, samtidig som de ble forsikret om anonymiteten til deres bidrag, i tråd med prinsippene for informert samtykke (Postholm, 2010). Informantene ble informert om at deltakelsen var frivillig, og at de kunne trekke seg når som helst. Spørsmålene ble presentert for informantene før intervjuene, med intervjuguiden som veiledning for å sikre dekkende svar på temaene av interesse. Som forsker var min rolle under intervjuet styring av

lydopptakeren, notatføring og formulering av oppfølgingsspørsmål. Informantene ble gjort kjent med min rolle og oppgaver på forhånd for å opprettholde klarhet og gjensidig forståelse. Informantene ble oppfordret til å uttrykke seg fritt og la dem selv styre samtalen, samtidig som intervjuguiden ble brukt som et hjelpemiddel for å sikre systematisk fokus på relevante temaer. Studien ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og godkjent i 29.11.2022 (vedlegg 4). For å ivareta personvern hensyn ble prosjektet gjennomført i samsvar med opplysningene i meldeskjemaet, der all personsensitiv data ble direkte lagret i Tjenester for sensitive data (TSD). Informantene går under navnene “informant 1, 2 og 3”, og alle intervjuene ble transkribert til bokmål for å sikre anonymiteten til informantene. Dataene vil bli slettet ved prosjektets avslutning, senest ved utgangen av april 2024. Jeg er bevisst mitt ansvar med tanke på den tilliten intervjupersonene har vist meg ved å stille til intervju. I resultatdelen har jeg forsøkt å tydeliggjøre hva som er informantenes utsagn og hva som er min tolkning av deres utsagn.

## 8.7 Lagring av data før analyser

Før innhenting og behandlingen av personopplysninger kunne begynne, ble det gjennomført en ROS-analyse for å vurdere potensielle risikoer. Analysen indikerte en moderat til lav risiko for at ulike hendelser skulle inntreffe, men med betydelige konsekvenser hvis de faktisk skulle skje. I risikovurderingen ble tiltakene identifisert og listet opp for å forhindre at disse hendelsene skulle oppstå. Prioriteten ble gitt til implementeringen av tiltak knyttet til datainnsamlingen, da tap av data ville ha størst innvirkning på prosjektet. Disse tiltakene ble iverksatt så raskt som mulig for å minimere risikoen før prosjektet startet. Forventningen var at implementeringen av disse tiltakene ville tillate en smidig gjennomføring av datainnsamlingen og prosjektet generelt. Selv om det er veilederen eller NSD som skal godkjenne prosjektet, var det mitt ansvar som forsker å iverksette og sikre effektiviteten av disse tiltakene.

## 8.8 Bearbeiding og analysering av data

For å sikre grundig bearbeiding og meningsfull analyse av det innsamlede datamaterialet, ble lydopptakene fra intervjuene transkribert til tekstformat ved hjelp av dataprogramvare umiddelbart etter intervjuene. Den transkriberte teksten ble deretter anvendt som det primære analysedokumentet, i samsvar med metodologien foreslått av Kvale og Brinkmann (2015). Ved å prioritere rask transkribering sikret jeg tidlig tilgang til datamaterialet samtidig som jeg

anonymiserte informasjonen, og la vekt på en nøyaktig transkripsjonsprosess i tråd med prinsippene uttrykt av Malterud (2011).

Analysen ble veiledet av den biopsykososiale modellen, som tillot en integrert tilnærming til informantenes situasjon ved å identifisere sammenhenger mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Denne tilnærmingen til analyseprosessen bidro til en dypere forståelse av informantenes helseutfordringer, og ga et helhetlig bilde av deres situasjon. I analyseprosessen benyttet jeg Malteruds systematiske tekstkondensering, som består av fire trinn. Først identifiserte jeg foreløpige temaer i materialet for å danne et overordnet inntrykk av dataene. Deretter strukturerte jeg og organiserte disse temaene i meningsbærende enheter, etterfulgt av koding og gruppering av enhetene i henhold til relevante underkategorier. Til slutt oppsummerte jeg kjernen i hver kodegruppe, noe som dannet basisen for kategoriseringen i resultatdelen av studien, i tråd med metodikken presentert av Malterud (2017).

## 8.9 Etikk

Gjennomføringen av mine kvalitative intervjuer innebar å håndtere sensitiv informasjon, noe som krevde nøye overveielse av etiske hensyn (Kvale & Brinkmann, 2015). Før rekruttering av informanter, måtte jeg sende inn en søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og søke om lagring av data i TSD-klasesett, for å sikre forsvarlig oppbevaring av sensitive forskningsdata via en godkjent plattform. Informantene ble informert om at transkriberingen av datamaterialet ville bli utført umiddelbart etter intervjuene, og at lydopptakene ville bli slettet umiddelbart etterpå for å sikre anonymisering av all data (Kvale & Brinkmann, 2015). All informasjon ble behandlet uten navn, og eventuelle gjenkjennbare detaljer og stedsnavn ble enten slettet eller anonymisert for å forhindre identifikasjon av informantene i oppgaven. Det var av avgjørende betydning for meg som forsker at informantene hadde en klar forståelse av formålet med studien, og hva jeg ønsket å oppnå gjennom intervjuene. Jeg distribuerte et informasjonsskriv og utarbeidet en samtykkeerklæring på forhånd (vedlegg 2), som informantene signerte som bekreftelse på deres deltakelse. Gjennom oppbyggingen av gjensidig tillit og respekt, ble det etablert en solid forbindelse med informantene før selve intervjuene ble gjennomført (Malterud, 2011).

Kvalitative studier involverer en sammensetning av individer med verdier som utgjør essensielle elementer i kunnskapsutviklingen. Forskere må være bevisste på de etiske



utfordringene som er involvert, og overholde de klart definerte retningslinjene som regulerer medisinsk forskning (Malterud, 2017). Dette gjøres for å sikre deltakernes trygghet og sikkerhet, inkludert datainnsamlingen. Informantene ble forhåndsvarslet om taushetsplikt og anonymitetsbeskyttelse i forbindelse med intervjuene som en del av tiltakene for å ivareta informantenes personvern. Kvale og Brinkmann (2015) påpeker at forholdet mellom intervjuer og informant avhenger av intervjuerens evne til å skape et rom der informanten føler seg fri og trygg til å uttrykke seg. Det krever en fin balanse mellom intervjuerens ønske om å innhente interessant kunnskap og respekten for informantens integritet sett ut ifra et etisk perspektiv.

## 9.0 Resultat

I dette kapittelet vil jeg fortsette å utforske kvinnenes opplevelser med vedvarende bekkenleddsmerter, og erfaringer gjennom deres vei mot bedring gjennom fysioterapibehandling etter graviditet. Etter å ha gitt en grundig oversikt over deltakerne gjennom tabell 2, vil jeg dykke inn i utforskningen av fire sentrale temaer som er blitt tydelige gjennom deres fortellinger. Disse temaene vil gi et dyptgående innblikk i de viktigste aspektene som vil bli undersøkt og analysert videre i dette kapittelet.

### 9.1 Informantene

Tabell 2: Beskrivelse av informantene

	<b>Informant 1</b>	<b>Informant 2</b>	<b>Informant 3</b>
Alder	32	33	31
Sivilstatus	Samboer	Gift	Gift
Utdanning	Mastergrad	Mastergrad	Bachelorgrad
Stillesittende arbeid	Ja	Ja	Ja
Terapeuter som har blitt oppsøkt	Kiropraktor, osteopat, massør og fysioterapeut	Lege, gynekolog, kiropraktor, personlig mamma-trener, osteopat, massør og fysioterapeut	Kiropraktor, fysioterapeut, massør og osteopat
Tid til initial kontakt med effektiv fysioterapi*	Ca 6 måneder etter fødsel	Ca 6 måneder etter fødsel	Ca 12 måneder etter fødsel
Behandlingsperiodens varighet**	Ca 1 år	Ca 1 år	Ca 7 måneder

\*Effektiv fysioterapi definert som virkningsfull behandling og oppfølging.

\*\* Tiden fra igangsettelse av effektiv fysioterapibehandling.

## 9.2 Temaoversikt

Tabell 3: Temaoversikten gir en oversikt over de fire ulike teamene jeg skal presentere videre i resultatdelen, og hvilke faktorer som underbygger overskriftene. Dette er de temaene jeg kom frem til etter innhenting av data fra intervjuene.

Tema	<b>1: Mødrenes navigering gjennom behandling av vedvarende bekkenleddsmerte er i dagens samfunn</b>	<b>2: Kunnskapsmangel innen kvinnehelse</b>	<b>3: Kommunikasjonens rolle innen fysioterapi</b>	<b>4: Informantenes reise mot smertelindring</b>
Undertema	Smertenes påvirkning på dagliglivets funksjonsevne  Bekymringer rundt egen livskvalitet i rollen som mor.	Behovet for økt kunnskap	Førsteintrykket  Direkte og tydelig tilnærming	Betydningen av tillit i behandling  Individuell behandlingsplan  Aktiv rolle i egen rehabilitering
Oppsummering	Bekkenleddsmertenes påvirkning på dagliglivets funksjonsevne.  Frykt for bevegelse og begrensninger i hverdagen.  Sammenhengen mellom stress, smerte og arbeidsevne.  Emosjonelle utfordringer knyttet til morsrollen.  Prioritering av egenomsorg og utfordringer med fysisk aktivitet.	Erfaringer med ulike helsepersonell i behandlingen av langvarige smerter.  Frustrasjon over utilfredsstillende behandlingsresultater og mangel på pålitelig veiledning.  Usikkerhet og inaktivitet som følge av råd fra andre kvinner med lignende erfaringer.  Behovet for en balansert tilnærming til aktivitet og hvile i behandlingen av vedvarende bekkenleddsmerte.  Ønsket om økt kunnskap og forståelse rundt vedvarende bekkenleddsmerte og kvinnekroppen generelt.	Tillit og god kommunikasjon som avgjørende fra behandlingens start.  Terapeutens veiledning er nøkkelen til å håndtere frykt og motivasjon for aktivitet.  Endring av negative tankemønstre er sentralt i terapien.  Felleskapet mellom terapeut og pasient bidrar til mestring og optimisme.  Direkte og tydelig kommunikasjon skaper trygghet og positiv endring hos pasientene.	Tillit og åpen kommunikasjon med fysioterapeuten er avgjørende for å legge grunnlaget for en vellykket rehabiliteringsprosess.  Individuelle behandlingsplaner utarbeidet i samarbeid med fysioterapeuten bidrar til pasientens tro på behandlingen og engasjement i rehabiliteringen.  Pasientenes rolle i egen rehabilitering er nøkkelen til gradvis bedring og håndtering av smerte for å forbedre livskvaliteten.  Integrering av behandlingsstrategier i dagliglivet, inkludert regelmessig trening og varierte øvelser, bidrar til varig bedring og økt livskvalitet.  Erfaringene fra informantene viser viljestyrke, dedikasjon og en følelse av mestring over motgangen, samt viktigheten av kombinasjonen av aktiv og passiv behandling for å oppnå optimal rehabilitering.

### 9.3 Mødres navigering gjennom behandling av vedvarende bekkenleddsmerter i dagens samfunn

*«Jeg trodde liksom at jeg aldri ville fungere som mamma på grunn av de smertene»*

#### 9.3.1 Smertens påvirkning på dagliglivets funksjonsevne

Frykten for bevegelse som følge av smerten var et gjennomgående tema hos alle tre informantene. Deres beskrivelser av smerte og ubehag avdekket et mønster av begrensninger og utfordringer, som hadde en betydelig innvirkning på deres daglige liv og funksjonsevne. Dette inkluderte alt fra enkle oppgaver som å snu seg i sengen, løfte og bære babyen, utføre husarbeid og lage mat, til mer fysisk krevende aktiviteter som jogging og turgåing. Bare det å ligge kunne gjøre vondt, og informantene var alle enige i at søvn var noe de lengtet etter. Informant 1 beskrev at denne utfordrende situasjonen førte til frustrasjon og en følelse av hjelpeløshet. Hun følte seg begrenset og isolert av smerten, noe som påvirket hennes selvfølelse og livskvalitet negativt. Videre delte hun sine tanker og opplevelser av vedvarende bekkenleddsmerter både før og under graviditeten, samt den overveldende påvirkningen det hadde på henne, både fysisk og emosjonelt:

*«Jeg måtte liksom ta hensyn ganske tidlig, jeg var alltid redd. Jeg fikk jo høre om bekkensmerter nesten før jeg ble gravid, og hvor viktig det er å passe på bekkenet. Så fikk jeg veldig mye smerter, og det skulle lite til før jeg fikk vondt. Det var nesten vanskelig å snu seg i sengen, å bøye seg for og ta opp ungen ... Jeg følte på en måte at jeg ikke hadde kontroll over verken livet mitt eller meg selv».*

Informantene uttrykte en følelse av skam og frustrasjon ved å være ute av stand til å delta i arbeidslivet på grunn av vedvarende bekkenleddsmerter etter fødselen. På grunn av et felles ønske om å være yrkesaktive og smertefri, forsøkte informantene ulike strategier i håp om at smertene ville forsvinne av seg selv. Dette kom frem som et tydelig gjennomgående tema som belyste den komplekse sammenhengen mellom stress, smerte og arbeidsevne. Resultatene fremhever at økt stress førte til mer smerte, som igjen begrenset evnen til å arbeide. Dette gjaldt spesielt i perioder med mye stillesittende arbeid, og i perioder med mye stress og høyt arbeidspress. Denne balansegangen mellom et hektisk arbeidsliv og familieliv, førte til ytterligere økning i smertenes intensitet og tilbakekomst. Bidraget fra informant 2 kastet ytterligere lys på denne sammenhengen:

*«Stress er det verste for bekkenet mitt. Det setter seg med en gang. Så det er jo noe å jobbe med det å ikke bli stressa. Men kombinert med en stillesittende jobb over flere dager, så merker jo kroppen at dette er vi ikke vant til!»*

### 9.3.2 Bekymringer rundt egen livskvalitet i rollen som mor

Informantene reflekterte over den følelsesmessige belastningen, assosiert med vedvarende bekkenleddsmerter og de påfølgende utfordringene knyttet til morsrollen. Det ble uttrykt felles bekymringer rundt det å ikke kunne utføre morsoppgaver fullstendig grunnet smertene. Informantene beskrev en utbredt følelse av håpløshet og nedstemthet. Den følelsesmessige tyngden ble enda tydeligere når viktige aspekter ved morsrollen slik som amming, bleieskift og omsorg for barnet var vanskelig å gjennomføre. For informant 3 representerte ikke disse oppgavene kun praktiske plikter, men også følelsesmessige og intime øyeblikk mellom henne og barnet, som ble betydelig påvirket av smertene:

*«Jeg trodde at liksom jeg aldri ville fungere som mamma på grunn av de smertene ... Så jeg var veldig langt nede. Det er mye mer enn på en måte å dra på lekeland, eller gå tur med vogna, liksom. Som å kunne amme eller skifte bleie, eller å kunne løfte og trøste barnet sitt ...»*

I sin nye tilværelse som mor, kunne informantene fortelle hvordan de ble konfrontert med en rekke utfordringer som de ikke hadde forestilt seg. Dette var for dem en periode preget av intense følelser og praktiske hindringer, som krevde nøye oppmerksomhet og ressursallokering. I lys av smertefulle kropper, søvnløse netter og øyeblikk viet til å etablere bånd med de nyfødte, var tid en dyrebar ressurs som måtte prioriteres nøye. Balansen mellom omsorg for barnet og andre ansvarsområder, inkludert tilpasning til endrede rutiner og vedlikehold av sosiale forbindelser, resulterte i en kompleks utfordring. En annen betydelig problemstilling som informantene belyste, var utfordringen med å prioritere egenomsorg i et hektisk dagligliv. Informantene opplevde en følelse av å være begrenset i egen kropp, og turte ikke å starte opp med fysiske aktiviteter som de hadde drevet med før svangerskapet. De uttrykte også en følelse av å ikke ha fullstendig kontroll over verken livet eller seg selv. Informant 2 opplevde at gjennomføring av treningsøvelser ofte var tungt, umotiverende og lett å utsette:

*“Jeg var veldig flink i september faktisk. Det som var på en måte litt sånn motivasjonen da, var at jeg var på en måte 50 til 70% sykemeldt. Da tenkte jeg at da er jobben min, når jeg er ferdig på jobb de timene jeg skal være der, å bli frisk. Så da gikk jeg til trening etter jobb. Og for å si det sånn; man blir ganske drittlei av det av de øvelsene der. For det er liksom veldig vanskelig ... Så jeg tenkte sånn, jeg må bare liksom holde ut og gjøre de utrolige kjedelige øvelsene.”*

## 9.4 Kunnskapsmangel innen kvinnehelse

**«Jeg føler ikke at det er nok kunnskap om bekken, på en måte. Eller kanskje kvinnekroppen generelt»**

### 9.4.1 Behovet for økt kunnskap

Informantene erfarte at smertene drev dem til å søke hjelp fra et bredt spekter av helsepersonell, inkludert kiropraktorer, massører, leger, osteopater, gynekologer, personlig-mamma-trenere og fysioterapeuter (se tabell 2). De delte sine erfaringer knyttet til utfordringene de møtte i behandlingen av sine vedvarende smerter, og reflekterte over de helsemessige og økonomiske hindringene som oppstod underveis. Til tross for en betydelig investering i tid og økonomi, opplevde de manglende resultater og en følelse av meningsløshet når behandlingen ikke ga ønsket effekt. Informant 2 uttrykte spesielt frustrasjon over den utilfredsstillende behandlingen, og mangelen på pålitelig veiledning og støtte i denne utfordrende situasjonen:

*«Jeg var så ekstremt desperat og svidde av masse penger på behandlingsklinikker og tjo og hei. Og så var jeg hos en kiropraktor, som selvfølgelig lovt gull og grønne skoger om jeg bare kom dit tre ganger i uken og betalte 700 kr for fem minutter der (...). Så prøvde jeg jo massasje overalt. Masse forskjellige steder. Drop-in på et sånt kvinnehelsesenter eller noe sånt, hos en osteopat der. Det syns jeg bare var tull egentlig. Og for å si det rett ut: kjempedyrt! De hadde også en sånn der kvinnelig mamma-PT-person, som jeg brukte masse penger på. Hvor jeg egentlig endte opp med å gå gjennom hvilke øvelser jeg selv likte å gjøre, altså det var bare bortkastet (...). Det var en veldig tøff tid (...). For det er liksom veldig vanskelig når man ikke får den støtten man trenger på en måte. Men jeg tenkte jo sånn at, jeg må bare gjøre de utrolig kjedelige øvelsene».*

De delte også sine erfaringer med å lytte til andre kvinners historier om vedvarende bekkenleddsmerter. Mange av disse kvinnene hadde en streng tilnærming, hvor de advarte mot visse aktiviteter og anbefalte begrensninger etter fødselen. Dette skapte en følelse av usikkerhet blant informantene om hvordan de kunne lindre smertene sine, og førte til at de heller valgte å være inaktive. I ettertid erkjente de at denne inaktiviteten muligens bidro til at plagene varte lenger enn nødvendig, og dette fikk dem til å reflektere over behovet for en mer balansert tilnærming til aktivitet og hvile i behandlingen av vedvarende bekkenleddsmerter. Behovet for mer informasjon og forståelse rundt fenomenet bekkenleddsmerter, kom tydelig frem blant informantene. Informant 1 illustrerte denne opplevelsen av mangel på tilstrekkelig kunnskap:

*«Jeg føler ikke at det er nok kunnskap om bekken, på en måte. Eller kanskje kvinnekroppen generelt ... Så blir man jo ganske desperat, og tenker «hva skal jeg gjøre». Man blir så desperat etter å få hjelp, men vet ikke hvor man skal starte, eller hva som faktisk hjelper (...) Jeg vil jo bare ha tilbake kroppen min».*

## 9.5 Kommunikasjonens rolle innen fysioterapi

***«Det er litt som å gå på date, det må være god kommunikasjon om det skal fungere»***

### 9.5.1 Førsteintrykket

Gjennom informantenes beskrivelser kom det tydelig frem at etableringen av tillit og en god kommunikasjonsplattform var avgjørende fra begynnelsen av behandlingsforløpet. Informantene pekte på betydningen av å føle seg forstått og ivaretatt, og de delte sine erfaringer med hvordan manglende forståelse kunne være problematiske for utviklingen av en positiv relasjon med fysioterapeuten. Tolkningen av informantenes beskrivelser av deres første møte med fysioterapeuten fremhever betydningen av dette øyeblikket i oppbyggingen av tillit og relasjonen mellom pasient og terapeut. Informant 2 fortalte hvordan de innledende inntrykkene og interaksjonene med fysioterapeuten spilte en vesentlig rolle i hennes oppfatning av behandlingen og tillit til terapeuten:

*«Altså jeg synes generelt at jeg har god kjemi med de fleste, men hun og jeg, det var ikke en god match ... Jeg følte ikke at jeg fikk den støtten jeg trengte, tror jeg. Hun var veldig opptatt av å fortelle meg at dette ville ta kjempelang tid før det ville bli noe som helst bedring. Så var det veldig mye med at hun ikke husket hva jeg het fra gang til gang, eller hva vi hadde gjort tidligere. Det ble litt useriøst for meg, rett og slett. Og kommunikasjonen var kanskje ikke helt*

*på topp der heller, så det ble bare kjempevanskelig ... Hun var litt sånn negativ og pessimistisk person på en måte ...»*

### 9.5.2 Direkte og tydelig tilnærming

Informantene fremhevet betydningen av fysioterapeuters kommunikasjonsferdigheter i behandlingskonteksten. Gjennom samarbeidet med det de oppfattet som særlig dedikerte og kompetente fysioterapeuter, fant informantene et sted for håp i møte med deres fysiske og smertefulle utfordringer. Terapeutens veiledning var avgjørende for informantenes håndtering av frykt for bevegelse, og motivasjon for videre fysisk aktivitet. Informantene beskrev hvordan fysioterapeutene målrettet arbeidet med å identifisere og endre negative tankemønstre, som kunne forverre deres psykiske eller emosjonelle tilstand. Til tross for en oppriktig følelse av frykt, innså alle tre informantene den verdifulle lærdommen som lå i den utfordrende situasjonen for deres mentale velvære. Gjennom refleksjon forsto de at til tross for de vanskelige omstendighetene, bidro det til deres personlige vekst og en dypere innsikt i deres egen helsestatus. De uttrykte takknemlighet for fysioterapeutens ærlige kommunikasjonstilnærming, og måten de trygget informantene på under fysiske øvelser. Informantene beskrev et tillitsfullt, vellykket og nært samarbeid med terapeuten. Dette bidro til en opplevelse av å være en del av et felles team, som arbeidet mot deres bedring. Denne opplevelsen ble beskrevet som en følelse av mestring, og ga et optimistisk syn på fremtiden. Informant 2 fremhevet betydningen av god kommunikasjon og relasjonsbygging:

*«Det er veldig viktig å komme til en som du kan føle deg både sett og ivaretatt hos. Det er litt som å gå på date, det må være god kommunikasjon om det skal fungere. Du skal liksom ha lyst til å møtes igjen, og kjenne at det gir deg noe. Dynamikken må funke».*

I tillegg fremhevet informantenes erfaringer betydningen av terapeuten direkte og tydelige tilnærming. De bemerket at overdreven forsiktighet fra terapeuten side kunne forsterke følelsen av utrygghet. Imidlertid opplevde de en positiv endring når de møtte en fysioterapeut som kunne skape trygghet, spesielt med tanke på tillit og følelsesmessig velvære. Dette poenget ble understreket av informantene, og det viste til viktigheten av terapeuten rolle i å skape en trygg atmosfære som fremmet pasientens tillit og evne til å utforske nye strategier for å håndtere smerte og utfordringer. Spesielt reflekterte Informant 3 over hvordan terapeuten kommunikasjonsstil påvirket hennes evne til å utforske og utvide grensene for hva hun turte å gjøre både under behandling og i hverdagen:



*«Hun var veldig opptatt av at jeg i størst mulig grad skulle utføre de hverdagslige aktivitetene som jeg hadde lyst til å gjøre, og som ga meg glede. For det var jo viktig for meg, å på en måte kunne fungere som mamma. Så setter jeg veldig pris på at hun var så direkte med meg og litt sånn - ikke streng - men veldig tydelig da på at det her faktisk ikke var farlig. Fordi hvis hun hadde vært mer sånn pusede (...). Jeg kom på en måte litt opp av den dumpa. Også blir man glad, ikke sant? Også tør man å gjøre flere ting. Det blir sånn positiv selvforsterkende spiral da, heller enn at det går motsatt vei.»*

## 9.6 Informantenes reise mot smertelindring

***«Et av treningsprogrammene kalte jeg bare for bekkenf\*\*\*»***

### 9.6.1 Betydningen av tillit i behandling

Informantene la vekt på betydningen av å føle seg sett, og ha tillit til sin fysioterapeut, og hvordan denne tilliten dannet grunnlaget for en atmosfære preget av åpenhet og engasjement i rehabiliteringsprosessen. De så tillit som en avgjørende faktor som ikke bare direkte påvirket behandlingen, men også deres generelle velvære og motivasjon til å følge behandlingsplanen. Terapeutens tilstedeværelse ble beskrevet som en reduksjon av deres følelse av isolasjon og overveldende smerte. Gjennom veiledning og støtte fra terapeuten ga de uttrykk for at deres perspektiv endret seg, og troen på en smertefri tilværelse ble gjenopprettet. Spesielt delte Informant 2 hvordan hennes møte med en fysioterapeut ga henne håp og bedring:

*«Tidligere følte jeg meg alene og overveldet av smertene. Jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre eller hvor jeg skulle henvende meg for hjelp. Til slutt fant jeg denne fysioterapeuten. Og hun er helt fantastisk. Hun er skikkelig flink. Hun husker meg fra gang til gang, hun tar seg tid til å snakke med meg og forklare hva vi skal gjøre. Og det føles veldig bra. Hun skilte seg ut ved å vise genuin interesse for situasjonen min. Hun tok seg tid til å lytte nøye, og hun hadde en unik evne til å huske detaljer fra gang til gang.»*

Fysioterapeutens helhetlige tilnærming var viktig for hvordan informantene oppfattet smertebehandlingen. Informantenes beskrivelse av fysioterapeutens rolle i behandlingen, vektlegger betydningen av å kombinere veiledning og personlig støtte. Den faglige delen av behandlingen omfatter evidensbasert praksis og klinisk kunnskap, som inkluderer teknikker, øvelser og behandlingsmetoder støttet av forskning. Samtidig understreker informantene den personlige støttens viktighet, som består av emosjonell støtte fra fysioterapeuten. Dette

inkluderer å lytte til pasientens bekymringer, tilby oppmuntring og motivasjon, samt å skape et trygt og tillitsfullt terapeutisk miljø. Informant 3 beskrev en følelse av felleskap, der de sammen arbeidet mot hennes bedring, og dette forsterket tilliten og nærværet i deres relasjon:

*«Jeg følte at hun ikke primært var opptatt av å bare tjene penger på meg. Det gjorde også at jeg stolte mer på henne. Særlig etter at jeg skjønnte at det hun sa var riktig, liksom. Hennes opplegg kommer ikke til å skade meg, og så følte jeg at vi fikk et litt nært forhold. Jeg fikk en sånn følelse av teamwork, kan du si, for å få meg frisk».*

### 9.6.2 Individuell behandlingsplan

Informantenes beskrivelser av samarbeidet med den siste fysioterapeuten de oppsøkte, som altså hjalp dem å bli bra igjen, kastet lys over nøkkelaspekter ved behandlingsforløpet. En felles utvikling av en langsiktig og individuell behandlingsplan, var spesielt viktig. En behandlingstilnærming, der både terapeut og informant evaluerte behandlingsperioden og diskuterte eventuelle justeringer i hjemmeøvelsene, ble ansett som viktig. Denne tilnærmingen tok hensyn til individuelle behov, og bidro til å forme en skreddersydd behandlingsplan. Informant 2 la også til at den langsiktige planen hun og fysioterapeuten la sammen, hadde en grunnleggende effekt for hennes tro på behandlingen:

*«Da jeg endelig kom til den siste fysioterapeuten, la hun frem en langsiktig plan hvor vi begge var sammen om opplegget. Vi avtalte at jeg skulle komme til henne en gang hver uke, for både trening og manuell behandling. Hver økt snakket vi om hvordan det hadde gått siden sist, og om jeg ønsket noen endringer i hjemme programmet mitt. Vi hadde rett og slett et veldig nært samarbeid (...) Jeg gledet meg alltid til å gå dit. Hun har virkelig hatt alt å si, liksom».*

Under intervjuene kom det fram at informantene ble motivert av både delmål og hovedmål i behandlingsplanen. En felles målforståelse mellom fysioterapeut og informant, bidro til en økt selvstendigjøring i egen behandling. Delmålene, spesielt ambisjonen om bedret daglig funksjon og ønsket om å gjenopprette full arbeidskapasitet til 100%, ble ansett som betydningsfulle. Selv om informantene uttrykte forståelse av behovet for regelmessig trening, uttrykte de en anerkjennelse av utfordringene knyttet til treningsmotivasjon. Dette var en realistisk selvrefleksjon om egne preferanser, og de barrierer som kan oppstå underveis. Informant 2 la vekt på viktigheten av både overordnede mål og tilhørende delmål. Til tross for

at reisen føltes krevende, ga disse delmålene henne motivasjon til å gjøre betydelige fremskritt:

*«Vi hadde jo liksom sånne delmål hele tiden da på en måte. Det å klare å komme litt videre hele tiden. Liksom komme seg opp i 100% stilling på jobb. Jeg skjønnte da på en måte at jeg da måtte trene litt mer regelmessig. Jeg har jo ikke alltid vært så veldig glad i å trene sånn veldig mye egentlig. Jeg har liksom måtte ta meg sammen for det (...) Alt føltes tungt».*

### 9.6.3 Aktiv rolle i egen rehabilitering

Informantene uttrykte betydningen av å ta en aktiv rolle i egen rehabilitering. De pekte på behovet for gradvis bedring og riktig håndtering av smerte for å forbedre livskvaliteten, og fremhevet viktigheten av å se utover bare lindring av symptomer. Informantene la også vekt på egeninnsats, motivasjon og tålmodighet i behandlingsprosessen, samt behovet for økt selvomsorg for å håndtere press både personlig og i arbeidslivet. Videre ønsket de å integrere behandlingsstrategier i hverdagen for å oppnå en varig bedring og forbedret livskvalitet. Informantene hadde et felles ønske om å ta kontroll over sin egen rehabilitering og arbeide aktivt mot bedring. Informant 1 delte sin refleksjon rundt tiltak for å redusere stress og arbeidsbelastning:

*«Det viktigste for meg er jo at jeg skal bli bra på en måte (...) Og gjøre den jobben som må til for å bli bra. Og at vi jobber sammen mot det målet, uten å stresse, og ta det med ro og kunne ta en pause da (...) For det merket jeg på jobb også, hvor viktig det var å ta pauser, og passe på å ikke sånn småløpe, men heller ta gode lange steg og heller fokusere på bevegelighet.»*

Informantene erkjente at regelmessig trening og fysisk aktivitet kunne bidra til å redusere smerte, og forbedre livskvaliteten. Blant annet ble hjemmebaserte treningsøkter fremhevet som en avgjørende faktor på veien mot bedring. Ved å integrere jevnlig øvelser i allerede hektiske liv, demonstrerte informantene en imponerende vilje og dedikasjon til å håndtere sine vedvarende bekkenleddsmerter. Det var også en bevissthet om viktigheten av variasjon i treningen for å unngå kjedsomhet og å opprettholde motivasjonen. Dette ga dem lysten til å inkludere fysisk aktivitet i hverdagen, som for eksempel å gå turer i naturen eller utforskning av ulendt terreng. Informantene trakk også frem betydningen av en differensiert behandlingsstrategi, og et mangfold av terapeutiske øvelser i den vedvarende smertebehandlingen, for å gjenopprette økt funksjonsevne. Gjennom sin fortelling illustrerte

informant 2 hvordan hun håndterte og organiserte sin treningsplan i samarbeid med fysioterapeuten:

*«For å motivere meg, så lagde jeg en sånn kalender med oversikt over hver gang jeg har vært på trening og alt jeg har gjort. Jeg hadde et eget klistermerkesystem som symboliserte hvordan det hadde gått. Så det var liksom en del av motivasjonen min. Og for å si det sånn, man blir ganske drittlei av de øvelsene. Men så er det noen ganger hvor jeg er på et utested, og har på meg høye heler, da må jeg plutselig gå og sette meg inn på doen og tøye. Det er helt sjukt, men jeg må lide for skjønnheten (...). Heldigvis hadde vi flere program jeg kunne velge mellom. Det var litt sånn at jeg sa ifra når jeg følte at jeg trengte flere styrkeøvelser, og da hadde hun alltid noen forslag. Og jeg følte meg jo litt som en pensjonist, ikke sant? Så vi hadde en veldig gradvis tilnærming til tyngre øvelser. Så jeg har jo på en måte lært det også de siste månedene, sånn hvor mye seg kan pushe kroppen. Et av treningsprogrammene kalte jeg bare for bekkenf\*\*\*».*

Informantenes erfaringer kastet lys over den betydelige utfordringen det kan være å håndtere smerte, noe som ofte hadde stor innvirkning på både psykisk- og fysisk livskvalitet. I deres beskrivelser om å overvinne smerte og komme tilbake til dagliglivets aktiviteter, viste de viljestyrke, dedikasjon og en følelse av seier over motgangen. Informantene trakk frem hvordan de utviklet en dypere forståelse av sin egen styrke og evne til å finne glede i de små, daglige øyeblikkene. Gjennom informant 3 sin opplevelse, beskrives hvordan økt kontroll over egen helse og symptomer resulterte i bedret selvfølelse og mestring i hverdagen. Samtidig belyser hun sin positive erfaring av kombinasjonen aktiv og passiv behandling, i opplevelsen av økt omsorg:

*«Det var jo selvfølgelig en stor glede, bare det å kunne gå tur med vogna, bære barnet sitt, tørke støv hjemme og bare kunne gjøre alle de små tingene som man trenger å gjøre som mor. Det gir meg så utrolig stor glede. Jeg kom på en måte litt opp av den dumpa, også blir man så glad, ikke sant. Man tør å gjøre flere ting. Det blir en sånn selvforsterkende spiral, heller enn at det går motsatt vei. Også var det den manuelle behandlingen, i kombinasjon med øvelser og turgåing, som ga en følelse av omsorg».*

## 10.0 Metodediskusjon

Underveis i arbeidet med oppgaven opplevde jeg at det var nødvendig med justeringer i forhold til det jeg hadde tenkt på forhånd. Malterud (2011) skriver at i alle prosjekter er det nødvendig å gjøre enkelte kompromisser, selv om det går på bekostning av kravene som stilles til vitenskapelig kunnskap. I utgangspunktet var jeg ute etter å hente inn fem til seks informanter til studien min. Men ettersom det kun var tre av de syv kvinnene som meldte interesse for å delta som oppfylte inklusjonskriteriene, ble jeg sittende igjen med et mindre antall enn først planlagt. Ulempen med de tre informantene var likheten mellom dem, ettersom at alle tre var ressurssterke kvinner med høy utdanning, noe som har påvirket resultatet mitt. Trolig kunne jeg ha endret inklusjon og eksklusjonskriteriene for å rekruttere bredere, samt oppsøke flere klinikker og fysioterapeuter innen feltet for å nå ut til flere potensielle informanter. Konsekvensen av å endre kriteriene er at jeg som forsker må ta høyde for flere variabler og omstendigheter i analysen og diskusjonen. Samtidig påpeker Dalland (2014) viktigheten av å gjennomføre grundige samtaler med et begrenset antall informanter, for å sikre tilstrekkelig datamateriale for en forskningsoppgave. Jeg tok en beslutning på at de tre intervjuene ga en mengde data som var tilstrekkelig for å utforske og besvare problemstillingen.

Malterud (2011) skriver at man i analysefasen må bestemme seg for hvilket fokus spørsmålene skal ha for å vite hvilken retning man skal følge i intervjuet. Jeg utarbeidet derfor intervjuguiden på forhånd for å ha en skisse å gå etter underveis i intervjuene, og for å sikre svar på det viktigste, mens informanten ledet samtalen. Malterud (2011) skriver også at utveksling av kunnskap rommer muligheter for misforståelser. Dette kan tenkes da informantene ikke hadde mulighet til å lese oppgaven før den var ferdig, og at de da opplever at deler av teksten ikke er gjenkjennende for den informasjonen de gav. For å forbedre reliabiliteten og validiteten i oppgaven (Malterud, 2010), ble jeg anbefalt å gjennomføre et prøveintervju i forkant av første intervju. Dette gjorde meg tryggere og bedre kjent med intervjuguiden, samt at jeg gjorde de siste justeringene av spørsmålenes ordlyd. Kvale og Brinkmann (2015) påpeker at forskningsintervjuer krever utvikling av samtaleferdigheter, en prosess som kan være utfordrende selv for de med grunnleggende spørsmålsteknikk. Underveis i intervjuprosessen merket jeg selv utvikling i egne samtaleferdigheter. Det negative med dette, er at jeg selv følte meg tryggere i siste intervju sammenlignet med det første - noe som kan ha ført til dårligere besvarelse av informant 1, sammenlignet med de

andre informantene. Mine egenskaper og manglende erfaring som intervjuer kan på denne måten ha innvirkning på resultatet, og det faktum at jeg hadde en halvstrukturert intervjuguide gjør at mine informanter ikke nødvendigvis får akkurat de samme spørsmålene. Dette igjen kan føre til at jeg ikke får like utdypende og gode svar som jeg hadde håpet på, noe som kan påvirke både oppgavens pålitelighet og validitet (Kvale og Brinkmann, 2015). En annen mulig begrensning i studien knyttet til metodikken og kvalitetssikringen av dataene, er at jeg ikke personlig har gjennomført kvalitetssikring av informantene ved bruk av ulike fysiske tester, noe som er beskrevet i studien til Engeset et al. (2014). Disse studiene benyttet seg av fysiske tester for å gi objektive målinger, noe som kunne ha styrket reliabiliteten til mine funn. Det er viktig å understreke at deltakere i en intervjustudie om dette emnet sannsynligvis ikke ville ha deltatt hvis de ikke mente at smertene deres var direkte relatert til deres svangerskap. Dette understreker betydningen av å anerkjenne deltakernes evne til å vurdere relevansen av sine egne erfaringer og symptomer i forhold til studiens fokus. Selv om jeg ikke benyttet fysiske tester, måtte jeg derfor stole på informasjonen og opplevelsene delt av informantene, med respekt for deres egen oppfatning av situasjonen.

Selv om lydopptaket gir verbal informasjon, mangler det kontekstuell dybde som er nødvendig for å fullt ut forstå informantenes uttrykk og følelser. Transkripsjon av lydopptak til tekst er derfor utfordrende både teknisk og tolkningsmessig, spesielt når man skal gjengi muntlig talespråk skriftlig (Kvale & Brinkmann, 2015). Derfor unngikk jeg å sette opp intervjuene for tett, og transkriberte ferdig før jeg startet på neste intervju. Dette tillot refleksjon etter hvert intervju, og skjerpet meg som intervjuer i påfølgende samtaler.

Som intervjuer var det mitt ansvar å både håndtere tekniske detaljer og sikre kvaliteten på lydopptaket, samtidig som jeg utforsket temaer grundigere med oppfølgingsspørsmål. Denne refleksjonen belyser viktigheten av å være bevisst begrensningene og mulighetene ved bruk av lydopptak og transkripsjon i kvalitative studier. Selv om disse metodene gir verdifulle data, kan visse aspekter av informantenes opplevelser gå tapt i oversettelsen fra muntlig til skriftlig form. Dette kan oppmuntre til å utforske alternative tilnærminger, som for eksempel bruk av videoopptak for å fange kroppsspråk. Dalland (2014) og Postholm (2010) understreker nødvendigheten av å utvise omhu og grundighet ved valg og anvendelse av forskningsmetoder, for å sikre at studiene opprettholder et høyt kvalitetsnivå.

## 11.0 Resultatdiskusjon

I denne delen av oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i de fire hovedtemaene fra resultatdelen. Det første temaet handler om «Mødres navigering gjennom behandling av vedvarende bekkenleddsmerter i dagens samfunn», det andre om «Kunnskapsmangel innen kvinnehelse», det tredje om «Kommunikasjonens rolle innen fysioterapi» og det siste om «Informantenes reise mot smertelindring».

### 11.1 Mødres navigering gjennom behandling av vedvarende bekkenleddsmerter i dagens samfunn

#### 11.1.1 Behovet for tidlig diagnostisering og behandling

Informantene beskriver en følelse av utilstrekkelighet som følge av økte forventninger fra samfunnet knyttet til kvinners samfunnsplikter og til morsrollen. Denne opplevelsen synes å være et resultat av et komplekst samspill, mellom individuelle erfaringer med vedvarende bekkenleddsmerter og samfunnsmessige påvirkninger (Bondas & Eriksson, 2001). Spesielt fremheves informantenes erfaringer, som kaster lys over hvordan samfunnets kulturelle og sosiale normer kan forsterke presset for mødre som lever med smerte og fysiske begrensninger (Vleeming et al., 2008). Disse observasjonene indikerer hvordan økte forventninger til den ideelle morsrollen legger betydelig press på kvinner, og kan ytterligere komplisere situasjonen for mødre som allerede sliter med helsemessige utfordringer som vedvarende bekkenleddsmerter (Stuge et al., 2004). Dette presset kan forsterke følelsen av utilstrekkelighet hos mødre, og føre til økt stress og belastning (Svartdal & Malt, 2014). Vedvarende bekkenleddsmerter kan derfor oppleves som en ekstra byrde, fordi de kan hindre mødre i å leve opp til samfunnets idealer om morskap.

Gjennom informantenes uttalelser fra intervjuene kom det frem klare indikasjoner på kompleksiteten ved håndtering av vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel. For å sikre effektiv støtte og behandling til mødre som lever med vedvarende bekkenleddsmerter, understreker Stuge et al. (2004) viktigheten av å forstå det komplekse samspillet mellom individuelle smerteopplevelser, og de kulturelle og sosiale kontekstene knyttet til morsrollen. Informantene avdekket hvordan vedvarende bekkenleddsmerter hadde en betydelig innvirkning på både deres fysiske funksjon og psykologiske velvære. Frykten for bevegelse og utfordringene med dagligdagse oppgaver, som å snu seg i sengen, gå tur eller løfte og bære babyen, tydeliggjør den direkte påvirkningen av smerten på dagliglivets funksjoner. Disse

funnene støttes av tidligere forskning utført av Albert et al. (2001) og Bjelland et al. (2013), som identifiserer smerteintensitet og alvorlighetsgrad av bekkenleddsmertene gjennom svangerskapet som faktorer knyttet til vedvarende smerter etter fødselen. I tillegg til de fysiske begrensningene, reflekterte informantene også over den betydelige emosjonelle belastningen av vedvarende bekkenleddsmarter i rollen som mor. Bekymringer knyttet til utførelsen av morsoppgaver på grunn av smerte, følelse av håpløshet og nedstemthet, samt vanskeligheter med å engasjere seg i intime øyeblikk med barnet på grunn av smerten, avdekker de psykiske påkjenningene de opplever. Disse funnene er i tråd med tidligere forskning av Vleeming et al. (2008) og Bjelland et al. (2010). Videre fremhever Elden et al. (2016) den negative innvirkningen av bekkenleddsmarter på kvinnenes livskvalitet og deres evne til å utføre morsoppgaver. En grundig vurdering av disse individuelle faktorene er nødvendig for å skreddersy behandlingen og forbedre prognosen for hver enkelt pasient. Dette peker på nødvendigheten av en individualisert tilnærming til behandling av vedvarende bekkenleddsmarter, som tar hensyn til hver enkelt pasients unike behov. Dette støttes av Vleeming et al. (2008) som trekker frem betydningen av rask diagnose og behandling for kvinner med vedvarende bekkenleddsmarter. Effektiv diagnostisering og behandling er avgjørende for å lindre smerte og forbedre pasientens livskvalitet på kort og lang sikt.

Resultatene fra min masteroppgave avdekket varierende tidslinjer for opprinnelsen, diagnosen og bedringsprosessen av vedvarende bekkenleddsmarter blant informantene. Til tross for individuelle forskjeller, var en gjennomgående erfaring at smertene vedvarte og var plagsomme etter svangerskapet. Det ble observert at det kunne ta opp til 1,5 til over 2 år før en følte betydelig bedring (se tabell 2). Albert et al. (2001) fant i sin studie at en liten prosentandel av kvinner opplevde vedvarende smerter 2 år etter fødselen, mens Eldens studie fra 2016 indikerer at så mange som 10% av kvinnene kunne oppleve vedvarende smerter så lenge som 11 år etter fødselen. Disse funnene understreker informantenes beskrivelser av den langvarige og utfordrende naturen ved å håndtere vedvarende bekkenleddsmarter etter fødsel. Samtidig fremhever Bjelland et al. (2013) at kunnskapen om prognostiske faktorer for bekkenleddsmarter etter fødselen fremdeles er begrenset på grunn av metodologiske svakheter i mange studier, som små utvalgsstørrelser eller svakheter i studiedesignet. Symptomene kan begynne allerede i første trimester og forverres vanligvis senere, noe som gjør tidlig diagnose avgjørende for å forhindre komplikasjoner (Vleeming et al., 2008). Imidlertid er utfordringen knyttet til å skille disse smertene fra andre svangerskapsrelaterte ubehag (Robinson et al., 2010). Ytterligere utfordringer knyttet til håndteringen av vedvarende bekkenleddsmarter etter



fødsel, er i følge Gutke et al. (2009) mangelen på en universell standard for å diagnostisere tilstanden. Dette fremhever kompleksiteten ved diagnostikk, og påvirker både tidspunktet og nøyaktigheten av identifikasjonen av bekkenleddsmerter. Denne mangelen på standardiserte diagnostiske kriterier kan føre til variasjoner i tilnærmingen til diagnostisering, noe som ytterligere kompliserer tidlig intervensjon og behandling. Samtidig viser av Saueressi et al. (2021) at diagnosen ikke bør baseres kun på én test alene, på grunn av den lave reliabiliteten og validiteten til mange av testene. Bruk av testklynger er mer egnet til å utelukke enn å bekrefte diagnosen bekkenleddsmerter. Dette indikerer at diagnosen bør bekreftes av en eller flere kliniske tester, som påpekt av Robinson et al. (2010).

Samlet sett illustrerer disse funnene den komplekse naturen ved behandling og diagnostisering av vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel. Effektiv behandling krever en helhetlig tilnærming, som tar hensyn til både individuelle faktorer og diagnostiske utfordringer. Videre peker funnene på behovet for kontinuerlig forskning for å forbedre diagnosemetoder og behandlingsstrategier, for å imøtekomme behovene til kvinner som lever med denne tilstanden.

#### 11.1.2 Balansen mellom arbeid og omsorg

Informantenes erfaringer belyser de utfordrende stressfaktorene knyttet til å balansere både hjemmeoppgaver og lønnsarbeid, noe som er av betydning for å forstå hvordan både fysisk og emosjonelt stress påvirker kvinners opplevelse av vedvarende bekkenleddsmerter (Wuytack et al., 2020; Engeset et al., 2014; Grotle et al., 2005; Bjelland et al., 2013). De uttrykte videre frustrasjon over mangelen på tilgang til barnehageplasser og de økonomiske konsekvensene ved forlenget permisjon, som ser ut til å forsterke de daglige belastningene og føre til en følelse av tidspress for å bli friske, og dette kan igjen påvirke smerteopplevelsen negativt (Elden et al., 2016). Dette kan knyttes til emosjonelle bekymringer, spesielt om bedring etter fødselen, som er identifisert som risikofaktorer for vedvarende bekkenleddsmerter under graviditet (Bjelland et al., 2013; Gutke et al., 2011). Dette støttes av Engeset et al. (2014) som hevder at en hverdag med bekkenleddsmerter og fysiske hindringer kan være vanskelig å akseptere og gi følelse av motløshet, isolasjon og ensomhet. Samtidig reflekterer informantene over lønnsarbeidets dype forankring i deres liv, og dets betydningsfulle rolle i formingen av deres personlige identitet og selvilde. De understreker hvordan lønnsarbeidet har positivt påvirket deres generelle velvære og livskvalitet, og har bidratt til økonomisk stabilitet, struktur i hverdagen og følelsen av tilhørighet. Perioder med sykmelding eller

reduisert arbeidskapasitet ble opplevd som følelsesmessig utfordrende, preget av sorg og følelser av tap. Dette samsvarer med funnene i studiene til Elden et al. (2016) og Persson et al. (2013), som også fremhever den viktige koblingen mellom arbeid og kvinnenes livskvalitet. Å ha en meningsfull jobb kan være positivt for kvinnenes totale velvære, i tråd med Helsedirektoratets (2020) perspektiv på jobb som en ressurs for å fremme helse. Samtidig erkjenner informantene at fravær fra arbeidsplassen ga dem muligheten til å ta vare på kroppen på en helhetlig måte, en erfaring som støttes av tidligere forskning (Persson et al., 2013). En biopsykososial tilnærming til smertehåndtering understreker viktigheten av å se smerte som en kompleks interaksjon mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Engel 1977). Mens noen studier indikerer hvordan arbeidsforhold preget av høye krav, lav autonomi og begrenset sosial støtte kan forverre smerteopplevelsen (Engeset et al., 2014; Bjelland et al., 2010; Wuytack et al., 2020), peker andre på at ikke alle opplever økt smerte under stress (Svardal & Malt, 2014). Dette understreker behovet for å forstå individuelle forskjeller i smerteopplevelse, som påpekt av Malterud (2010). Engels biopsykososiale modell (1977) fremhever hvordan individets identitet, mestringsevne og samfunnsstrukturer påvirker deres helseopplevelse, og dette støttes av Turk og Melzack (2011), som indikerer behovet for en helhetlig vurdering av smerte for effektiv smertehåndtering.

Mine funn understreker viktigheten av en helhetlig tilnærming som ikke bare adresserer de fysiske aspektene ved smerte, men også tar hensyn til pasientens følelsesmessige velvære. Dette kan inkludere terapeutiske strategier som ikke bare lindrer smerte, men også tar tak i de emosjonelle utfordringene knyttet til vedvarende bekkenleddsmerter.

## 11.2 Kunnskapsmangel innen kvinnehelse

### 11.2.1 Kunnskapsmangel

Resultatene i min studie tyder på en betydelig kunnskapsmangel, både blant informantene selv og blant behandlere, når det gjelder rehabilitering av vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel. Mangelen på systematisk oppfølging etter fødselen forsterket informantenes frustrasjon, og de etterlyste et veiledningssystem som kunne støtte dem gjennom denne utfordrende perioden. Tseng et al. (2015) fremhever i sin studie denne manglende tendensen innen forskning av kvinner med vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel. Informantene formidlet en dyp usikkerhet og følelse av maktesløshet, noe som understreker den pågående trenden med underrepresentasjon av kvinnehelse, og de følgene dette får for tilgangen til

relevant informasjon og helsetjenester. Mangelen på oppfølging, klare retningslinjer og tilstrekkelig kunnskap innen helsevesenet, så ut til å bidra til økt usikkerhet og manglende kontroll over egen helse hos informantene. Disse resultatene støttes av tidligere forskning, utført av blant annet Wu et al. (2004) og Engest et al. (2014), som understøtter argumentet om at bekkenleddsmerter etter fødsel ofte undervurderes og neglisjeres i helsevesenet.

Det kommer frem et felles behov blant informantene for å ikke bare adressere de fysiske aspektene ved vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel, men også de psykologiske aspektene, som den mentale påkjenningen av å leve med smerte og funksjonsbegrensninger. Viktigheten av å ta hensyn til sosiale faktorer som for eksempel støtte fra familie og samfunn, og tilgang til helsetjenester, blir også trukket frem. Dette støttes av flere studier (Wuytack et al., 2020; Engeset et al., 2014; Grotle et al., 2005; Bjelland et al., 2013; Bastianen et al., 2006; Robinson, 2010). Videre understreker informantenes opplevelser behovet for å ta hensyn til hver enkelt kvinnes unike bakgrunn under fysioterapibehandlingen. Dette peker på et vesentlig aspekt av hvordan kunnskapsmangelen innen kvinnehelse kan møtes i praksis. Deres argumenter om å styrke følelsen av tilhørighet og bedre håndtere helseutfordringer, reflekterer prinsippene i Antonovskys arbeid innenfor det salutogene helseperspektivet. Antonovskys teori understreker viktigheten av å vurdere individuelle ressurser for å fremme positiv helseadferd, og behovet for å betrakte pasienten i deres sosiale, kulturelle og miljømessige kontekst for å bedre håndtere helseutfordringer (Antonovsky, 1987).

Ved å ta hensyn til både de fysiske, psykiske og sosiale behovene til den enkelte kvinne, kan fysioterapeuten lettere tilpasse tilnærmingen og behandlingen til kvinnens unike situasjon. Denne tilnærmingen støttes av Stuge et al. (2004) sin studie, som utmerket seg ved å ta i bruk et biopsykososialt perspektiv på bekkenleddsmerter, der behovet for spesifikk funksjonell trening, avspenning, økt kroppsbevissthet, tett oppfølging og individuell veiledning fra fysioterapeut ble fremhevet (Stuge et al., 2004). Denne tilnærmingen innebærer også å inkludere aspekter av kvinners livserfaringer, sosiale kontekst og kulturelle bakgrunn i behandlingsplanen. Samtidig påpeker Tseng et al. (2015) mangel på randomiserte kontrollerte studier som har undersøkt effekten av trening for kvinner med vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel. Dette peker på et behov for ytterligere forskning for bedre å forstå hvordan fysioterapeuter kan bidra til å fylle kunnskapshullene, ved å utvikle behandlingsmetoder som tar hensyn til de spesifikke utfordringene kvinner møter. Den store variasjonen i forekomsten av bekkenleddsmerter under og etter svangerskapet, dokumentert i flere studier, skaper

utfordringer for både forskere behandlere og pasienter (Albert et al., 2001; Vermani et al., 2010; Vleeming et al., 2008; Malmquist et al., 2012; Robinson, 2010; Wu et al., 2004). Forskjellene i rapporterte forekomster, sammen med manglete kunnskap om årsak og diagnose gjør det vanskelig å definere tilstanden tydelig. Informantene ga uttrykk for at dette førte til forvirring og frustrasjon, samt en opplevelse av faglig usikkerhet blant helsepersonell. Videre kan det være avgjørende å adressere mangel på kunnskap og støtte, samtidig som man tar hensyn til kompleksiteten i kvinners opplevelser av helse. Dette peker på behovet for en helhetlig tilnærming som tar hensyn til både individuell behandling, samt de fysiske, psykiske og sosiale aspektene ved kvinners helse, med fokus på å gi bedre støtte og omsorg til kvinner som lider av vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel (Stuge et al., 2004; Tomkins, 2013; Borrell-Carrió et al. 2004; Antonovsky, 1987). Videre forskning kan bidra til å utvide vår forståelse av disse komplekse temaene, og videreutvikle fremtidige tiltak for å møte kvinnenens behov på en mer effektiv måte.

### 11.2.2 Økonomiske utfordringer

Informantenes erfaringer belyser hvordan økonomiske faktorer påvirker deres søken etter lindring fra vedvarende bekkenleddsmerter. Denne virkeligheten preges av kostbar behandling hos private aktører og begrenset refusjon, noe som er med på å forverre deres livssituasjon. En annen dimensjon ved den økonomiske belastningen som kommer frem blant informantene, er at mangelen på refusjon kan medføre sosiale ulikheter i tilgangen til nødvendig oppfølging og behandling. Studier har dokumentert at personer med lavere sosioøkonomisk status har dårligere helseutfall og redusert tilgang til nødvendig medisinsk behandling (Wuytack et al., 2020).

For kvinner med vedvarende bekkenleddsmerter kan denne økonomiske barrieren utgjøre forskjellen mellom å få nødvendig behandling raskt i privat sektor, eller å måtte vente lenge i den offentlige helsesektoren. Dette kan potensielt forverre tilstanden og livskvaliteten til kvinner som ikke har mulighet til å oppsøke private fysioterapeuter. Til tross for dette viser informantene i masteroppgaven en vilje til å investere i fysioterapibehandling, under forutsetning av at den resulterer i ønsket effekt. Dette illustrerer et overordnet behov for et behandlingstilbud som både er effektivt og tilgjengelig (Vleeming et al., 2008). For å møte disse utfordringene, kan det være hensiktsmessig å fortsette å fremme forskning og kunnskap om kvinnehelse, for å sikre en mer rettferdig og inkluderende tilgang til omsorg og behandling for alle kvinner, uavhengig av deres økonomiske status. Evidensen som kommer

frem i studien utført av Wuytack et al. (2020) understreker betydningen av å adressere sammenhengen mellom økonomiske forhold og forekomsten av bekkenleddsmerter blant kvinner med lav sosioøkonomisk status, og peker på behovet for målrettede tiltak for å forebygge og håndtere denne lidelsen i sårbare samfunnsgrupper.

### 11.3 Kommunikasjonens rolle innen fysioterapi

#### 11.3.1 God formidlingsevne, klar kommunikasjon og individuell tilnærming

I informantenes fortellinger fremheves betydningen av å finne en fysioterapeut som tydelig viser at hun/han forstår deres individuelle behov og preferanser, noe de ser på som essensielt for å opprettholde en balansert maktfordeling i terapeut-pasient-forholdet. Når pasientene føler seg komfortable og støttet av fysioterapeuten, er de mer tilbøyelige til å aktivt delta i behandlingsprosessen. Dette synspunktet støttes av flere forskere, deriblant Williams og Harrison (1999), som legger vekt på fysioterapeutens ansvar for å være bevisst sin makt og hvordan den utøves for å sikre et tillitsfullt og respektfullt samarbeid med pasienten. Denne synsvinkelen understreker også fysioterapeutens evne til å påvirke pasientens opplevelse av behandlingen gjennom god kommunikasjon, samt aktiv og deltagende tilnærming. Payton og Nelson (1996) fremhever betydningen av fysioterapeutens språkbruk, tonefall og kroppsspråk for å skape en støttende og tillitsfull atmosfære, noe som samsvarer med Thornquist (1997), som understreker hvordan fysioterapeutens veiledning av konsultasjonen og medvirkning til aktive deltakelse i interaksjonen bidrar til å fremme pasientens engasjement.

Informantene understreket betydningen av kommunikasjon mellom terapeut og pasient i behandlingen av vedvarende bekkenleddsmerter. De beskrev kommunikasjonen som avgjørende for å skape et tillitsfullt og vellykket samarbeid med fysioterapeuten. Studier som Potter et al. (2003), Thornquist (1997) og Eide og Eide (2011) understreker viktigheten av kommunikasjonsferdigheter hos terapeuten, samt etablering av gjensidig tillit og empatisk tilnærming for å fremme samarbeid og pasientdeltakelse. Denne tilnærmingen kan bidra til mer effektive behandlingsresultater og økt pasienttilfredshet. På den annen side, mens en helhetlig tilnærming til kommunikasjon og samarbeid mellom terapeut og pasient kan være avgjørende for behandlingsutfallet, kan det oppstå utfordringer knyttet til implementeringen av denne tilnærmingen i praksis. Studier som Hansvedt og Løken (2016) peker på betydningen av terapeuters mellommenneskelige kommunikasjonsevner for å oppnå vellykkede konsultasjoner, og vinne pasientenes tillit. Imidlertid kan det være vanskelig å

sikre at alle terapeuter har tilstrekkelige ferdigheter og ressurser til å gjennomføre en slik tilnærming konsekvent i behandlingen av vedvarende bekkenleddsmerter. Derfor er det viktig å erkjenne både fordeler og utfordringer ved å legge vekt på kommunikasjon og samarbeid i terapeutiske relasjoner. Mens disse faktorene kan bidra til å forbedre behandlingsresultatene og pasientopplevelsen, krever det også innsats for å sikre at terapeuter har nødvendige ferdigheter og ressurser til å gjennomføre en slik tilnærming effektivt i praksis. Dette tiltaket kan potensielt optimalisere de positive effektene av kommunikasjon og samarbeid i behandlingsprosessen for pasienter med vedvarende bekkenleddsmerter.

### 11.3.2 Trygghet og omsorg

Informantene påpekte betydningen av trygghet og omsorg som avgjørende for å etterleve rådene de fikk av fysioterapeuten. Uttalelsene antydte derfor at trygghet og omsorg var viktig å fremme vellykkede behandlingsutfall. Dette synspunktet er støttet av funnene fra studier utført av Gyllensten et al. (1999) og Potter et al. (2003), som understreker de positive virkningene av god kommunikasjon i å etablere en atmosfære av trygghet for pasientene og deres generelle opplevelse av fysioterapi. På denne måten kan kommunikasjon preget av omsorg og trygghet være avgjørende for å etablere en tillitsfull relasjon, og oppnå gode behandlingsresultater. Wormnes (2013) understreker også betydningen av en solid allianse mellom pasient og terapeut for å styrke pasientens selvfølelse og troen på bedring. Dette samspillet ble fremhevet av informantene som avgjørende for å lindre følelsesmessig belastning og styrke deres forbindelse til egen kropp og velvære. Videre pekte informantene på betydningen av omsorgsfull kommunikasjon og relasjonsbygging i å skape trygghet i terapiforløpet. Terapeutens evne til å lytte aktivt, vise empati og tilpasse behandlingen i samsvar med pasientens behov, ble fremhevet som avgjørende for å fremme en følelse av trygghet og støtte. Dette bidro til å skape en atmosfære hvor pasienten følte seg ivaretatt og forstått, og hvor de kunne utforske og håndtere sine helseutfordringer på en trygg måte. Teorien om opplevd sammenheng støtter opp under disse observasjonene ved å understreke betydningen av pasientens opplevelse av mestring og kontroll i møte med sykdom (Wormnes, 2013; Walseth & Malterud, 2004). Når pasientene opplever omsorg og trygghet fra sin fysioterapeut, kan det styrke deres følelse av egenomsorg og mestring, og dermed potensielt bidra til bedre behandlingsresultater.

## 11.4 Informantenes reise mot smertelindring

### 11.4.1 Økt mestring

Informantene uttrykte også at opplevelse av kontroll og mestring var avgjørende for et vellykket behandlingsforløp. De fremhevet et aktivt engasjement i å utforske meningsfulle og effektive strategier for å håndtere egen smerte. Dette støttes av Østerås og Stensdotter (2011), ved deres vektlegging av betydningen ved å identifisere behandlingsmetoder som er engasjerende for pasientene. Den gradvise forbedringen i velvære kan forstås som en økt mestringstro, noe som muliggjør en dypere forståelse av situasjonen og en styrket evne til å håndtere den (Wormnes, 2013). Denne opplevelsen knyttes nært til Antonovskys teori om opplevd sammenheng fra 1987. Wormnes' teori om mestring fra 2013 bidrar til denne forståelsen ved å rette oppmerksomheten mot individets indre ressurser, og evnen til å håndtere stressende situasjoner. I tillegg understreker Svartdal og Malt (2014) betydningen av mestring som en sentral faktor, og argumenterer for at individets håndtering av utfordringer og stress har potensial til å påvirke varigheten av smerteopplevelsen. Deres perspektiv fremhever den dynamiske interaksjonen mellom individuelle mestringsstrategier og smerteopplevelsen, og understreker viktigheten av å forstå kompleksiteten i denne sammenhengen.

I lys av informantenes økte opplevelse av kontroll og mestring, beskriver de hvordan oppnåelsen av mål og gradvis forbedring har bidratt til en følelse av prestasjon og tilfredshet. Dette harmonerer med Eide og Eide (2011) sin teori om målsetting, hvor tydelig definerte og konkrete mål fremmer økt motivasjon og gjør behandlingsprosessen mer håndterbar. Østerås og Stensdotter (2011) fremhever viktigheten av å tydeliggjøre mål og hensikten med behandlingen for å gi pasientene en følelse av mening. Med støtte fra fysioterapeuten demonstrerte informantene etter hvert en målrettet innsats for å håndtere symptomer og funksjonsbegrensninger, basert på en helhetlig tilnærming til behandlingen. Jeg ser dette i tråd med prinsippene innenfor opplevd sammenheng (Antonovsky, 1987), hvor en kan legge vekt på å se pasienten i deres sosiale, kulturelle og miljømessige sammenheng, og å ta hensyn til alle aspekter av individets livssituasjon under behandlingsprosessen (Solem, 2011). Denne tilnærmingen reflekterer forståelsen av at helse ikke bare er fravær av sykdom, men heller en tilstand av velvære som involverer en balanse mellom individets ressurser og utfordringer i deres omgivelser (Walseth & Malterud, 2004; Wormnes, 2013; Heggdal, 2008). Ved å inkludere disse prinsippene i behandlingen, blir det mulig å fremme en helhetlig tilnærming som tar sikte på å styrke pasientens egen evne til å håndtere og mestre deres helsemessige

utfordringer. Informantenes oppfatning av egne handlinger som meningsfulle, og deres klare forståelse av sammenhengen mellom mål og tiltak, kan samsvare med en sterk opplevelse av sammenheng (Walseth & Malterud, 2004; Heggdal, 2008). Den gradvise endringen i informantenes oppfatninger av behandlingens effekt, kan tolkes som et tegn på åpenhet for endring og motivasjon for å håndtere vedvarende smerter, i samsvar med Eide og Eide (2011) sin forståelse av motivasjon. Disse funnene understreker betydningen av å anerkjenne og støtte pasientenes opplevelse av prestasjon og tilfredshet som sentrale faktorer for deres engasjement i behandlingsprosessen. Forståelsen av opplevd sammenhengen mellom mål og handling (Antonovsky, 1987) gir et bilde av informantenes opplevelser og deres vei mot bedring.

Samlet sett indikerer disse teoretiske rammeverkene og analysen av empiriske data, at en følelse av kontroll og mestring kan spille en vesentlig rolle i pasienters behandlingsforløp og opplevelse av smerte. Dette fremhever behovet for behandlingsformer som ikke utelukkende adresserer symptomene, men som også kan bidra til økt selvstendigjøring og styrke pasientens opplevelse av sammenheng, kontroll og mestring.

#### 11.4.2 Fysioterapeutens rolle i håndtering av vedvarende bekkenleddsmerter

Informantenes beskrivelser av en innledende passivitet og unngåelse av aktiviteter på grunn av smerte, etterfulgt av en positiv endring etter å ha mottatt støtte og veiledning fra fysioterapeuten, reflekterer funn fra tidligere studier. Elden et al. (2016) har identifisert lignende faktorer i sin studie av bekkenleddsmerter hos kvinner. De fant at smertene ikke bare påvirket kvinnenens evne til å håndtere daglige aktiviteter, men også deres rolle som mor og partner, og dermed deres generelle livskvalitet. Videre støttes dette av Engeset et al. (2014), som fant at hverdagen med bekkenleddsmerter kunne føre til følelser av motløshet, isolasjon og ensomhet. På bakgrunn av dette understreket informantene den uvurderlige rollen fysioterapeuten spilte som veileder og støttespiller gjennom hele behandlingsprosessen, og hvordan dette bidro til deres følelse av mestring og fremgang. Denne opplevelsen er i tråd med teorien om opplevd sammenheng, som fokuserer på å identifisere og styrke individets ressurser for å fremme helse (Antonovsky, 1987). Teorien understreker betydningen av å se på individets styrker og ressurser, selv i møte med helseutfordringer som vedvarende bekkenleddsmerte (Walseth & Malterud, 2004). Samtidig var det viktig for informantene å forstå egen smerte, og lære seg å håndtere den sammen med fysioterapeuten. Stiles og Sættem (2007) understreker at det er viktig å merke seg at smerte ikke bare er en fysisk reaksjon på



vevsskade, men det er også en kompleks opplevelse som kan påvirkes av en rekke faktorer, inkludert følelsesmessige, kognitive og sosiale faktorer. Analysen av informantenes erfaringer viser at deres opplevelse av gradvis redusert smerte og økt funksjon etter behandling hos fysioterapeuten, hadde en direkte innvirkning på deres tro på egen mestring og evne til å håndtere smerte. Dette understøttes av teorien presentert av Stiles og Sættem (2007), som vektlegger betydningen av å forstå ens egen smerteopplevelse for å håndtere smerte effektivt og forbedre livskvaliteten. Teorien fremhever også at smerte ikke nødvendigvis korrelerer direkte med graden av vevsskade, noe som indikerer den subjektive naturen til smerteopplevelsen. Dermed blir det tydelig at individuelle faktorer spiller en betydelig rolle når man som fysioterapeut vurderer og behandler smerte. Dette understreker viktigheten av å forstå sammenhengen i pasientenes eget liv for å kunne håndtere utfordringer og oppnå positiv helseutvikling, slik teorien om opplevd sammenheng også fremhever (Walseth & Malterud, 2001; Heggdal, 2008).

Informantenes vektlegging av behovet for egeninnsats, motivasjon og tålmodighet i behandlingsprosessen er også i tråd med teorien om opplevd sammenheng. Til tross for at smerte oppleves som ubehagelig, fremhever Butler og Moseley (2013) at den også har en viktig funksjon i menneskets liv. Smerte fungerer som et alarmsystem som beskytter individet mot skade, og dette er avgjørende for å ivareta individets overlevelse og velvære. Denne forståelsen kan bidra til å avmystifisere smerteopplevelsen, og heller betrakte den som en nødvendig respons fra kroppen for å ivareta ens velvære. Butler og Moseley (2013) peker også på hvordan hjernens persepsjon spiller en sentral rolle i smerteopplevelsen. Dette er i samsvar med det tidligere nevnte poenget om at smerte ikke nødvendigvis korrelerer direkte med graden av vevsskade (Stiles og Sættem, 2007). At hjernen kan oppfatte smerte selv uten synlig vevsskade, understreker den komplekse naturen til smerteopplevelsen. Lidbeck (2004), og Brochmann & Dahl (2017) understreker at langvarige smerter kan føre til endringer i hvordan hjernen oppfatter og behandler smerte. Å akseptere og håndtere smerte gjennom tilnærminger som kognitiv atferdsterapi kan bidra til å redusere sensitiviteten i hjernen og dermed forbedre smertehåndteringen over tid. Denne tilnærmingen fokuserer på å endre tankemønstre og atferd for å håndtere smerte mer effektivt, og understreker betydningen av pasientens aktive deltakelse i behandlingen (Martinsen, 2011). Likevel er det viktig å merke seg at denne forhøyede sensitiviteten kan resultere i en ond sirkel hvor eksisterende smerte forsterker smerteopplevelsen, noe som gjør det utfordrende for pasienter å håndtere og behandle smerten effektivt (Butler & Moseley, 2013; Lidbeck, 2004). Dette perspektivet

støttes av Brochmann og Dahl (2017), som fremhever hvordan langvarige smerter kan føre til en økt sensitivitet i hjernen mot ny smerte, noe som bidrar til at smerten synes å avle ytterligere smerte. Denne dynamikken kan føre til en uheldig forsterkning av smerteopplevelsen og gjøre det vanskeligere å bryte ut av den onde sirkelen med smerte. Til tross for denne forståelsen av smerte, er det viktig å huske at smerte fortsatt er en subjektiv opplevelse. Selv om sentral sensitisering og forhøyet sensitivitet i hjernen kan være faktorer som bidrar til smerte, er det også andre faktorer som kan påvirke smerteopplevelsen, inkludert emosjonelle, kognitive og sosiale faktorer. Å akseptere denne forståelsen av smerte kan ha konsekvenser for hvordan smerte håndteres og behandles. Det kan føre til en større vektlegging av tilnærminger som fokuserer på å endre hvordan hjernen oppfatter smerte, for eksempel gjennom kognitiv atferdsterapi (Stuge & Bergland, 2011; Stiles & Sættem, 2007; Martinsen, 2011). I tillegg kan det også være viktig å adressere og behandle underliggende faktorer som kan bidra til smerteopplevelsen, for eksempel stress, angst eller depresjon (Wuytack et al., 2020; Engeset et al., 2014; Grotle et al., 2005; Bjelland et al., 2013; Bastianen et al., 2006; Robinson, 2010). Dette kan bidra til å avdramatisere diagnosen for enkelte pasienter, da det viser at smerte ikke alltid er et tegn på alvorlig fysisk skade, men heller en del av kroppens naturlige funksjon. Samtidig som det er viktig å anerkjenne smertens nødvendige rolle i beskyttelse og tilhelingsprosessen, er det også vesentlig å ta hensyn til den subjektive opplevelsen av smerte og individuelle forskjeller i smerteopplevelsen. En helhetlig tilnærming til smertehåndtering bør derfor involvere både en forståelse av smertens funksjonelle aspekter og en anerkjennelse av dens subjektive og komplekse natur. Denne utvidelsen av perspektivet kan bidra til en mer nyansert forståelse av smerteopplevelsen og understreker nok en gang betydningen av å ta hensyn til både dens biologiske, psykologiske og sosiale dimensjoner i smertehåndtering og behandling (Bastianen et al., 2006, Robinson, 2010, Stuge et al., 2004; Bjelland et al., 2013; Wuytack et al., 2020; Engeset et al., 2014)

Videre beskrev informantene en følelse av omsorg i møte med fysioterapeuten, som tilbød en helhetlig behandling med manuell terapi, gode konsultasjoner, tilpassede øvelser og oppmuntring til hjemmeøvelser. Forskning antyder at fysioterapeuters kunnskap, erfaring, engasjement og evne til å tilrettelegge behandlingen er avgjørende for å oppnå respons hos pasienter (Martinsen, 2011). Noe som også kan ses i lys selvbestemmelsesteorien av Deci & Ryan (sitert i Wormnes, 2013), som understreker viktigheten av å tilfredsstille tre grunnleggende behov for å oppnå og opprettholde motivasjon: tilknytning, kompetanse og

autonomi. Informantenes opplevelse av økt kunnskap og glede over behandlingen, som oppnåelse av delmål bidro til, antyder en positiv tilknytning til behandlingsprosessen og kan være avgjørende for å opprettholde motivasjonen. Videre kan informantenes økte selvfølelse utover i behandlingsforløpet ses i sammenheng med en evne til å nå delmål, noe som støtter teorien om at opplevelsen av velvære alene kan være en viktig faktor for å opprettholde motivasjon til deltakelse i behandlingen (Østerås & Stensdotter, 2011).

Samlet sett illustrerer disse funnene hvordan fysioterapeuten kan spille en viktig rolle som veileder og støttespiller for pasienter med vedvarende smerter. Terapeutens evne til å tilpasse behandlingen kan bidra til å styrke informantenes opplevelse av mestring og velvære, og fremmer deres ønske om å oppnå bedring.

#### 11.4.3 Individuelt tilpasset behandling

Informantenes erfaringer med fysioterapi for smertelindring etter fødsel understreker viktigheten av skreddersydde tilnærminger, noe som samsvarer med Stuge et al. (2004) sine funn, om behovet for individuelle behandlingsmetoder for å håndtere bekkenleddsmerter og imøtekomme pasientenes unike behov etter fødsel. En annen faktor som ble fremhevet av informantene var deres opplevelse av å føle seg sett, hørt og forstått av fysioterapeuten. Denne dybden av forståelse og empati fra terapeutens side spilte en avgjørende rolle i behandlingsresultatene. Det var tydelig at informantene la vekt på behovet for genuin interesse og støtte fra terapeuten, som reflekterer prinsippene i Stuge og Bergland (2011). Studien understreket betydningen av individuelt tilpasset veiledning for mestring av dagliglivets utfordringer, noe som samsvarer med informantenes opplevelser. Videre ble betydningen av gode råd og samtaler, tilpassede og gradvis tyngre øvelser, oppfølging av hjemmeoppgaver og motivasjon til gradvis eksponering av fysiske bevegelser fremhevet som avgjørende faktorer for behandlingseffektiviteten. Implementeringen av evidensbaserte ferdigheter blant fysioterapeuter ble også fremhevet som viktig for å forbedre behandlingskvaliteten, noe som understreker behovet for kompetanse og individuell tilpasning i fysioterapien, slik informantene erfarte det. Ved å integrere psykologiske aspekter i behandlingen, kan en positiv konsekvens være at helsepersonell får mulighet til å skreddersy omsorgen til hver enkelt pasients behov. Dette kan gjøre det lettere å hjelpe pasienter med å håndtere vedvarende smertetilstander, samt andre helseutfordringer de står overfor. Tilnærmingen støttes av Borrell-Carrió et al. (2004), som også påpeker at smerte ikke bare påvirker pasientenes fysiske helse, men også deres psykologiske og sosiale velvære.

Samlet sett understreker informantenes erfaringer betydningen av en helhetlig tilnærming som tar hensyn til både fysiske, sosiale og psykologiske aspekter av vedvarende bekkenleddsmerter. Terapeutens rolle som veileder og støttespiller, sammen med behovet for individuelt tilpasset behandling, er avgjørende for å støtte pasientens vei mot bedring og mestring av smerte. Denne diskusjonen kan bidra til å forstå kompleksiteten av vedvarende bekkenleddsmerter, og understreke behovet for en omfattende tilnærming til behandling basert på både informanters erfaringer og relevant teori.

#### 11.4.4 Bevissthet om betydningen av trening og fysisk bevegelse

Informantene ga videre et levende bilde av hvordan vedvarende bekkenleddsmerter påvirker deres daglige liv og aktiviteter. Deres beskrivelser av frykt for smerte ved enkle bevegelser belyser det begrensede handlingsrommet de opplever som følge av smerten (Jensen et al. 2013; Engeset et al. 2014; Wuytack et al. 2015; Bjelland et al. 2013; Stuge et al. 2004). Disse funnene understreker den komplekse naturen av vedvarende bekkenleddsmerter, som ikke bare er et biologisk fenomen, men også en sammensatt opplevelse formet av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Denne innsikten harmoniserer godt med den biopsykososiale modellen, som vektlegger betydningen av å forstå smerte i en helhetlig kontekst (Grøholt et al., 2015). Ved å se på hvordan informantene beskriver sine opplevelser av frykt for smerte og begrensninger i bevegelse, kan vi tydelig identifisere elementer som samsvarer med konseptene om "fear avoidance" og katastrofetanker (Alappattu & Bishop, 2011). Jensen et al. (2013) fremhever at smerte ikke bare er en fysisk opplevelse, men også en emosjonell reaksjon som inkluderer følelser som frykt og angst. Dette sammenfaller med funnene i min masteroppgave, der informantene uttrykker frykt for å forverre smerten gjennom bevegelse. Videre kan Descrochers et al. (2009) sine funn om hvordan kvinner som opplever slike smertetilstander kan føle seg forvirret og usikre, bidra til å forklare informantenes beskrivelser av angst knyttet til smerteopplevelsen. Dette understreker viktigheten av å forstå smerte som et komplekst fenomen som ikke bare er begrenset til biologiske faktorer, men også involverer psykologiske og sosiale komponenter (Grøholt et al., 2015). Tompkins (2013) forklarer hvordan unngåelse av bevegelse kan være et forsøk på å redusere angst og smerteopplevelser. Dette samsvarer med informantenes erfaringer av å begrense aktiviteter på grunn av frykt for smerte. Engstelse, som Tompkins påpeker, kan tolkes som en respons på trusler og utfordringer, og det er tydelig at informantenes opplevelse av frykt for smerte bidrar til en følelse av usikkerhet og begrensninger i deres daglige liv. Stuge et al. (2004) belyser den positive effekten av å ta i bruk en biopsykososial tilnærming,

med tett oppfølging og individuell veiledning av fysioterapeut. Dette perspektivet kan ses i sammenheng med informantenes fokus på å oppnå frihet fra smerte og gjenopprette en følelse av få tilbake kontroll over eget liv, både fysisk og mentalt. Begge synspunktene understreker betydningen av pasientens aktive deltakelse i behandlingen, samtidig som støtte fra fysioterapeuten er avgjørende for å styrke mestringsferdigheter og autonomi.

Informantenes ærlige erkjennelse av utfordringene knyttet til treningsmotivasjon, gir et verdifullt innblikk i deres realistiske selvrefleksjon, og den kompleksiteten som ligger i å opprettholde en treningsrutine. Dette bidrar til en dypere forståelse av individuelle preferanser og utfordringer knyttet til trening. Dette aspektet kan forankres i Antonovskys teori om mestringstro, som fokuserer på sammenhengen mellom stressfaktorer og mestringsevne (Heggdal, 2008). Informantenes evne til å erkjenne og forstå sine egne barrierer for å trene styrker deres følelse av sammenheng og mestringsevne (Antonovsky, 1987). Denne innsikten gir en forståelse av hvordan informantene tilpasset seg treningsutfordringer på en mer effektiv måte. I tråd med teorien om motivasjon i behandling, anerkjenner Eide og Eide (2011) motivasjon som en essensiell tilstand der enkeltpersoner viser åpenhet for endring. Informantenes vedvarende vilje til å bli bedre kan derfor forstås som en indikasjon på deres nivå av motivasjon og åpenhet for å endre atferd. Samtidig understreker teorien om mestring, presentert av Svartdal & Malt (2014), viktigheten av individets evne til å håndtere og overvinne utfordringer og stressfaktorer. Informantenes kamp mot treningsmotivasjon kan dermed tolkes som en indikasjon på deres nivå av mestringsevne og forståelse av sammenheng (Antonovsky, 1987; Heggdal, 2008). Når informantene erkjenner og forstår sine egne barrierer for å trene, kan det bidra til å styrke deres følelse av sammenheng og mestringsevne til å gjennomføre egen treningsplan.

Forståelsen av informantenes gradvise effekt av behandlingen, støttes av Tseng et al. (2015), hvor betydningen av fysisk aktivitet og trening for kvinner med vedvarende bekkenleddsmerter fremheves. Studien understreker hvordan trening kan bidra til smertelindring og forbedret funksjon hos kvinner som opplever vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel. Dette gir en konkret forankring av informantenes erfaringer, og understreker viktigheten av deres bevissthet om nødvendigheten av regelmessig trening og bevegelse. Videre støtter Stuge et al. (2004) informantenes innsikt ved å vise hvordan målrettede styrkeøvelser kan bidra til å forbedre muskelfunksjonen og redusere smerte hos personer med vedvarende bekkenleddsmerter. Dette tillegget av en spesifikk treningsmetode

tilfører ytterligere støtte til informantenes synspunkter, og gir dem konkrete verktøy for å håndtere sine utfordringer. På den annen side utfordrer oversiktsstudiene til Almousa et al. (2018) evidensen for effekten av stabiliserende øvelser for behandling av bekkenleddsmerter. Disse funnene peker på kompleksiteten i behandlingen av lidelsen, og underbygger behovet for ytterligere forskning for å styrke evidensgrunnlaget og identifisere de mest effektive behandlingsmetodene. Dette belyser informantenes realistiske erkjennelse av at det ikke finnes en universell løsning på deres utfordringer, og at behandlingen må tilpasses deres individuelle behov.

## 12.0 Avsluttende betraktninger

Mine avsluttende betraktninger har til hensikt å forsterke funnene mine ved å knytte dem til tidligere forskning. Selv om min studie er begrenset i omfang og antall deltakere, viser mine funn seg å være konsistente med eksisterende kunnskap. I min masteroppgave har jeg dykket ned i opplevelsene til kvinner som lider av vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel, som har opplevd bedring gjennom fysioterapi. Gjennom en kvalitativ tilnærming har jeg fått et dypere innblikk i de utfordringene disse kvinnene står overfor i dagens samfunn. Analysen av deres erfaringer har identifisert flere vesentlige funn som støttes av tidligere forskning.

For det første fremhever resultatene mine de betydelige utfordringene mødre med vedvarende bekkenleddsmerter møter, inkludert smertefulle begrensninger, stress, følelser av håpløshet og isolasjon, samt bekymringer for fremtiden. Disse funnene støttes av Engeset et al. (2014), som også identifiserte lignende utfordringer knyttet til smerte, begrenset aktivitet og psykososiale aspekter, inkludert følelsen av isolasjon og ensomhet. Wuytack et al. (2015) satte søkelys på temaer som håndtering av smerte i hverdagen og trekker frem mødrenes bekymringer for fremtiden. I tillegg understreker resultatene i masteroppgaven min behovet for en helhetlig tilnærming til behandling og støtte for kvinner med vedvarende bekkenleddsmerter etter fødselen, med vekt på både fysiske og psykososiale aspekter, noe som er støttet av tidligere forskning av Bjelland et al. (2013) og Stuge et al. (2004). Denne sammenstillingen av funn understreker viktigheten av å adressere både smerteopplevelsen og de psykososiale aspektene ved denne tilstanden for å kunne gi adekvat støtte og behandling.

Masteroppgaven avdekker også de bredere samfunnsmessige implikasjonene av vedvarende bekkenleddsmerter ved å identifisere behovet for skreddersydde strategier, støttesystemer for å adressere økonomiske belastninger og å øke kunnskapen innen kvinnehelse, spesielt knyttet til vedvarende bekkenleddsmerter (Gutke, 2008; Wu et al., 2004). Disse funnene stemmer godt overens med tidligere forskning som også har understreket viktigheten av tilpassede tiltak og støttesystemer for å møte disse utfordringene (Malterud, 2010; Stuge et al., 2004; Bjelland et al., 2013).

Videre fremhever resultatene mine den avgjørende rollen fysioterapeuten spiller i behandlingen av vedvarende bekkenleddsmerter hos informantene. En gjennomgående tematikk er betydningen av smidig kommunikasjon og et sterkt samarbeid mellom

informantene og fysioterapeuten. Dette støttes av flere studier som fremhever betydningen av et positivt forhold mellom pasient og fysioterapeut for å oppnå lindring og bedring (Hall et al., 2010; Wormnes, 2013). Studier som Potter et al. (2003), Thornquist (1997) og Eide og Eide (2011) understreker viktigheten av kommunikasjonsferdigheter hos terapeuten, samt etablering av gjensidig tillit og empatisk tilnærming for å fremme samarbeid og pasientdeltakelse. Studier som Hansvedt og Løken (2016) peker på betydningen av terapeuters mellommenneskelige kommunikasjonsevner for å oppnå vellykkede konsultasjoner, og vinne pasientenes tillit. Wormnes (2013) understreker også betydningen av en solid allianse mellom pasient og terapeut for å styrke pasientens selvfølelse og troen på bedring. Dette samspillet ble fremhevet av informantene som avgjørende for å lindre følelsesmessig belastning og styrke deres forbindelse til egen kropp og velvære. Hall et al. (2010) støtter dette synet ved å belyse en positiv sammenheng mellom alliansen og behandlingsresultater, generell helse og tilfredshet med behandlingen.

Avslutningsvis gir studien ikke bare verdifull innsikt i disse informantenes opplevelser, men fremhever også nødvendigheten av helhetlige tilnærminger som tar hensyn til historiske perspektiver, moderne medisinsk kunnskap og en dyp forståelse av den enkelte kvinnes reise. Informantenes behov for kontroll og mestring i behandlingsstrategier viser betydningen av å engasjere pasientene aktivt i sin egen rehabiliteringsprosess (Østerås & Stensdotter, 2011; Antonovsky, 1987; Solem, 2011). Fysioterapeutens rolle som støttespiller har vært avgjørende for informantenes positive endring og mestring, og denne støtten bidrar til å identifisere og styrke individets ressurser for å fremme helse (Heggdal, 2008; Walseth og Malterud, 2004). Behovet for tilpassede behandlingsmetoder, spesielt knyttet til trening og fysisk aktivitet, understrekes av informantenes erfaringer og støttes av tidligere forskning (Tseng et al., 2015; Gutke et al., 2018; Stuge et al., 2004). Den komplekse naturen av smerteopplevelsen krever en helhetlig tilnærming som tar hensyn til individets unike behov og utfordringer (Bjelland et al., 2013; Bastianen et al., 2006; Robinson, 2010).

Samlet sett understreker disse funnene viktigheten av en skreddersydd tilnærming til behandling av vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel. Dette innebærer aktiv involvering av pasienten, støtte fra fysioterapeuten og tilpassede behandlingsmetoder basert på en helhetlig forståelse av smerteopplevelsen. Resultatene oppfordrer til utvikling av omfattende helsestrategier som tar hensyn til de unike utfordringene knyttet til vedvarende bekkenleddsmerter hos kvinner, og som kan bidra til å styrke deres vei mot bedring.



## 13.0 Litteraturliste

- Alappattu, M. J., & Bishop, M. D. (2011). Psychological factors in chronic pelvic pain in women: relevance and application of the fear-avoidance model of pain. *Physical therapy, 91*(10), 1542–1550. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100368>
- Albert, H., Godskesen, M., Westergaard, J. G., Chard, T., & Gunn, L. (1997). Circulating levels of relaxin are normal in pregnant women with pelvic pain. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology, 74*(1), 19–22. [https://doi.org/10.1016/s0301-2115\(97\)00076-6](https://doi.org/10.1016/s0301-2115(97)00076-6)
- Albert, H., Godskesen, M., & Westergaard, J. (2000). Evaluation of clinical tests used in classification procedures in pregnancy-related pelvic joint pain. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society, 9*(2), 161–166. <https://doi.org/10.1007/s005860050228>
- Albert, H., Godskesen, M., & Westergaard, J. (2001). Prognosis in four syndromes of pregnancy-related pelvic pain. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, 80*(6), 505–510.
- Albert, H. B., Godskesen, M., Korsholm, L., & Westergaard, J. G. (2006). Risk factors in developing pregnancy-related pelvic girdle pain. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, 85*(5), 539–544. <https://doi.org/10.1080/00016340600578415>
- Aldabe, D., Ribeiro, D. C., Milosavljevic, S., & Dawn Bussey, M. (2012). Pregnancy-related pelvic girdle pain and its relationship with relaxin levels during pregnancy: a systematic review. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society, 21*(9), 1769–1776. <https://doi.org/10.1007/s00586-012-2162-x>

- Aliyu, M. H., Lynch, O., Saidu, R., Alio, A. P., Marty, P. J., & Salihu, H. M. (2010). Intrauterine exposure to tobacco and risk of medically indicated and spontaneous preterm birth. *American journal of perinatology*, 27(5), 405–410. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1243316>
- Almoussa, S., Lampranidou, E., & Kitsoulis, G. (2018). The effectiveness of stabilising exercises in pelvic girdle pain during pregnancy and after delivery: A systematic review. *Physiotherapy research international: the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 23(1), 10.1002/pri.1699. <https://doi.org/10.1002/pri.1699>
- Antonovsky, A. (1979) *Health, Stress, and Coping*. Jossey-Bass Inc., San Francisco.
- Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Bastiaanssen, J. M., de Bie, R. A., Bastiaenen, C. H., Essed, G. G., & van den Brandt, P. A. (2005). A historical perspective on pregnancy-related low back and/or pelvic girdle pain. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 120(1), 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2004.11.021>
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Biering, K., Aagaard Nohr, E., Olsen, J., Hjollund, J. O., Nybo Andersen, A. M., & Juhl, M. (2010). Smoking and pregnancy-related pelvic pain. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 117(8), 1019–1026. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02591.x>
- Bjelland, E. K., Eskild, A., Johansen, R., & Eberhard-Gran, M. (2010). Pelvic girdle pain in pregnancy: the impact of parity. *American journal of obstetrics and gynecology*, 203(2), 146.e1–146.e1466. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.03.040>

- Bjelland, E. K., Stuge, B., Engdahl, B., & Eberhard-Gran, M. (2013). The effect of emotional distress on persistent pelvic girdle pain after delivery: a longitudinal population study. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, *120*(1), 32–40. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12029>
- Bondas, T., & Eriksson, K. (2001). Women's lived experiences of pregnancy: a tapestry of joy and suffering. *Qualitative health research*, *11*(6), 824–840. <https://doi.org/10.1177/104973201129119415>
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of family medicine*, *2*(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Bryndal, A., Majchrzycki, M., Grochulska, A., Glowinski, S., & Seremak-Mrozikiewicz, A. (2020). Risk Factors Associated with Low Back Pain among A Group of 1510 Pregnant Women. *Journal of personalized medicine*, *10*(2), 51. <https://doi.org/10.3390/jpm10020051>
- Brochmann, N., & Dahl, E. S. (2017). *Gleden med skjeden: Alt du trenger å vite om underlivet*. Oslo: Aschehoug.
- Butler, D. S., & Moseley, G. L. (2013). *Explain Pain* (2nd ed.). Noigroup Publications.
- Carolan, M., & Frankowska, D. (2011). Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: a review of the evidence. *Midwifery*, *27*(6), 793–801. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.006>
- Cleary-Goldman, J., Malone, F. D., Vidaver, J., Ball, R. H., Nyberg, D. A., Comstock, C. H., Saade, G. R., Eddleman, K. A., Klugman, S., Dugoff, L., Timor-Tritsch, I. E., Craigo, S. D., Carr, S. R., Wolfe, H. M., Bianchi, D. W., D'Alton, M., & FASTER Consortium (2005). Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstetrics and gynecology*, *105*(5 Pt 1), 983–990. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000158118.75532.51>

- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utg.). Gyldendal Norsk Forlag
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 10.februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet 03.02.2024 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Desrochers, G., Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M. J., & Jodoin, M. (2009). Fear avoidance and self-efficacy in relation to pain and sexual impairment in women with provoked vestibulodynia. *The Clinical journal of pain, 25*(6), 520–527. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31819976e3>
- Engeset, J., Stuge, B., & Fegran, L. (2014). 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, 7*, 686. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-686>
- Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.), 196*(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Elden, H., Gutke, A., Kjellby-Wendt, G., Fagevik-Olsen, M., & Ostgaard, H. C. (2016). Predictors and consequences of long-term pregnancy-related pelvic girdle pain: a longitudinal follow-up study. *BMC musculoskeletal disorders, 17*, 276. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1154-0>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health, 60*(5), 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>

- Ertmann, R. K., Nicolaisdottir, D. R., Siersma, V., Overbeck, G., Strøyer de Voss, S., Modin, F. A., & Lutterodt, M. C. (2023). Factors in early pregnancy predicting pregnancy-related pain in the second and third trimester. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, *102*(10), 1269–1280. <https://doi.org/10.1111/aogs.14670>
- Grotle, M., Brox, J. I., Veierød, M. B., Glomsrød, B., Lønn, J. H., & Vøllestad, N. K. (2005). Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: patients consulting primary care for the first time. *Spine*, *30*(8), 976–982. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000158972.34102.6f>
- Gutke, A., Ostgaard, H. C., & Oberg, B. (2006). Pelvic girdle pain and lumbar pain in pregnancy: a cohort study of the consequences in terms of health and functioning. *Spine*, *31*(5), E149–E155. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000201259.63363.e1>
- Gutke, A., Ostgaard, H. C., & Oberg, B. (2008). Association between muscle function and low back pain in relation to pregnancy. *Journal of rehabilitation medicine*, *40*(4), 304–311. <https://doi.org/10.2340/16501977-0170>
- Gutke, A., Hansson, E. R., Zetherström, G., & Ostgaard, H. C. (2009). Posterior pelvic pain provocation test is negative in patients with lumbar herniated discs. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, *18*(7), 1008–1012. <https://doi.org/10.1007/s00586-009-1003-z>
- Gutke, A., Lundberg, M., Östgaard, H. C., & Öberg, B. (2011). Impact of postpartum lumbopelvic pain on disability, pain intensity, health-related quality of life, activity level, kinesiophobia, and depressive symptoms. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, *20*(3), 440–448. <https://doi.org/10.1007/s00586-010-1487-6>

- Gutke, A., Boissonnault, J., Brook, G., & Stuge, B. (2018). The Severity and Impact of Pelvic Girdle Pain and Low-Back Pain in Pregnancy: A Multinational Study. *Journal of women's health (2002)*, 27(4), 510–517. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6342>
- Gulbrandsen, P. (2008) God kommunikasjon--også for legenes skyld! *Tidsskr Nor Laegeforen*. 128(24):2840-2.
- Gyllensten, A. L., Gard, G., Salford, E., & Ekdahl, C. (1999). Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy research international: the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 4(2), 89–109. <https://doi.org/10.1002/pri.156>
- Hansson, K., & Cederblad, M. (2004). Sense of Coherence as a Meta-Theory for Salutogenic Family Therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 15(1–2), 39–54. [https://doi.org/10.1300/J085v15n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J085v15n01_04)
- Hanstvedt, M. H., & Løken, H. S. (2016). Kommunikasjon gir svar. *Fysioterapeuten*, 16(10), 34–36. <https://www.fysioterapeuten.no/kommunikasjon-gir-svar/124254>
- Helsedirektoratet. (2020). *Endringer i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem*. Hentet 10.12.2023 fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ending-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/\\_attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ending-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/_attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf)
- Heggdal, K. (2008) *Kroppskunnskaping: Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser* (1.utg.) Gyldendal Akademisk.
- Jensen, T.S, Dahl, J.B. & Arendt-Nielsen, L. (2013). *Smerter - baggrund, evidens, behandling*. (3.udg.) FADL's Forlag

- Kanakaris, N. K., Roberts, C. S., & Giannoudis, P. V. (2011). Pregnancy-related pelvic girdle pain: an update. *BMC medicine*, 9, 15. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-15>
- Kvale, S. & Brinkmann S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg.). Gyldendal Akademisk
- Kvale, S. & Brinkmann S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk
- Lidbeck, J. (2004) Sentralt forstyrret smertemodulering kan forklare kroniske muskel- og skjelettsmerter. *Fysioterapeuten; Vol.1*, s. 16-22, Hentet 04.03.2024 fra: <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Sentralt-forstyrret-smertemodulering-kan-forklare-kroniske-muskel-og-skjelettsmerter>
- Malmqvist, S., Kjaermann, I., Andersen, K., Økland, I., Brønnick, K., & Larsen, J. P. (2012). Prevalence of low back and pelvic pain during pregnancy in a Norwegian population. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 35(4), 272–278. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2012.04.004>
- Malterud, K., & Hollnagel, H. (2004). Positive self-assessed general health in patients with medical problems. A qualitative study from general practice. *Scandinavian journal of primary health care*, 22(1), 11–15. <https://doi.org/10.1080/02813430310000942>
- Malterud K. (2010) Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskr Nor Legeforen*. 130(23):2356-9. Norwegian. doi: 10.4045/tidsskr.09.0828. PMID: 21139661
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi* (2.utg.). Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Mahishale, A., & Borkar, S. S. (2016). Determining the prevalence of patterns of pregnancy-induced pelvic girdle pain and low back pain in urban and rural populations: A cross-sectional study. *Journal of the Scientific Society*, 43(2), 70-74.  
<https://doi.org/10.4103/0974-5009.182597>
- Mogren, I. M., & Pohjanen, A. I. (2005). Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence and risk factors. *Spine*, 30(8), 983–991.  
<https://doi.org/10.1097/01.brs.0000158957.42198.8e>
- NOU 2023: 5. (2023). Den store forskjellen—Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse. Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet 10.02.2024 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/>
- Owe, K. M., Bjelland, E. K., Stuge, B., Orsini, N., Eberhard-Gran, M., & Vangen, S. (2016). Exercise level before pregnancy and engaging in high-impact sports reduce the risk of pelvic girdle pain: a population-based cohort study of 39 184 women. *British journal of sports medicine*, 50(13), 817–822. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094921>
- Payton, O. D., & Nelson, C. E. (1996). A preliminary study of patients' perceptions of certain aspects of their physical therapy experience. *Physiotherapy Theory and Practice*, 12(1), 27–38. <https://doi.org/10.3109/09593989609036415>
- Persson, M., Winkvist, A., Dahlgren, L., & Mogren, I. (2013). "Struggling with daily life and enduring pain": a qualitative study of the experiences of pregnant women living with pelvic girdle pain. *BMC pregnancy and childbirth*, 13, 111.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-111>
- Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2003). The physiotherapy experience in private practice: the patients' perspective. *The Australian journal of physiotherapy*, 49(3), 195–202.  
[https://doi.org/10.1016/s0004-9514\(14\)60239-7](https://doi.org/10.1016/s0004-9514(14)60239-7)



- Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Robinson, H. S., Veierød, M. B., Mengshoel, A. M., & Vøllestad, N. K. (2010). Pelvic girdle pain--associations between risk factors in early pregnancy and disability or pain intensity in late pregnancy: a prospective cohort study. *BMC musculoskeletal disorders*, *11*, 91. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-91>
- Robinson, H. S., Mengshoel, A. M., Bjelland, E. K., & Vøllestad, N. K. (2010). Pelvic girdle pain, clinical tests, and disability in late pregnancy. *Manual therapy*, *15*(3), 280–285. <https://doi.org/10.1016/j.math.2010.01.006>
- Robinson, H. S., Mengshoel, A. M., Veierød, M. B., & Vøllestad, N. (2010). Pelvic girdle pain: potential risk factors in pregnancy in relation to disability and pain intensity three months postpartum. *Manual therapy*, *15*(6), 522–528. <https://doi.org/10.1016/j.math.2010.05.007>
- Saueressig, T., Owen, P. J., Diemer, F., Zebisch, J., & Belavy, D. L. (2021). Diagnostic Accuracy of Clusters of Pain Provocation Tests for Detecting Sacroiliac Joint Pain: Systematic Review with Meta-analysis. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, *51*(9), 422–431. <https://doi.org/10.2519/jospt.2021.10469>
- Solem, M-B. (2011). *Parenting Stress and Coping Practices. A Salutogenic Approach* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo
- Starzec-Proserpio, M., Węgrzynowska, M., Sys, D., Kajdy, A., Rongies, W., & Baranowska, B. (2022). Prevalence and factors associated with postpartum pelvic girdle pain among women in Poland: a prospective, observational study. *BMC musculoskeletal disorders*, *23*(1), 928. <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05864-y>
- Stiles, T. C. & Sættem, L (2007). *Lidelsespesifikk kognitiv terapi*. (1. utg.). Tapir akademiske forlag.

Stuge, B., Mørkved, S., Pettersen, S. & Sanda, B. (2020, 15. februar). Bekkenleddssmerter  
Hentet 03.02.2024 fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologiskforening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/bekkenleddssmerter/>

Stuge, B., Laerum, E., Kirkesola, G., & Vøllestad, N. (2004). The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a randomized controlled trial. *Spine*, 29(4), 351–359.  
<https://doi.org/10.1097/01.brs.0000090827.16926.1d>

Stuge, B., & Bergland, A. (2011). Evidence and individualization: Important elements in treatment for women with postpartum pelvic girdle pain. *Physiotherapy theory and practice*, 27(8), 557–565. <https://doi.org/10.3109/09593985.2010.551802>

Svartdal, F. & Malt, U., (2014). Mestring. *Store Norske Leksikon*. Hentet 16.01.24  
fra: <https://snl.no/mestring>

Thornquist E. (1997). Three voices in a Norwegian living room: an encounter from physiotherapy practice. *Medical anthropology quarterly*, 11(3), 324–351.  
<https://doi.org/10.1525/maq.1997.11.3.324>

Tompkins, M. (2013). *Anxiety and avoidance*. Oakland: New Harbinger Publications.

Tseng, P. C., Puthussery, S., Pappas, Y., & Gau, M. L. (2015). A systematic review of randomised controlled trials on the effectiveness of exercise programs on Lumbo Pelvic Pain among postnatal women. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 316.  
<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0736-4>

Turk, D. C. & Melzack, R. (2011). The Measurement of Pain and the Assessment of People Experiencing Pain. In D. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of Pain Assessment*, Third Edition. Guilford Publications.

Verstraete, E. H., Vanderstraeten, G., & Parewijck, W. (2013). Pelvic Girdle Pain during or after Pregnancy: a review of recent evidence and a clinical care path proposal. *Facts, views & vision in ObGyn*, 5(1), 33–43.

- Vetlesen, A.J. (2004). *Smerte*. Dinamo Forlag
- Vermani, E., Mittal, R., & Weeks, A. (2010). Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy: a review. *Pain practice: the official journal of World Institute of Pain*, 10(1), 60–71. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2009.00327.x>
- Vleeming, A., Albert, H. B., Ostgaard, H. C., Sturesson, B., & Stuge, B. (2008). European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 17(6), 794–819. <https://doi.org/10.1007/s00586-008-0602-4>
- Walseth L.T. & Malterud K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv *Tidsskr Nor Laegeforen*.124(1):65-66. Norwegian. PMID: 14716399.
- Williams, S. & Harrison, K. (1999). Physiotherapeutic interactions: a review of the power dynamic. *Physical Therapy Reviews*, 4(1), 37-50. <http://www.maney.co.uk/index.php/journals/ptr/>
- Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker*. Cappelen Damm.
- Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JM, van Dieën JH, Wuisman PI & Ostgaard HC. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J*. 2004 Nov;13(7):575-89. doi: 10.1007/s00586-003-0615-y
- Wuytack, F., Begley, C., & Daly, D. (2020). Risk factors for pregnancy-related pelvic girdle pain: a scoping review. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 739. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03442-5>
- Wuytack, F., Curtis, E., & Begley, C. (2015). Experiences of First-Time Mothers With Persistent Pelvic Girdle Pain After Childbirth: Descriptive Qualitative Study. *Physical therapy*, 95(10), 1354–1364. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150088>
- Østerås, H. & Stensdotter, A. - K. (2011). *Medisinsk treningslære*. Gyldendal Akademisk.

Özkara Yılmaz, B., & Aydın, E. (2023). Discussion of International Association for the Study of Pain (IASP) pain definition: What has changed in 2020? *Health Sciences Quarterly*, 3(4), 283-291. <https://doi.org/10.26900/hsq.1996>

## Vedlegg 1: Intervjuguide

<b>Fase 1</b> Informasjon	<p><b>Presentasjon:</b> Samtykkeerklæring og informasjonsskriv.</p> <p><b>Tema:</b> Erfaringer med fysioterapibehandling for vedvarende bekkenleddsmerter som har oppstått i svangerskapet.</p> <p><b>Problemstilling:</b> <i>Hvilke erfaringer har kvinner som har opplevd bedring gjennom fysioterapibehandling, for svangerskapsrelaterte bekkenleddsmerter som har vedvart over seks måneder etter fødsel?</i></p> <p><b>Forklare hensikten med intervjuet</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ingen riktige eller gale svar, det er du som er ekspert</li><li>• Intervjuet kommer til å vare i ca 60 minutter</li></ul> <p><b>Anonymitetsbeskyttelse og taushetsplikt</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ingen personidentifiserbar informasjon</li><li>• Lydopptak</li><li>• Transkribering</li></ul> <p><b>Noen spørsmål før vi starter intervjuet?</b></p>
<b>Fase 2</b> Pasientens erfaringer og kjennskap til temaet	<p><b>Du kan gjerne starte med å fortelle litt om deg selv: Hvem du er, og hva jobber du med?</b></p> <p><b>Hvordan er situasjonen din i dag i forhold til plagene?</b></p> <p>Hvordan opplever du bekkenleddsmertene og din fysiske funksjon i dag?</p> <p><b>Har du blitt diagnostisert?</b></p> <p>Mulig oppfølgingsspørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan?</li><li>• Når?</li><li>• Lokalisasjon av smerteområde?</li><li>• Smerte? (NRS: 1-10)</li></ul>

	<p><b>Husker du første gang du merket at det var noe som hadde endret seg i kroppen din? Fortell så detaljert du klarer, alt er relevant.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Når startet plagene/smertene i bekkenet?</li> <li>• Hvordan utviklet plagene/smertene seg gjennom graviditet, og etter fødsel?</li> <li>• Hvordan opplever/opplevde du at du at plagene har påvirket/påvirker livet ditt?</li> <li>• Hva var det som endret seg? I hverdagen? På jobben?</li> <li>• Hvordan er dette nå? Er det noen med kroppen eller tilstedeværelsen som er annerledes enn før du ble gravid? Fortell ...</li> </ul> <p><b>Hvilken erfaring har du etter gjennomført fysioterapibehandling?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva slags type behandling?</li> <li>• Effekt av denne behandlingen?</li> <li>• Hvordan opplevde du dette sammen med fysioterapeutisk behandling? Var det noen likheter eller forskjeller i behandlingen?</li> <li>• <b>Har du mottatt annen behandling for dine plager?</b></li> </ul>
<p><b>Fase 3</b> Erfaringer i forhold til fysioterapeutisk behandling</p>	<p><b>Hvordan og når? kom du i kontakt med terapeuten?</b></p> <p>Undersøkelse og diagnostisering før mål?</p> <p><b>Hva var målet for behandlingen?</b></p> <p>Delmål?</p> <p><b>Hva gjorde dere i behandlingstimene?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Øvelser?</li> <li>• Undersøkelse?</li> <li>• Aktive / passive tiltak?</li> <li>• Hjemmeøvelser?</li> <li>• Hvordan opplevde du behandlingen?</li> <li>• Hvilke tiltak har du spesielt god erfaring med?</li> <li>• Hvor lenge foregikk behandlingen, og hvor ofte?</li> </ul> <p><b>Hva var viktig for deg under behandlings-perioden og i behandlingstimene?</b></p> <p>Mulige oppfølgingsspørsmål:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Var det noe som du opplevde ble vektlagt mer enn andre ting?</li> <li>• Noe du satt spesielt pris på?</li> <li>• Hvordan startet samarbeidet med deg og fysioterapeuten?</li> <li>• Opplevde du en utvikling?</li> <li>• Ble det gjort endringer underveis basert på felles erfaringer?</li> <li>• Jeg har ønsket å snakke med kvinner som har opplevd bedring. Husker du første gangen du merket en bedring? Fortell!?</li> </ul> <p><b>Mulige oppfølgingsspørsmål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvis ja, når opplevde du dette?</li> <li>• Hvordan merket du bedringen? Hva ble bedre/annerledes?</li> <li>• Kan du huske noe fysioterapeuten gjorde, noe du gjorde, eller noe du og fysioterapeuten gjorde sammen som du opplevde at hjalp mot plagene dine? Fortell!</li> </ul>
<b>Fase 4</b> Opp- summering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parafasere – oppsummere det vi har fått informasjon om</li> </ul>
<b>Fase 5</b> Avslutning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppklare eventuelle uklarheter</li> <li>• Er det noe du vil tilføye, som du mener er viktig som jeg ikke har spurt om?</li> <li>• Var det noe du trodde vi skulle snakke om som vi ikke har snakket om enda?</li> </ul>

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv.

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

*«Hvilke erfaringer besitter kvinner, som har opplevd bedring gjennom fysioterapibehandling, etter en periode med vedvarende bekkenleddsmerter etter graviditet?»*

Vi inviterer deg til å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få innsikt i erfaringene til pasienter som har opplevd bedring etter å ha levd med vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel, og deres opplevelse med fysioterapibehandling. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med dette masterprosjektet er å få innsikt i kvinners erfaringer med fysioterapi for bekkenleddsmerter som har oppstått under graviditet, og vedvart med enn seks måneder etter fødsel. Av særskilt interesse er det å få innsikt i hvilke elementer av fysioterapibehandlingen disse kvinnene har erfart som særlig virkningsfulle. Den teoretiske rammen for analyser er fenomenologi, og prosjektet sin ambisjon er å gi økt kunnskap om virksomme elementer i fysioterapibehandling for kvinner med vedvarende bekkenleddsmerter etter fødsel.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

OsloMet, storbyuniversitetet i Oslo, er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Masterstudenten ønsker å intervju førstegangsfødende kvinner, i alderen 25-35 år, som har erfaring med vedvarende bekkenleddsmerter og som har opplevd bedring etter fysioterapibehandling.

### **Ønsker du å delta i prosjektet?**

Ta kontakt med masterstudent Silvia Ulla Berg for å avtale dato og klokkeslett for intervju.

E-post: s195209@oslomet.no

Telefon: 48188090

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Intervjuet vil ha en varighet på ca. 60 minutter, og vil foregå på OsloMet på et rom der bare



masterstudenten og informanten hører hva som blir sagt. Samtalen vil bli tatt opp med digital diktafon, sendes kryptert, og lagres i Tjenester for sensitive data (TSD). Dette er en oppbevarings-plattform som oppfyller lovens strengeste krav til behandling og lagring av sensitive persondata. Lydopptaket fra intervjuet transkriberes kort tid etter at intervjuet har blitt gjennomført. Transkripsjonen vil anonymisere opplysningene, og lydopptakene slettes når masteroppgaven er godkjent. Masterstudenten vil ta notater underveis i intervjuet, men sensitiv informasjon vil ikke bli skrevet ned.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er bare masterstudenten og hennes to veiledere som vil ha tilgang til data fra intervjuet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Sensitiv informasjon vil slettes når prosjektet er avsluttet, og datamaterialet vil oppbevares anonymisert. Når masteroppgaven publiseres, vil masterstudenten gjøre det hun kan for at du ikke skal bli identifisert. Dette gjøres ved å overveie nøye hvilke opplysninger som er nødvendige å publisere for å underbygge resultatene. I tillegg vil det vurderes om enkelte opplysninger om f.eks alder skal endres for å bevare din anonymitet.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Lydfilene og de transkriberte intervjuene slettes når masteroppgaven er godkjent, som etter planen vil være desember 2024.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra OsloMet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- Å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- Å få slettet personopplysninger om deg
- Å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med OsloMet ved:

Silvia Ulla Berg: [s195209@oslomet.no](mailto:s195209@oslomet.no)

Line Blixt: [lineblix@oslomet.no](mailto:lineblix@oslomet.no)

Elisabeth Krefting Bjelland: [elibjell@oslomet.no](mailto:elibjell@oslomet.no)

Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen: [personvernombud@oslomet.no](mailto:personvernombud@oslomet.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)), eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Elisabeth Krefting Bjelland Silvia Ulla Berg Line Blixt

(Prosjektansvarlig/biveileder) (Masterstudent) (Hovedveileder)

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Erfaringer med fysioterapibehandling for vedvarende bekkenleddsmerter som har oppstått i svangerskapet», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i intervju

-----

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Prosjektbeskrivelse

### Prosjektbeskrivelse

**Tittel:** Erfaringer med fysioterapi for bekkensmerter som har oppstått under graviditet, og vedvart etter fødsel.

#### 1.0 Bakgrunn

Internasjonalt rapporteres en forekomst av bekkensmerter på rundt 20% under svangerskapet. De fleste viser seg å bli symptomfrie innen 2-3 måneder etter fødsel, men rundt 10% rapporterer om vedvarende plager påfølgende måneder og år etter fødsel, og ca 3% opplever betydelige problemer. Årsaken til bekkensmerter er fremdeles et kunnskapshull. Forskning viser til nå at mulige årsaker kan være hormonelle faktorer og biomekanisk asymmetrisk mobilitet av iliosakralledd, ugunstig muskelaktivering og stress i omkringliggende ligamentstruktur i bekkenet (Legeforeningen, 2020). Bekkensmerter knyttet til graviditet påvirker kvinners liv drastisk, og forskning viser at dette også er den største årsaken til sykefravær etter fødsel. Generelt har slike graviditets-relaterte smerter en godartet prognose, gitt at det blir tidlig identifisert og behandlet (Vleeming et al., 2008). Trening og fysisk aktivitet har gitt gode indikasjoner på å være en gunstig metode for å avlaste og forebygge bekkensmerter (Tseng et al., 2015). Individuelle øvelser med fokus på spesifikk funksjonell trening, avspenning og kroppsbevissthet veiledet av fysioterapeut er anbefalt (Stuge et al., 2004).

Det er blant annet gjort studier på kvinner med vedvarende bekkenleddssmerter ett år etter fødsel, med fokus på individuell behandling med spesifikke stabiliseringsøvelser. Hensikten med studien var å se på langtidseffekten av behandlingen etter to år. Resultatene viste vedvarende lavere nivå av smerte og funksjonshemming to år etter fødsel. De som ved start hadde størst nedsatt funksjon viste størst bedring, uavhengig av intervensjonsgruppe (Stuge et al., 2004).

Bekkensmerter viser seg ofte å kunne føre til redusert livskvalitet og økt sykefravær i lengre tid etter gjennomgått fødsel (Sydsjö et al., 1998). I mitt yrke som fysioterapeut har jeg møtt flere kvinner i både post- og prenatal fase. Det å kunne bidra til en enklere og mindre smertefull hverdag, både under svangerskap og i barsel, har vært en inspirasjonskilde til

teamet jeg har valgt. Kvinner med vedvarende smerter etter gjennomgått fødsel er en gruppe jeg gjerne ønsker å kunne hjelpe i større grad, både for å bedre funksjon, redusere smerte, øke livskvaliteten, og ikke minst oppøve økt mestring og selvtillit i egen kropp.

## **2.0 Metode for datainnsamling**

Jeg vil benytte kvalitativ metode i min oppgave med dybdeintervjuer av kvinner med vedvarende bekkensmerter etter fødsel, da jeg mener dette er den beste metoden for å besvare min problemstilling. Jeg lener meg her på Malterud (2011), som skriver at kvalitativ metode egner seg best når man ønsker å undersøke enkeltpersoners opplevelser og erfaringer.

### **2.1 Utstyr.**

Lydopptak er den vanligste metoden for å registrere data i et forskningsintervju (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette for å ivareta informantens egne uttalelser under kvalitative intervjuer (Dalen, 2011). Jeg har besluttet å benytte lydopptak for å kunne delta i samtalen fritt uten å risikere å gå glipp av viktig informasjon som blir sagt under intervjuet. Det blir også lettere å kunne holde konsentrasjonen rundt intervjusituasjonen, og intervjuets dynamikk og tema (Kvale & Brinkmann, 2015). På denne måten slipper jeg å skrive ned alt som blir sagt underveis, kan lettere fange opp sinnsstemninger og endringer, samt vie all oppmerksomhet til informantene. Dette støttes av Tjora (2017) som skriver at bruk av lydopptaker sikrer det empiriske grunnlaget i kvalitative forskningsintervjuer. Lydopptakeren skal jeg teste i forkant av intervjuene, slik at jeg er sikker på at den fungerer som den skal. I tillegg vil jeg ha en notatblokk som jeg kan bruke underveis til å skrive ned egne betraktninger, og notere temaer jeg ønsker å følge opp senere i intervjuet.

### **3.0 Formål.**

Kvalitativ metode egner seg godt når man skal undersøke enkeltpersoners opplevelser og erfaringer (Malterud, 2011). Målet med prosjektet er å få mer innsikt i hva førstegangsfødende med vedvarende bekkensmerter (smerter vedvart lengre enn 6 måneder) etter gjennomgått fødsel opplever som viktige og betydningsfulle for å oppnå bedring gjennom fysioterapibehandling av deres plager.

Med utgangspunkt i fenomenologien ønsker jeg å få en forståelse i informantens erfaringer med vedvarende smerter, og hvordan de opplevde behandlingen med fysioterapeut som hjelpende på veien mot å bli smertefri. Dette støttes av Dalen (2011) som mener at kvalitative

intervjuer er spesielt godt egnet når man er ute etter informantenes erfaringer, tanker og holdninger. Jeg håper at oppgaven kan gi meg økt kunnskap og bevissthet videre innenfor fysioterapibehandling for kvinner med vedvarende bekkensmerter.

#### **4.0 Problemstilling.**

Hvilke erfaringer har kvinner som har opplevd bedring gjennom fysioterapibehandling, etter en periode med vedvarende bekkensmerter på grunn av graviditet?

#### **5. Design.**

Kvalitativ forskningsstudie med dybdeintervjuer.

#### **5.1 Forskningsdesign.**

Da jeg er ute etter å belyse erfaringene med å gå til fysioterapeut for vedvarende bekkensmerter etter gjennomgått fødsel, ønsker jeg å bruke kvalitativ metode, i et fenomenologisk perspektiv, inspirert av Kirsti Malterud (2011).

#### **6.0 Utvalg**

Informantene jeg er ute etter vil være kvinner som har fått bekkensmerter under svangerskapet eller etter graviditet, og som har vedvart over seks måneder etter fødsel. Kvinnene skal ha gjennomgått behandling hos fysioterapeut og opplevd bedring av behandlingstiltakene. Ifølge Dalen (2011) anbefales det ikke for store utvalg i kvalitative studier, da dette kan bli for omfattende. Jeg begrenser derfor antall informanter til seks, da jeg mener dette er tilstrekkelig for å dekke min research, og for å få et dypere innblikk i min problemstilling.

#### **6.1 Rekruttering**

Jeg skal rekruttere mine informanter gjennom nettverket til min biveileder.

#### **6.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier**

Mine inklusjonskriterier er kvinner mellom 25-35 år som er førstegangsfødende og har gjennomgått behandling hos fysioterapeut for vedvarende bekkensmerter, og som har opplevd bedring gjennom denne behandlingen. Eksklusjonskriterier er kvinner som har tatt keisersnitt, eller blitt gravid igjen i løpet av behandlingsforløpet.

## **7.0 Datainnsamling og analyse**

### **7.1 Forberedelser**

Et vellykket intervju er avhengig av at man har forberedt seg godt, og er klar på hva man vil oppnå med intervjuet (Dallan, 2014). Gjennom dialog på e-post vil informantene motta informasjonsskriv for å sikre forståelse rundt prosjektet og hva det innebærer å være informant, samt for å informere om hva de takker ja til. Dette kalles informert samtykke (Postholm, 2010). Denne informasjonen kan bidra til å gjøre et godt inntrykk, samt gjøre informantene bedre forberedt (Dallan, 2014). Informert samtykke er også en forutsetning for å få tilrådning i henhold til Helsinki-deklarasjonen. Denne deklarasjonen fungerer som en etisk grunnlov for forskning som inkluderer mennesker, og er den mest sentrale proffsjonsnormen innen medisinsk forskning i dag. Alle som arbeider med forskning og forskningsetikk må forholde seg til denne deklarasjonen (Legeforeningen, 2012).

### **7.2 Gjennomføring av intervjuene**

Intervjuene foregår på kveldstid, etter avtalt dato og nærmere bestemt tidspunkt etter avtale med informantene. Jeg kommer til å booke et grupperom på Oslo Met, fordi forholdene rundt intervjuet kan bety mye for kvaliteten på samtalen (Dallan, 2014). På denne måten sikrer jeg å kunne sitte uforstyrret i rolige omgivelser under intervjuet. Intervjuene skal gjennomføres innenfor oppsatt tid med tidsramme på ca. én time.

For å ta vare på informantenes egne uttalelser, er det sterkt anbefalt å benytte lydopptaker under kvalitative intervjuer (Dalen, 2011). Da jeg skal behandle personopplysninger i mitt forskningsarbeid, er det et krav om sikker lagring av data i henhold til EUs personvernforordning (GDPR). Personopplysninger er opplysninger som direkte eller indirekte kan identifisere en person (Tveter, 2020). Jeg skal selv bruke en diktafon-app på telefonen for å ta opp intervjuene. Lydopptaket vil da lastes opp fra telefonen, og sendes i kryptert form for trygg lagring i Tjeneste for Sensitive Data (TSD), via Nettskjema. Denne funksjonen skal jeg teste i forkant av intervjuet, for å sikre at diktafon-appen fungerer som den skal.

Før intervjuene starter vil jeg legge frem problemstillingen nok en gang for informantene, både mulig og skriftlig, og minne de på at informasjonen vil bli anonymisert. På denne maten sikrer jeg at de er innforstått med hva de bekrefter deltakelse til, og kan dermed gi et informert samtykke, som Postholm (2010) tydeliggjør viktigheten av.

De vil også få en påminnelse om at deltakelsen av intervjuet er frivillig, og at de kan rekke seg når som helst dersom de ønsker det. deretter vil jeg be om underskrift på samtykkeerklæring, og dermed bekrefte deres deltakelse før oppstart av intervjuet.

Underveis vil jeg la informantene snakke fritt og styrke temaene de ønsker å komme innpå, samtidig som jeg vil bruke intervjuguiden som en kryssliste underveis for å sikre svar på de viktigste spørsmålene jeg har satt opp i intervjuguiden. Malterud (2017) skriver at når formålet er å få vite noe vi ikke vet fra før, eller ved å gjennomføre samtaler som åpner opp for nye spørsmål angående problemstillingen, er det viktig å ikke låse seg for mye til spørsmålene i intervjuguiden, men heller kunne se på den som en huskeliste. «I kvalitative studier er det verken nødvendig eller ønskelig å standardisere intervjusituasjonen» (Malterud, 2017, s. 134).

### **7.3 Bearbeiding og analysering av data**

Etter endt intervju vil jeg sette meg ned for å oppsummere intervjuet, og notere egne tanker rundt det som har blitt sagt og observert. Lydopptaket vil i kort tid etter intervjuene bli transkribert til tekst på data, som videre vil bli brukt som analyse (Kvale, 2015). For at det senere skal være enkelt for leseren å følge forskerens vei gjennom oppgaven, er det viktig at jeg i analyseprosessen viser nøyaktig hva jeg spurte etter i materialet. Ofte er det ikke de samme spørsmålene som stilles i intervjuguiden som blir besvart i materialet (Malterud, 2011).

Å raskt komme i gang med transkribering er en fordel for å både få dypere kunnskap til materialet i tidlig fase, men også for å kunne anonymisere data fra intervjuet. Dette støttes av Malterud (2011), som mener at det har gode synergieffekter for å sikre kvaliteten til informantenes uttalelser. Transkripsjon innebærer å gjennomføre det muntlige materialet til skriftlig tekst, for deretter å gjøre det om til en mer skriftlig form som gir et helhetlig bilde og skaper mening (Malterud, 2017). Gjennom analysering av teksten vil jeg støtte meg til Malterud systematiske tekstkondensering, som er basert på fenomenologisk perspektiv og går over fire trinn. Første trinn i prosessen er å få et helhetsinntrykk av materialet. Målet her er å finne og trekke frem foreløpige temaer i intervjuene, samt finne felles tema fra informantene basert på mitt førsteinntrykk. I neste trinn vil jeg organisere og sortere disse temaene inn i meningsbærende enheter, som innebærer en sortering av tekstbitene som videre vil kunne belyse min problemstilling. I trinn tre vil jeg systematisere enhetene i tråd med



organiseringen, såkalt koding, som videre deles inn i subgrupper. Avslutningsvis i analyseprosessen sammenfatter jeg kjernen i hver kodegruppe, som videre vil bli utviklet i fire ulike kategorier. Dette vil til slutt bli grunnlaget for resultatdelen (Malterud, 2017). For at det senere skal være enkelt for leseren å følge forskerens vei gjennom oppgaven, er det viktig at jeg i analyseprosessen viser nøyaktig hva jeg spurte etter i materialet. Ofte er det ikke de samme spørsmålene som stilles i intervjuguiden, som besvares på i materialet (Malterud, 2011).

## **8.0 Prosjektorganisasjon**

Prosjektet organiseres av meg som forsker, og veiledes av Line Blixt og Elisabeth Krefting Bjelland. Dette er et masterprosjekt på programmet master i fysioterapi, med fordypning i muskel og skjelett, gjennom OsloMet.

## **9.0 Personell, utstyr, ressurser**

Som nevnt over vil jeg ha med to veiledere inn i prosjektet. Til sammen utgjør dette femti timer med veiledning. Jeg vil også møte til skolens obligatoriske masterseminar. Oppgaven vil også sendes over til en norsklærer og vennende for gjennomlesing av språk og tekst.

## **10.0 Kostnader og finansieringsplan**

Ingen.

## **11.0 Publisering**

Masteroppgaven planlegges å leveres i mai 2024.

## **12.0 Etikk**

Ettersom jeg i mitt forskningsprosjekt vil besitte sensitiv informasjon ved gjennomføring av kvalitative intervjuer, er det flere etiske problemstillinger man må ta hensyn til (Kvale & Brinkmann, 2015). Før oppstart av rekruttering av informanter må jeg sende inn søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), samt søke om lagring av data i TDS-klasesett slik at jeg kan oppbevare sensitiv forskningsdata i en trygg og godkjent plattform.

«Konfidensialitet i forskning innebærer at private data som identifiserer deltakere, ikke avsløres» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 90). Informantene vil få beskjed om at transkribering av datamateriale vil skje innen kort tid etter intervjuene, og at lydopptakene vil bli slettet

umiddelbart etter dette slik at all data blir anonymisert. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og andre gjenkjennbare opplysninger, slik at det ikke skal være mulig å identifisere informantene i oppgaven. I teksten vil informantene derfor bli omtalt som informant 1-6.

For meg som forsker er det viktig at informantene vet hva oppgaven går ut på, og hva jeg ønsker å oppnå med intervjuet. Som tidligere nevnt vil jeg sende ut et informasjonsskriv og opprette et samtykke erklæring på forhånd, som informantene skriver under på som en bekreftelse for deltakelse. Gjennom gjensidig tillit og respekt, skaper dette en god kontakt med informantene (Malterud, 2011).

«Medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som skal fremme respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter» (Malterud, 2017, s. 211). Kvalitative studier innebærer møte mellom mennesker med verdier som er viktige elementer av kunnskapen som utviklers. Som forsker er det derfor viktig å være kjent med de etiske utfordringene dette innebærer, og man må følge nøye regelverket som regulerer den medisinske forskningen (Malterud, 2017). Dette for å sikre deltakernes trygghet og sikkerhet gjennom for eksempel datainnsamlingen. Som tidligere nevnt får informantene på forhånd av intervjuet informasjon om underlagt taushetsplikt og hensyn til anonymitetsbeskyttelse, med den hensikt å beskytte informantene og ivareta deres personvern.

Kvale og Brinkmann (2009) skriver at relasjonen mellom intervjuer og informant avhenger av intervjuerens evne til å skape et som der informanten fritt og trygt kan snakke. Det krever en balanse mellom intervjuerens ønske om å innhente interessant kunnskap, og hans/hennes respekt for informantens integritet etisk sett.

## 13.0 Tidsplan

Navn	Varighet	Start	Slutt
<b>Prosjektstyring</b>	Hele prosjektet		
<b>Prosjektskisse</b>	1,5 mnd	01.09.2022	15.10.2022
<b>Intervjuguide</b>	2 uker	15.09.2022	30.09.2022
<b>Søke NSD</b>	1,5 mnd	01.09.2022	15.10.2022
<b>Søke etter informanter</b>	1 mnd	20.10.2022	20.11.2022
<b>Utarbeide intervjuguide</b>	2 uker	01.10.2022	15.10.2022
<b>Milepæl: ferdig utarbeidet intervjuguide</b>	0	15.10.2022	15.10.2022
<b>Testintervju og gjøre eventuelle endringer</b>	1 uke	16.10.2022	31.10.2022
<b>Gjennomføre intervjuer</b>	2 mnd	09.01.2023	27.02.2023
<b>Milepæl: ferdig innsamling av data</b>	0	01.03.2023	01.03.2023
<b>Analysere og presentere data og funn</b>			
<b>Strukturere innsamlet data</b>	1 mnd	01.03.2023	01.04.2023
<b>Fullføre rapport</b>			
<b>Fullføre skriving av rapport</b>	1 mnd	01.04.2023	30.04.2023
<b>Korrekturlesing og siste finpuss</b>	1 mnd	01.05.2023	30.05.2023
<b>Milepæl: Fullført rapport</b>	0	30.05.2023	30.05.2023
<b>Milepæl: innlevering</b>		24.11.2024	

## Litteraturliste

Dalen, M. (2011). Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2014). Metode og oppgaveskriving for studenter (5.utg) Gyldendal Norsk Forlag.

Kvale, S. (1997). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kvale, S. & Brinkmann S. (2009): Det kvalitative forskningsintervju (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kvale, S & Brinkmann, S. (2015) Det kvalitative forskningsintervju (3. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Malterud, K. (2011). Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Postholm, M.B. (2010). Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier. Oslo: Universitetsforlaget.

Stuge B., Mørkved S., Pettersen S. & Sanda B. (2020, 15. februar). Bekkenleddsmerter. Legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gyneologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/bekkenleddssmerter/>

Stuge B, Laerum E, Kirkesola G, Vøllestad 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 Feb 15;29(4):351-9. doi: 10.1097/01.brs.0000090827.16926.1d. PMID: 15094530.

Sydsjö A, Sydsjö G, Wijma B. Increase in sick leave rates caused by back pain among pregnant Swedish women after amelioration of social benefits. A paradox. *Spine (Phila Pa 1976)* 1998; 23: 1986 – 90

Tseng, P.-C., Puthussery, S., Pappas, Y., & Gau, M.-L. (2015). A systematic review of randomised controlled trials on the effectiveness of exercise programs on Lumbo Pelvic Pain among postnatal women. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 1-12.

Tjora, A. (2017). *Kvalitative metoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vleeming, A., Albert, H. B., Östgaard, H. C., Sturesson, B., & Stuge, B. (2008). European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *European spine journal*, 17(6), 794-819.

Legeforeningen. (2012, 2.februar) *Helsinkideklarasjonen*.  
<https://www.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/>).

Tveter, A.T. (2020, 24.august). *TDS-klasesett*. Canvas.  
<https://oslomet.instructure.com/courses/19621/wiki>).

# Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD/SIKT



[Meldeskjema](#) / [Erfaringer med fysioterapibehandling for langvarige bekkensmerter...](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
969709

**Vurderingstype**  
Standard

**Dato**  
29.11.2022

### Prosjekttittel

Erfaringer med fysioterapibehandling for langvarige bekkensmerter (på grunn av graviditet)

### Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for fysioterapi

### Prosjektansvarlig

Elisabeth Krefting Bjelland

### Student

Silvia Ulla Berg

### Prosjektperiode

06.12.2022 - 24.11.2024

### Kategorier personopplysninger

Alminnelige  
Særlige

### Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)  
Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 24.11.2024.

[Meldeskjema](#)

### Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

### VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 24.11.2024.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.