



# Høgskulen på Vestlandet

## JOR508 - Masteroppgave

JOR508-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	14-04-2023 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	05-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 JOR508 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	219
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	13446
----------------------	-------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	9
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	208

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei

# MASTEROPPGAVE

«Alvorlig fødselsrift: Et verre mareritt enn forventet»

«Severe perineal trauma: A worse nightmare than expected»

**Kandidatnummer: 208 og 219**

Master i jordmorfag  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Dato: 05.05.2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

# Sammendrag

**Tittel:** «Alvorlig fødselsrift: Et verre mareritt enn forventet».

**Hensikt:** Hensikten med studien var å innhente og oppsummere kvalitativ forskning for å belyse og gi ny mening til kvinners opplevelser etter en alvorlig fødselsrift.

**Problemstilling:** «Kvinnens opplevelser etter fødselsrift grad 3 og 4: en metasyntese».

**Metode:** Studien var en kvalitativ litteraturstudie gjort som en metasyntese. Syntesemetoden er metaetnografi. For å undersøke fenomenet har vi søkt i relevante databaser som resulterte i åtte primærstudier. Analyseprosessen er gjennomført ved bruk av Noblit & Hares analysemetode på syv trinn, som referert og beskrevet av Malterud.

**Resultater:** Resultatene i metasyntesen ga ny forståelse til kvinnens ulike psykiske, fysiske og relasjonelle opplevelser etter en alvorlig fødselsrift. Resultatene våre viste at kvinnene hadde behov for informasjon og støtte fra helsepersonell. Kvinnene opplevde også fysiske begrensinger og komplikasjoner knyttet til den alvorlige fødselsriften. Kvinnene hadde ulike mestringsstrategier for å håndtere den psykiske belastningen den alvorlige fødselsriften ga, og hadde varierte tanker om en ny vaginal fødsel.

**Konklusjon:** Våre funn indikerer at det opplevdes utfordrende for de fleste å ha en alvorlig fødselsrift og leve med komplikasjonene den medfører. Funnene viste et stort behov for tett psykisk og fysisk oppfølging av kvinnene etter en alvorlig fødselsrift, for å unngå at de følte seg alene med problemene, uten tilfredsstillende helsehjelp.

**Nøkkelord:** Fødselsrift\*, alvorlig fødselsrift\*, perineal rift\*, OASI\*, sfinkterskade\*, fødselsrift grad 3\*, fødselsrift grad 4\*, opplevelse\*, konsekvens\*.

# Abstract

**Title:** «Severe perineal trauma: A worse nightmare than expected».

**Aim:** The purpose of this study was to obtain, summarize and interpret qualitative research to highlight and give new meaning to women's experiences after severe perineal trauma.

**Thesis question:** «Women's experiences after severe perineal trauma: a meta-synthesis».

**Method:** A qualitative metasynthesis, to analyze, and interpret eight qualitative studies on women's experience with severe perineal trauma. The synthesis method is meta-ethnography. We searched in relevant databases which resulted in eight primary studies. Through the analysis process, we have adopted Noblit & Hares' seven-step analysis method, as described and referenced by Malterud.

**Results:** The results in the metasynthesis gave a new understanding for women's experiences after severe perineal trauma, including the impact on their physical and psychological health, and their relationships. Our results showed that the women needed information and support from health professionals. Women also experienced physical limitations and complications related to the severe perineal trauma. The women had different coping strategies to deal with the psychological burden of the severe perineal trauma and thoughts of a new vaginal birth.

**Conclusion:** Our findings indicates that it was challenging for most women to experience severe perineal trauma and living with the complications that follows. The findings also showed a need for close emotional and physical follow-up after severe perineal trauma, so the women feel adequately taken care of.

**Keywords:** Birth tear\*, severe perineal tear\*, perineal laceration\*, OASI\*, sphincter injury\*, fourth degree tear\*, third degree tear\*, experience\*, consequence\*.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>2.0 Hensikt og problemstilling</b> .....	<b>1</b>
<b>3.0 Bakgrunn</b> .....	<b>2</b>
3.1 Fødselsrifter .....	2
3.2 Teoretisk forankring.....	3
3.2.1 Hermeneutisk-fenomenologi .....	3
3.3 Følelser stress og mestring .....	4
3.3.1 Kriser og kommunikasjon .....	4
3.3.2 Mestring.....	5
<b>5.0 Metode</b> .....	<b>7</b>
5.1 Metaetnografi .....	7
5.2 Datainnsamling .....	10
5.3 Kvalitetsvurdering av inkluderte studier.....	11
<b>6.0 Resultat</b> .....	<b>12</b>
6.1 Psykisk omveltning .....	14
6.1.1 «Jeg følte meg maktesløs og eksponert» .....	15
6.1.2 En ny vaginal fødsel - et nytt traume?.....	15
6.1.3 Manglende informasjon og støtte tross et hav av kompetanse .....	16
6.1.4 Et skadet perineum, en skadet selvtillit .....	18
6.1.5 Selvpålagt isolasjon – skam og begrensninger.....	19
6.2 Forandringer i kroppen.....	20
6.2.1 «Alt gjorde vondt» .....	20
6.2.2 Begrenset som et seksuelt individ.....	21
6.2.3 Lengselen etter bedring .....	22
6.2.4 Manglende kontroll over egen kropp .....	22
6.3 Relasjonell nyorientering .....	24
6.3.1 Morsrollen – det knuste eventyret .....	24
6.3.2 Min elskede partner, min klippe.....	25
<b>7.0 Diskusjon</b> .....	<b>26</b>
7.1 Resultatdiskusjon .....	26
7.1.1 Helsepersonell – En sentral bidragsyter i ivaretagelsen av kvinnene .....	27
7.1.2 Drakampen mellom tabu og normalisering .....	30
7.1.3 Alltid lys i enden av tunnelen .....	32
7.2 Metodediskusjon .....	35
7.2.1 Intern validitet.....	35
7.2.2 Ekstern validitet.....	37
7.3 Implikasjoner for praksis .....	39
<b>Referanseliste</b> .....	<b>41</b>
<b>Fremdriftsplan</b> .....	<b>48</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>49</b>
Vedlegg 1: PO-skjema.....	49
Vedlegg 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	49

<i>Vedlegg 3: Søkehistorikk</i> .....	50
<i>Vedlegg 4: Litteraturmatrise</i> .....	54
<i>Vedlegg 5: Analysematrise</i> .....	60
<i>Vedlegg 6: Kvalitativ vurdering – sjekklister</i> .....	69

## 1.0 Innledning

Alvorlige fødselsrifter er rift grad 3 eller 4, hvor både perineum og analsfinkter er affisert (Verdens helseorganisasjon (WHO), 2019). Jordmødre og helsepersonell spiller en viktig rolle for ivaretagelse av kvinnens psykiske, fysiske, og emosjonelle behov gjennom svangerskap, fødsel og barsel (Chalmers et al., 2001, s. 202-207). Ifølge Medisinsk fødselsregister (2022) fikk 1,6% av fødekvinne en rift grad 3 eller 4 i forbindelse med fødsel, per 21. april, 2022. De alvorlige fødselsriftene kan ha store konsekvenser for kvinnene (Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom, 2020). Traumer eller rifter i perineum og analsfinkter kan medføre fysiske og psykiske plager hos kvinnen (Frolich & Kettle, 2015; Laine et al., 2020). Eksisterende forskning viser til fysiske plager som inkontinens for urin, avføring eller flatulens, eller seksuelle konsekvenser som dyspareuni eller generell smerte (Lindqvist et al., 2014; Lindqvist et al., 2018; Viannay et al., 2020). Psykiske plager kvinnene kan oppleve er skuffelse, skam og redusert selvfølelse og selvtillit (Lindqvist et al., 2014; Lindqvist et al., 2018; Priddis et al., 2014; Tucker et al., 2014).

Tidligere er det gjort omfattende forskning på prevalens, forebygging og behandling av alvorlige fødselsrifter i obstetrikken (Priddis et al., 2014). Det er derimot begrensede mengder forskning på kvinnens opplevelser om konsekvensene alvorlige fødselsrifter kan ha videre i livet (Priddis et al., 2014). På bakgrunn av dette ønsker vi å belyse kvinners opplevelser av alvorlige fødselsrifter, gjennom en kvalitativ litteraturstudie gjort som en metasyntese (Polit & Beck, 2021, s. 656). En syntese av flere studier vil kunne gi jordmødre en dypere forståelse for hvordan kvinner opplever å håndtere en alvorlig fødselsrift, hvilke følelser som kommer frem og hvordan konsekvensene påvirker livet videre.

## 2.0 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å innhente og oppsummere kvalitativ forskning for å belyse og gi ny mening til kvinners opplevelser etter en alvorlig fødselsrift.

På bakgrunn av dette har vi problemstillingen:

«Kvinnens opplevelser etter fødselsrift grad 3 og 4: en metasyntese»



## 3.0 Bakgrunn

### 3.1 Fødselsrifter

Ved vaginale fødsler vil omtrent 85% av førstegangs fødende få en form for fødselsrift, mens det er lavere forekomst hos flergangsfødende (Laine et al., 2020). Verdens helseorganisasjon har utviklet en internasjonalt akseptert gradering for å kunne differensiere mellom gradene av ruptur (WHO, 2019). Graderingen er anbefalt å bruke ved diagnostikk, registrering og rapportering av fødselsrifter (Laine et al., 2020). Vi graderer fødselsrifter fra 1-4 (Laine et al., 2020; WHO, 2019).

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

Figur 1: Definisjon og klassifisering av perinealskader (WHO, 2019).

Jordmødre må ha inngående anatomisk og fysiologisk kunnskap om kvinnekroppen for å kunne fremme en risikofri og normal fødsel. Kunnskap om musklene i bekkenet vil være sentralt for å kunne forbygge rifter under fødselsarbeidet (Wesnes & Lose, 2013, s. 889-899). På bakgrunn av de avdekte konsekvensene etter alvorlige fødselsrifter, har forebygging av alvorlig fødselsrifter blitt et sentralt fokusområde i jordmødres arbeidshverdag (Laine et al., 2020). «Veileder i fødselshjelp» kommer med flere konkrete anbefalinger for å redusere forekomsten av fødselsrifter, som for eksempel pusteveiledning og tilpasning av fart ved partus av hodet og skuldre (Laine et al., 2020). Studien til Wesnes & Lose (2013, s. 896) trekker også frem varme kluter over perineum under forløsning som forebyggende for alvorlige fødselsrifter.

Bekkenbunnsuskulatur er nødvendig for å holde de kvinnelige reproduksjonsorganene, blære og rektum på plass (Stables & Rankin, 20, s. 356). Ved opprettholdt normal funksjon vil

bekkenbunnens reflektoriske kontraksjon være intakt, og kvinnen forblir kontinent for urin, flatus og avføring (Backe, 2017, s. 231). Hos kvinner med alvorlige fødselsrifter kan funksjonen være påvirket (Backe, 2017, s. 231).

Risikofaktorer for alvorlige fødselsrifter kan være mors alder, førstegangsfødende, barnets fødselsvekt og operativ forløsning (vakuum eller tang) (Brunstad et al., 2007, s. 9). «Veileder i fødselshjelp» viser til tilsvarende risikofaktorer, men presenterer tidligere keisersnitt, alvorlig fødselsrift og omskjæring som ytterligere risikofaktorer (Laine et al., 2020). Til tross for nevnte risikofaktorer er det vanskelig å forutsi hvilke kvinner som vil få analsfinkterskade (Laine, et al., 2020). Etter alle vaginale fødsler bør vagina, perineum, analkanalen og distale rektum systematisk undersøkes for å sikre at alle skader oppdages og adekvat behandles (Laine et al., 2020). Gynekolog skal tilkalles dersom det mistenkes at analsfinkter er affisert (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006, s. 8).

### **3.2 Teoretisk forankring**

Teoretisk perspektiv omhandler å undersøke et fenomen ut fra en spesiell synsvinkel. Vår teoretiske forankring danner grunnlaget for hvordan våre resultater er tolket og fremstilt (Christoffersen et al., 2020, s. 27).

#### *3.2.1 Hermeneutisk-fenomenologi*

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk), og omfatter et bredt spekter av strategier for å systematisk samle inn, organisere og tolke datamaterialet (Malterud, 2011, s. 26). Prosessens formål er å utforske meningsinnholdet i kontekst av sosiale og kulturelle fenomener, på eksakt måte deltakerne opplever det (Malterud, 2011, s. 6). I sykepleieforskning har det blitt tatt i bruk vitenskapsteoretiske metoder som beskrives som fortolkende fenomenologi (Polit & Beck, 2021, s. 478). Det er denne vitenskapsteoretiske forankringen vi benytter oss av gjennom metasyntesen. Vitenskapsteorien egner seg å bruke da vi spør etter betydningen av et fenomen med formål om å forstå den menneskelige opplevelsen (Crist & Tanner, 2003).

Vi har gjennom fortolkende fenomenologi beskrevet og forhåpentligvis forstått kvinners opplevelse av en alvorlig fødselsrifi, og basert studien på deres levde erfaringer (Christoffersen et al., 2020, s. 53; Polit & Beck, 2021, s. 474). Metasyntesen forsøker å belyse den individuelle deltakers erfaringer, og slik tilegne erfaringene ny mening (Polit & Beck, 2021, s. 475). Når vi tilegnet erfaringene ny mening, ble forforståelsen tatt i bruk (Christoffersen et al., 2020, s. 53; Olsvik, 2016, s. 101). Forforståelsen stod sentralt i vår tolkning av datamaterialet, da vi påvirkes av all tidligere erfaring, både negative og positive, relatert til problemet vi forsket på (Malterud, 2011, s. 40). Vår forforståelse var preget av erfaringer vi har fra praksis på fødeavdelinger og vårt jordmorfaglige grunnlag. Det var særlig viktig at vi var observant på egen forforståelse i arbeid med datamaterialet, og holdt oss til hermeneutikkens grunnprinsipper. Grunnprinsippene bygget på å være åpen og søkende i vår tilnærming til datamaterialet, for å forebygge skjevhet i forskningsresultatene (Olsvik, 2016, s. 102). Polit & Beck (2021, s. 479) beskriver også at fortolkende fenomenologiske forskere ideelt skal være åpen når vi leser datamaterialet, og forstå hva teksten faktisk forsøker å formidle.

### **3.3 Følelser stress og mestring**

#### *3.3.1 Kriser og kommunikasjon*

Fellesbetegnelsen «kriser» omhandler alvorlige og vanskelig livshendelser (Eide & Eide, 2007, s. 166). Kvinner kan oppleve en alvorlig fødselsrifi som en krise, og vil ha behov for støtte og medmenneskelig kontakt (Eide & Eide, 2007, s. 166). En krise vil alltid påvirke relasjonen til våre nærmeste, og det er forventet at pårørende skal stille opp og støtte når en krise oppstår (Eide & Eide, 2007, s. 169). Kvinner som ikke opplever støtte fra partner etter en alvorlig fødselsrifi vil kunne kjenne på skuffelse og avvising (Eide & Eide, 2007, s. 169).

Jordmødre vil stå overfor kommunikative utfordringer i møter med kvinner som opplever en alvorlig fødselsrifi. Disse utfordringene innebærer å informere godt nok om selve rifi og dens fysiske konsekvenser, psykologiske reaksjoner og følelser i etterkant, samt relasjonen til kvinnens nærmeste (Eide & Eide, 2007, s. 171). I en studie gjort av Schmied et al. (2009, s. 1858) beskrives det hvordan jordmødre kan optimalisere kommunikasjonen med barselkvinnen. Bakgrunnen for studien var at kvinner rapporterer om fysiske og psykiske

problemer etter fødselen, og at disse behovene ikke blir møtt av helsepersonell. Studien viser at tydelig, konkret informasjon fra jordmor vil kunne hjelpe kvinner å bearbeide reaksjoner og mestre krisen de står i (Schmied et al., 2009, s. 1858). Kvinnene opplevde at kontinuitet og avsatt tid til hver enkelt ga økt nivå av tilfredshet med kvaliteten og innholdet i barselomsorgen (Schmied et al., 2009, s. 1958).

### *3.3.2 Mestring*

En alvorlig fødselsrifi kan resultere i psykisk stress hos kvinner. Psykisk stress er krevende forhold som vurderes å belaste eller overskride en persons ressurser eller sette personens velvære i fare (Lazarus & Folkman, 1984, s. 21). I situasjoner hvor personen opplever å håndtere den økte belastningen, kan individet oppleve positiv utvikling og mestring i stedet for stress (Lazarus & Folkman, 1984, s. 21).

Alle mennesker reagerer individuelt på utfordringer i livet og eventuelle kriser, på lik linje som kvinner reagerer ulikt på opplevelsen av en alvorlig fødselsrifi (Eide & Eide, 2007, s. 172). Grad av mestring avhenger av hvordan kvinnen forholder seg hensiktsmessig til situasjonen og egne reaksjoner (Eide & Eide, 2007, s. 172). I mestringsprosessen kan dette bety å oppnå kontroll over følelsene, få en bedre forståelse av situasjonen, eller gjøre situasjonen minst mulig belastende (Eide & Eide, 2007, s. 172).

Ifølge Lazarus og Folkman (1984, s. 179) har vi to overordnede mestringsstrategier. Først har vi problemfokuset mestring, hvor kvinnene håndterer eller endrer situasjonen med omgivelsene som skaper stress. Deretter har vi følelsesfokuset mestring, hvor kvinnen kan regulere den emosjonelle responsen til situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984, s. 179). Dersom situasjonen oppleves som foranderlig, eller noe kvinnen kan kontrollere, vil den problemfokuset mestringen være mest fremtredende. Dersom situasjonen oppleves å være utenfor kvinnens kontroll, vil den følelsesfokuset mestringen være mest fremtredende. Problem- og følelsesfokuset mestring påvirker hverandre, og vil ofte være tilstedeværende samtidig i en stressende situasjon (Lazarus & Folkman, 1984, s. 179).

Måten kvinner mestrer på bestemmes delvis av hennes ressurser (Lazarus & Folkman, 1984, s. 179). Ressursene kan inkludere helse, problemløsende egenskaper, sosiale ferdigheter og

støtte, eller andre materielle ressurser. Mestring påvirkes også av begrensede faktorer, som kan minske bruken av ressursene (Lazarus & Folkman, 1984, s. 179). En persons begrensninger kan være kulturelle verdier og tro, som forutsetter visse måter å oppføre seg på (Lazarus & Folkman, 1984, s. 179).

## 4.0 Etiske hensyn

Vårt masterprosjekt er en metasyntese, som innebar at vi samlet og vurderte tidligere forskning. Forskningsetikk er et verktøy for å sikre at forskning organiseres og utøves forsvarlig, og forskere har ansvar for å ivareta forskningsetiske normer og retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021, s. 7). Det er hver enkelt forskers ansvar å alltid opptre forsvarlig (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021, s. 17). Det var derfor viktig å sikre at alle inkluderte studier var etisk godkjent, fulgte normer for forskningsetiske prinsipper og at deltakerne hadde samtykket til deltakelse i studien. Vi valgte å kun inkludere primærstudier publisert i fagfellevurderte tidsskrifter, hvor etiske hensyn var ivaretatt. I litteratormatrisen (Vedlegg 4) viser vi hvordan de inkluderte studiene var etisk vurdert. Bakgrunnen var et ønske om utelukkende inkludering av primærstudier som er gyldig og etisk godkjent (Helseforskningsloven, 2008, §9). Ekskluderingen bidro til en metasyntese som bygger på etisk gode prinsipper og bidrar til forskning som ivaretar deltakerne.

Alle som jobber med forskning og forskningsetikk må forholde seg til Helsinkideklarasjonen (Den Norske Legeforening, 2012). Gjennom vår etiske vurdering av primærstudiene så vi på om det var innhentet informert samtykke. Samtykke omfatter at deltakerne har fått adekvat informasjon om studien, og at de selv avgjør deltakelse eller ikke (Polit & Beck, 2021, s. 137). Informasjonen skal være tydelig og grundig slik at deltakerne vet hva de godkjenner å delta på (Christoffersen, 2020, s. 49). Det skal også i det informerte samtykke komme frem at kvinnene kan trekke seg fra studien når som helst i forløpet, uten noen form for konsekvens (Polit & Beck, 2021, s. 134).

Med utgangspunkt i vårt forskningsprosjekt var det ikke aktuelt å søke REK (De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) eller NSD (Norsk senter for forskningsdata). Vi samlet allerede anonymisert datamateriale som ikke inneholdt

taushetsbelagt informasjon (NSD, uå; REK, uå). Vi hadde en etisk plikt til å ikke forvrengte informasjonen som kom frem i primærstudiene gjennom vår tolkning (Malterud, 2017, s. 136).

## 5.0 Metode

### 5.1 Metaetnografi

Vår systematiske kvalitative litteraturstudie ble gjort som en metasyntese. Vi sammenfattet og syntetiserte allerede eksisterende forskning, og ga kjent kunnskap ny erkjennelse (Malterud, 2017, s. 17). Vi fant primærstudier som omhandler kvinners opplevelse av alvorlige fødselsrifter gjennom litteratursøk, og det utgjorde datamaterialet for vår syntese. Primærstudiene ble grundig lest i arbeidet mot å finne metaforer, undertemaer og hovedtemaer (Polit & Beck, 2021, s. 656). I norsk dagligtale bruker vi begrepet metafor for å skape forbindelse i overført eller billedlig betydning (Malterud, 2017, s. 77), som vi gjorde gjennom hovedfunnene i resultatene og resultatdiskusjonen.

Metaetnografi er syntesemetoden vi valgte å benytte oss av (Malterud, 2017, s. 76). Metoden var relevant da vi så på kvinners opplevelser gjennom eksisterende forskning. Et hovedprinsipp for metaetnografi er å ta for oss hovedfunnene i de inkluderte studiene. Her brukte vi hovedfunnene slik de er fortolket og presentert av forfatterne av studiene, og så hvordan funnene forholdt seg til hverandre (France et al., 2019; Noblit & Hare, 1988, s. 11).

Vi benyttet oss av Noblit & Hares (1988, s. 26) analysestrategi på syv trinn, som referert og beskrevet av Malterud (2017, s. 79). Fremgangsmåten var systematisk å følge, forklare og drøfte (Malterud, 2017, s. 76). Vi erfarte overgangen mellom de syv trinnene som flytende i praksis. De første tre trinnene handlet om å komme i gang, gjøre litteratursøk og nærlese primærstudier (Malterud, 2017, s. 79). Trinn fire til sek omhandlet analyse og syntese, og trinn syv var formidling av syntesen i tekst (Malterud, 2017, s. 79).

Vår fremgangsmåte med metaetnografiens syv trinn:

### Trinn 1: Komme i gang

Ut fra temaet formulerte vi en problemstilling og utformet en søkestrategi. Vi utarbeidet PO-skjema (Vedlegg 1) og inklusjon- og eksklusjonskriterier (Vedlegg 2). PO-skjemaet beskriver «population» - hvem handler det om, og «outcome» - hva er utfallet. Vi brukte en kombinasjon av emne- og tekstord (Helsebiblioteket, 2020). I PO-skjemaet har vi listet opp alle søkeordene, men de mest sentrale ordene vi brukte i søkene var: «Severe perineal tear\*», «OASI\*», «sphincter injury\*», «fourth degree tear\*» og «third degree tear\*» sammen med «experience\*». PO-skjemaet brukte vi som hjelpemiddel og utgangspunkt i formuleringen av problemstillingen (Malterud, 2017, s. 48). Inklusjons- og eksklusjonskriteriene utviklet vi for å luke ut ikke-relevante studier. Deretter gjennomførte vi identiske søk i forskjellige databaser, som til sammen ga 136 treff.

### Trinn 2: Beslutte hva som er relevant i lys av problemstillingen

Vi gjorde en systematisk utvelgelse av primærstudier. Først så vi på tittel og abstrakt for å se relevans ut fra problemstillingen og inklusjons- og eksklusjonskriterier. Studier relevante for problemstillingen ble hentet i fulltekst og grundig gjennomlest. Seleksjonsprosessen ble utført av begge forfattere uavhengig av hverandre, før vi gikk gjennom hvilke studier begge valgte ut og hvorfor. Begge forfattere fylte inn en tabell for søkehistorikk (Vedlegg 3), og skrev inn funn fra primærstudiene i en litteraturmatriks for å opprettholde systematikk i søkeprosessen (Vedlegg 4). Utvelgelsen av primærstudiene er beskrevet i flytskjemaet (Figur 2).

### Trinn 3: Lese studiene

De åtte inkluderte primærstudiene ble nærlest i fulltekst flere ganger, for å avdekke hovedfunn og oppnå oversikt over tema og metaforer (Malterud, 2017, s. 79). Her ble også primærstudiene kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister, se Figur 3 (Critical Appraisal Skills Programme (CASP), 2018) og Kvalitativ vurdering – sjekklister (Vedlegg 6) (Helsebiblioteket, 2016).

#### Trinn 4: Ta stilling til hvordan studiene er beslektet

I hver enkelt primærstudie ble nøkkelmetaforer og sitater ekstrahert fra det empiriske materialet. Videre organiserte vi nøkkelmetaforene og sitatene fra primærstudiene i en foreløpig matrise hvor relevante temaer og metaforer ble listet i vertikale kolonner (Malterud, 2017, s. 79). Sammenlignbare temaer vokste frem.

#### Trinn 5: Oversette studiene til hverandre

Vi brukte fargekoder i arbeidet med å sammenligne temaer og metaforer fra de ulike primærstudiene. Denne sammenligningen i fargekoder viste oss helhetsbildet av fenomenet. Her så vi etter likheter og forskjeller på tvers av studiene, og organiserte resultattekst og funn av beslektede temaer og metaforer i matrisen. Organiseringen ble gjort ved at nøkkelmetaforer og sitater ble flyttet slik at de havnet i horisontale rader som var beslektet til hverandre i analysematrisen (Vedlegg 5).

#### Trinn 6: Syntetisere oversettelsene

I denne fasen oversatte vi ulike uttrykk og metaforer for beslektede fenomener til hverandre ved bruk av resiprok oversettelse, hvor beslektede fenomener med lik metaforisk betydning blir gjensidig oversatt til hverandre (Malterud, 2017, s. 78). Vi samlet begrepene under nye uttrykk som ga fornyet forståelse og fremstilling av funnene, og dette kalles transformasjon (Malterud, 2017, s. 77). De nye oversatte uttrykkene ga oss elleve undertema med tre samlede hovedtema, som vist i analyseskjemaet (Figur 3). Etter transformasjonen ble en 'lines of argument'-syntese (Figur 4) utviklet basert på det analoge forholdet mellom våre tre hovedtema, som skapte en felles forståelse av kvinners opplevelse. Se utdypet forklaring i kapittel 6.0.

#### Trinn 7: Formidle syntesen i tekst

Til slutt formidlet vi temaene i resultatene i tekst. Her utdypet og begrunnet vi meningsinnholdet i uttrykkene fra syntesen, og det utgjør vårt resultatkapittel.

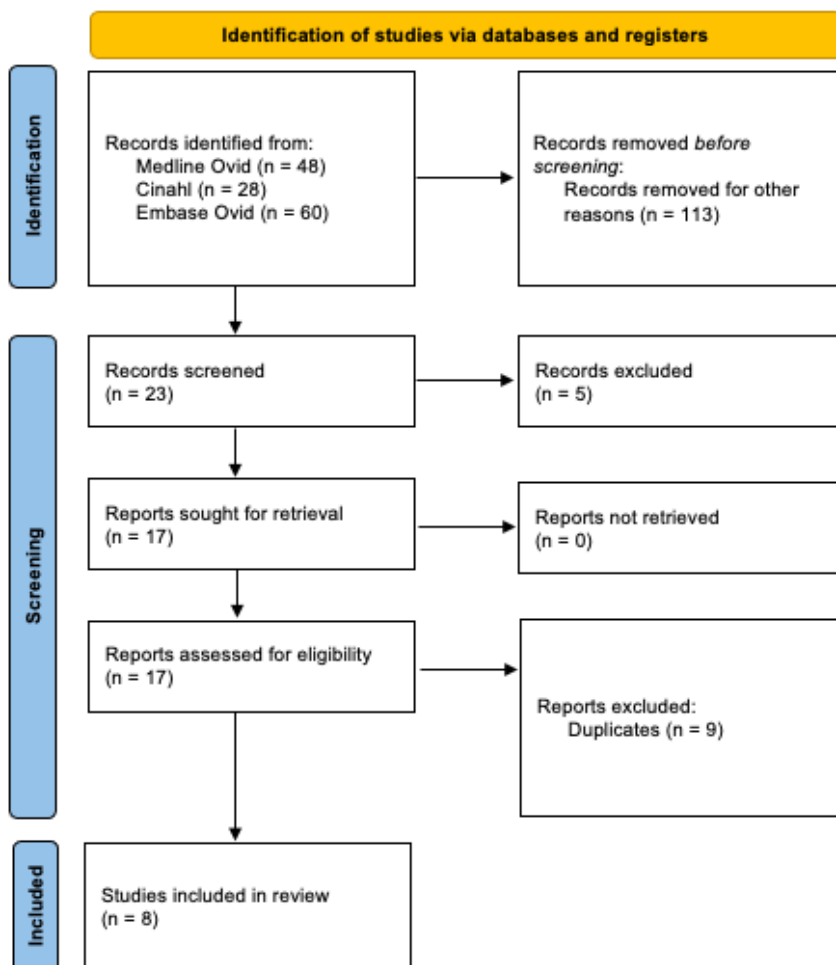


## 5.2 Datainnsamling

I arbeidet mot å innhente aktuell litteratur til metasyntesen gjennomførte vi først et prøvesøk, for å utforske eksisterende litteratur (Polit & Beck, 2021, s. 677). Nok litteratur er en forutsetning for gjennomførelse av en metasyntese. Avdekkes manglende eller lite litteratur kan studien vår belyse et kunnskapshull, og understreke behovet for mer forskning på temaet (Tuntland, 2009). Prøvesøket legger grunnlaget for planlegging og gjennomføring av systematiske søk i neste steg av søkeprosessen (Malterud, 2017, s. 47). Prøvesøket ga oss en oversikt over aktuelle søkeord som er benyttet i eksisterende forskning om kvinners erfaringer med alvorlige fødselsrifter. De fleste forskningsartikler er publisert på engelsk, og vi benyttet oss av engelske søkeord for å få et større innblikk i eksisterende studier (Malterud, 2017, s. 53).

Vi søkte i aktuelle databaser (Cinahl, Medline Ovid og Embase Ovid) for å avdekke de mest relevante primærstudiene. Databasene Medline Ovid og Embase Ovid er internasjonale databaser som viser til medisinsk litteratur og tidsskrifter som anses relevant for vår forskning (Malterud, 2017, s. 52-53). Databasene presenterer i flere tilfeller samme studier. Bruk av ulike databaser minsket sjansen for at relevante studier ble oversett på bakgrunn av utilfredsstillende bredde i søket (Malterud, 2017, s. 52).

På grunn av tidlig oppnådd metning i litteratursøket vårt, utførte vi et nytt søk i samarbeid med bibliotekar. Metning vil si at ingen nye primærstudier ble oppdaget i søkene våre (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2010). Søket med bibliotekar ga ingen nye studier. Vi forsøkte også å hente ut primærstudier ut fra referanselister i andre Review-studier om samme tema, men disse var enten duplikater eller oppfylte ikke våre inklusjonskriterier. Søkeprosessen ble derfor definert som tilfredsstillende, og avsluttet. For kontinuitet i arbeidet bestemte vi oss for å ikke gjøre flere søk etter avsluttet søkeprosess den 10. Juni 2022. Flytskjemaet er vist nedenfor (Figur 2).



Figur 2: Flytskjema - PRISMA flow diagram (Page et al., 2021)

### 5.3 Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

I utvelgesprosessen ble de åtte primærstudiene gjennomgått og kvalitetsvurdert av begge forfattere uavhengig av hverandre. Vi benyttet oss av «Sjekkliste for vurdering av kvalitative artikler» fra Helsebiblioteket (2016). Studiene som oppfylte minst 8 av 10 punkter i kvalitetsvurderingen definerer vi til høy kvalitet, og ble inkludert i vår metasyntese. Se Kvalitativ vurdering – sjekkliste (Vedlegg 6) for eksempel på en kvalitetsvurdert studie, som er inkludert i vår metasyntese.

Vi brukte videre Critical Appraisal Skills Programme (CASP) som sjekkliste for en ytterligere kvalitetsvurdering av forskningsartiklene (CASP, 2018). Dette gjorde vi på et senere stadium i prosessen for å forsikre at vi fortsatt vurderte studiene som gode. CASP er betegnet som et

pedagogisk verktøy uten poengsystem, og vi brukte den som en systematisk påminnelse om kvaliteten for studiene (Tabell 1).

Tabell 1: Critical Appraisal Skills Programme (CASP) qualitative research checklist.

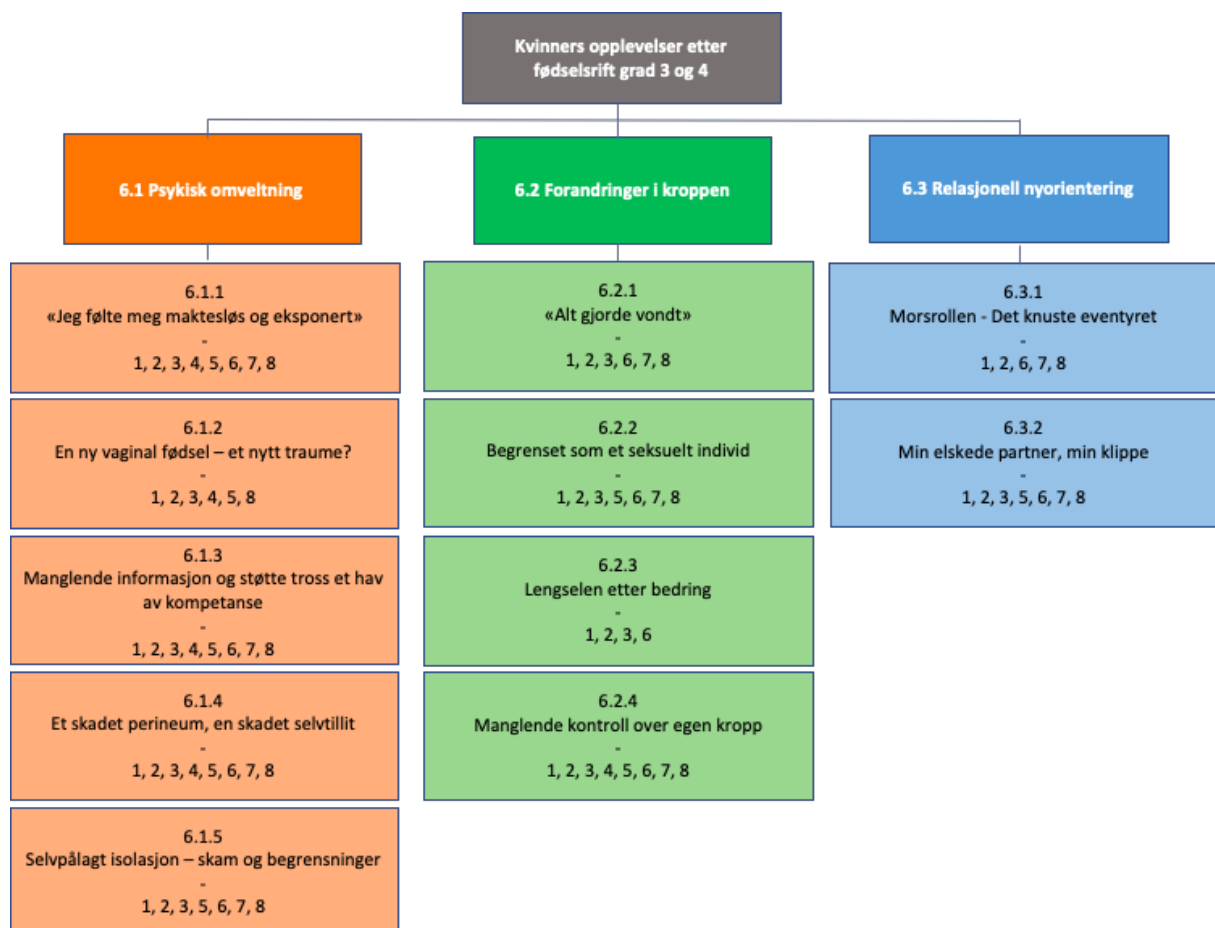
(Y = yes, N = no)	Priddis et al., 2014b	Lindqvist et al., 2018	Lindqvist et al., 2019	Priddis et al., 2014a	Tucker et al., 2014	Johannesson et al., 2022	Keighley et al., 2016	Huber et al., 2022
Was there a clear statement of the aims of the research?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Is a qualitative methodology appropriate?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Was the research design appropriate to address the aims of the research?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Was the data collected in a way that addressed the research issue?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Has the relationship been adequately considered?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Have ethical issues been taken into consideration?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Was the data analysis sufficiently rigorous?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
How valuable is the research?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y

## 6.0 Resultat

Hensikten med metasyntesen var å innhente og oppsummere kvalitativ forskning for å belyse kvinners opplevelser etter en alvorlig fødselsrift. Syntesen bygger på individuelle opplevelser fra 1976 kvinner som deltok i de åtte inkluderte primærstudiene. Kvinnene var fra Sverige, Australia, Storbritannia og Irland. Primærstudiene brukte ulike kvalitative metoder; spørreskjema med åpne spørsmål, semistrukturerte-, fokusgruppe- eller individuelle intervju.

Det kom frem elleve undertema gjennom vår analyse og syntese. Fra disse undertemaene vokste det frem tre hovedtema: «psykisk omveltning», «forandringer i kroppen» og «relasjonell nyorientering». De tre hovedtemaene blir presentert med inkludering av direkte sitater fra kvinnene som deltok i primærstudiene. Vi har gitt plass til direkte sitater for å forsikre oss at konteksten hvor sitatet ble brukt i den originale studien var tolket riktig. Hovedtemaene og undertemaene er presentert nedenfor i analyseskjemaet (Figur 4).

Studiene er representert etter den numeriske fremstillingen i litteratormatrisen: 1 Priddis et al., 2014b; 2 Lindqvist et al., 2018; 3 Lindqvist et al., 2019; 4 Priddis et al., 2014a; 5 Tucker et al., 2014; 6 Johannesson et al., 2022; 7 Keighley et al., 2016; 8 Huber et al., 2022.



Figur 3: Analyseskjema

Figuren nedenfor (figur 4) viser hvordan Lines of argument-syntesen ble utviklet gjennom det analoge forholdet mellom de tre syntetiserte hovedtemaene: «psykisk omveltning», «forandringer i kroppen» og «relasjonell nyorientering». Sammen gir disse temaene oss et

bilde av kvinnes behov, og kjerneinnholdet belyser viktigheten av å ivareta hele individet gjennom helhetlig omsorg ved å informere, følge opp og ivareta kvinner med alvorlige fødselsrifter.



Figur 4: Lines of Argument Synthesis

### 6.1 Psykisk omveltning

Alle de inkluderte kvinnene opplevde at den alvorlige fødselsriften hadde en psykisk innvirkning på dem (Huber et al., 2022; Johannesson et al., 2022; Keighley et al., 2016; Lindqvist et al., 2018; Lindqvist et al., 2019; Priddis et al., 2014a; Priddis et al., 2014b; Tucker et al., 2014). Det var gjennomgående at kvinnene ikke følte seg tilstrekkelig ivaretatt i etterkant av fødselsriften. De opplevde manglende informasjon og støtte fra helsepersonell, at de ikke ble sett og hørt, at selvtilliten og selvfølelsen ble negativt påvirket, og mange isolerte seg hjemme.

### *6.1.1 «Jeg følte meg maktesløs og eksponert»*

Kvinnene kjente på følelsen av sårbarhet og eksponering etter å ha opplevd en alvorlig fødselsrift, både på et emosjonelt og et fysisk plan (Huber et al., 2022, s. 2; Johannesson et al., 2022, s. 4; Keighley et al., 2016, s. 7; Lindqvist et al., 2018, s. 23; Lindqvist et al., 2019, s. 39; Priddis et al., 2014a, s. 9; Priddis et al., 2014b, s. 4; Tucker et al., 2014, s. 378). Kvinner i studien til Keighley et al. (2016, s. 7) beskriver maktesløshet og følelsen av å mislykkes, og kunne gjøre de mer utsatt for barseldepresjon.

«The Abandoned Mother» var et av hovedtemaene i studien til Priddis et al. (2014b, s. 3). Kvinnene beskriver å føle seg maktesløse, eksponerte og overlatt til seg selv både gjennom fødselen, under suturering, og i barseltiden (Priddis et al., 2014a, s. 9; Priddis et al., 2014b, s. 3). I hvilken grad kvinnene opplevde sårbarhet og eksponering var et resultat av hvordan de opplevde støtten fra helsepersonell (Priddis et al., 2014a, s. 8; Priddis et al., 2014b, s. 4). I begge studiene til Priddis et al. (2014a, s. 8; 2014b, s. 3) opplevde kun mindretallet av kvinner helsepersonell som støttende og hjelpende. De fleste opplevde å føle seg hjelpeløse, ute av kontroll og alene. En av kvinnene forteller: «I was left lying – I just felt like a piece of meat lying on the bed ...» (Priddis et al., 2014b, s. 4).

Følelsen av sårbarhet kom mer til uttrykk da noen av kvinnene kun mottok skriftlig informasjon om fødselsriften og rehabiliteringen (Johannesson et al., 2022, s. 4). Kvinnene som ikke fikk muntlige forklaringer fra helsepersonell følte seg ekstra sårbare og alene da de ikke fikk mulighet til å få svar på spørsmål rundt riften og tiden etterpå (Johannesson et al., 2022, s. 4).

### *6.1.2 En ny vaginal fødsel - et nytt traume?*

Kvinnene hadde ulike opplevelser relatert til tanken om en ny vaginal fødsel etter den alvorlige fødselsriften (Huber et al., 2022, s. 4; Lindqvist et al., 2018, s. 25; Lindqvist et al., 2019, s. 39; Priddis et al., 2014a, s. 9; Priddis et al., 2014b, s. 5; Tucker et al., 2014, s. 379). En av kvinnene beskriver:

I cannot stop thinking about if I were to become pregnant and have to give birth again. Right now it feels unthinkable and I have panic just thinking about having to go through this again... (Lindqvist et al., 2018, a. 24)

Den psykologiske byrden av fremtidig familieplanlegging ga kvinnene en betydelig følelse av angst og redsel (Lindqvist et al., 2018, s. 24; Tucker et al., 2014, s. 380). Mange par drømte om flere barn, men den alvorlige fødselsriften gjorde flere av kvinnene nølende og usikre (Lindqvist et al., 2019, s. 38). Kvinner som vurderte flere barn ønsket en garanti fra helsepersonell om at en alvorlig fødselsrift ikke kunne oppstå på nytt (Lindqvist et al., 2019, s. 38). Slike forsikringer og garantier mot en ny alvorlig fødselsrift ble sjeldent gitt, og det førte til ytterligere frustrasjon og fortvilelse hos kvinnene (Lindqvist et al., 2019, s. 38). Andre ga uttrykk for å skulle kreve keisersnitt ved neste fødsel, fremfor å føde vaginalt igjen (Huber et al., 2022, s. 4; Lindqvist et al., 2019, s. 38).

De som hadde en positiv tanke om en neste fødsel var spesielt kvinner som mestret komplikasjonene eller hadde gjennomgått et keisersnitt før den alvorlige fødselsriften (Priddis et al., 2014b, s. 5). En vaginal fødsel etter keisersnitt ble sett på som en stor seier, og kvinnene mestret dermed komplikasjonene etter en alvorlig fødselsrift bedre (Priddis et al., 2014b, s. 5).

I studien til Huber et al. (2022, s. 4) var det flere kvinner som var gravide igjen eller hadde fått flere barn, etter den alvorlige fødselsriften. De som allerede hadde erfart en ny fødsel, beskrev det som en positiv opplevelse som lindret smertene deres fremfor å forverre den (Huber et al., 2022, s. 4). Graden av evnen til å forestille seg en ny graviditet ble en indikator på hvor godt de håndterte komplikasjonene av fødselsriften (Huber et al., 2022, s. 4).

### *6.1.3 Manglende informasjon og støtte tross et hav av kompetanse*

I samtlige studier viste det seg at opplevelsen av støtte og informasjon fra helsepersonell påvirket hvordan kvinnene håndterte og erfarte den alvorlige fødselsriften. Et flertall opplevde å motta lite informasjon og støtte (Huber et al., 2022, s. 1-7; Johannesson et al., 2022, s. 1-7; Keighley et al., 2016, s. 1-12; Lindqvist et al., 2018, s. 22-28; Lindqvist et al., 2019, s. 36-41;

Priddis et al., 2014a, s. 1-14; Priddis et al., 2014b, s. 1-11; Tucker et al., 2014, s. 377-381). Mangelen på informasjon om hvor omfattende skaden var fikk noen kvinner til å føle seg overlatt til seg selv og sårbar, og flere opplevde utilstrekkelig informasjon om hvordan ivareta seg selv etter fødselen (Lindqvist et al., 2018, s. 25; Lindqvist et al., 2019, s. 38, Priddis et al., 2014a, s. 8; Priddis et al., 2014b, s. 4).

Flere kvinner fortalte at helsepersonell snakket med hverandre under fødselen, men kommuniserte sjeldent direkte med kvinnen (Huber et al., 2022, s. 3; Priddis et al., 2014a, s. 7; Priddis et al., 2014b, s. 4). Etter fødselen opplevde en kvinne å føle seg oversett og beskriver: «I'm guessing they were midwives, they never actually introduced themselves to me, they just came in and propped my legs up and got the stitch, the needle and thread out...» (Priddis et al., 2014b, s. 4).

Noen av kvinnene i studien til Johannesson et al. (2022, s. 4) opplevde utilstrekkelig og motstridende informasjon gitt av ulikt helsepersonell. Det resulterte i følelsen av å være fortapt og usikker i forhold til riften og rekonvalesens etter utskrivelse fra sykehuset (Johannesson et al., 2022, s. 4).

Kvinnene beskrev en positiv opplevelse med kombinasjonen av muntlig og skriftlig informasjon gitt om riften og rehabiliteringen (Johannesson et al., 2022, s. 4). Den positive opplevelsen bidro til at kvinnene følte seg trygge og positiv for videre rekonvalesens (Johannesson et al., 2022, s. 4). Kvinnene i studien til Priddis et al. (2014a, s. 9) etterspurte skriftlig informasjon, gitt som en brosjyre, et hefte eller en nettressurs. Slik informasjon kan gjennomgås i etterkant av utskrivelse, og vil i tillegg være lett tilgjengelig for kvinnenes partnere (Priddis et al., 2014a, s. 9).

Ved utskrivelse beskrev noen at de fikk oppfølging gjennom fremtidige avtaler, mens andre rapporterte at de ikke fikk det (Huber et al., 2022, s. 3; Johannesson et al., 2022, s. 4; Priddis et al., 2014a, s. 7-8). Mange kvinner opplevde støtten og oppfølgingen etter den alvorlige fødselsriften som utilstrekkelig for å møte deres behov (Huber et al., 2022, s. 3; Lindqvist et al., 2018, s. 24; Priddis et al., 2014a, s. 8; Tucker et al., 2014, s. 379). Dette førte til manglende tillit og tiltro til helsevesenet (Lindqvist et al., 2019, s. 38).



Det krevde mye mot fra kvinnene å avsløre sine symptomer og plager, men likevel opplevde ikke alle å føle seg sett og hørt selv om de fikk hjelp fra helsevesenet (Lindqvist et al., 2018, s. 26). Noen kvinner beskrev at plagene ble ignorerte eller forsøkt normalisert, som skapte frustrasjon, skuffelse og motløshet (Lindqvist et al., 2018, s. 26; Lindqvist et al., 2019, s. 38). Derimot følte andre kvinner at de ble møtt med medfølelse og forståelse, som lettet deres byrde (Lindqvist et al., 2018, s. 26). Hjelpen var ofte en nøkkelperson som lyttet, forstod og ga riktig behandling og støtte (Huber et al., 2022, s. 3; Lindqvist et al., 2019, s. 39). Kvinnene beskriver verdien av å motta personlig og medfølende omsorg fra en kjent nøkkelperson, og viktigheten av at informasjonen ble kommunisert på en ærlig og sensitiv måte (Priddis et al., 2014a, s. 8).

#### *6.1.4 Et skadet perineum, en skadet selvtillit*

‘En skadet perineum, en skadet selvtillit’ viser til at alvorlige fødselsrifter med påfølgende plager hadde negativ påvirkning på kvinnenes selvtillit og selvfølelse (Keighley et al., 2016, s. 7; Lindqvist et al., 2018, s. 24; Priddis et al., 2014a, s. 8; Priddis et al., 2014b, s. 4). Kvinnene opplevde følelsen av å ha en endret og skadet kropp som en psykisk påkjenning (Lindqvist et al., 2018, s. 24; Lindqvist et al., 2019, s. 38). Kvinnene opplevde forskjellige grader av barseldepresjon som påvirket selvfølelsen, og bekymringer for hvordan hverdagslivet skulle bli i tiden etter (Lindqvist et al., 2018, s. 24).

Flere kvinner opplevde mestring og aksept i tiden etter den alvorlige fødselsriften, men dette gjaldt ikke alle (Huber et al., 2022, s. 3; Johannesson et al., 2022, s. 5; Keighley et al., 2016, s. 7; Lindqvist et al., 2019, s. 37; Priddis et al., 2014b, s. 7; Tucker et al., 2014, s. 378). Kvinnene som hadde problemer med å akseptere sin nye kropp etter den alvorlige fødselsriften, brukte avstand, fornektelse og kompromiss som mestringsstrategier i hverdagen, mens de strebet etter sitt normale liv (Tucker et al., 2014, s. 379).

Kvinnene i studien til Lindqvist et al. (2019, s. 39) opplevde å komme til et punkt hvor den alvorlige fødselsriften var mindre begrensende. De beskrev stolthet over den sterke kroppen, som hadde klart å komme seg gjennom utfordringene den alvorlige fødselsriften hadde gitt

dem (Lindqvist et al., 2019, s.39). Dette gjaldt stort sett kvinner med full rekonvalesens etter den alvorlige fødselsriften, og en kvinne beskrev: «I feel strong and healed. My body has finally recovered. We made it!» (Lindqvist et al., 2019, s. 39).

#### *6.1.5 Selvpålagt isolasjon – skam og begrensninger*

Mange kvinner opplevde symptomene etter den alvorlige fødselsriften som begrensende for daglige aktiviteter og trening (Huber et al., 2022, s. 4; Johannesson et al., 2022, s. 4; Keighley et al., 2016, s. 8; Lindqvist et al., 2018, s. 24; Lindqvist et al., 2019, s. 39; Priddis et al., 2014b, s. 6; Tucker et al., 2014, s. 380).

Since I cannot move normally, I am very bound to the home and cannot live a normal life with activities, normal daily tasks and meeting other people, which has a negative impact on me. (Lindqvist et al., 2018, s. 24)

Selvpålagt isolasjon ble beskrevet som en måte å håndtere sin begrensede fysiske kapasitet (Priddis et al., 2014b, s. 5; Tucker et al., 2014, s. 380), og i kombinasjon med smertene følte kvinnene seg tryggere hjemme (Lindqvist et al., 2018, s. 24). Inkontinensplagene minimerte kvinnenes ønske om besøk fra familie og venner i fare for sjenerende lukter og mye smerter (Lindqvist et al., 2018, s. 24). De sjenerende plagene resulterte i isolasjon hjemme grunnet skam og frykt for andres avsky (Johannesson et al., 2022, s. 3; Keighley et al., 2016, s. 7; Priddis et al., 2014b, s. 5; Lindqvist et al., 2018, s. 24; Lindqvist et al., 2019, s. 39; Tucker et al., 2014, s. 378-380).

Noen av kvinnene i studien til Huber et al. (2022, s. 3) var redde eller skamfulle for å fortelle andre om plagene, og ble dermed sosialt begrenset og strevde med å be om hjelp. Kvinnene som møtte profesjonell stillhet, med utilfredsstillende informasjon og støtte følte økt skam og isolerte seg ytterligere (Tucker et al., 2014, s. 379). Kvinner i studien til Priddis et al. (2014b, s. 6-7) forteller at ønsket om å ikke uroe partneren var en medvirkende faktor for å skjule plagene og skammen de følte. Andre beskrev å få tilstrekkelig støtte og hjelp av sin partner, og trengte dermed ikke ytterligere hjelp utenfor parforholdet (Huber et al., 2022, s. 3).

## 6.2 Forandringer i kroppen

Resultatene viser at kvinnene opplevde fysiske utfordringer etter den alvorlige fødselsriften, relatert til smerte, seksualitet og rekonvalesens (Huber et al., 2022; Johannesson et al., 2022; Keighley et al., 2016; Lindqvist et al., 2018; Lindqvist et al., 2019; Priddis et al., 2014a; Priddis et al., 2014b; Tucker et al., 2014).

### 6.2.1 «Alt gjorde vondt»

«Alt gjorde vondt» viser at smertene begrenset kvinnene i tiden etter den alvorlige fødselsriften. Priddis et al. (2014b, s. 5) presenterer kvinner med forskjellige opplevelser relatert til smertene etter en alvorlig fødselsrift. Opplevelsen viste seg å påvirkes av kvinnens tidligere smerteerfaringer (Priddis et al, 2014b, s. 5). Førstegangsfødende opplevde smerten relatert til fødselsriften som uventet, og kjente på usikkerhet rundt hvor sterke smerter de burde tolerere (Lindqvist et al., 2018, s. 24; Priddis et al, 2014b, s. 5). Flergangsfødende opplevde å sammenligne opplevelsen av smerte i positiv eller negativ retning, ut fra tidligere erfart fødselsrift (Priddis et al, 2014b, s. 5).

Flere kvinner vurderte smertene ut fra hvorvidt hverdagslivet og hverdagsaktiviteter ble påvirket. Mange av kvinnene opplevde smerten fra den alvorlige fødselsriften som begrensende i hverdagen (Huber et al., 2022, s. 4; Johannesson et al., 2022, s. 5; Keighley et al., 2016, s. 5; Lindqvist et al., 2018, s. 24; Lindqvist et al., 2019, s. 39; Priddis et al, 2014b, s. 5).

U couldn't go to the toilet. I couldn't sit in the car. And I basically couldn't do anything - I was standing up and I was so tired... I could barely even lie down, it hurt that much that I just couldn't think of anything else. (Priddis et al., 2014b, s. 5)

Kvinnene opplevde smerten begrensende i evnen til å ivareta det nyfødte barnet (Lindqvist et al., 2018, s. 24-25; Priddis et al, 2014b, s. 5). Blant annet ble amming utfordrende, da det var vanskelig å finne ammestillinger hvor smertene var håndterbare (Lindqvist et al., 2018, s. 25). Dårlig informasjon fra helsepersonell om smerter og ammestillinger var gjentakende (Lindqvist et al., 2018, s. 25).

It was impossible to sit and breastfeed because of the pain. If I'd known from the start that I could lie down and breastfeed, it would have saved me lots of tears and feelings of being insufficient. I really wanted to breastfeed. (Lindqvist et al., 2018, s. 25)

### *6.2.2 Begrenset som et seksuelt individ*

'Begrenset som et seksuelt individ' belyser kvinnes opplevelse av å føle seg begrenset i den seksuelle relasjonen til partner. Studien til Priddis et al. (2014b s. 4) påpeker at realiteten ikke stod til forventningene kvinnene hadde til den seksuelle relasjonen med partneren etter fødsel. Flere beskrev samleie før fødsel som en spontan hendelse som ga nytelse til begge parter, men etter den alvorlige fødselsriften opplevdes samleie verken spontan eller brakte nytelse (Huber et al., 2022, s. 4; Lindqvist et al., 2018, s. 25; Lindqvist et al., 2019, s. 37-38; Priddis et al, 2014b, s. 6; Tucker et al., 2014, s. 379). På tvers av studiene uttrykker flere kvinner en opplevelse av frykt og skam relatert til inkontinens under samleie (Huber et al., 2022, s. 4; Johannesson et al., 2022, s. 4; Keighley et al., 2016, s. 7; Priddis et al, 2014b, s. 6; Tucker et al., 2014, s. 379). Studien til Keighley et al. (2016, s. 7) beskriver hvordan noen kvinner ikke lengre følte seg attraktive som seksuelle individer, og dette påvirket videre deres seksualitet i etterkant av den alvorlige fødselsriften. En kvinne beskrev: «I do not feel attractive; it strips away your femininity» (Keighley et al., 2016, s. 7).

Kvinnene opplevde frykt for smerte under eller etter samleie, på bakgrunn av den alvorlige fødselsriften (Lindqvist et al., 2018, s. 25; Priddis et al, 2014b, s. 6). Den opplevde smerten var relatert til flere faktorer som friksjon langs arrvevet, samt endringer i genitaliene etter suturering (Lindqvist et al., 2019, s. 38; Priddis et al, 2014b, s. 6).

I can't have sex!! We have tried many times, but it hurt so much that I cry!! It's been eight weeks since the delivery now and I want to be with my husband. But it just isn't possible. It hurts so much that I want to scream!! (Lindqvist et al., 2018, s. 25)

Noen kvinner opplevde tap av tidligere seksualliv etter den alvorlige fødselsriften, mens andre opplevde rask rekonvalesens av symptomene og smertene med påfølgende normalisert

seksualliv (Huber et al., 2022, s. 5; Lindqvist et al., 2019, s. 40). Den reduserte smerten, inklusive aksept for sin nye kropp, gjorde at noen kvinner fant styrke og mot til å bli intime igjen (Lindqvist et al., 2019, s. 40). Andre beskrev samleie etter en alvorlig fødselsrift som noe de gjennomførte basert på «sin plikt», for å tilfredsstille partnerens seksuelle behov (Huber et al., 2022, s. 4; Lindqvist et al., 2018, s. 25; Lindqvist et al., 2019, s. 38; Priddis et al., 2014b, s. 6). Støtte fra partner viste seg å ha en sentral rolle i hvordan kvinnene i studien til Lindqvist et al. (2019) fant tilbake og gjenoppdaget seksuallivet etter den alvorlige fødselsriften. En kvinne beskrev: «We have had to find new positions and it works with some tricks and fix» (Lindqvist et al., 2019, s. 40).

### *6.2.3 Lengselen etter bedring*

‘Lengselen etter bedring’ utforsker kvinnenes opplevelse av den lange og komplekse rekonvalesensen etter den alvorlige fødselsriften. Flere kvinner opplevde å bli overrasket over hvor lang tid kroppen brukte tilbake til habituell tilstand (Lindqvist et al., 2019, s. 37; Priddis et al., 2014b, s. 5). Andre opplevde livet etter den alvorlige fødselsriften som håndterbar og mindre vanskelig enn de først hadde antatt (Johannesson et al., 2022, s. 5).

Noen kvinner opplevde ytterligere komplikasjoner relatert til sin alvorlige fødselsrift (Lindqvist et al., 2018, s. 24). Komplikasjonene kunne være dårlig tilheling av sårflaten, ruptur av suturmaterialet, infeksjoner i riften eller endometritt, og utvikling av fistler og abscesser (Lindqvist et al., 2018, s. 24). De ytterligere komplikasjonene tilførte økt stress for kvinnene i rekonvalesensperioden (Lindqvist et al., 2018, s. 24-25). En kvinne beskriver: «Got some kind of general infection first, with fever, that was treated but then I got urinary infections three times in a short time» (Lindqvist et al., 2018, s. 25).

### *6.2.4 Manglende kontroll over egen kropp*

I samtlige inkluderte studier kom det frem at kvinnene opplevde manglende kontroll over egen kropp grunnet den alvorlige fødselsriften, som inkontinens av flatus, urin og avføring (Huber et al., 2022, s. 3; Johannesson et al., 2022, s. 3; Keighley et al., 2016, s. 7; Lindqvist et al., 2018, s. 24; Lindqvist et al., 2019, s. 39; Priddis et al., 2014a, s. 8; Priddis et al., 2014b, s. 5-6; Tucker et al., 2014, s. 379).

Kvinnene uttrykte en opplevelse av skam og stigma relatert til inkontinens etter den alvorlige fødselsriften (Huber et al., 2022, s. 3; Johannesson et al., 2022, s. 3; Keighley et al., 2016, s. 7; Lindqvist et al., 2018, s. 24; Priddis et al, 2014b, s. 5; Tucker et al., 2014, s. 379). De opplevde det kulturelt upassende å snakke om inkontinenssymptomer, og holdt problemene for seg selv (Huber et al., 2022, s. 3; Lindqvist et al., 2018, s. 24; Lindqvist et al., 2019, s. 39; Priddis et al, 2014b, s. 5).

Like when you're a kid if you pooh your pants, there's this kind of stigma that you're dirty and lazy. And even when you're an adult every time it happened I was just like – oh this is filthy, I'm in my twenties and I can't control myself. I didn't want to talk to anybody about it, I didn't even want to talk to the doctor about it. (Priddis et al, 2014b, s. 5-6)

Tross frykt og skam for sine symptomer var det flere kvinner som til slutt valgte å dele opplevelsen for å få hjelp (Huber et al., 2022, s. 3). En kvinne forteller om hvordan hun ønsker å holde informasjonen om inkontinens etter en alvorlig fødselsrift for seg selv, for å skåne partneren:

I think he would probably understand that it's a sensitive thing. I think that if I had to have surgery I think he'd probably be really sad that I've hidden it. Not that I can't tell him I just don't really want to right now. Because I'm walking around normally and everything seems quite normal, I don't think I need to rock that boat. Priddis et al., 2014b, s. 7)

Kvinnene brukte ulike mestringsstrategier for å akseptere sin nye kropp. Å ha en uforutsigbar kropp resulterte i at mange kvinner opplevde behov for å befinne seg i umiddelbar nærhet av toalett, for å redusere risikoen for uhell (Huber et al., 2022, s. 3; Keighley et al., 2016, s. 7; Lindqvist et al., 2018, s. 24). Noen opplevde hverdagen med inkontinens som håpløs på grunn av den konstante tilpasningen de måtte gjøre, som resulterte i isolasjon (Johannesson et al., 2022, s. 3; Keighley et al., 2016, s. 7; Lindqvist et al., 2019, s. 39; Tucker et al., 2014, s. 379). Andre gjorde aktive tiltak som et forsøk på å forbedre inkontinenssymptomene (Johannesson

et al., 2022, s. 5). Et av tiltakene var trening av underlivsmuskulaturen, gjennom bekkenbunnstrening, som ga kvinnene håp om at kroppen ville normalisere seg (Johannesson et al., 2022, s. 5).

### **6.3 Relasjonell nyorientering**

Noen kvinner opplevde at den alvorlige fødselsriften ikke bare forstyrret det normale livet, men knuste noen av drømmene og forventningene om morsrollen, samt forholdet til partner og det nyfødte barnet (Huber et al., 2022; Johannesson et al., 2022; Keighley et al., 2016; Lindqvist et al., 2018; Lindqvist et al., 2019; Priddis et al., 2014b; Tucker et al., 2014). Kvinnene satt igjen med en følelse av å være mislykket da de ikke klarte å oppfylle sine forventede roller (Huber et al., 2022, s. 5; Johannesson et al., 2022, s. 4; Lindqvist et al., 2018, s. 25). Plagene etter den alvorlige fødselsriften påvirket kvinnes opplevelse av tilknytningen mellom henne og det nyfødte barnet (Huber et al., 2022; Keighley et al., 2016; Lindqvist et al., 2018; Priddis et al., 2014b). Kvinnene opplevde også at parforholdet ble svekket eller styrket på grunn av den alvorlige fødselsriften (Huber et al., 2022; Johannesson et al., 2022; Keighley et al., 2016; Lindqvist et al., 2018; Lindqvist et al., 2019; Priddis et al., 2014b; Tucker et al., 2014).

#### *6.3.1 Morsrollen – det knuste eventyret*

«The Fractured Fairytale» i Priddis et al. (2014b, s. 4) beskriver koblingen mellom forventninger og virkelighet til fødselsopplevelsen og barselperioden for kvinnene. Den problematiske virkeligheten viser seg å påvirke kvinnes forhold til deres nyfødte barn (Priddis et al., 2014b, s. 4; Johannesson et al., 2022, s. 4).

Everything went badly from the start when we came home. You want to be the mother you've expected; it is very stressful not being able to really be present, to not be able to start out a family the way I had imagined. Everything was just broken. For many weeks, the infant reminded me of something that was so traumatic. I cried and could not attach to him though I wanted to. I was ashamed. (Lindqvist et al., 2018, s. 25)

Problemene knyttet til den alvorlige fødselsriften hemmet kvinnes evne til å ivareta det nyfødte barnet på den måten de hadde forventet (Huber et al., 2022, s. 3; Lindqvist et al.,

2018, s. 25). Noen av kvinnene brukte sterke smertestillende for å komme seg gjennom dagen. Dette fikk de til å føle seg ufokuserte og fraværende i samspill med barnet, som hindret tilknytning mellom mor og barn (Lindqvist et al., 2018, s. 25). Andre beskrev behovet for omstendelig suturering etter fødselen, og eventuell operasjon, begrensende for tidlig tilknytning (Lindqvist et al., 2018, s. 25).

En kvinne fra studien til Keighley et al. (2016, s. 7) opplevde å ikke mestre situasjonen med sin nye og skadde kropp etter fødsel. Hennes mestringsstrategi ble å legge skylden på noen, og i dette tilfellet på det nyfødte barnet (Keighley et al., 2016, s. 7). Studien til Tucker et al. (2014, s. 379) viser også at noen kvinner fordelte skyld for å mestre situasjonen de sto i. En av kvinnene beskriver: «I blame my baby» (Keighley et al., 2016, s. 7).

Til tross for at enkelte klandret barnet for den alvorlige fødselsriften, identifiserte de fleste kvinner barnet som det viktigste fokuset under rehabiliteringen (Keighley et al., 2016, s. 8). Kvinnene kjente på mestring og håp gjennom omsorg for barnet (Keighley et al., 2016, s. 9). En kvinne beskriver: «Although my problem was all the result of the birth ... having him and feeding him was a way of taking my mind off the stress» (Keighley et al., 2016, s. 8).

### *6.3.2 Min elskede partner, min klippe*

«Min elskede partner, min klippe» refererer til kvinners opplevelse av behovet for støtte fra partner etter en alvorlig fødselsrift. Studiene viser at kvinnes fødselsopplevelse og barseltid har innvirkning på deres forhold til partneren (Huber et al., 2022, s. 2; Johannesson et al., 2022, s. 3; Keighley et al., 2016, s. 7; Lindqvist et al., 2018, s. 25; Lindqvist et al., 2019, s. 39; Priddis et al., 2014b, s. 4; Tucker et al., 2014, s. 379). Det var stor variasjon i hvor mye kvinnene delte om plager og symptomer med partneren (Keighley et al., 2016, s. 7; Priddis et al., 2014b, s. 6; Tucker et al., 2014, s. 378). Flere opplevde å mestre symptomene bedre dersom de inkluderte sin partner i det de gjennomgikk (Huber et al., 2022, s. 3; Johannesson et al., 2022, s. 4; Lindqvist et al., 2018, s. 24; Lindqvist et al., 2019, s. 37-38; Priddis et al., 2014b, s. 7; Tucker et al., 2014, s. 379).



I eventyrene ender det ofte med «Så levde de lykkelig i alle sine dager». Implisitt i denne slutten er lidenskap, kjærlighet og et seksuelt tilfredsstillende liv (Priddis et al., 2014b, s. 6). For kvinner som har opplevd en alvorlig fødselsrift kan dette eventyret være forstyrret av endringer i det seksuelle og intime forholdet til partneren (Priddis et al., 2014b, s. 6).

På grunn av den kompliserte rehabiliteringen beskrev noen kvinner fullstendig avhengighet av sin partner for å håndtere dagliglivet (Huber et al., 2022, s. 4; Lindqvist et al., 2018, s. 25; Tucker et al., 2014, s. 380). Det innebar ivaretagelse av barnet og eventuelle søsken, matlaging, klesvask, husvask, og noen ganger kvinnens personlige hygiene (Lindqvist et al., 2018, s. 25). En kvinne beskriver: «He is hardly a husband anymore, he is more like a carer» (Keighley et al., 2016, s. 7).

Likevel fremhevet flere kvinner støtten og den delte byrden som styrkende for parforholdet (Huber et al., 2022, s. 4; Keighley et al., 2016, s. 8; Lindqvist et al., 2018, s. 25; Lindqvist et al., 2019, s. 39). Noen beskrev sitt sterke parforhold viktig for tilpasningen for å skape et «nytt» seksualliv bit for bit (Lindqvist et al., 2019, s. 40). En kvinne beskriver: «My loving husband has been a brick» (Keighley et al., 2016, s. 8).

## 7.0 Diskusjon

I dette kapittelet presenteres først paralleller og kontraster i hovedresultatene. I 7.1.1 diskuterer vi kvinners behov for informasjon og støtte etter en alvorlig fødselsrift, mens i 7.1.2 drøftes fysiske begrensinger av alvorlige fødselsrifter og opplevelsen av komplikasjonene som et tabu. Under 7.1.3 diskuterer vi hvordan kvinnene håndterte den psykiske belastningen av den alvorlige fødselsriften og tanker om en ny vaginal fødsel. Videre tar vi for oss metodiske styrker og begrensninger med studien i kapittel 7.2, og implikasjoner for praksis i 7.3.

### 7.1 Resultatdiskusjon

I denne studien har vi sett på kvinners opplevelse etter en alvorlig fødselsrift. Vi inkluderte åtte studier, som presenterte kvinners ulike psykiske, fysiske og relasjonelle opplevelser. Gjennom analyse og syntese fant vi at kvinner ønsker og trenger helhetlig omsorg

– gjennom tilstrekkelig informasjon, oppfølging og ivaretagelse etter en alvorlig fødselsrifi. Her diskuterer vi paralleller og kontraster i hovedresultatene våre opp mot rammeverk, teoretisk forankring og annen forskning. Vi diskuterer først «Helsepersonell – En sentral bidragsyter i ivaretagelsen av kvinnene», da helsepersonellens rolle stod sentralt i alle kvinnenes opplevelse av den alvorlige fødselsriften. Deretter diskuterer vi «Drakampen mellom tabu og normalisering», da fysiske endringer stod sentralt i kvinnenes opplevelse av manglende kontroll på egen kropp, og endringer i det seksuelle partnerskapet. Til slutt diskuterer vi «Alltid lys i enden av tunnelen», som omhandler kvinnenes psykiske velvære, mestringsstrategier og deres tanker om fremtidige fødsler.

### *7.1.1 Helsepersonell – En sentral bidragsyter i ivaretagelsen av kvinnene*

Kvinnene beskrev opplevelsen av støtte og informasjon fra helsepersonell som avgjørende for hvordan de håndterte den alvorlige fødselsriften. Kvinnene opplevde lite informasjon og støtte i etterkant av den alvorlige fødselsriften, og mangelen på informasjon om riftens omfang og egenpleie i barseltiden gjorde at de følte seg overlatt til seg selv og sårbare (Priddis et al., 2014b, s. 4; Lindqvist et al., 2018, s. 25). En kvalitativ studie fra Storbritannia (Bidwell et al., 2021, s. 1807) undersøkte kvinners erfaringer med et systematisert program for oppfølging av kvinner med alvorlige fødselsrifter og fant resultater som samsvarer med våre; Også disse kvinnene opplevde å føle seg sårbare når de mottok utilstrekkelig informasjon fra helsepersonell (Bidwell et al., 2021, s. 1812-1813). Ifølge Verdens helseorganisasjons retningslinjer for barselomsorgen skal kvinner motta informasjon og støtte fra helsepersonell, og kvinners behov skal anerkjennes og respekteres (WHO, 2022). Basert på WHOs retningslinjer har jordmødre dermed ansvar for å informere kvinnene om den alvorlige fødselsriften og eventuelle komplikasjoner som kan oppstå. Gode kommunikative evner hos jordmor er en forutsetning for at jordmødre kan hjelpe kvinnen å bearbeide reaksjoner og mestre situasjonen de står i etter en alvorlig fødselsrifi (Eide & Eide, 2007, s. 166). I kontrast til at de fleste kvinner i vår studie følte seg overlatt til seg selv, var det noen som møtte helsepersonell som lyttet, viste medfølelse og forståelse (Lindqvist et al, 2018, s. 26). En studie av Schmied et al. (2009, s. 1958) beskriver at tydelig og konkret informasjon fra jordmor, samtidig med kontinuitet og avsatt tid, ga bedre grunnlag for håndtering av den alvorlige fødselsriften. At mange kvinner føler på manglende informasjon fra helsepersonell kan grunne

i at jordmødre har stor faglig kunnskap, som kan resultere i bruk av begreper og faguttrykk kvinnen ikke nødvendigvis forstår. Det er dermed sentralt at jordmor tilpasser kommunikasjonen til kvinnenens forståelse for å gi mulighet til å oppnå innsikt i sin helsetilstand, som beskrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2). Kvinner har krav på tilstrekkelig og tilpasset informasjon etter en alvorlig fødselsrifi, og helsepersonell er sentrale i formidlingen av denne informasjonen.

Det var varierende i hvilken grad kvinnene i vår studie opplevde å motta tilstrekkelig informasjon om den alvorlige fødselsriften (Huber et al., 2022; Johannesson et al., 2022; Keighley et al., 2016; Lindqvist et al., 2018; Lindqvist et al., 2019; Priddis et al., 2014a; Priddis et al., 2014b; Tucker et al., 2014). Våre resultater beskrev positive opplevelser dersom de mottok både skriftlig og muntlig informasjon (Johannesson et al., 2022, s. 4). Imidlertid opplevde flere kvinner å kun motta muntlig informasjon, og de etterlyste derfor den skriftlige informasjonen (Priddis et al., 2014a, s. 9). Dette støttes av WHO som anbefaler at skriftlige eller digitale informasjonshefter bør være tilgjengelig for å forberede kvinnene til utreise og lette overgangen til hjemmet (WHO, 2022). Også i Norge foreslår «Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen» og «Veileder i fødselshjelp» at kvinner med en alvorlig fødselsrifi skal motta både skriftlig og muntlig informasjon om den alvorlige riften og rekonvalesensen (Helsedirektoratet, 2014, s. 78; Laine et al., 2020). Den skriftlige informasjonen burde beskrive skaden, mulige plager, råd og videre oppfølging. Resultatene våre gjør seg dermed gjeldende ved at behovet for skriftlig informasjon i form av en brosjyre, hefte eller nettressurs belyses (Priddis et al., 2014a, s. 9). Erfaringene vi har fra praksis er at jordmødre i mange situasjoner vurderer den muntlige informasjonen de har gitt kvinnen før utskrivelse som tilfredsstillende. Derimot kan det være lett å glemme at kvinnene ofte befinner seg i «barselboblen» eller «ammetåke» hvor den muntlige informasjonen gitt på sykehuset ofte blir glemt når de kommer hjem. Ved hjelp av skriftlige ressurser kan kvinnene finne tilbake til informasjonen etter hjemreise fra sykehuset. Sett under ett så samsvarer forskning, retningslinjer og våre resultater om at det er fordelaktig at kvinner mottar både muntlig og skriftlig informasjon om den alvorlige fødselsriften.

Behovet for informasjon var et aspekt for hvordan helsepersonell kan bidra med for å ivareta kvinner etter en alvorlig fødselsrifi. For øvrig har helsepersonell også ansvar for at kvinnen blir

tilstrekkelig fulgt opp innenfor helsevesenets instanser etter den alvorlige fødselsriften. Noen kvinner i vår studie hadde planlagte avtaler ved utreise, men de fleste rapporterte om manglende oppfølging (Huber et al, 2022, s. 3; Johannesson et al., 2022, s. 4; Priddis et al., 2014a, s. 7-8). Den utilstrekkelige oppfølgingen kan blant annet grunne i utydelige retningslinjer. En Review-studie fra Roper et al. (2020) tok for seg ni nasjonale retningslinjer for oppfølging av kvinner etter en alvorlig fødselsrift. De foreslo at kvinner burde få tilfredsstillende og lik behandling ved å etablere globale retningslinjer (Roper et al., 2020, s. 2247). I en annen studie gjort av Berg og Sahlin (2020) hvor formålet var å kartlegge oppfølging og behandling av analsfinkterskader de to første årene etter fødsel, presenteres et forslag om et objektivt scoringssystem for oppfølging etter alvorlige fødselsriften. Dette scoringssystemet skal vurdere alvorlighetsgrad, samt utvikling av komplikasjoner. Ved hjelp av dette kan flere kvinner bli tidlig henvist til videre vurdering, utredning og behandling (Berg & Sahlin, 2020). I Norge er det foreslått kontroll hos jordmor eller fastlege fire til seks uker etter fødsel som skal være rettet mot kvinnens fysiske og psykiske helse (Helsedirektoratet, 2014, s. 70). Hensikten er å fange opp kvinner med behov for videre oppfølging, samt gi støtte og omsorg i en utfordrende tid (Helsedirektoratet, 2014, s. 70). I tillegg anbefales det både i «Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen» (Helsedirektoratet, 2014, s. 78) og i «Veileder i fødselshjelp» (Laine et al., 2020) fysioterapi og videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten i etterkant av en alvorlig fødselsrift. Kvinnene i vår studie opplevde å bli tatt på alvor og få nødvendig hjelp dersom de hadde en oppfølgingsplan (Johannesson et al., 2022, s. 3). Ved å motta oppfølging følte kvinnene seg godt informerte, og de fikk besvart eventuelle spørsmål de måtte ha (Johannesson et al., 2022, s. 4). Etersom våre resultat ikke inneholder data fra Norge, kan det være vanskelig å trekke paralleller mot norsk anbefaling for etterkontroller. Behovet for mer oppfølging i helsevesenet av kvinner med en alvorlig fødselsrift tydeliggjøres både gjennom våre resultater, men også gjennom annen forskning. Oppsummert vil globale retningslinjer, med for eksempel kvantitative scoringverktøy, kunne optimalisere oppfølgingen av kvinner med alvorlig perinealskade, og samtidig forebygge at kvinner går ubehandlet.

### *7.1.2 Drakampen mellom tabu og normalisering*

Metasyntesen viste at en alvorlig fødselsrift kunne føre til isolasjon, da inkontinenssymptomene kunne være sjenerende, oppleves tabubelagte og vanskeliggjøre hverdagslivet. Kvinnene opplevde at de fysiske begrensningene påvirket dagliglivet. De sjenerende inkontinensproblemene resulterte i selvpålagt sosial isolasjon, grunnet skam og frykt for andres avsky (Priddis et al., 2014b, s. 5; Lindqvist et al., 2018, s. 24; Lindqvist et al., 2019, s. 39; Tucker et al., 2014, s. 378-380; Johannesson et al., 2022, s. 3; Keighley et al., 2016, s. 7). En kvalitativ Review-studie av Garcia et al. (2005) utforsket dynamikken i stigmatiseringen av inkontinens i mellommenneskelige interaksjoner. Resultatene fra studien beskrev i likhet med våre funn at personer med inkontinens opplevde symptomene som tabubelagte og sjenerende (Garcia et al., 2005, s. 39-40). Den konstante frykten for lukt på grunn av inkontinens kan føre til et behov for å alltid ha toalett tilgjengelig, og var dermed en annen faktor for at kvinnene isolerte seg hjemme (Feiring, 2016). Isolasjon kan føre til nedstemthet i barseltiden, og kan være en risikofaktor for nedsatt selvtillit og selvfølelse, samtidig kan det gi kvinnene nedsatt livskvalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 3). Inkontinenssymptomene påvirket kvinnene i vår studie i ulik grad. På en side opplevde kvinnene håpløshet grunnet den konstante tilpasningen de måtte gjøre i hverdagen (Johannesson et al., 2022, s. 3; Keighley et al., 2016, s. 7; Lindqvist et al., 2019, s. 39; Tucker et al., 2014, s. 379), mens på den andre siden opplevde andre inkontinenssymptomene som forventet (Huber et al., 2022, s. 3). Her tok kvinnene i bruk mestringsstrategier som problemfokusert mestring, ved å isolere seg i hjemmet fremfor å utøve daglige aktiviteter, samt følelsesfokusert mestring ved å regulere den emosjonelle responsen med nedstemthet som de fikk av å isolere seg (Lazarus & Folkman, 1984, s. 179). I noen tilfeller førte likevel ikke mestringsstrategiene til at kvinnene opplevde mestring. Resultatene våre kan være et uttrykk for at noen kvinner er mer opplyst enn andre om inkontinensplager ved alvorlige fødselsrifter, og vil dermed oppleve plagene som forventet. Helsepersonell må adressere behovet for å snakke om inkontinensplager, for å kunne normalisere det som for mange i dag oppleves som et tabubelagt samtaleemne. Det burde opplyses om at kvinner kan oppleve inkontinensproblemer etter en fødsel, og spesielt ved alvorlige fødselsrifter. Åpenhet rundt inkontinens kan være medvirkende til å redusere skam og tabu, og redusere konsekvensene den alvorlige fødselsriften kan ha for kvinnenes psykiske helse og sosiale liv.

For kvinner med en alvorlig fødselsrift kan samlivet mellom kvinnen og hennes partner være forstyrret av endringer i det intime og seksuelle forholdet. I en studie der hensikten var å utforske faktorer som påvirket kvinner og menns seksualitet postpartum, fant de at parforholdet og det seksuelle forholdet ble påvirket av flere faktorer etter en fødsel (Drozdowskyj et al., 2020). Blant faktorene var endringer i de forventede rollene, endringer i genitaliene, og nedsatt selvfølelse fremtredende faktorer som kunne forstyrre samlivet. Funnene underbygger våre resultater hvor vi så at en alvorlig fødselsrift kunne ha negativ innvirkning på parforholdet, da kvinnene beskrev vegring for samleie grunnet frykt for smerter eller inkontinensplager (Huber et al., 2022, s. 4; Keighley et al., 2016, s. 7; Lindqvist et al., 2018, s. 25; Lindqvist et al., 2019, s. 39; Priddis et al., 2014b, s. 6; Tucker et al., 2014, s. 379). Spontaniteten eller nytelsen i forbindelse med samleie var fraværende for flere, på grunn av behov for planlegging med toalettbesøk i forkant eller profylaktisk smertestillende. Likevel gjennomførte noen kvinner samleie basert på plikten som partner (Huber et al., 2022, s. 4; Lindqvist et al., 2018, s. 25; Lindqvist et al., 2019, s. 38; Priddis et al., 2014b, s. 6). Dette til tross for at WHO (2010) beskriver at å leve i en parrelasjon ikke betyr at en part har plikt til å tilfredsstille den andre, på bekostning av egen opplevelse. For øvrig har begge partene ofte behov for bekreftelse og intimitet (Haaland, 2017, s. 154). Haaland (2017, s. 154) trekker frem at paret kan ta i bruk andre former for bekreftende handlinger som kysning og klemming, med fokus på sensualiteten fremfor seksualitet i perioden hvor samleie ikke viser seg aktuelt. Ved å trekke seg tilbake fra nærhet og seksuell intimitet kjente noen av kvinnene i vår studie på følelsen av å være en dårlig partner, og at de ikke oppfylte sine forventede roller som kvinne (Johannesson et al., 2022, s. 4; Keighley et al., 2016, s. 7; Lindqvist et al., 2018, s. 25; Tucker et al., 2014, s. 380). Våre resultater viser at noen kvinner opplever tap av seksuell identitet etter en alvorlig fødselsrift (Keighley et al., 2016, s. 7). Dette kan sees i sammenheng med at spesielt inkontinensproblemer fikk noen kvinner til å føle seg skitne og mindre attraktive i møtet med partner (Huber et al., 2022, s. 4; Johannesson et al., 2022, s. 4; Keighley et al., 2016, s. 7; Priddis et al., 2014b, s. 6; Tucker et al., 2014, s. 379). Andre opplevde et bedret seksualliv ved å bli mer kreativ i variasjonen av stillinger for å tilfredsstille sin «nye» kropp, eller bedret seksualopplevelse grunnet mer sensitivitet i genitaliene (Huber et al., 2022, s. 5; Lindqvist et al., 2019, s. 40). Selv om seksuallivet med partner ofte begrenses etter en alvorlig fødselsrift, kan nærheten og sensualiteten ivaretas gjennom annen fysisk kontakt. Det er viktig å normalisere at rekonvalesenstiden etter en fødselsrift er individuell,

og det er ulikt hvor raskt kvinnen og paret føler seg klar for å utforske intimiteten og det seksuelle forholdet med en «ny» kropp og nye roller.

### *7.1.3 Alltid lys i enden av tunnelen*

En alvorlig fødselsrift påvirker kvinnens psykiske velvære. I våre resultater fant vi at en alvorlig fødselsrift var en stor psykisk påkjenning for kvinnene (Huber et al., 2022, s. 2; Johannesson et al., 2022, s. 4; Keighley et al., 2016, s. 7; Lindqvist et al., 2018, s. 23; Lindqvist et al., 2019, s. 39; Priddis et al., 2014a, s. 9; Priddis et al., 2014b, s. 4; Tucker et al., 2014, s. 378). En studie fra Shoorab et al. (2019) beskriver i likhet med våre resultater at de fysiske plagene etter en alvorlig fødselsrift kunne gi store psykiske plager som påvirket kvinnene negativt. Studien ønsket å utforske kvinners emosjonelle rekonvalesens etter en alvorlig fødselsrift (Shoorab et al., 2019). Kvinnene følte på økt psykisk velvære når deres fysiske problemer var i bedring og de var i stand til å utføre dagligdagse aktiviteter (Shoorab et al., 2019). Belastningen den alvorlige fødselsriften medførte kan beskrives som psykisk stress for kvinnene. Psykisk stress er krevende forhold som kan belaste eller overskride enkeltpersonens ressurser, eller sette personens velvære i fare (Lazarus & Folkman, 1984, s. 21). Dersom kvinnen opplevde å håndtere den økte belastningen den alvorlige fødselsriften medførte, kunne hun oppleve en positiv utvikling i sin psykiske helse. Denne positive utviklingen kunne gi kvinnen en følelse av å mestre den sårbare livssituasjonen hun er i (Lazarus & Folkman, 1984, s. 21). Derimot kunne kvinner som opplevde å ikke håndtere den økte belastningen, kjenne på et nederlag. Kvinnens psykiske ressurser la grunnlaget for hvorvidt kvinnen tålte den psykiske belastningen av den alvorlige fødselsriften. Det å utvide familien kunne være en psykisk belastning i seg selv da det førte med seg nye roller og bekymringer, og selv om kvinnen hadde barn fra før ville dynamikken i familien endres (Venheim, 2017, s. 604). Flere kvinner i vår studie oppga at påkjenningene etter den alvorlige fødselsriften omhandlet å ikke gjenkjenne seg som personen de pleide å være, og plagene påvirket kvinnenes selvtillit og selvfølelse negativt (Keighley et al., 2016, s. 7; Lindqvist et al., 2018, s. 24; Priddis et al., 2014b, s. 4). Totalt sett vil dermed hver enkelt kvinnes ressurser legge grunnlag for hvorvidt hun opplever mestring i møte med den psykiske belastningen en alvorlig fødselsrift gir.

Kvinnene hadde ulik opplevelse av mestring eller håpløshet i tiden etter den alvorlige fødselsriften. Mestring har to overordnede funksjoner ifølge Lazarus og Folkman (1984, s. 179), og det er problemfokustert- eller følelsesfokustert mestring. Når kvinnene håndterer eller endrer situasjonen som skaper stress kalles det problemfokustert mestring, mens når kvinnene regulerer den emosjonelle responsen til situasjonen kalles det følelsesfokustert mestring (Lazarus & Folkman, 1984, s. 179). Det var stor variasjon i våre resultater i hvordan kvinnene opplevde å mestre livet med en skadet kropp etter den alvorlige fødselsriften. Det strakk seg fra ytterpunktene isolasjon, tap av selvtillit og fordeling av skyld, til aksept og mestring (Priddis et al, 2014a, s. 1-11; Lindqvist et al., 2018, s. 22-28; Lindqvist et al., 2019, s. 36-41; Priddis et al., 2014b, s. 1-14; Tucker et al., 2014, s. 377-381; Johannesson et al., 2022, s. 1-7; Keighley et al., 2016, s. 1-12; Huber et al., 2022, s. 1-7). Variasjonen i resultatene kan være grunnet i at kvinner har ulike utgangspunkt og håndteringsmåter for atferdsmessige og kognitive anstrengelser, for å kunne oppleve mestring relatert til det indre og ytre stresset en alvorlig fødselsrift medbringer (Lazarus og Folkman, 1984, s. 141). Sosial- og helsedepartementet (2006, s. 3) beskriver at en alvorlig fødselsrift kan føre til redusert livskvalitet, og affisere kvinnen fysisk, psykisk og sosialt. En kvalitativ studie av Haga et al. (2012) forsket på hvordan noen kvinner opplever overgangen til å bli mor som følelsesmessig belastende, at de fleste følte en viss grad av depresjon i morsrollen. De trakk frem at kvinner som ønsket å beholde kontrollen og hadde en detaljert forventning i møte med den ukjente morsrollen, hadde en større fallgrube for opplevelse av mindre mestring, enn kvinner med mer avslappede forventninger (Haga et al., 2012, s. 460). Kvinnene i vår studie som opplevde utfordringer med å akseptere kroppen etter den alvorlige fødselsriften kunne bruke avstand, fornektelse og kompromiss som mestringsstrategier, mens de strebet etter sitt normale liv (Tucker et al., 2014, s. 379). Karaktertrekk ved disse kvinnene var at de trolig hadde en for detaljert forventning til morsrollen og var vant til å ha kontroll, slik som Haga et al. (2020) beskrev. Resultater fra vår metasyntese viser i likhet med Haga et al. (2012, s. 460) også kvinner som hadde avslappede forventninger uten det akutte behovet for kontroll. Dette var kvinner som opplevde at smerten og ubehaget etter den alvorlige fødselsriften var håndterbar og ikke påvirket deres dagligliv i særlig grad. De opplevde mestring fordi de følte at når de lyttet til kroppen klarte de å håndtere symptomene innenfor det de opplevde som "not so bad after all" (Johannesson et al., 2022, s. 5). Det at den sterke kroppen hadde gjennomgått et svangerskap og en fødsel, fikk noen kvinner til å kjenne på stolthet til tross for den alvorlige



fødselsriften (Lindqvist et al., 2019, s. 39). Alt i alt brukte kvinnene ulike mestringsstrategier for å akseptere og leve med sin nye kropp, og det var ulikt i hvilken grad de oppnådde mestring eller følte på håpløshet.

Komplikasjonene ved alvorlige fødselsrifter påvirker kvinnenes tanker om senere vaginale fødsler, og resultatene våre viste variasjon i forventningene om en ny fødsel (Huber et al., 2022, s. 4; Lindqvist et al., 2018, s. 25; Lindqvist et al., 2019, s. 39; Priddis et al., 2014a, s. 9; Priddis et al., 2014b, s. 5; Tucker et al., 2014, s. 379). Noen av kvinnene ønsket lovnad om at de ikke ville få en ny alvorlig fødselsrift ved neste fødsel, og da helsepersonell ikke ga lovnaden krevde de keisersnitt i stedet for å føde vaginalt (Huber et al., 2022, s. 4; Lindqvist et al., 2019, s. 39). Ettersom en fødsel med en alvorlig fødselsrift kan defineres som en tidligere traumatisk fødsel, vil det derfor være en medisinsk indikasjon for å kunne få innvilget planlagt keisersnitt (MacSali et al., 2022). For øvrig sier «Veileder i fødselshjelp» at forløsningsmetode i neste fødsel bør diskuteres med kvinnen, men samtidig vil grad av analinkontinens påvirke forløsningsmetode (Laine et al., 2022). Veilederen sier at dersom kvinnene ikke har inkontinensplager eller defekter i analsfinkter anbefales det vaginal fødsel, og hele 90 % av kvinner med en tidligere alvorlig fødselsrift føder vaginalt uten å få en ny alvorlig fødselsrift (Laine et al., 2022). Altså vil 9 av 10 kvinner med en tidligere alvorlig fødselsrift statistisk sett ikke få en ny ved neste vaginale fødsel, og dette kan brukes som en motivasjon for å støtte kvinnen til å føde vaginalt. Også informasjon om mulige komplikasjoner ved keisersnitt kan gi kvinnen økt motivasjon for en ny vaginal fødsel. Schmied et al. (2009, s. 1853) har gjennomført en studie med formål om å forbedre kvaliteten og innholdet i barselomsorgen, og støtter «Veileder i fødselshjelp» ved å beskrive at helsepersonell bør ivareta kvinnens medbestemmelse og tilrettelegge for individuell behandling. Bakgrunnen for at noen kvinner i metasyntesen vår ønsket en lovnad fra helsepersonell kan basere seg på at situasjonen oppleves å være utenfor deres kontroll, og kvinnene tar dermed i bruk mestringsstrategier for å gjøre situasjonen mer kontrollerbar (Lazarus & Folkman, 1984, s. 179). Graden av evnen til å forestille seg en ny vaginal fødsel ble en indikator for hvor godt kvinnene i vår studie håndterte den alvorlige fødselsriften (Huber et al., 2022, s. 4). Noen mestret tanken om en ny graviditet og vaginal fødsel, mens for andre opplevdes det utenkelig (Huber et al., 2022, s. 4; Lindqvist et al., 2019, s. 38-39). Selv om mange kvinner i vår studie opplevde frykt for å føde vaginalt etter den alvorlige fødselsriften, var det noen som ikke hadde negative assosiasjoner

til vaginale fødsler, tross komplikasjonene de opplevde (Huber et al., 2022, s. 5; Lindqvist et al., 2018, s. 25; Priddis et al., 2014b, s. 5). Årsaken var at de opplevde den vaginale fødselen som en seier i seg selv, grunnet tidligere gjennomgått keisersnitt. For disse kvinnene var keisersnittet mer utfordrende enn den alvorlige fødselsriften. Den tydelige variasjonen i kvinners tanker rundt en ny vaginal fødsel, belyser behovet for en fødselsomsorg med fokus på informasjon og medbestemmelse – som gjør at kvinnene føler seg sett og ivaretatt.

## **7.2 Metodediskusjon**

Validitet er et sentralt begrep når vi skal finne ut om metoden er relevant og svarer på det den faktisk skal undersøke (Polit & Beck, 2021, s. 154). Validitet er et kvalitetskriterium for forskning, som henviser til i hvilken grad valgene i studien er nøyaktige og etablerte (Polit & Beck, 2021, S. 154). Det skilles mellom intern validitet (troverdighet) og ekstern validitet (overførbarhet) (Christoffersen et al., 2020, s. 25). Med tanke på validitet er de empiriske dataene som er samlet inn ikke selve virkeligheten, men representerer deler av virkeligheten (Christoffersen et al., 2020, s. 24). Utsagnet underbygges av vår vitenskapsteoretiske forankring med hermeneutisk-fenomenologi og den hermeneutiske sirkel (Christoffersen et al., 2020, s. 54-55; Polit & Beck, 2021, s. 479). Den beskriver at vi kan forstå helheten av et fenomen gjennom å se på en del, og forstå en del av et fenomen ved å se på helheten. I dette kapittelet har vi diskutert metodevalgene våre i lys av intern og ekstern validitet.

### *7.2.1 Intern validitet*

Intern validitet (troverdighet) er et begrep som brukes innen kvalitativ forskning og stiller krav til metasyntesens metodiske valg og resultat. Intern validitet omhandler i hvilken grad resultatene er gyldige for det fenomenet og utvalget som er undersøkt (Patino & Ferreira, 2018, s. 183), og i vår studie er utvalget og fenomenet kvinner med alvorlige fødselsrifter.

Fra masterprosjektets begynnelse hadde vi fokus på å gjøre studien troverdig ved å gå inn i prosessen med åpne øyne og objektivitet. Objektivitet er når flere uavhengige forskere kommer frem til de samme utfallet av et tema eller fenomen (Polit & Beck, 2021, s. 168). Objektivitet kan sammenlignes med Malteruds beskrivelse av uavhengighet (Malterud, 2017, s. 114), hvor idealet er at dersom to forskere følger samme fremgangsmåte skal de komme

frem til samme resultat. Gjennom prosessen var vi observant på å ikke mistolke eller ta datamaterialet ut av kontekst (Malterud, 2017, s. 136-137). Likevel kan vår tolkning av datamaterialet være påvirket av forforståelse og tidligere erfaringer, og kan betraktes som en begrensning (Christoffersen et al., 2020, s. 53; Olsvik, 2016, s. 101; Polit & Beck, 2021, s. 570). I kvalitativ forskning blir refleksivitet brukt for at forskere skal unngå at egenlevde synspunkter og situasjoner påvirker tolkningen av datamaterialet (Polit & Beck, 2021, s. 156). Dette var en prosess hvor vi reflekterte og vurderte underveis hvilke verdier som kunne hatt en innvirkning på forskningsprosessen. Forforståelsen kan forme resultatene, og forskere må gjennom refleksivitet overveie forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen (Malterud, 2002). Vi har vært så transparente som mulig, gjennom detaljert beskrivelse av vår prosess fra utforming av søkestrategi til utførelse av analysetrinnene. Dette mener vi kan bidra til å øke validiteten av våre funn, og gjør det lettere for lesere å kritisk vurdere vår forskningsmetodiske bakgrunn (Christoffersen et al., 2020, s. 25).

Vår problemstilling har klinisk betydning innenfor jordmorfaget. Problemstillingen ble revidert flere ganger, både oss mellom og i faglige sammenhenger. Revideringen er en styrkende prosess for masteroppgaven, da vi arbeidet oss frem mot den mest aktuelle problemstillingen for forskningsprosjektet (Malterud, 2017, s. 43). Det finnes begrensede mengder forskning på kvinners opplevelse etter en alvorlig fødselsrifting, og vi hadde derfor ikke mulighet til å sette en tidsbegrensning for når kvinnene opplevde komplikasjonene etter riftingen. Dette kan være en begrensning for studien. Samtidig kan det være styrkende da inkluderte studier ga bredde i datamaterialet fra å omfatte opplevelser hos kvinner direkte etter den alvorlige fødselsriftingen, og frem til 20 år etter. Vi kan trekke frem den strukturerte søkeprosessen som en styrke i studien, da andre forskere kan gjøre tilsvarende søk. I oppstartsfasen ble andre former for metode diskutert, men sammen med veiledere kom vi frem til at metaetnografi ga oss en grundig og dyp forståelse av problemstillingen. Den valgte analysemetoden til Noblit & Hare (1988, s. 26), som referert og beskrevet av Malterud (2017, s. 79), gjorde prosessen mot resultatene strukturert og detaljert.

Vi tok i bruk Cinahl, Medline Ovid og Embase Ovid som i litteratur er beskrevet som relevante databaser for vår problemstilling og forskningstema, samt anbefalt av bibliotekar på HVL (Lund et al., 2014, s. 39; Malterud, 2017, s. 52). Valget falt på disse da de dekker en stor bredde

sykepleie- og jordmorfaglig forskning og inneholder mange kvalitative studier. Ved å avgrense søket til kun tre databaser, kan det føre til at enkelte studier ikke ble fanget opp. Likevel vil de tre valgte databasene trolig identifisere studier som er publisert under mindre databaser grunnet likt grensesnitt. På bakgrunn av det samme grensesnittet valgte vi derfor å ikke kjøre søk i de mindre databasene. Prøvesøkene i starten av prosjektet var ulik for hvert søk, men etter veiledning med bibliotekar kjørte vi identiske søk i de ulike databasene. Prosessen gjorde oss mer strukturert som forskere, og bidro til å gjøre studien mer relevant og gyldig (Polit & Beck, 2021, s. 153-154).

Vi tok i bruk 'limits' i søkene relatert til utgivelsesår og «specificity» på primærstudiene. «Qualitative (high specificity)» og «Qualitative (maximize specificity)» ble brukt for å gjøre en mer spesifikk utvelgelse av primærstudiene da vi ønsket en effektiv søkestrategi. Søkestrategien styrker den interne validiteten, da den identifiserte relevante studier og luket bort irrelevante treff, ved å ha søkeord som konkret beskrev populasjon og utfall (Malterud, 2017, s. 47-50). Selv om anatomien hos fødekvinne er uendret, har det derimot de siste ti årene vært endringer i anbefalinger om diagnostisering, oppfølging og behandling av alvorlige fødselsrifter (Laine et al., 2020). Derfor anser vi avgrensning av utgivelsesår til de siste ti årene som relevant og styrkende for studiens interne validitet.

En annen styrke for studiens interne validitet var analyseprosessens individuelle forarbeid, før vi i fellesskap vurderte likheter og ulikheter. Primærstudiene ble nærløst gjentatte ganger av begge forfattere for å identifisere alle tema og metaforer. Videre i analyseprosessen brukte vi begges kreative sider og arbeidet sammen mot en ny forståelse og ny mening til kvinnenes opplevelser relatert til den alvorlige fødselsriften, som resulterte i «Lines of argument». Her trakk vi en logisk forbindelse mellom hovedfunnene fra de tidligere analysetrinnene, fra rike og komplekse data (Malterud, 2017, s. 78). Dermed fant vi en måte å rekontekstualisere og sammenfatte resultatene, og samtidig løfte funnene til et nytt nivå (Malterud, 2017, s. 85).

### *7.2.2 Ekstern validitet*

Når den interne validiteten av studien er etablert, altså man vurderer resultatene til å være gyldige og korrekte for en gitt populasjon for et fenomen, kan vi som forskere gå videre til å

vurdere studiens eksterne validitet (Akobeng, 2008, s. 281; Patino & Ferreira, 2018, s. 183). Ekstern validitet (overførbarhet) er et viktig kriterium i kvalitative studier, og uttrykker i hvilken grad resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner (Malterud, 2017, s. 124; Polit & Beck, 2021, s. 157). Grad av overførbarhet avhenger av hvilket fenomen som forskes på, og hvor godt formidlet studien er.

Primærstudiene inkluderer kvinner fra Sverige, Australia, Storbritannia og Irland. Til tross for at ingen av de åtte inkluderte studiene er norsk, vurderer vi resultatene til å være overførbar til norsk praksis. For det første er oppbygningen av helsevesenet i de respektive landene relativt likt som det norske helsevesenet, og for det andre defineres alle fire landene som høyinntektsland. Med tanke på ekstern validitet vil disse avdekte likhetene være styrkende for studien. På en annen side er ofte opplevelser subjektive, og kvinners opplevelser av en alvorlig fødselsrifi trenger nødvendigvis ikke å påvirkes av hvilket land hun bor i. Likevel vil det være ønskelig med videre forskning på kvinners erfaringer med alvorlige fødselsrifer i Norge. Forskning på norske kvinner kan være mer beskrivende og representativ for det norske helsevesenet, og kan dermed gi oss en pekepinn på hvordan norske retningslinjer eventuelt kan videreutvikles for å hjelpe kvinner med alvorlige fødselsrifer. I likhet med studien til Roper et al. (2020) sier vi oss enige i at det trolig er et behov for globaliserte anbefalinger og retningslinjer innenfor fødsel- og barselomsorgen.

Selve tidsperioden for når kvinnene ble intervjuet etter hun fikk den alvorlige fødselsriften varierte i de ulike inkluderte primærstudiene. Eksempelvis presenterte Lindqvist et al. (2018) opplevelser av kvinner to måneder etter de hadde fått den alvorlige fødselsriften, mens Lindqvist et al. (2019) presenterer kvinners opplevelser et år etter den alvorlige fødselsriften. På bakgrunn av variasjonen i tidsperioden etter den ervervede alvorlige fødselsriften, kan det skape variasjoner i opplevelsene kvinnene hadde og kan bidra til at funnene i studiene er mindre sammenlignbare. På en annen side kan det skape positiv variasjon i resultatene. Flere unike opplevelser både på kort og lang sikt etter en alvorlig fødselsrifi, kan gi et bredere resultat og kan gjøre resultatene mer overførbare.

### **7.3 Implikasjoner for praksis**

Metasynthesen vil kunne gi helsepersonell i større grad enn tidligere innsikt i behovene som ligger hos kvinner etter en alvorlig fødselsrifi. Denne gruppen kvinner er en sårbar og ofte uidentifisert gruppe som jordmødre kan møte i sitt arbeid. Studien kan bidra til å belyse behovet for helhetlig omsorg – gjennom å informere, følge opp og ivareta den sårbare gruppen kvinner.

Studien viser at god støtte, informasjon og oppfølging i etterkant av en alvorlig fødselsrifi, kan gi helsegevinst. Helsehjelp som dreier seg mer mot helsefremming og forebygging kan forhindre komplikasjoner på lang sikt. Eksempelvis viser studien vår at når kvinnene følte seg godt ivaretatt, kunne forekomsten av fødselsangst reduseres. Det kan igjen resultere i færre keisersnitt med påfølgende helseøkonomisk gevinst. Med andre ord kan det i det lange løp lønne seg å sette inn ressurser tidlig for å fremme normale fødselsforløp uten større inngrep. Kvinnene kan bli mer rustet for hjemreise og liggetiden på barselavdelingene kan bli begrenset. Vi ser i dag en trend om at sykehusene ønsker å skrive ut fra barselavdelingene tidligere enn før, og da kreves det at kvinnene er fysisk og psykisk klar for å ivareta seg selv og barnet ved utskrivelse.

## 8.0 Konklusjon

Vår metasyntese har analysert og syntetisert kvalitativ forskning for å bidra til en større innsikt i kvinners opplevelse av en alvorlig fødselsrifi. For enkelte er prosessen fra fødsel til en restituert kropp, lang og krevende etter en alvorlig fødselsrifi. Vi har belyst kvinners behov for helhetlig omsorg – gjennom å bli informert, ivaretatt og fulgt opp.

Våre funn indikerer at kvinnene trengte støtte og informasjon fra helsepersonell, for at de i best mulig grad var rustet til å ivareta seg selv og det nyfødte barnet etter utreise fra sykehuset. Kvinner etterlyste også mer oppfølging i månedene og årene etter fødsel. Studien vår belyser at kvinnene opplevde inkontinensplagene og et redusert seksualliv som sjenerende og tabubelagt. Åpenhet og støtte fra helsepersonell og omgangskrets, kan lette kvinnenens psykiske belastning. Resultatene våre viser også at kvinnene brukte ulike mestringsstrategier for å håndtere den alvorlige fødselsriften. Noen opplevde riftenes påvirkning som forventet, mens andre var overrasket over påvirkningen fødselsriften hadde på dagliglivet.

Våre funn indikerer at dersom kvinnene møter helsepersonell som er profesjonell, men samtidig medføleende og forstående, kan det bidra til mestringsfølelse og kan gi økt opplevelse av ivaretagelse.

# Referanseliste

- Akobeng, A. K. (2008). Assessing the validity of clinical trials. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 47(3), 277-282.
- Backe, B. (2017). Svangerskapets anatomi og fysiologi. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. Utg.) (s. 225-246). Cappelen Damm Akademisk.
- Berg, M. R. & Sahlin, Y. (2020) *Oppfølging ved skader av analsfinkter etter fødsel*. Tidsskriftet den norske legeforening. doi: 10.4045/tidsskr.19.0361.  
<https://tidsskriftet.no/2020/01/originalartikkel/oppfolging-ved-skader-av-analsfinkter-etter-fodsel>
- Bidwell, P., Sevdalis, N., Silverton, L., Harris, J., Gurol-Urganci, I., Helleyer, A., Freeman, R., Meulen, J. V. D., Thakar, R. (2021). Women's experiences of the OASI Care Bundle; a package of care to reduce severe perineal trauma. *International urogynecology journal*, (s. 1-10). doi: [10.1007/s00192-020-04653-2](https://doi.org/10.1007/s00192-020-04653-2)
- Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenkning i et kvinnefag: Teori, empiri og metode*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Brunstad, A., Nilsen, A. B. V., & Aasheim, V. (2007). Forløsningspraksis og fødselsrifter: Jordmødres erfaringer. *Vård i Norden*, 27(2), (s. 9-13).
- Chalmers, B., Mangiaterra, V. & Porter, R. (2001). WHO principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*, 28(3), (s. 202-207).
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2020). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.
- Crafter, H. & Gordon, C. (2020). Problems Associated with Early and Advanced Pregnancy. I J. Marshall & M. Raynor (Red.), *Myles Textbook for Midwives* (s. 309-334). Elsevier Limited.
- Crist, J. D. & Tanner C. A. (2003) "Interpretation/Analysis Methods in Hermeneutic Interpretive Phenomenology". *Nursing Research*.  
[https://journals.lww.com/nursingresearchonline/fulltext/2003/05000/interpretation\\_analysis\\_methods\\_in\\_hermeneutic.11.aspx](https://journals.lww.com/nursingresearchonline/fulltext/2003/05000/interpretation_analysis_methods_in_hermeneutic.11.aspx)
- Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP Qualitative Studies Checklist*.



<https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

Darmody, E. & Bradshaw, C. (2020). Women's experience of obstetric anal sphincter injury following childbirth: An integrated review. *Midwifery*, 91, 102820.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Forskningsetikk.no.

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*.

Forskningsetikk.no. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009, 05. mai). *Nürnbergkodeksen*.

Forskningsetikk.no. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/nurnbergkodeksen/>

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (2010, 15. januar). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Forskningsetikk.no.

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>

Den Norske Legeforening (2012, 02. februar). *Helsinkideklarasjonen*. Legeforeningen.

<https://www.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/>

Drozdowskyj, E. S., Castro, E. G., López, E. T., Taland, I. B. & Actis, C. H. (2020). Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. *Sexual medicine reviews*, 8(1), (s. 38-47). DOI: [10.1016/j.sxmr.2019.07.002](https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.07.002)

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Feiring, E. (2016). Analinkontinens kan behandles. Tidsskriftet Den norske legeforening.

<https://tidsskriftet.no/2008/08/anal-inkontinens-kan-behandles>

Folkehelseinstituttet (2015, 11. mai). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*.

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>

Folkehelseinstituttet (2022). *Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtpperioden*.

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/>

- France, E. F., Ring, N., Thomas, R., Noyes, J., Maxwell, M. & Jepson, R. (2019). A methodological systematic review of what's wrong with meta-ethnography reporting. *BMC Med. Res. Methodol.*, 14(1), (s. 1-16). Doi:10.1186/1471-288-14-119.
- Frohlich, J. & Kettle, C. (2015). Perineal care. *BMJ clinical evidence*, 2015.
- Garcia, J. A., Crocker, J., & Wyman, J., F. (2005). Breaking the Cycle of Stigmatization: Managing the Stigma of Incontinence in Social Interactions. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 32(1): (s. 38-52).
- Haaland, W. (2017). Sexologi. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. Utg.) (s. 126-163). Cappelen Damm Akademisk.
- Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(3), (s. 458-466).
- Helsebiblioteket (2020, 31. august). *Litteratursøk*. Kunnskapsbasert praksis. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok>
- Helsebiblioteket (2016, 03. juni). *Sjekklist*. Kunnskapsbasertpraksis.no <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklist>
- Helsedirektoratet (2021). *Fødsel - fødsler uten større inngrep og komplikasjoner*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/fodsel-og-abort/fodsler-uten-storre-inngrep-og-komplikasjoner>
- Helsedirektoratet (2022, 04. mars). *Hva er psykisk helse*. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/>
- Helsedirektoratet (2014, 01. april). *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/) /attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf

Helsedirektoratet (2021, 20. oktober). *Seksuell helse*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/seksuell-helse>

Helsedirektoratet (2019, 14. oktober). *Smerte*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/symptomer-og-tilstander/smerte>

Helseforskningsloven (2008). *Lov om medisin og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44).

Lovdata [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_1)

Helsenorge (2019, 30. oktober). *Sex etter fødsel*. Helsenorge.

<https://www.helsenorge.no/etter-fodselsex-etter-fodselse/>

Huber, M., Tunón, K., & Lindqvist, M. (2022). "From hell to healed" – a qualitative study on women's experience of recovery, relationships and sexuality after severe obstetric perineal injury. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 100736.

Høgskulen på Vestlandet (2022, 31. januar). *Søk etter fagressursar*. HVL.no.

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjukepleie>

Jackson, K., Anderson, M. & Marshall J. E. (2020). Physiology and Care During the First Stage of labour. I J. Marshall & M. Raynor (Red.), *Myles Textbook for Midwives* (s. 447-499). Elsevier Limited.

Johannesson, E., Sjöberg, Å. L., Segerbrand, N., Olsén, M. F. & Gutke, A. (2022). Women's experiences of obstetric anal sphincter injury and physical therapy interventions - A qualitative study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 26(2), 100397.

Keighley, M. R. B., Perston, Y., Bradshaw, E., Hayes, J., Keighley, D. M. & Webb, S. (2016).

The social, psychological, emotional morbidity and adjustment techniques for women with anal incontinence following obstetric anal sphincter injury: use of a word picture to identify a hidden syndrome. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), (s. 1-12).

Laine, K., Spydslaug, A. E., Baghestan, E., Norderval, S., Olsen, I. P. & Fodstad, K.

(2020, 17. februar). *Veileder i fødselshjelp: Perinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel*. Norsk gynekologisk forening. ePub: ISBN 978-82-692382-0-4.

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsex-hjelp/perinealskade-og-anal-sfinkterskade-ved-fodselse/>

Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser: en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lindqvist, M., Lindberg, I., Nilsson, M., Uustal, E. & Persson, M. (2019). "Struggling to settle with a damaged body"—A Swedish qualitative study of women's experiences one year after obstetric anal sphincter muscle injury (OASIS) at childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare, 19*, (s. 36-41).
- Lindqvist, M., Persson, M., Nilsson, M., Uustal, E. & Lindberg, I. (2018). 'A worse nightmare than expected' - A Swedish qualitative study of women's experiences two months after obstetric anal sphincter muscle injury. *Midwifery, 61*, (s. 22-28).
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J., & Møller, A. M. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: redskaber til en evidensbaseret praksis*. Munksgaard.
- Macsalı, F., Kolås, T., Strøm-Roum, E. M. & Steen, T. (2020). *Keisersnitt*. Norsk Gynekologisk Forening. Den Norske legeforening.  
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/keisersnitt/>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – Forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.  
<https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Medisinsk fødselsregister (2022). Folkehelseinstituttet. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom (2020, 10. januar). *Fødsel*. Bekkenbunnsportalen.  
<http://nkib.helsekompetanse.no/tilstander/avforingslekkasje/arsaker/fodsel>
- Noblit, G. W. & Hare, R. D. (1988). *Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*. (11. Utg). SAGE publications.
- Olsvik, E. H. (2016). *Vitenskapsteori for sykepleie: Tenkemåter i kunnskapsstyrt profesjonsutøvelse*. Forlaget Vett og Viten.

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International journal of surgery*, *88*, 105906.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Patino, C. M., & Ferreira, J. C. (2018). Internal and external validity: can you apply research study results to your patients?. *Jornal brasileiro de pneumologia*, *44*, 183-183.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. Utg). Wolters Kluwer.
- Priddis, H. S., Schmied, V., Kettle, C., Sneddon, A. & Dahlen, H. G. (2014a). “A patchwork of services” – caring for women who sustain severe perineal trauma in New South Wales—from the perspective of women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*(1), (s. 1-14).
- Priddis, H., Schmied, V. & Dahlen, H. (2014b). Women’s experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC women's health*, *14*(1), (s. 1-11).
- Roper, J. C., Amber, N., Wan, O. Y. K., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2020). Review of available national guidelines for obstetric anal sphincter injury. *International Urogynecology Journal*, *31*, (s. 2247-2259).
- Schmied, V., Cooke, M., Gutwein, R., Steinlein, E., & Homer, C. (2009). An evaluation of strategies to improve the quality and content of hospital-based postnatal care in a metropolitan Australian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, *18*(13), (s. 1850-1861).
- Shoorab, N. J., Mirteimouri, M., Taghipour, A., & Roudsari, R. L. (2019). Women’s Experiences of Emotional Recovery from Childbirth-Related Perineal Trauma: A Qualitative Content analysis. *International journal of community based nursing and midwifery*, *7*(3), 181.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2006, januar). *Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge: Nasjonal handlingsplan*. <https://docplayer.me/318711-Sfinkterskader-ved-fodsel-bor-reduseres-i-norge-nasjonal-handlingsplan-nasjonalt-rad-for-fodselsomsorg.html>
- Stables, D. & Rankin, J. (2010). Pregnancy – The Mother. *Physiology in childbearing with anatomy and related biosciences* (3. Utg) (s. 349-363). Elsevier.
- Thakar, R. & Sultan, A., H. (2020). The Female Pelvis and the Reproductive Organs.

- I J. Marshall & M. Raynor (Red.), *Myles Textbook for Midwives* (s. 82-101). Elsevier.
- Thornquist, E. (2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (6. Utg). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tucker, J., Clifton, V. & Wilson, A. (2014). Teetering near the edge; women's experiences of anal incontinence following obstetric anal sphincter injury: an interpretive phenomenological research study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 54(4), (s. 377-381).
- Tuntland, H. (2009). Systematisk vurdering av forskningsfunn: hva er en systematisk oversikt og metasyntese. <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2481699>
- Ulvund, I. (2017). Psykiske, sosiale og sosioøkonomiske endringer i svangerskapet. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.). *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 297-307). Cappelen Damm Akademisk.
- Venheim, M. A. (2017). Barselomsorg. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 598-608). Cappelen Damm Akademisk.
- Verdens helseorganisasjon (2019). O70: Perinealrift under forløsning. I *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10. Utg). Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2600529>
- Viannay, P., de la Codre, F., Brochard, C., Thubert, T., Meurette, G., Legendre, G. & Venara, A. (2021). Management and consequences of obstetrical anal sphincter injuries. *Journal of Visceral Surgery*, 158(3), (s. 231-241).
- Wesnes, S. L. & Lose, G. (2013). Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *International urogynecology journal*, 24(6) (s. 889-899).
- World Health Organization, Special Programme of Research, & Research Training in Human Reproduction (World Health Organization). (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization.
- World Health Organization (2010). *Sexual and reproductive health and research*. <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

## Fremdriftsplan

	Jan - Feb 22	10/2 - 22	Feb - Mai 22	23/5 - 22	Mai- Juni2 2	17/6 - 22	Juni - Okt 22	24/1 0 - 22	Okt 22 - Mars 23	20/3 - 23	Mars - Mai 23	5/5 - 23
Prosjektskisse	X											
Masterseminar 1		X										
Teori			X									
Masterseminar 2				X								
Utforme prosjektplan					X							
Innlevering prosjektplan						X						
Datainnsamling og analyse							X					
Masterseminar 3								X				
Resultat og diskusjon									X			
Masterseminar 4										X		
Ferdigstille											X	
Innlevering master												X

# VEDLEGG

## Vedlegg 1: PO-skjema

	<b>P</b> Pasient/problem	<b>O</b> Outcome (utfall)
Norsk	Fødselsift*, vaginalrift*, analrift*, omfattende perineal rift*	Opplevelse Erfaring Konsekvens
Engelsk	Birth tear*, birth laceration*, vaginal tear*, vaginal laceration*, anal tear*, anal laceration*, severe perineal tear*, perineal laceration*, OASI*, laceration*, sphincter injury*, sphincter tear*, fourth degree tear*, third degree tear*	Experience* Consequence* Attitude* Perception* View* Feeling* Perspective*

## Vedlegg 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvinner med grad 3- eller 4-rift etter vaginal fødsel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvinner med rift grad 1 og 2, eller episiotomi etter vaginal fødsel</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitative primærstudier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvantitative primærstudier</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fagfelleverderte artikler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke fagfelleverderte artikler</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etiske hensyn ivaretatt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke etisk godkjente artikler</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvinnens perspektiv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andre perspektiver</li> </ul>



### Vedlegg 3: Søkehistorikk

Dato	Database	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
10/06-22	MEDLINE Ovid	1 Birth tear*.mp 2 Birth laceration*.mp 3 Vaginal tear*.mp 4 Vaginal laceration*.mp 5 Anal tear*.mp 6 Anal laceration*.mp 7 Severe perineal tear*.mp 8 Perineal laceration*.mp 9 OASI*.mp 10 Laceration*.mp 11 Sphincter injury*.mp 12 Sphincter tear*.mp 13 Fourth degree tear*.mp 14 Third degree tear*.mp 15 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 16 Experience*.mp 17 Consequence*.mp 18 Attitude*.mp	Qualitative (maximize specificity) Last 10 years	48	9	7	7

		19 Perception*.mp 20 View*.mp 21 Feeling*.mp 22 Perspective*.mp 23 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 24 15 and 23					
10/06-22	CINAHL	1 Birth tear* 2 Birth laceration* 3 Vaginal tear* 4 Vaginal laceration* 5 Anal tear* 6 Anal laceration* 7 Severe perineal tear* 8 Perineal laceration* 9 OASI* 10 Laceration* 11 Sphincter injury* 12 Sphincter tear* 13 Fourth degree tear* 14 Third degree tear* 15 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 16 Experience*	Qualitative (high specificity)  Last 10 years	28	5	3	0

		17 Consequence* 18 Attitude* 19 Perception* 20 View* 21 Feeling* 22 Perspective* 23 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 24 15 and 23					
10/06-22	EMBASE Ovid	1 Birth tear*.mp 2 Birth laceration*.mp 3 Vaginal tear*.mp 4 Vaginal laceration*.mp 5 Anal tear*.mp 6 Anal laceration*.mp 7 Severe perineal tear*.mp 8 Perineal laceration*.mp 9 OASI*.mp 10 Laceration*.mp 11 Sphincter injury*.mp 12 Sphincter tear*.mp 13 Fourth degree tear*.mp 14 Third degree tear*.mp	Qualitative (maximize specificity)  Last 10 years	60	9	7	1

		15 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 16 Experience*.mp 17 Consequence*.mp 18 Attitude*.mp 19 Perception*.mp 20 View*.mp 21 Feeling*.mp 22 Perspective*.mp 23 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 24 15 and 23					
--	--	--	--	--	--	--	--

## Vedlegg 4: Litteratormatrise

Artikkel nr.	Forfatter(e) Publiseringsår Land	Tittel	Hensikt (aim)	Metode	Utvalg	Resultater/Funn	Etisk vurdering
1	Priddis, H., Schmied, V. & Dahlen, H.  2014  Australia	«Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study»	Målet med denne studien var å utforske hvordan kvinner opplever og gir mening av å leve med alvorlige perineale traumer.	En kvalitativ fortolkende tilnærming. Det ble brukt et feministisk perspektiv under datainnsamlingen og analysen. Datainnsamlingen ble gjort gjennom semistrukturerte intervjuer, ansikt-til-ansikt.	12 kvinner i Sydney, Australia som har opplevd alvorlige perineale traumer under vaginal fødsel.	Tre hovedtemaer ble identifisert:  «The abandoned mother» beskriver hvordan kvinnene føler seg sårbare, eksponerte og maktesløse, gjennom fødsel-, sutur-, og postpartumperioden. Følelsene var direkte knyttet til støtten fra helsepersonell.  «The fracture fairytale» utforsker koblingen mellom forventningene og virkeligheten til fødsels- og barselopplevelsen. «Det knuste eventyret» påvirker deres evne til å gå inn i morsrollen til sitt nyfødte barn, og påvirker det seksuelle forholdet med partneren.  «A completely different normal» diskuterer den følelsesmessige reisen kvinner har mens de jobber for å gjenoppdage og redefinere en ny følelse av selvtilit.  Studiens funn beskriver og forklarer opplevelsen kvinner som har opplevd grad 3 eller 4 rift under vaginal fødsel har. De tre hovedtemaene identifiserte at hvordan kvinner blir ivaretatt under fødsel og postpartum har en direkte sammenheng med hvordan selvfølelsen deres utvikler seg postpartum.	Etisk godkjent av The University of Western Sydney Human Research Ethics Committee.  Det ble brukt pseudonymer for deltakerne gjennom studien, for å ivareta deltakernes anonymitet.

2	Lindqvist, M., Persson, M., Nilsson, M., Uustal, E. & Lindberg, I.  2018  Sverige	‘A worse nightmare than expected’ - a Swedish qualitative study of women's experiences two months after obstetric anal sphincter muscle injury».	Utforsker kvinners opplevelser i de første to månedene etter OASIS, med søkelys på problematisk restitusjon.	En kvalitativ studie gjort gjennom induktiv kvalitativ med spørreskjema med åpne spørsmål.	1248 kvinner, som var registrert i det svenske registeret «The Perineal Laceration Register» med OASIS grad 3 eller 4.	«Et verre mareritt enn forventet»: kvinners opplevelse av livssituasjonen.  Smerten var en konstant påminnelse om traumet, og kvinnen møtte fysiske og psykiske begrensninger og knuste forventninger til familielivet. Dette relatert til både partner og den nyfødte.  Videre viste studien også at navigering etter helsetjenester for hjelp tilførte ytterligere stress til en allerede stressende situasjon.  Forbedret pasientinformasjon for kvinner med OASIS angående smerte, psykologiske og personlige aspekter, seksuell funksjon og påfølgende graviditet er nødvendig. Det er også behov for klare organisasjonsstrukturer og informasjon for å veilede hjelpesøkende kvinner til nødvendig omsorg.	Etisk godkjent av:  Ethical Board at Linköping University  De søkte også PLR (The Perineal Laceration Register) for uthenting av data for å bruke som datamateriale i studien.
3	Lindqvist, M., Lundberg, I., Nilsson, M., Uustal, E. & Persson, M.  2019  Sverige	«Struggling to settle with a damaged body – a Swedish qualitative study of women's experiences one year after obstetric anal	Målet til denne studien var å utforske kvinners erfaringer relatert til tilhelelse av obstetriske analsfinkterm uskelskader (OASIS) ett år etter fødsel.	Kvalitativ studie basert på skriftlige svar i et spørreskjema med åpne spørsmål, som er utarbeidet av PLR (Perineal Laceration Register) i Sverige.	625 kvinner, som var registrert i Perineal Laceration Register i Sverige med OASIS grad 3 eller 4.	Temaet «Struggling to settle with a damaged body» indikerte at det første året etter OASIS innebar en kamp for å finne seg til rette og akseptere å leve med en forandret, og noen ganger fortsatt såret, kropp.  Mange deltakere beskrev problemer knyttet til et ikke-funksjonelt seksualliv, fysiske og psykiske problemer som gjorde at de følte seg brukt og ødelagte, med økt bekymring rundt fremtidige helse og graviditet.  Noen kvinner hadde imidlertid tilpasset seg situasjonen. De hadde gått videre med livet og følt seg restituerte og sterke.	Etisk godkjent av:  Ethical Board at Linköping University  De skriftlige svarene er hentet fra The Perineal Laceration Register (PLR), uten personlig identifikasjon av deltakerne.

		sphincter muscle injury (OASIS) at childbirth»		Det ble brukt induktiv kvalitativ innholdsanalyse for å analysere data.		Å møte et støttende og hjelpsomt helsepersonell ble fremhevet som avgjørende for restitusjon etter OASIS.	
4	Priddis, H. S., Schmied, V., Kettle, C., Sneddon, A. & Dahlen, H. G.  2014  Australia	“A patchwork of services – caring for women who sustain severe perineal trauma in New South Wales – from the perspective of women and midwives»	Hensikten med studien var å beskrive gjeldende helsetjenester gitt til kvinner i New South Wales som har opplevd SPT (severe perineal trauma) fra perspektivet til Clinical Midwifery Consultants (CMC) og kvinner.  Vi setter søkelys på det som presenteres i studien fra	Det ble brukt en deskriptiv kvalitativ formgiving. Det ble samlet 3 datasett: fokusgruppeintervju, undersøkelse og individuelle intervju.  En integrativ tilnærming ble gjennomført for å rapportere funnene som innebar å sammenligne og analysere funn fra de tre datasettene.	14 jordmødre fra The Clinical Midwifery Consultants of New South Wales.  12 kvinner med SPT som hadde mottatt hjelp fra jordmødrene som deltok i studien.	Et overordnet tema ble identifisert: Et lappeteppe av politikk og prosess som identifiserte at dagens helsetjenester fungerer på en «lappeteppe»-måte når de tar seg av kvinner som har SPT. De er karakterisert av manglende kontinuitet i praksis og standardisering av omsorgen. Det så ut til at kvinner søker medfølelse og støttende omsorg basert på en tydelig utveksling av informasjon, og dette bør vurderes når de reflekterer over helsetjenestedesign.  Innenfor det overordnede temaet ble fire undertemaer identifisert: Falling through the gaps; Kvalifikasjoner, ferdigheter og holdninger til helsepersonell; Omsorg for kvinner som har hatt SPT; og gullstandardpleie: hvordan ville det se ut?  Denne studien fremhever fordelene ved å etablere tverrfaglige samarbeidende spesialistklinikker for å støtte kvinner som opplever SPT og tilhørende sykkelighet, med sikte på å gi omfattende fysiologisk og psykologisk støtte.	Etisk godkjent av:  University of Western Sydney Human Research Ethics Committee  Både kvinnene og CMC-ene ble sikret konfidensialitet og informerte om at alle data ville bli aidentifisert under transkripsjon av opptaket for å beskytte identiteter.

			kvinnens perspektiv.				
5	Tucker, J., Clifton, V. & Wilson, A.  2014  Australia & New Zealand	«Teetering near the edge: women's experiences of anal incontinence following obstetric anal sphincter injury: an interpretive phenomenological research study»	Målet med denne studien var å beskrive og tolke kvinners opplevelse av AI (analinkontinens) etter OASIS og innvirkningen på livskvaliteten.	En tolkningsstudie med fenomenologisk perspektiv gjennom semi-strukturerte åpne intervjuer.	10 kvinner fra Sør-Australia	Tre temaer ble identifisert: «grieving for loss», «silence» og «striving for normality».  Disse identifiserte en betydelig følelse av tap og psykologisk innvirkning som analinkontinens har for kvinnene.  Konklusjonen var at helsepersonell krever en større forståelse av den negative effekten av OASIS og AI har på kvinners livskvalitet.  Dette kan forbedre håndteringen, utdanningen og den kliniske behandlingen av tilstanden som kan oppstå som en konsekvens av OASIS.	Etisk godkjent av:  University of Adelaide Human Research Ethics Committee and the Human Research Ethics Committee
6	Johannesson, E., Sjoberg, Å., Segerbrand, N. & Olsén, M. F.  2022  Sverige	«Women's experiences of obstetric anal sphincter injury and physical therapy intervention	Hensikten med studien var å undersøke kvinners erfaringer med OASIS og den påfølgende	En kvalitativ studie med en induktiv tilnærming basert på semistrukturerte intervjuer. De hadde blitt suturert innen	14 første- og flergangsfødende svenske kvinner rammet av OASIS.	Tre hovedkategorier kom frem fra analysen: Kategoriene beskrev opplevelser av en vanskelig tid etter skaden og fysioterapirehabilitering, men også opplevelser av trygg oppfølging. Dessuten, opplevelser av at det ikke var så ille likevel når man ser tilbake. Konklusjon: Uavhengig av skadeomfanget opplevde noen kvinner en lang og plagsom tilfriskning med intens fysioterapirehabilitering, mens andre kvinner følte at de heldigvis slapp lett unna. Faktorer som kan	Studien ble gjennomført i samsvar med Helsinkideklarasjonen, og godkjent av den regionale etiske komiteen av Västra Götaland i Sverige. Muntlig og skriftlig



		s – A qualitative study»	fysioterapirehabiliteringsprosessen.	24 timer og ble rekruttert fra et universitetssykehus i Sverige.		påvirke en kvinnes selvtillit til å trygt begynne bekkenbunnstrening på et tidlig stadium inkluderer individualisering av når og hvordan informasjon om OASIS gis. Å møte hver kvinnes behov og ønsker er vektlagt i denne studien.	informasjon om studien ble gitt, og deltakerne ga sitt skriftlige samtykke.
7	Keighley, M. R. B., Perston, Y., Bradshaw, E., Hayes, J., Keighley, M. & Webb, S.  2016  Storbritannia og Irland	«The social, psychological, emotional morbidity and adjustment techniques for women with anal sphincter injury: use of a word picture to identify a hidden syndrome»	Hensikten var å identifisere de emosjonelle, sosiale og psykologiske konsekvensene og restitusjonsprosessen av anal inkontinens (AI) etter obstetriske analsfinkterskader (OASIS) og utforske om dette kan identifiseres som et gjenkjennelig syndrom med visuell representasjon.	En kvalitativ tilnærming ble tatt i bruk for denne studien. Data hentet fra casestudier og intervjuer med kvinner med AI etter OASIS ble brukt til å identifisere konsekvensene av AI etter OASIS, deretter validert gjennom et spørreskjema.	Data hentet fra 81 casestudier, intervju av 14 kvinner, spørreskjema fra 16 mødre med OASIS, 14 mødre uten OASIS og 18 helsepersonell i Storbritannia og Irland.	Kvinner med AI som følge av OASIS har et spesifikt syndrom – 'OASIS-syndromet' – som vi unikt har visualisert som et 'ordbilde'. De føler seg urene som resulterer i tap av verdighet, psykoseksuell sykdom, isolasjon, forlegenhet, skyld, frykt, sorg, lav selvfølelse, angst, tap av tillit, en følelse av å ha blitt lemlestet og en kompromittert rolle som mor. Mestring er avhengig av gjentatt vask (som kan bli et ritual), planlegging av daglige aktiviteter rundt toalettsaker, deling, familiestøtte, sysselsetting hvis mulig og oppmerksomhet til babyen. Gjenoppretting og helbredelse er gjennom omsorg for barnet og håp generert av kjærlighet i familien.	Etisk komitégodkjenning for studien ble gitt av University of Durham da dette utgjorde en del av en bredere studie for høyere grad. Det var godkjent bruk av alle data fra kvinnene i casestudiekohorten, for ordlyden av informasjonsskjemaet og samtykkeskjemaene, for intervjuene både med mødre og helsepersonell og for det postale spørreskjemaet. Det ble oppnådd egen etisk godkjenning for den påfølgende fokusgruppen.

8	Huber, M., Tunón, K. & Lindqvist, M.  2022  Sverige	«From hell to healed – A qualitative study on women’s experience of recovery, relationships and sexuality after severe obstetric perineal injury»	Målet med denne studien var å utforske erfaringer knyttet til restitusjon, seksuell funksjon, relasjoner og mestringsstrategier blant kvinner som er rammet av OASI.	Det ble gjennomført dybdeintervjuer med et målrettet utvalg av 11 kvinner berørt av OASI. Kvinner ble intervjuet 1–2 år etter første fødsel. Induktiv kvalitativ innholdsanalyse ble brukt.	11 kvinner fra Sverige	Temaet «From hell to healed» illustrerer kvinners opplevelser av restitusjon, forhold og seksuell funksjon etter OASI. Tre kategorier som tar for seg kvinners oppfatninger dukket opp: «Challenged to the core», «At the mercy of the care provider» og «For better or for worse». Støtte fra partnere og familie og helhetlig omsorg var viktige elementer for opplevelsene av mestring og helbredelse fra OASI. Elementer som negativt påvirket kvinners opplevelser var smerte og fysiske symptomer på bekkenbunnsdysfunksjon, normalisering av symptomer hos helsepersonell og urealistiske forventninger til hvordan denne perioden i livet skal oppleves.	Etisk godkjent av den regionale etiske vurderingsnemnda i Umeå. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra alle deltakere i forkant av intervjuene. All data ble aidentifisert før analysene. Deltakerne kunne velge å trekke seg fra studien når som helt i forløpet.

## Vedlegg 5: Analysematrise

Priddis et al., 2014b	Lindqvist et al., 2018	Lindqvist et al., 2019	Priddis et al., 2014a	Tucker et al., 2014	Johannesson et al., 2022	Keighley et al., 2016	Huber et al., 2022	Oversettelse (undertema)	Overordnet oversettelse (hovedtema)
10 av 13 kvinner beskrev at de følte seg hjelpeløse, uten kontroll og alene etter at de hadde fått en alvorlig fødselsriff. Når den alvorlige fødselsriften ble suturert følte de seg også sårbare, ukomfortable og eksponert.	Kvinner beskrev å føle frustrasjon, skuffelse og motløshet når de opplevde å ikke bli møtt av helsepersonell etter den alvorlige fødselsriften. Kvinnene som dog opplevde å bli møtt med medfølelse og forståelse når de søkte hjelp uttrykte at dette letter byrden de bar på etter den alvorlige fødselsriften.	Kvinner i studien beskrev å føle skam og flauhet over kroppen de ikke lengre hadde kontroll over. Noen beskrev også å føle seg brukt og ødelagt etter den alvorlige fødselsriften.	En kvinne i studien beskrev å føle seg forvirret og usikre i møte med helsevesenet etter den alvorlige fødselsriften. Og opplevde det vanskelig å finne rett hjelp etter de hadde fått en alvorlig fødselsriff. En kvinne i studien beskrev også at hun opplevde å bli flau og lite kontroll når helsepersonell sto over henne og diskuterte riften, uten å vende seg til henne etter fødselen.	Kvinner i studien uttrykte sorg etter den alvorlige fødselsriften, gjennom sinne, angst, tristhet, skam og hjelpeløshet grunnet tapet av muligheten til å opprettholde rollene de hadde før den alvorlige fødselsriften. Kvinnene opplevde en overveldende negativ psykologisk respons etter komplikasjonene av den alvorlige fødselsriften.	Sårbarhet var noe kvinnene i studien opplevde etter den alvorlige fødselsriften. Dette kom fra konkret opplevd fysisk sårbarhet, men også gjennom en abstrakt sårbarhet av å føle seg alene og ekskludert grunnet problemene de opplevde etter den alvorlige fødselsriften. Deltakerne beskrev en plutselig følelse av å være ubeskyttet og flau over den manglende kontrollen de hadde over tarmfunksjonen.	Kvinnene i studien opplevde at den alvorlige fødselsriften satte store begrensninger for hvordan de kunne leve i etterkant av den. Noen kvinner fikk besettelse av å konstant vaske seg i et forsøk på å ta tilbake noe av makten hun hadde mistet over kroppen hun hadde. Andre opplevde at det konstante behovet for å være i nærheten av ett toalett eller behov for å planlegge hverdagen ut ifra inkontinensproblemer som svært tilintetgjørende ovenfor kvinnen.	Kvinnene i studien følte seg maktesløse i møte med ett helsevesen som ikke identifiserte og ivaretok deres behov etter en alvorlig fødselsriff. Dette var en psykisk påkjenning for kvinnene, som følte seg alene og problemene sine.	«Jeg følte meg maktesløs og eksponert»	Psykisk omveltning
Noen kvinner beskrev frykt for å bli gravide igjen etter den alvorlige fødselsriften, da de er redde for en ny vaginal fødsel.	Kvinner beskrev å oppleve mentalt stress relatert til komplikasjonene de fikk etter den alvorlige fødselsriften som gjorde at det påvirket tankene om videre reproduksjon negativt. Noen	Etter de første kaotiske månedene etter den alvorlige fødselsriften beskrev kvinnene i studien at tanken om en antatt ny graviditet og fødsel begynte å dukke opp. Mange par i studien drømte om flere	Kvinner i studien beskrev bekymringer for en eventuell neste fødsel etter den alvorlige fødselsriften. En kvinne beskrev at helsepersonell hadde sagt at hun ikke trengte keisersnitt ved neste	Kvinnene i studien beskrev angst relatert til fremtidige fødsler etter den alvorlige fødselsriften.			Kvinnene i studien som ble gravide igjen uttrykte et spekter av tanker og følelser rundt en ny fødsel. Det strakte seg fra en følelse av hevn mot deres første fødselsopplevelse, til å være bestemt for at de ikke skulle	En ny vaginal fødsel - et nytt traume?	

	kvinner beskrev at de ikke ønsket flere barn eller fryktet tanken om ett fremtidig svangerskap.	barn, men tanken på en ny graviditet og fødsel etter den alvorlige fødselsriften gjorde at flere av kvinnene nølende og usikre. De var redde for hva som ville skje dersom de gikk gjennom en ny fødsel, etter det de hadde opplevd med den alvorlige fødselsriften den første gangen. Noen kvinner i studien så på en ny fødsel som utenkelig grunnet all lidelsen de hadde vært igjennom. Andre derimot var villig til å prøve igjen, men disse kvinnene ønsket en garanti fra helsepersonell om at de ikke ville få samme opplevelsen med en alvorlig fødselsrift på nytt. Noe helsepersonell ikke kunne love de.	fødsel, tross det var noe hun ønsket siden hun fortsatt sliter med inkontinens og fistler etter den alvorlige fødselsriften. Hun følte seg ikke møtt eller hørt.				gjennomgå en ny vaginal fødsel, men kreve keisersnitt ved neste fødsel. Studien presenterer også opplevelsen til noen kvinner hvor de ikke har noen nølende tanker om en ny fødsel, tross traume fra den forrige fødselen med den alvorlige fødselsriften.		
Flere kvinner opplevde helsepersonell som ikke ga de nok støtte, og som kommuniserte over hodene på de og seg imellom fremfor å holde kvinnen direkte informert. "I'm guessing they were midwives, they never actually	Kvinner beskrev at de fikk lite informasjon fra helsepersonell etter den alvorlige fødselsriften. Kvinnene beskrev et helsevesen som var vanskelig å navigere i, som gjorde det problematisk å få den hjelpen de behøvde etter den	Kvinner i studien beskrev opplevelsen av å motta lite informasjon fra helsevesenet etter den alvorlige fødselsriften. De beskrev helsepersonell og helsehjelp som lite tilgjengelig, skuffende som ga	Kvinnene beskrev en mangelfull oppfølging og lite informasjon fra helsepersonell, og et helsepersonell som var vanskelig å navigere seg gjennom når de forsøkte å søke hjelp. Kvinnene beskrev et ønske om mer	Studien beskriver kvinner som ikke åpnet seg opp om problemene de opplevde etter en alvorlig fødselsrift. Kvinnene ventet på at helsepersonell skulle ta initiativ til å snakke om problemer kvinnene kunne oppleve og gi de informasjonen de	Kvinnene i studien opplevde å få varierende mengde informasjon. Informasjonen var ikke tilpasset hver enkelt, så noen opplevde å få for mye, mens andre opplevde å få mangelfull informasjon og følte seg forlatt og glemt	Kvinnene i studien opplevde å få lite informasjon fra helsepersonell om komplikasjonene de kunne oppleve etter en alvorlig fødselsrift. Noen av kvinnene la skylden over på barnet for den alvorlige fødselsriften.	Kvinner i studien beskriver et helsevesen som normaliserer de alvorlige plagene de har hatt etter en alvorlig fødselsrift, og ikke tar de på alvor. Kvinnene opplevde at det var vanskelig å stå opp for seg selv i møte med helsevesenet. I	<b>Manglende informasjon og støtte tross et hav av kompetanse</b>	

introduced themselves to me, they just came in and popped my legs up and got the stitch, the needle and thread out, and they had a look, made a couple of attempts and went "the skin just keeps tearing" and I'll never forget she, the one woman said to the other, she said "Doctor made this mess, she'll have to clean it up herself". And they left me, they didn't say anything". Flertallet av kvinnene som deltok i studien rapporterte å ofte ikke bli fortalt om omfanget av deres perinealrifft.	alvorlige fødselsriften. Kvinnene følte at de måtte ta det første steget for å få hjelp. Hjelpen ble ikke tilbudt uten at de søkte den selv. De beskrev også at omfanget av problemene de fikk etter den alvorlige fødselsriften ble ignorert av helsepersonell, og de møtte helsepersonell som normaliserte plagene de så sårt strevde med. De ble heller ikke rutinemessig fulgt opp. Noen beskrev at den alvorlige fødselsriften gjorde at de ikke fant gode posisjoner å amme i, og ønsker at helsepersonell hadde gitt mer støtte og informasjon når det kom til dette.	kvinnene lite tiltro til helsepersonell. De beskrev helsepersonell som ignorerte problemene kvinnene hadde og forsøkte å minimisere problemer kvinnene hadde, tross at de var identifisert. Kvinnene beskrev også at det å få nødvendig hjelp og støtte fra helsepersonell var avgjørende for å hjelpe kvinnen til å tilhele og komme seg videre etter den alvorlige fødselsriften.	informasjon om komplikasjonene de kunne oppleve etter en alvorlig fødselsrifft, slik at de visste hva som var normal og ikke, og hvilken hjelp de burde søke.	så sårt hadde behov for.	av helsepersonell etter å ha fått en alvorlig fødselsrifft. Kvinnene opplevde også at helsepersonell ga informasjon som var utydelig, utilstrekkelig og selvmotsigende. Kvinnene som mottok fysioterapi etter den alvorlige fødselsriften oppgav å føle seg sårbar og eksponert ved underlivsundersøkelsen av bekkenbunnsmuskulaturen. Mange og kvinnene opplevde oppfølgingen hos fysioterapeuten som vanskelig og påminnende på hvordan den alvorlige fødselsriften hadde påvirket dem. Likevel var det andre kvinner som opplevde at fysioterapeuten var en god kilde til hjelp, og opplevde å få motivasjon fra disse oppfølgingstimene.	En kvinne beskrev "Nobody warned me about this".	kontrast til dette var det kvinner i studien som opplevde å få den hjelpen de trengte, som gjorde at de følte seg sett og anerkjente problemene de la frem.		
Kvinner som fikk problemer med inkontinens grunnet skader i perineum, og særlig kvinnene med langvarige inkontinensproblemer opplevde at skammen det	Kvinner beskrev begrensningene den alvorlige fødselsriften satte i livene deres gjorde at det påvirket selvfølelsen deres negativt.	Noen kvinner i studien uttrykte å oppleve vanskeligheter med å akseptere sin "nye" kropp og underliv. De beskrev å ikke lengre kjenne igjen	Kvinnene i studien beskrev usikkerhet rundt hvordan ivareta seg selv etter den alvorlige fødselsriften.	Den alvorlige fødselsriften gjorde at flere kvinner i studien opplevde å føle seg mindre verdt grunnet komplikasjonene etter den alvorlige fødselsriften.	Kvinner beskrev at problemene de opplevde etter den alvorlige fødselsriften påvirket selvbildet deres negativt. En kvinne beskriver:	Kvinnene i studien følte seg urene etter den alvorlige fødselsriften, grunnet inkontinens. Kvinnene opplevde tap av velvære og verdighet.	Kvinner i studien opplevde at endringer i genitaliene påvirket hvordan de så på seg selv etter den alvorlige fødselsriften. Noen opplevde at de var	<b>Et skadet perineum, en skadet selvtillit</b>	

medbrakte påvirket hvordan de så på seg selv. En kvinne beskrev "I just felt hideous".	Kvinnene sammenlignet situasjonen de var i som å være ett barn – avhengig, usikker og inkapabel til å dekke egne og andres behov.	verken egen kropp eller seg selv. De beskrev å være ukomfortabel med den de hadde blitt etter den alvorlige fødselsriften.		Kvinnene beskrev dette som "teetering near the edge of life".	"I am not comfortable with my body. I don't like my genital area anymore".	Kvinnene beskrev tap av selvtilit.	"too wide" eller "too tight" etter den alvorlige fødselsriften. Noen kvinner klarte å forsone seg med den "nye kroppen" de hadde etter en alvorlig fødselsrift, mens andre klarte ikke dette – og det ble en sorgopplevelse.		
Flere kvinner i studien beskrev at å ha en ukontrollerbar kropp resulterte i at flere av kvinnene isolerte seg for å skjule de sjenerende symptomene kvinnene opplevde med eksempelvis inkontinens etter den alvorlige fødselsriften.	Kvinner i studien beskrev at inkontinens etter den alvorlige fødselsriften resulterte i at det begrenset evnen til å gjennomføre hverdagsaktiviteter, og dermed ble bundet til å være i nærheten av hjemmet og toalett. Hjemme følte de seg trygge, og mindre sjanse for at andre fikk vite om inkontinensproblemene. De inviterte også sjelden familie eller venner hjem for å klare å holde problemene sine skjult fra andre.	Kvinnene i studien beskrev at komplikasjonene de opplevde etter den alvorlige fødselsriften som inkontinens begrenset deres sosiale liv, da de holdt seg unna sosiale- situasjoner hvor de kunne oppleve skam og sjenanse grunnet eksempelvis inkontinens.		Flere kvinner i studien følte det var nødvendig å gå inn i en selvpålagt isolasjon, for å holde inkontinensplagene for seg selv, for å unngå skam og avsky fra andre.	Kvinnene i studien beskrev å bli sosialt begrenset etter den alvorlige fødselsriften, grunnet smerte, inkontinens og selvbilde etter den alvorlige fødselsriften.	Kvinner i studien opplevde komplikasjonene etter en alvorlig fødselsrift som eksempelvis inkontinens som tabu. De prøvde derfor å skjule symptomene sine gjennom sosial isolasjon, grunnet opplevelse av skam og frykt for tap av verdighet. De beskrev det som å bli en fange i sitt eget hjem. En kvinne beskrev "I have panic attacks especially when I go out of the house".	Det ble beskrevet i studien at kvinnene opplevde funksjonshemmingene etter den alvorlige fødselsriften, smerten og inkontinensproblemene som sjenerende og resulterte i sosial-isolasjon.	Selvpålagt isolasjon – skam og begrensninger	
Kvinnene beskrev en uforventet smerte fra perineum etter den alvorlige fødselsriften. "I couldn't go to the toilet. I couldn't sit in the car. And I basically couldn't do	Kvinnene i studien beskrev at smertene fulgte de konstant etter den alvorlige fødselsriften, og det uforventede omfanget av smertene skapte	Kvinnene i studien beskrev omfattende smerter i underlivet etter den alvorlige fødselsriften som satte begrensninger i dagliglivets vanlige aktiviteter som under samleie og			Kvinnene i studien beskrev å oppleve perinealsmerter etter den alvorlige fødselsriften, som satte begrensninger for de i hverdagen - både fysisk og sosialt.	Kvinner beskrev å oppleve fysisk smerte relatert til den alvorlige fødselsriften.	Kvinnene i studien beskrev at den alvorlig fødselsrift som begrensende i hverdagsaktiviteter grunnet smerte. Vanlige dagligdagse aktiviteter krevde nå	«Alt gjorde vondt»	Forandringer i kroppen

<p>anything – I was standing up and i was so tired, I could barely even lie down, it hurt that much that i just couldn't think of anything else".</p> <p>Både førstegangs fødende og flergangs fødende vurderte smerten ut fra innvirkningen og begrensingen den satte for hverdagslivet deres. Noen kvinner beskrev at de ikke kunne utføre grunnleggende foreldreoppgaver de første ukene etter fødsel, grunnet smertene fra perineum.</p>	<p>frustrasjon hos mange av kvinnene. Smertene fra den alvorlige fødselsriften satte begrensninger for kvinnene i studien. Smertene gjorde det vanskelig å bevege seg, være mobil og ta vare på det nyfødte barnet.</p>	<p>under fysisk aktivitet/mobiliserin g.</p>					<p>lengre tid for å kunne gjennomføre og skapte bekymringer hos kvinnen. Smerten gjorde at kvinnene ikke kunne utøve særlig fysisk aktivitet eller gå trilleturer med det nyfødte barnet.</p>		
<p>Noen kvinner beskrev å bli overrasket over hvordan realiteten var etter en alvorlig fødselsrift, og hvordan det påvirket det seksuelle forholdet til partneren. Kvinnene opplevde endringer i seg selv som seksuelt vesen. Kvinnene beskrev å føle frykt for det første samleie etter den alvorlige fødselsriften, og hvordan skaden etter den alvorlige fødselsriften</p>	<p>Komplikasjonene fra den alvorlige fødselsriften ble beskrevet av kvinner i studien som begrensende i deres intime relasjon med partner. Selv om deltakerne lengtet etter seksuell intimitet med partner, unngikk kvinnene å være intime. Noen hadde likevel prøvd å være intime, men hadde opplevd sterk smerte og sårhet. Noen kvinner beskrev at de følte</p>	<p>Kvinner i studien beskriver varierende vanskeligheter relatert til det å være intim eller å mangle et tilfredsstillende seksualliv etter en alvorlig fødselsrift. Kvinnene beskriver smertene, og fysiske endringer i underlivet som vanskeliggjørende faktorer for å ha et tilfredsstillende seksualliv etter den alvorlige fødselsriften. Noen beskriver også hvordan den</p>		<p>Flere kvinner i studien så ikke på seg selv som attraktive, seksuelle vesener lengre, men refererte til de selv som vill, skitten og motbydelig. Kvinnene beskrev en konstant frykt for inkontinens under samleie.</p>	<p>Flere kvinner i studien opplevde at endringene i genitaliene etter den alvorlige fødselsriften påvirket deres seksuelle intimitet med partner.</p>	<p>Kvinnene utrykte en dyp psykoseksuell sykkelighet etter den alvorlige fødselsriften. Kvinnene beskrev å ikke lengre føle seg attraktive. De hadde konstant frykt for å være inkontinens under samleie, som hadde negativ innvirkning på relasjonen til partner.</p>	<p>Kvinnene i studien beskrev et vanskeligere seksualliv etter den alvorlige fødselsriften. Noen kvinner beskrev samleie som "noe som måtte gjøres", selv om de ikke egentlig følte seg klar for det. Kvinnene beskriver også et behov for å i større grad planlegge seksuell aktivitet enn før den alvorlige fødselsriften, da samleie var en</p>	<p><b>Begrenset som et seksuelt individ</b></p>	

eventuelt kunne påvirke de i forhold til smerter, opplevelse av samleie og endringer i kroppen som kan påvirke den seksuelle opplevelsen. Samleie ble beskrevet av kvinnene etter en alvorlig fødselsrift som ikke lengre spontan, da samleie ble en planlagt hendelse i frykt for uforventede episoder av inkontinens og med planlegging forsikret de seg om at de var rene.	seg som dårlige partnere da de ikke var intime med partner, da de forventede rollene ikke ble oppfylt.	seksuelle lysten forsvant etter den alvorlige fødselsriften. Kvinner beskrev at de følte seg uattraktive grunnet skadene de fikk etter den alvorlige fødselsriften. Studien belyser også kvinner som beskriver å reetablere et tilfredsstillende seksualliv etter den alvorlige fødselsriften. Smerten fra den alvorlige fødselsriften avtok, de gjorde en trinnsvis tilpasning og aksepterte deres "nye" kropp som gjorde at kvinnene opplevde å føle seg styrket og tilhelet og resulterte i at de turte å være intime igjen.					aktivitet som "bare skjedde naturlig". For mange gikk intimiteten tilbake til det det en gang var, men for andre måtte forsone seg med et seksualliv de aldri får tilbake – som for flere ble en sorg.		
Kvinner fra studien hadde en forventning om å komme tilbake til habituell tilstand etter fødsel og den alvorlige fødselsriften, slik at de kunne fungere som gode mødre og koner. Men flere opplevde at kroppen ikke normaliserte seg slik de hadde forventet og de	Mange kvinner beskrev at den alvorlige fødselsriften ga de sekundære komplikasjoner som ulike typer infeksjoner, urinveisinfeksjoner, endometritt, infeksjoner i den suturerte fødselsriften. Mange opplevde rekonvalesensen	Kvinner i studien åpnet seg opp om bekymring rundt om de noe gang ville tilheles helt etter den alvorlige fødselsriften. Kvinnene som dog kom tilbake til habituell tilstand etter å ha levd med alvorlige komplikasjoner over flere måneder opplevde å føle seg			Kvinner i studien opplevde rekonvalesensen etter den alvorlige fødselsriften som forventet etter fødsel. Flere av kvinnene håndterte den ukomfortable situasjonen med inkontinens etter den alvorlige fødselsriften bedre dersom de hadde		Lengselen etter bedring		



uttrykte å føle seg overrasket over hvor stor påvirkning fødselen hadde på kroppen.	som uforventet lang.	stolte over kroppen som hadde kommet seg gjennom alle utfordringene som den alvorlige fødselsriften medbrakte.			kunnskap til årsaken for inkontinensen. Kvinnene følte de kunne påvirke rekonvalesensen med å gjøre underlivstrening, og lytte til kroppens tegn til fysiske begrensinger. Kvinnene konkluderte med at symptomene etter en alvorlig fødselsrift ikke var så ille tross alt, siden problemene var midlertidig og kroppen ville tilheles.				
Problemer med manglende kontroll over egen kropp etter en alvorlig fødselsrift ble beskrevet av kvinner i studien. Noen kvinner beskrev at de var sjokkerte over at grunnleggende kroppsfunksjoner ikke lengre var under deres kontroll. De opplevde inkontinens av flatus, urin og avføring som svært sjenerende og begrensende i dagliglivet etter en alvorlig fødselsrift. Kvinnene beskrev også opplevelsen av stigma rundt inkontinens etter en alvorlig fødselsrift	Noen kvinner i studien åpnet seg opp om store problemer med inkontinens etter den alvorlige fødselsriften. De beskrev at den manglende evnen til å nå toalettet som å ikke ha kontroll over egen kropp.	Mange av kvinnene i studien beskrev opplevelsen av inkontinens av flatus, urin og avføring etter den alvorlige fødselsriften som sjenerende og skamfull og gjorde at de følte seg begrenset i hverdagen.	Kvinner i studien beskrev opplevelse av inkontinens etter den alvorlig fødselsrift.	Kvinner i studien beskrev byrden av å leve med inkontinens. De beskrev at inkontinensplagene resulterte i tap av sosial og seksuell frihet. Kvinnene følte det var lite håp om å få tilbake kontrollen over livet, og måtte stadig gjøre kompromisser for å oppnå et snev av kontroll over den ukontrollerte kroppen de hadde. Mestring var ikke et ord kvinnene i studien brukte når de beskrev hvordan de håndterte opplevelsen av inkontinens, men	Kvinnene i studien beskrev å oppleve inkontinens, inadekvat underlivsfunksjon og prolaps etter den alvorlige fødselsriften.	Kvinner i studien opplevde inkontinens som komplikasjon etter en alvorlig fødselsrift. De følte seg flau over symptomene. En kvinne beskrev "I have no control of wind hich is a great embarrassment.	Kvinner i studien opplevde å ikke lengre ha kontroll over kroppen i form av inkontinens etter den alvorlige fødselsriften, som begrenset de i dagliglivet.	<b>Manglende kontroll over egen kropp</b>	

<p>som eksempelvis en kvinne beskriver "you are dirty and lazy". Kvinnene beskriver å oppleve at det ikke er kulturelt passende å snakke om inkontinens og plagene det medfører kvinner etter en alvorlig fødselsriff. Derfor endte det med at flere av kvinnene holdt problemene for seg selv, som resulterte i at færre får den hjelpen de har mulighet for å få.</p>				<p>beskrev håndteringen som ofringer og kompromisser. Det at kvinnene ikke kunne gjøre enkle hverdagsoppgaver som å gå til postkassen uten å gjøre på seg gjorde at de ble frustrerte, sinte, sårbare og triste.</p>					
<p>Kvinnene i studien opplevde forventningene og realiteten de møtte etter fødsel med en alvorlig fødselsriff som uforventet og kontrastfylt. "You have this fairytale where you have your baby and you take it home and everything's wonderful and then you go around show it to everybody. For me it was an effort. It was like I'm too Uncomfortable I can't be bothered going anywhere".</p>	<p>Kvinnene i artikkelen beskriver at livet med en alvorlig fødselsriff ikke kun påvirket hverdagslivet, men også knuste drømmene deres om morsrollen. De beskriver en påvirket, forsinket tilknytning til barnet, grunnet komplikasjonene av den alvorlige fødselsriffen. Noen beskrev også at smertestillende medikamenter de gikk på grunnet den alvorlige fødselsriffen påvirket deres evne til å ta vare på det nyfødte barnet.</p>			<p>Kvinner i studien følte at de ikke hadde mulighet til å selvstendig ivareta det nyfødte barnet etter den alvorlige fødselsriffen, som gjorde at kvinnene følte seg inkompetente som kvinner.</p>	<p>Noen mødre i studien beskrev at de følte seg skyldig i deres situasjon med den alvorlige fødselsriffen, men en kvinne beskrev at hun la skylden over på det nyfødte barnet etter at hun fikk den alvorlige fødselsriffen.</p>	<p>Kvinner i studien beskrev en sorg over det de følte var tap tid med det nyfødte barnet i tiden etter fødsel, grunnet problemene hun opplevde relatert til den alvorlige fødselsriffen.</p>	<p><b>Morsrollen – det knuste eventyret</b></p>	<p><b>Relasjonell nyorientering</b></p>	

<p>I hvilken grad kvinnene delte informasjon med partner om problemene de opplevde etter en alvorlig fødselsrift varierte. Hvor lenge de hadde vært med partneren og alvorligheten av problemene hadde en innvirkning på hvor mye kvinnen følte seg komfortabel med å dele. Mer alvorlige symptomer gjorde at færre kvinner delte med partner, eller hvis de fikk behandling for plagene var det flere kvinner som ikke ønsker å informere partner da de ikke ønsker at partneren skulle unødvendig uroe seg. Kvinnene ville beskytte illusjonen av normalitet for partner.</p>	<p>Kvinnene beskriver at deres roller som partner ikke står til forventningene etter en alvorlig fødselsrift. Flere kvinner i studien beskrev at de på grunn av den vanskelige rekonvalesensen måtte støtte seg på partner for å klare å gjennomføre dagliglivet, ivaretagelse av det nyfødte barnet, matlaging ivaretagelse av egen personlig hygiene med mer. Noen kvinner beskriver dog at avhengigheten av partneren gjorde at relasjonen til partner opplevdes sterkere i etterkant.</p>	<p>Kvinnene i studien beskrev partner som en av nøkkelpersonene for rekonvalesens etter den alvorlige fødselsriften, da partner ga støtte og hjelp kvinnene gjennom den vanskelige hverdagen med en alvorlig fødselsrift.</p>		<p>Noen kvinner i studien beskrev at de var usikre på hvordan partner ville reagere på komplikasjonene hun opplevde etter den alvorlige fødselsriften. Likevel valgte noen kvinner å åpne seg opp for partneren og opplevde da en form for lettelse.</p>	<p>Kvinnene i artikkelen beskrev å være svært avhengig av partneren etter den alvorlige fødselsriften, blant annet ivaretagelse av det nyfødte barnet.</p>	<p>Flere av kvinnene i studien dro frem partner som en viktig rolle i rekonvalesensen av den alvorlige fødselsriften.</p>	<p>Kvinner i studien beskrev at de hadde vanskelig for å dele problemene de opplevde etter den alvorlige fødselsriften med partner. Kvinnene beskrev partnere som følte seg engstelige for hva kvinnen gikk igjennom etter den alvorlige fødselsriften. Kvinnene beskrev at de fikk tilfredsstillende psykisk og fysisk støtte av partner og at partner stilte opp for å gjøre opp for det kvinnen ikke selv kunne gjennomføre grunnet den alvorlige fødselsriften. Selv om det var en vanskelig situasjon å stå i som par, var det flere kvinner som beskrev at parene vokste sterkere og fant ny respekt for hverandre når de delte erfaringer og byrder med hverandre.</p>	<p>Min elskede partner, min klippe</p>	
---	---	---	--	--	--	---	---	--	--

## Vedlegg 6: Kvalitativ vurdering – sjekkliste

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

**Kritisk vurdering av:** Tucker, J., Clifton, V. & Wilson, A. (2014). Teetering near the edge; women's experiences of anal incontinence following obstetric anal sphincter injury: an interpretive phenomenological research study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 54(4), (s. 377-381).

## Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Forskerne ønsket å beskrive og tolke kvinners opplevelse av analinkontinens etter OASIS (Obstetric anal sphincter injury) og innvirkningen på livskvaliteten. Bakgrunnen for studien var at det finnes litteratur som beskriver hvordan det er å leve med analinkontinens etter en alvorlig fødselsrift og hvordan analinkontinens påvirker livskvaliteten. Vi anser problemstillingen som relevant, siden den er konkret på hva forskerne ønsker å undersøke, og bruker relevante begreper.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Ettersom studien har som mål å beskrive og tolke kvinners opplevelse, er kvalitativ metode hensiktsmessig.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Denne studien brukte Heideggers tolkningsfenomenologi som rammeverk. De begrunner valg av forskningsdesign ved at tolkende fenomenologi gir en dypere forståelse og tolkning av en opplevelse i sammenheng med en persons liv.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Utvalget var 10 kvinner fra Australia i alderen 26-56 år. Alle kvinnene hadde analinkontinens som følge av en alvorlig fødselsrift. Kvinner som deltok i studien hadde en egen erfaring av analinkontinens som følge av en alvorlig fødselsrift. Kvinner som hadde en kjent medisinsk eller kirurgisk anamnese som påvirket tarmfunksjonen og resulterende analinkontinens ble ekskludert fra studien. Rekrutteringen fortsatte til det ikke lengre kom frem noe ny informasjon gjennom intervjuene. De opplevde at de oppnådde metning i studien ved 10 deltakere. De har trukket frem karakteristika med utvalget: kjønn, alder, og sosioøkonomisk status.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Datainnsamlingen ble gjennomført på et sted som var praktisk for deltakerne. De brukte åpne semistrukturerte intervjuer, ordrett transkribert tekst og journalføring for å identifisere flere realiteter som eksisterte for kvinner som hadde opplevd alvorlige fødselsrifter og analinkontinens. Intervjuene begynte med en generell uttalelse som ba kvinner fortelle om deres opplevelse av å leve med analinkontinens, og hvilken innvirkning det hadde på livet deres. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, noe som gjorde det mulig for forskeren å delta fullt ut i samtaler, og notere følelsesområdet og dybden av kvinnenens individuelle opplevelser.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Det kommer ikke tydelig frem bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data. Men de beskriver at kvalitativ forskning av natur har iboende begrensninger i generaliseringen av resultatene til et bredere felleskap. De beskriver likevel at resultatene som baserer seg på deres utvalg i midlertidig kan være aktuell for kvinner i lignende situasjoner. De diskuterer også at deres rolle som forsker og den sensitive naturen av analinkontinens kan ha påvirket det deltakerne turte å avsløre.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Etisk godkjenning ble gitt gjennom University of Adelaide Human Research Ethics Committee og Human Research Ethics Committee (TGEH/LMH/MH). Det er ikke beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Det er gjort rede for at de har analysert ved bruk av Van Manens tematiske analyse. Gjennom den hermeneutiske sirkel og repeterende lesing og skriving ble essensen av kvinnenens erfaringer reflektert og avdekket. Det er ikke gjort rede for de ulike trinnene i analysen, men det er en klar sammenheng mellom sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til. Samtidig er det lagt ved en tabell hvor de viser hvordan formulerte utsagn ble gruppert etter fellestrekk mellom begreper, som utviklet temaer og undertemaer.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Forskerne presenterer resultatene sine tydelig og ryddig. Tre hovedtema ble avdekt gjennom studien: “grieving for loss”, “silence” og “striving for normality”. De presenterer også åtte subtemaer. Forskerne har i studien trukket inn andre kilder og forskning for å underbygge egne funn, noe som styrker studiens troverdighet. Funnene er diskutert opp mot studiens problemstilling og hensikt. Den har en gjennomgående rød tråd og tydelig oppbygning.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Kommentar:**

Det er begrenset med forskning som gir en dybdeanalyse av kvinners erfaringer og opplevelser med analinkontinens etter OASIS, og studien ønsket å gi en dypere forståelse og tolkning av kvinners opplevelse i sammenheng med hverdagslivet deres. Studien avdekker at det er behov for ytterligere forskning på den psykologiske effekten av analinkontinens som følge av OASIS, og forskning som identifiserer spriket mellom skam og stigma for å avsløre analinkontinens og si fra om hjelp fra helsevesenet. Deltakerne i studien var overveiende kaukasiske (hvite og vestlige). Studien viser til at det er behov for ytterligere forskning som tar for seg et kulturelt mangfold kan beskrive opplevelsen av analinkontinens fra et annet perspektiv.

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.202