

Jordmoderuddannelsen  
Professionshøjskolen Metropol

## Sphincterruptur fra kvinders perspektiv

En kvalitativ analyse af kvinders oplevelse af puerperiet med en  
sphincterruptur

Bachelorprojekt i jordemoderkundskab  
3. juni 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen 63080508  
Anne Dalsgaard Holst 63080511

Vejleder: Signe Bjørnholt Marcussen

Anslag: 95.999

*"Dette projekteksemplar er ikke rettet eller kommenteret af Jordmoderuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol"*

## Resumé

Med udgangspunkt i humanvidenskabelig metode er der i dette projekt foretaget kvalitative forskningsinterviews med kvinder, der har fået en sphincterruptur. Dette med henblik på at opnå viden om deres oplevelse af puerperiet samt hvordan jordemødre kan støtte og vejlede disse kvinder. Analysen, foretages via Kirsti Malteruds analysemodel og viser, at det især er emner som *forberedelse, krop & bækkenbund, forventningsbrud* samt *information & kommunikation*, der får indflydelse på kvindernes oplevelser. Det konkluderes, at der er behov for, at jordemødre arbejder sundhedsfremmende ift. kvindernes bevidsthed om egen bækkenbund, samt at kvinderne støttes efterfølgende, evt. ved hjælp af narrativ bearbejdning af oplevelsen.

## Indholdsfortegnelse

<b>1.0 Problemstilling</b>	<b>1</b>
1.1 Problemformulering	3
<b>2.0 Projektets opbygning</b>	<b>4</b>
<b>3.0 Metode</b>	<b>5</b>
3.1 Videnskabsteoretiske overvejelser	5
3.2 Hermeneutik & forforståelse	5
3.3 Fænomenologi	6
3.4 Etik	7
3.5 Litteratursøgning	7
3.6 Litteratur om metode	7
3.7 Kvalitativ metode	8
3.8 Konkret metode	8
3.8.1 Informanter	9
3.8.2 Forsker i eget fag	10
3.8.3 Det semistrukturerede interview	11
3.8.4 Interviewguide	12
3.8.5 Transskribering	13
3.8.6 Databehandling	14
<b>4.0 Analyse</b>	<b>15</b>
4.0.1 Informanter	16
4.1 Forberedelse	16
4.2 Krop & bækkenbund	18
4.2.1 Bækkenbunden i bevidstheden	18
4.2.2 Isolation og manglende tillid til egen krop	20
4.3 Forventninger	22
4.4 Information og kommunikation	24
4.4.1 Information om bristningen fra sundhedspersonale	25
4.4.2 Kommunikation	26
4.4.3 Kommunikation med pårørende	27
<b>5.0 Diskussion</b>	<b>30</b>
5.1 Sundhedsfremme & forebyggelse	30
5.1.2. Sundhedsfremmende redskaber	31
5.2 Fortællingen om puerperiet	33
5.2.1 Arbejde med forventninger	35
5.3 Forberedelse	37
5.4 Metodekritik	38
5.4.1 Informanter & rekrutteringsproces	38
5.4.2 Interview	40
5.4.3 Forsker i eget fag	40
5.4.4 Validitet & overførbarhed	41
5.4.5 Etik	42
<b>6.0 Konklusion</b>	<b>43</b>

<b>7.0 Perspektivering</b>	<b>46</b>
<b>8.0 Litteraturliste</b>	<b>47</b>
<b>9.0 Bilag</b>	<b>51</b>
<i>Bilag 1 - Søgestrategi</i>	51
<i>Bilag 2 - PICO</i>	53
<i>Bilag 3 - Søgestrategi</i>	54
<i>Bilag 4 - Kommunikation med cheffjordemoder Rikke Nue</i>	63
<i>Bilag 5 - Brev til informanter</i>	65
<i>Bilag 6 - Samtykkeerklæring</i>	66
<i>Bilag 7 - Populationsbeskrivelse</i>	67
<i>Bilag 8 - Interviewguide</i>	68

## 1.0 Problemstilling

Igennem vores klinikophold har der været stor fokus på, hvordan jordemødre forebygger vaginale bristninger. Der har, gennem de sidste år, på de fleste hospitaler i Danmark været en øget opmærksomhed på at forebygge fødselsbristninger og i særdeleshed bristninger der involverer endetarmsmuskulaturen. Mange steder er der indført varianter af 'Den Finske Intervention'. Det vil sige, at der fokuseres på god kommunikation, håndgreb, hvor man støtter perineum og styrer caputs fart, relevant fødestilling, med overblik over perineum i de sidste minutter før forløsning samt episiotomi på indikation (Hasman & Barfoed 2016). I Region Hovedstaden, hvor vi har haft vores kliniske praktikperiode, er der ligeledes skabt øget fokus på at mindske bristninger i kraft af implementering af diverse håndgreb og refleksion over forløsning (Hasman & Barfoed 2016). DSOG anbefaler, at jordemødre ud over at have fokus på håndgreb ligeledes fokuserer på, at kvinden får tilstrækkelig information og vejledning omkring fødestillinger, og under forløsning samt varme klude på perineum i presseperioden (DSOG 2015:3).

80 % af alle førstegangsfødende får i forbindelse med deres fødsel en vaginal bristning, heraf får 4% af kvinderne en bristning der involverer sphincter ani (DSOG 2015:4). Risikoen for en sphincterruptur ved en efterfølgende fødsel ligger på 4,4-7% (Kjeldset 2015). De kvinder, der får en bristning der involverer den anale sphincter, får som oftest et længere og mere smertefuldt efterforløb. Det er vores erfaring, at kvinderne ofte må sutureres på operationsstue og ved travlhed kan risikere at skulle vente på, at en læge har tid til at suturere bristningen. Efterfølgende er det hensigten at kvinderne følges i sphincterregime, hvor det forsøges at sikre korrekt opheling og genoptræning (DSOG 2011:19-21). På Aarhus Universitetshospital har der igennem længere tid været stort fokus på fødselsbristninger, suturering og opheling. WHO har hædret deres opfølgingsprogram, hvor kvinder der har født får tilsendt et spørgeskema angående deres bristning, og på indikation bliver set på hospitalet hvor det vurderes om bristningen heler korrekt eller om der er behov for resuturering og yderligere opfølgning (Jensen 2016).

Sundhedsstyrelsen fremhæver, at kvinder der i forbindelse med deres fødsel har fået en bristning skal informeres grundigt om det forventede ophelingsforløb samt tilbydes vurdering af sårhelingen inden udskrivelse eller 1-2 uger efter fødslen af en fagperson. Dertil skal kvinder der har fået en sphincterruptur i forbindelse med deres fødsel kontaktes af fødestedet 5-6 måneder efter fødslen. Dette med henblik på “systematisk udspørgen” omkring inkontinens for urin, afføring og flatus, samt smerter i forbindelse med samleje. Kvinder der har fortsatte gener, skal indkaldes til nærmere vurdering og udredning (SST 2013:157).

Foruden at skulle give kvinder redskaber til at håndtere puerperiet med en sphincterruptur skal jordemødre også støtte og vejlede kvinder i en eventuelt næste graviditet. I arbejdet med gravide kvinder er det jordemødres opgave at vejlede i bækkenbunds- træning. Dette enten i jordemoderkonsultationen eller til fødselsforberedelse (SST 2013:86, 148, 184). Desuden kan jordemoderen gennem en efterfødselssamtale støtte kvinder i at bearbejde deres oplevelser i forbindelse med en sphincterruptur, samt skabe rum til vejledning og rådgivning i forbindelse med bristningen og den første tid som forældre (SST 2013:183).

I henhold til Brunstad & Tegnander medfører en sphincterruptur udfordringer i en sårbar fase af livet (2010:457). Anne-Marie Kjeldset påpeger i en artikel i Tidsskrift for jordemødre at risikoen for bristninger i mellemkødet fylder meget for mange gravide kvinder. Især bristninger der involverer endetarmens lukkemuskel. For nogle kvinder, der har pådraget sig en sphincterruptur går ophelingen og genoptræningen let, mens andre lider af smerter, analinkontines og fysiske og psykiske gener heraf. Problemer og udfordringer med toiletbesøg, samliv og smerter er tabubelagt for kvinder, og mange har svært ved at tale om det med andre, både partner og sundhedsprofessionelle (Kjeldset 2015).

Vi er interesserede i, hvilke oplevelser kvinder har efter at have fået en sphincterruptur. Påvirkes kvindernes fødselsoplevelse? Deres indgang til moderskabet? Deres opfattelse af egen krop? Viden om dette vil tillade os som kommende jordemødre, bedre at favne de kvinder, der har behov for støtte i tiden efter fødslen.

Til afdækning af emnet er der foretaget en systematisk litteratursøgning, i hvilken det blev tydeligt, at der er forsket stort og bredt i årsager og forebyggelse af bristninger

der involverer endetarmsmuskulaturen. Der findes imidlertid kun sparsomt materiale omkring kvinders oplevelser af at have fået en sphincterruptur (Priddis, Schmied & Dahlen 2014:1).

Litteratursøgningen resulterede i ni studier, der har bidraget til vores forforståelse på emnet. Det er dog vurderet at disse studier ikke har tilstrækkelig relevans, kvalitet eller rette fokus til at blive inkluderet i et litteraturstudie omhandlende kvinders oplevelser i forbindelse med at have fået en sphincterruptur i dansk kontekst. Derfor er det i dette projekt valgt at benytte kvalitativ metode til at indhente ny empiri på området.

Med udgangspunkt i den følgende problemformulering er det formålet med projektet er at opnå indsigt i kvinders oplevelser i forbindelse med en fødselsrelateret sphincterruptur. Det er ydermere ønsket at denne indsigt kan lede til en forståelse af, hvordan jordemoderen favner disse kvinder i svangreomsorgen fremover.

### *1.1 Problemformulering*

*Hvordan opleves puerperiet af kvinder der har fået en sphincterruptur og hvordan kan jordemoderen anvende denne viden til at yde støtte og vejledning til disse kvinder?*

Vi har valgt puerperiet som afgrænset periode vel vidende, at nogle kvinders oplevelser af sphincterruptur ikke vil begrænse sig hertil. Det er vores opfattelse, at det er i forhold til puerperiet, at det er mest jordemoderfagligt relevant at betragte aspekter af oplevelsen.

## 2.0 Projektets opbygning

Opgaven indledes med et metodeafsnit, hvori der redegøres for videnskabsteoretiske og metodiske overvejelser bag projektet. Dernæst analyseres den indsamlede empiri ved hjælp af Kirsti Malteruds principper om analyse af kvalitativ data. Efterfølgende diskuteres empirien i afsnittene ud fra perspektiverne *sundhedsfremme og forebyggelse, narrativ og forberedelse*. Dernæst reflekteres der over den anvendte metode, og sluttelig følger konklusion og perspektivering.



### 3.0 Metode

Herunder redegøres for de videnskabsteoretiske overvejelser, der ligger til grund for projektet samt for den anvendte kvalitative metode. Dernæst følger en redegørelse for projektdesignet og de overvejelser, der er gjort i forbindelse med indhentning af empiri ved hjælp af semistrukturerede kvalitative forskningsinterviews.

#### 3.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

Eftersom det med projektets problemformulering søges at afdække og identificere kvinders oplevelser og herunder deres tanker og følelser efter at have fået en sphincterruptur, synes det relevant at anskue problemfeltet fra et humanvidenskabeligt perspektiv. Denne teoretiske vinkel beskæftiger sig med menneskelige livsverden. Den søger at skabe viden om det enkelte menneske, dets tanker, følelser og oplevelser, og der er således i den humanvidenskabelige tradition fokus på individets forståelsesverden (Thisted 2012:48). Det søges med den humanvidenskabelige metode at skabe viden om den bevidsthed, som mennesker oplever verden ud fra (Birkler 2013:93).

#### 3.2 Hermeneutik & forforståelse

Hermeneutik betyder *at fortolke* og kaldes fortolkningskunst eller fortolkningslære og er i fokus i den humanvidenskabelige tradition, hvor det søges at opnå viden og forståelse for menneskelige handlinger, oplevelser, forestillinger og udtryk (Thisted 2012:48-49).

Hermeneutikken kan ses som en refleksion over, hvordan en oplevelse kan overføres fra én verden til ens egen. I forbindelse med, at der søges viden om menneskers oplevelser og erfaringer, samt når ny viden skal genereres, er det hertil nødvendigt at medtænke det centrale begreb; forforståelse (Birkler 2013:95-96).

Når en problemstilling undersøges, er det vigtigt at medtænke, at ens forståelse - det vil sige den nye viden - altid er formet på baggrund af ens forforståelse (Birkler 2013:101). Forforståelse tager form af de antagelser og den viden som den enkelte besidder forud for fortolkning af et fænomen. Denne forforståelse i kombination med

den nye viden der indhentes samt fortolkningsprocessen leder frem til en ny forståelse af det givne fænomen (Thisted 2012:64, Henricson 2014:341).

Forforståelsen danner således grundlag for måden data indsamles på. Dermed har man som forsker betydning for forskningsprocessen og det efterfølgende resultat (Henricson 2014:48).

Det er ønskeværdigt at gøre sig det klart, hvilken påvirkning forforståelsen kan have på projektets resultater. Dette for at have et realistisk udgangspunkt for at kunne kontrollere og reducere vores egen indflydelse og påvirkning på projektet (Henricson 2014:49). Det er således væsentligt ikke at lade forforståelsen overskygge den viden det empiriske materiale kan give os (Malterud 1996:44-45). Bevidsthed om, hvilken forståelse af et fænomen, der ligger til grund for udformningen af projekt, bidrager til at højne validiteten af projektet. Validitetsbegrebet behandles senere i opgaven i afsnittet *Metodekritik*.

Hermeneutikken er udtryk for den slags proces, der gennemgås i et projekt som dette. Kendskabet til og antagelserne om hvordan det opleves at have fået en sphincterruptur danner grundlag for projektdesignet og suppleres med ny viden, der fortolkes og bearbejdes igennem analyse og diskussion. Denne nye viden er udtryk for en ny forståelse af problemstillingen og kan senere bidrage til forforståelsen for et lignende projekt.

### *3.3 Fænomenologi*

I den humanvidenskabelige tradition eksisterer den filosofiske retning fænomenologi, der fokuserer på, hvordan fænomener opleves og erfares. Altså hvordan fænomener viser sig for det individ, der erfarer det (Henricson 2014:226). Beskrivelserne af fænomenerne, samt hvilken betydning de har får os i vores livsverden, er centralt i fænomenologien (Thisted 2012:54). Netop derfor synes det ideelt at anskue vores problemstilling fra et fænomenologisk synspunkt, da vi søger viden omkring kvindernes oplevelser efter at have fået en sphincterruptur, og dermed hvordan dette påvirker kvinderne og deres livsverden.

I henhold til Kvale & Brinkmann (2009:44-50) er det relevant at benytte fænomenologi i et projekt som dette, hvor data, som det beskrives senere i afsnittet, indhentes

ved hjælp af kvalitative semistrukturerede interviews. Fænomenologien manifesteres både i indsamlingen af data og i analysearbejdet idet begge processer er udtryk for en afdækning af fænomenet.

### *3.4 Etik*

Der er flere etiske aspekter man løbende må tage højde for i forbindelse med et projekt som dette. Forskningsetik går ud på at værne om alle de berørte menneskers livsgærd, integritet og selvbestemmelse (Henricson 2014:72). Etiske aspekter af projektet hænger sammen med validiteten i den forstand, at synliggørelse af processen for videnskabelig - det vil sige metode og databearbejdning - samt gennemskuelig-  
hed i teoretiseringen tilstræbes. Det er forsøgt at højne validiteten af projektet ved at behandle etiske overvejelser i løbet af opgaven, hvorfor udvalgte afsnit i metodede-  
len af opgaven vil indeholde etiske overvejelser (Hastrup 2009:243).

### *3.5 Litteratursøgning*

Projektet tog sin start i form af en systematisk litteratursøgning baseret på et såkaldt PICO-skema. Skemaet indeholder refleksioner angående *Problem, Interesse, Kon-*  
*text* samt relevante søgeord. Dette sikrer at der skabes forskellige søgekombinationer og at disse benyttes systematisk i udvalgte databaser. Databaserne var PubMed, CI-  
NAHL, SweMed+ samt PsycINFO, der alle er sundhedsrelaterede. Formålet med søgningen var at afdække, hvilke kvalitative studier, der er foretaget inden for feltet. Søgningen ledte til en gennemlæsning af ni studier. Det blev vurderet, at studierne havde ringe relevans i forhold til metode eller teoretisk fokus, ringe overførbarhed til danske forhold eller fokus på analinkontinens frem for den hele oplevelse. Ingen af studierne blev derfor fundet relevante som empiri til projektet. Der var således grundlag for at indsamle ny empiri.

Studierne bidrog til forforståelsen i projektet og der er refereret til et af disse studier i problemstillingen. Søgestrategien er beskrevet og skemalagt i bilag 1 og bilag 3.

### *3.6 Litteratur om metode*

I det følgende præsenteres den litteratur om kvalitativ metode, der primært er anvendt.

Udformningen af projektet trækker løbende på metodebogen *Videnskabelig teori og metode*, som er rettet mod professionsuddannelserne redigeret af Maria Henricson (2014). Bogen præsenterer videnskabsteori og forskningsmetodologi og suppleres i dette projekt af *Forskningsmetode i praksis* af Jens Thisted (2012) og *Metoder i statskundskab* redigeret af Lotte Bøgh Andersen, Kasper Møller Hansen & Robert Klemmensen (2010). Sidstnævnte omhandler samfundsvidenskabelig metode, der på mange aspekter ligner humanvidenskabelig metode. Designet af selve interviewundersøgelsen er mestendels udformet i henhold til Steinar Kvale & Svend Brinkmanns *InterView* (2009), der gennemgår de forskellige aspekter af en interviewundersøgelse i dybden. Især Kvale betragtes som en autoritet på området.

I databehandlings- og analyseøjemed anvendes *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* af Kirsti Malterud (1996). Der redegøres for analysemodellen senere i opgaven i forbindelse med analysen. Malteruds metodelitteratur benyttes ofte i forbindelse med kvalitativ forskning på sundhedsområdet, og hun har talrige udgivelser bag sig.

### 3.7 Kvalitativ metode

Projektet tager udgangspunkt i den kvalitative metode, hvor menneskers oplevelser med et bestemt fænomen undersøges og belyses (Henricson 2014:130). Den kvalitative metode har fokus på at beskrive og forstå dybden i et problem, samt dets sammenhæng med den helhed det er en del af (Launsø, Olsen & Rieper 2011:135).

Projektet bygger på empiri indsamlet gennem interviews. Informanternes udtalelser er herefter bearbejdet og anvendt i analysen og diskussionen. Ved brug af kvalitative interviews kan der skabes viden om informanternes oplevelser, sådan som det opleves af informanterne selv. Samtidig giver metoden mulighed for at beskrive hvilken mening og betydning informanterne tilskriver deres oplevelser (Henricson 2014:133).

### 3.8 Konkret metode

Projektet er udarbejdet og udført i henhold til gængse forskningskriterier for kvalitative interviewundersøgelser. Det vil sige, at der er tilstræbt så høj reliabilitet og validitet som muligt inden for projektets rammer. I arbejdet med interviewguiden og

udførelsen af interviews er der desuden taget højde for ønsket om generaliserbarhed og reproducerbarhed (Andersen, Hansen & Klemmesen 2010:144-149). Der reflekteres yderligere over dette i det metodekritiske afsnit.

Projektet er udformet med afsæt i Kvale og Brinkmanns syv faser for interviewundersøgelser. Disse syv faser er *Tematisering & formål, Design, Interview, Transkription, Analyse, Verifikation og Rapportering* (Kvale & Brinkmann 2009:119-142). Udtrykket for tematisering og formål ses i problemstillingen. I det følgende redegøres for processen med indsamling og bearbejdning af empiri. Overvejelser angående verifikation vil blive behandlet i metodekritikken og der ses udtryk for rapportering i analyse og diskussion.

### 3.8.1 Informanter

En forudsætning for at man ud fra kvalitative interviews kan generere viden, er at informanterne har oplevet det fænomen, der undersøges. Det blev forsøgt at benytte en strategisk udvælgelse i forbindelse med indhentning af informanter, hvor en gatekeeper formidler kontakten (Henricson 2014:134). I dette tilfælde var gatekeeperen en specialjordemoder i sphincterkonsultation på et hospital i Regionhovedstaden. En strategisk udvælgelse af informanter bidrager til, at der kan opnås informationsmættede beskrivelser af informanternes oplevelser (Henricson 2014:143). Dette var den mest oplagte rekrutteringsstrategi, da den gav adgang til informanter. Der blev søgt om tilladelse hertil hos chefjordemoderen på det udvalgte hospital (se bilag 4 for korrespondance). Rekruttering af informanter viste sig imidlertid mere udfordrende end forventet, hvorfor det blev besluttet også at benytte netværksrekruttering. Her blev der gennem medstuderende rettet henvendelse til kvinder, som var "kendt" med sphincterruptur. Se vedlagte invitation til mulige informanter i bilag 5. Rekrutteringsprocessen har resulteret i, at der er blevet inkluderet fem informanter i projektet, hvoraf fire var fra netværksrekrutteringen. Informanterne beskrives i forbindelse med analysen.

Det er ønsket i denne undersøgelse at handle etisk korrekt i forhold til informanterne. Dette gøres blandt andet ved at være tydelige omkring formålet med og rammerne for projektet.

Det er blevet tydeliggjort for informanterne, at de sikres fuld anonymitet i formidlingen af den viden der opnås i interviewene (se bl.a. bilag 5 og 6 for informationsbrev og samtykkeerklæring). Der ligger således grundige overvejelser til grund for de citater der er medtaget i analysen, såvel som for de korte beskrivelser af informanterne (bilag 7) (Hastrup 2009:155-170).

Informanterne har desuden fået tilbud om at få tilsendt det transskriberede interview og/eller det færdige projekt. Det har desværre ikke været muligt inden for projektets tidsramme at give informanterne indsigelsesret, hvilket de er informeret om.

### 3.8.2 Forsker i eget fag

Resultatet af en interviewundersøgelse som denne kan ikke opfattes som uafhængigt af forskeren. I arbejdet med indsamling af kvalitativ data er det derfor nødvendigt at reflektere over, hvordan man som forsker påvirker forskningsfeltet (Henricson 2014:134).

Som jordemoderstuderende er det naturligt, at vi har en vis viden om emnet på forhånd. Dette kan betragtes som en fordel i et projekt som dette, da denne viden giver et brugbart udgangspunkt for en systematisk litteratursøgning samt emneafgrænsningen og den videre tematiseringen (Kvale & Brinkmann 2009:188). Vores uddannelse til jordemødre sikrer en bred referenceramme at trække på både i forhold til teoretisk viden og kliniske erfaringer i forbindelse med interviewene. Som nævnt tidligere danner en god baggrundsviden om projektets tema grundlag for designet og udførelsen og dermed for kvaliteten af en interviewundersøgelse. Der kan imidlertid også opstå faldgruber eller begrænsninger, hvis det udelukkende er forforståelsen der kommer til at styre interviewene.

Det er relevant at forholde sig til den tavshedspligt, som sundhedspersonale i henhold til Sundhedslovens § 40 er underlagt når det kommer til patientfølsomme oplysninger. Her er det relevant at betragte forskerens rolle. Som beskrevet er det formålet

med dette projekt at undersøge, hvordan kvinder oplever det at have fået en sphincterruptur. For at anskueliggøre dette for læseren og foretage en brugbar og troværdig analyse er det nødvendigt at gengive oplysninger om de interviewede kvinder og ligeledes at citere dem. Dette er ikke noget man som sundhedspersonale er vant til at gøre, da dette ville kunne betragtes som brud på tavshedspligten. Det er derfor essentielt, at vi gør os selv og vores informanter det klart, at oplysninger kan og skal gengives på en måde, der både sikrer kvindernes anonymitet og analysens troværdighed (Hastrup 2009: 155-170).

### 3.8.3 Det semistrukturerede interview

Det er forskningsformålet, som det beskrives i problemstillingen, der i henhold til Kvale og Brinkmann (2009) får betydning for, hvordan interviewprocessen tilrettelægges. I dette tilfælde er det fundet relevant at indsamle empiri ved hjælp af kvalitative forskningsinterviews.

Metoden er relevant for problemformuleringen, da det kvalitative forskningsinterview giver mulighed for at opnå forståelse for informanternes erfaringer (Henricson 2014:164). Den semistrukturerede interviewmetode findes bedst egnet, fordi den giver rum og plads til, at den enkelte kan fortælle og reflektere. Interviewene i dette projekt er meget beskrivende, hvilket er relevant, når der forsøges at redegøre for centrale aspekter af et eller flere individers oplevelser eller livsverdener (Kvale & Brinkmann 2009:126). Problemformuleringen og formålet med dette projekt tillader dog ikke at bruge en udelukkende explorativ tilgang, da denne tilgang traditionelt er meget ustruktureret og som sådan kan ende for langt fra fokuspunktet (Kvale & Brinkmann 2009:126).

Kendetegnet ved det semistrukturerede interview er dets flexible design (Henricson 2014:165). Det giver interviewerens mulighed for at undlade at stille bestemte spørgsmål, eller for at tilføje nye og giver mulighed for at tilføje endnu en dimension af viden til projektet (Henricson 2014:184). Samtidig er der, ved denne metode, nogle på forhånd fastlagte temaer og spørgsmål som ønskes berørt (Thisted 2012:184).

Flexibiliteten i interviewformen giver interviewerens mulighed for at ændre i rækkefølgen på spørgsmålene og på den måde tilpasse sine spørgsmål til den enkelte in-

formant (Henricson 2014:165). Formodentlig er det for mange kvinder intimt og måske endda tabubelagt at tale om konsekvenserne af en sphincterruptur. Det semistrukturerede interview tillader, at samtalen skrider frem på informantens præmisser. Det giver interviewerens mulighed for i samarbejde med informanten at åbne op for ømtålelige emner (Thisted 2012:187). Det bliver således tydeligt, at interviewerens spiller en rolle som medskaber af interviewet, og at den viden der genereres gennem interviewet kan ikke ses som uafhængig af interviewerens (Henricson 2014:134).

Det er vigtigt at være sig bevidst, at arbejdet med det kvalitative forskningsinterview kræver meget af interviewerens. Der skal skabes en tryk atmosfære, hvor der er plads til tillid og åbenhed. Informanten er experten, og det er derfor vigtigt, at interviewerens kan træde tilbage og lytte (Launsø et al 2011:136). I forbindelse med indsamling af informanter, blev de bekendt med undersøgelsens formål. Ved den indledende briefing blev dette gentaget sammen med en præsentation af os som interviewere. Dette var et forsøg på at skabe god kontakt og tillid inden interviewets egentlige start. Det tydeliggjortes ydermere i den indledende briefing at informanten til enhver tid kunne stoppe interviewet. Derudover blev informanterne forberedt på interviewets tematikker og emner (Henricson 2014:187). I bilag 8 ses interviewguidens indledende briefing.

I forbindelse med forskerens indflydelse i det semistrukturerede interview fremhæver Thisted (2012:188) begrebet *aktiv lytten*. I henhold til dette begreb har vi som interviewere bestræbt os på at give plads til at informanten kunne komme med sine vurderinger, informationer og oplysninger. Dette er desuden kombineret med opfølgende og uddybende spørgsmål. En forudsætning for at dette kan lade sig gøre, er at forskeren sørger for pauser eller tavshed undervejs i interviewet, således at informanten har rum til refleksion.

### 3.8.4 Interviewguide

Forud for afholdelsen af interviewene er der udarbejdet en interviewguide. Se denne i bilag 8. Interviewguiden er udarbejdet med det formål at få afdækket så mange aspekter af oplevelsen som muligt. Det er tilstræbt at spørge ind til forskellige tematikker for at informanternes følelser, tanker og erfaringer afdækkes grundigt.



Spørgsmålene bygger på den teoretiske og erfaringsfunderede forforståelse der ligger til grund for projektet.

På grund af de følsomme og intime emner i interviewene spurgte vi ind til informantens fødselshistorie som det første. Dette er valgt fordi erfaring fortæller os, at mange kvinder gerne vil fortælle om deres fødselsoplevelser. Formålet med dette indledende spørgsmål var således at vise interesse for informantens perspektiv og skabe tryghed og en rar atmosfære i interviewsituationen.

Der er brugt åbne spørgsmål løbende i interviewet, idet sådanne spørgsmål kan åbne op for en rig beskrivelse, som interviewerens kan tage udgangspunkt i (Kvale & Brinkmann 2009:155). Brugen af åbne spørgsmål giver interviewene en explorativ karakter, hvor mange perspektiver afdækkes.

Guiden er udarbejdet ud fra temaer, med underspørgsmål og dertilhørende stikord. Temaerne er tilpasset flere gange i løbet af processen efterhånden som nye spørgsmål og forskellige fokus dukkede op. I henhold til Kvale & Brinkmann er der benyttet mange slags spørgsmål, og ikke alle de spørgsmål der er stillet i interviewene er præsenteret i guiden, fordi de er opstået spontant (Kvale & Brinkmann 2009:188-189).

### 3.8.5 Transskribering

Første trin af databearbejdningen er transskribering af interviewene for at gøre empirien tilgængelig for analyse. Vi har selv transskriberet vores interviews, hvilket har mindsket risikoen for tab af betydningsfulde detaljer. Dertil sikres det, at datamaterialet varetages på den mest gyldige og pålidelige måde. Det er i denne sammenhæng væsentligt at have in mente, at selvom der er foretaget en nøjagtig transskription, vil der opnås et afgrænset billede af det ønskede felt (Malterud 1996:73).

Efter transskriptionsprocessen, vil indholdet stå klarere i hukommelsen når de næste trin i databearbejdningen skal udføres. Formålet med transskriberingen er at nedskrive samtalen på den måde der bedst repræsenterer det, som informanten havde til hensigt at fortælle (Malterud 1996:74).

Interviewene er optaget på diktafon beregnet til formålet. Dette har resulteret i høj lyd kvalitet med minimal baggrundsstøj, således at risikoen for misforståelser mind-

skes. Der er til en grad korrigeret for meningsforstyrrende vendinger og grammatiske fejl atter med det formål for øje at undgå misforståelser.

### 3.8.6 Databehandling

Det er valgt at tage en induktiv tilgang til undersøgelsen. Dette betyder, at analysen og diskussion tager udgangspunkt i empirien frem for at interviewene fx tager udgangspunkt i en bestemt teoretisk retning. En induktiv analyse medfører i bedste fald, at det bliver muligt for os at drage konklusioner og formulere teorier om det undersøgte fænomen på baggrund af empirien (Henricson 2014: 39-40).

Malteruds analysemodel er relevant for projektet, idet det søges at opnå forståelse for informanternes oplevelser, tanker og erfaringer samt nuancer i disse. Redegørelse for analysemodellen følger herunder.

## 4.0 Analyse

I dette kapitel analyseres empirien. Analysen er bygget op omkring fire overordnede temaer, der er identificeret ved hjælp af Kirsti Malteruds fire analysetrin (1996).

Formålet med analysen er at skabe forståelse af mening og indholdet i informanternes oplevelser i forbindelse med, at de har fået en sphincterruptur. I det følgende redegøres for analysens fire trin, hvorefter de fire temaer, der er fremkommet præsenteres. Temaerne er *Forberedelse*, *Krop & bækkenbund*, *Forventninger* og *Information & kommunikation*.

Efter at have transskriberet interviewene efterhånden som de blev indhentet, fulgte en gennemlæsning af råmaterialet jvf. Malteruds første analysetrin *Helhedsindtryk - fra villnis til temaer* (Malterud 1996:93). På dette stadie blev forforståelse og teoretisk referenceramme lagt til side og der blev skabt et kendskab til materialet på materialets præmisser. Efter endt gennemlæsning identificeredes seks foreløbige intuitive temaer.

Herefter fulgte en kodningsproces kaldet *Meningsdannende enheder - fra temaer til koder*, hvor materialet blev gennemgået systematisk for at identificere og organisere meningsbærende enheder til belysning af problemstillingen. Disse enheder blev markeret i teksten og systematiseret ud fra de seks foreløbige temaer (Ibid:94-98).

I analysens tredje trin *Kondensering - fra kode til mening*, blev der på systematisk vis indhentet viden ved at kondensere indholdet i koderne, som blev identificeret i analysens forrige trin. Dette resulterede i, at de seks temaer blev reduceret til fire, og at der opstod underoverskrifter - en slags subgrupper - i hvert enkelt tema for at favne nuancerne i materialet. For hvert tema og subgruppe indføjedes brugbare citater, der sammenfattede indhold i det givne tema (Ibid:98-100).

I analysens sidste trin *Sammenfatning - fra kondensering til beskrivelser og begreber* blev materialet rekontekstualiseret. Med øje for nye begreber og beskrivelser blev materialet sat sammen igen. Udtrykket for dette fjerde trin ses i de følgende afsnit.

Viden fra hver enkelt tema er blevet sammenfattet. Afsluttende har vi vurderet, at resultaterne fortsat kan siges at give en gyldig beskrivelse af den sammenhæng enkelt-

delene oprindeligt er hentet ud fra. Der er udvalgt citater til understøttelse af de forskellige temaer. Overskrifterne for hvert tema er valgt ud fra det endelige indhold (Ibid:100-103).

#### *4.0.1 Informanter*

Informanterne i projektet har alle født i Region Hovedstaden. Med henblik på anonymisering af informanterne, har de fået nye navne og kaldes således Julie, Anne, Lise, Mette og Kristina. Informanterne er henholdsvis første og anden para og mellem 25 og 35 år. I bilag 7 ses en beskrivelse af informanterne. For Julie, Anne, Lise og Mette gælder det, at det er nogle år siden de fik deres sphincterruptur. Kristina derimod havde født sit andet barn og pådraget sig en sphincterruptur to uger inden interviewet fandt sted, hvilket betød, at interviewet fik en anderledes karakter, da vi fik en opfattelse af, at hun endnu ikke havde fået bearbejdet sin oplevelse på samme måde som de andre informanter.

#### *4.1 Forberedelse*

Det første tema der behandles er *forberedelse*. Igennem de fem interviews blev det klart, at informanternes viden om bristninger forud for fødslen var sparsom. Informanterne vidste at der var en risiko for at briste i forbindelse med en fødsel, men kendte ikke til konsekvenserne og havde efter egne udsagn ikke begreb om, hvad en bristning indebar. I det følgende afdækkes konsekvenserne af den manglende viden.

Julie fortalte, at det i graviditeten slet ikke var risikoen for at briste, der fyldte for hende, på trods af at fødslen fyldte meget i hendes bevidsthed. Julie gav udtryk for ikke at have kendt konsekvenserne og derfor have svært ved at skulle forholde sig til det på forhånd. Fire af informanterne udtrykte, at have følt sig udfordrede i puerperiet, da det kom som en overraskelse at dette kunne være så smertefuldt og besværligt som det blev. Det overraskede informanterne at det var sphincterrupturen, der fyldte i deres fødselshistorie og puerperium. Mette udtrykker en følelse af at være uforberedt på hvor meget dette kom til at tage på hende psykisk.

De fleste af informanterne sagde meget direkte, at de ville have ønsket at have mere viden om bristninger på forhånd og at de ville anbefale at det bliver dækket enten i jordemoderkonsultation eller til fødselsforberedelse. Den manglende viden kan altså ses som resultat af manglende forberedelse. Ingen af kvinderne husker at have talt med deres konsultationsjordemoder om bristninger, eller at det skulle have været diskuteret i forbindelse med fødselsforberedelse. Det kan tyde på, at den manglende forhåndsviden om smerter, begrænsninger og tidsperspektiv for flere af informanterne bidrog til en psykisk reaktion i puerperiet (interviews med Julie, Lise, Mette og Kristina).

For nogle af informanterne kunne det tyde på, at puerperiet er blevet hårdere end nødvendigt, fordi de har oplevet sig som uforberedte og ikke vidst, hvordan de skulle forholde sig:

*Mette: “[...] og derfor er det bristningen der har fyldt allermest. Fordi jeg ikke efterfølgende har vidst hvordan jeg skulle håndtere det, og vidste heller ikke rigtig hvor jeg skulle søge hjælp henne. [...]. Når man først har det sådan psykisk inde i hovedet og man er ked af det der er sket, og tisser i bukserne og slår prutter, det har været det aller sværeste.”*

Adspurgt om mængden og indholdet af forberedelsen på puerperiet udtrykker Mette, at hun godt ville have vidst mere om bristninger på forhånd og, at følelsen af at være uforberedt resulterede i at hun ikke vidste, hvor hun skulle henvende sig, eller hvordan hun skulle håndtere situationen.

Et andet aspekt af vigtigheden af forberedelse er kvindernes kendskab til hospitalsverdenen. Anne havde i kraft af sin første sundhedsrelaterede uddannelse et kendskab til og en forståelse af arbejdsgang og jargon på en operationsstue, og udtrykker, at hun som resultat følte sig i trygge hænder. For andre af informanterne har den manglende viden betydet, at de har følt sig utrygge i det umiddelbare efterforløb på fødestue og operationsstue. For eksempel havde Lise aldrig før været i forbindelse med hospitalsvæsenet og beskrev et utrygt sutureringsforløb på operationsstuen, hvor hun følte sig alene. Dette kan tolkes som et udtryk for en situation, hvor viden mindsker følelsen af utryghed, og at manglende kendskab til fx omgivelser kan resultere i, at der er flere elementer af utryghed at forholde sig til.

Indvirkningen af forberedelse på puerperiet vil blive diskuteret i afsnittet *Forberedelse*.

#### *4.2 Krop & bækkenbund*

I dette afsnit følger en analyse af informanternes forhold til deres egen krop og i særdeleshed til deres bækkenbund, og hvordan disse forhold får indflydelse på deres oplevelse af at have fået en sphincterruptur.

##### *4.2.1 Bækkenbunden i bevidstheden*

Ud fra en forforståelse om at bækkenbunden måtte fylde i informanternes bevidsthed som følge af en sphincterruptur, blev de adspurgt om deres forhold til deres bækkenbund og træning generelt. Dette med henblik på at forstå, hvordan informanterne er bevidste om deres krop, om at være i form og holde sig sunde, og om dette adskiller sig i det generelle forhold til kroppen og det specifikke forhold til bækkenbunden.

Informanterne giver udtryk for generelt at have et forhold til deres bækkenbund som noget fjernt og uhåndgribeligt. Ligeledes er bækkenbundsøvelser noget, der for informanterne har karakter af at være svært at få gjort; noget der er irriterende, fordi det snarere gøres som en sur pligt end som en investering i kropslig sundhed.

Informanterne beskrev, at inden graviditet og fødsel var bækkenbunden og bækkenbundsøvelser ikke noget, der fyldte i deres bevidsthed i sin egen ret. Informanterne udtrykker således næsten enstemmigt, at bækkenbunden kun er til stede i deres bevidsthed i kraft af deres graviditet og fødsel, og den bristning de har fået. I forbindelse med bristningen blev bækkenbunden betydeligt mere nær i deres bevidsthed. Den gik fra at være en muskelgruppe, som de ikke var vant til at opleve til at blive centrum for deres fødselsoplevelse og restitution i puerperiet. Informanterne kom således i en situation, hvor bækkenbunden blev årsag til frustration, fordi den kontrollerede deres hverdag i en periode. Denne frustration tog blandt andet udgangspunkt i det meget fysiske aspekt smerte. Informanterne havde ondt og blev begrænset i deres bevægelsesmønster. De kunne ikke sidde, og det var anstrengende at gå og stå.

Bækkenbunden var ikke noget, informanterne forud for graviditet og fødsel trænede for at være sunde, men noget de blev nødt til at træne efter deres sphincterruptur for at genoprette normalitet, balance og sundhed. Bækkenbundstræning blev således en behandling for kvinderne. Mette udtrykker i det nedenstående citat, at hun har haft kendskab til og en vis forståelse af sin bækkenbund, og hvordan den skal trænes, men at det først kom til at ligge hende på sinde, da hun kunne mærke den:

***Mette:** “Jeg vidste da at der var noget der hed det, og at man kan købe alle mulige ting til det [bækkenbundstræning]. Men jeg begyndte at gøre det på slutningen af graviditeten, fordi at jeg kunne mærke at det trykkede på blæren da barnet blev større.”*

Efter sin fødsel og efter at være kommet sig fysisk opsøgte Mette selv fysioterapeutisk genoptræning, hvor hun fik stort fokus på bækkenbunden. Hun fandt altså i løbet af sin graviditet og sit puerperium ud af, at bækkenbunden var et vigtigt aspekt af kroppen, for at hun kunne komme tilbage til normal. Informanterne beskriver, at det var i bækkenbunden, at smerterne føltes, og at det var i forbindelse med toiletbesøg og samleje, at kroppen især føltes unormal. Informanterne oplevede frustration og for nogle ligefrem psykisk påvirkning i forbindelse med deres bækkenbund og toiletbesøg. Samtlige informanter beskrev en frygt for at bristningen skulle “explodere” eller “springe op igen”. Denne følelse har været overvældende at opleve for alle informanterne. Julie, Lise og Kristina beskrev, hvordan deres frygt for at gå på toilettet manifesterede sig i, at deres fordøjelse blev påvirket, hvilket ledte til forstoppelse og dermed øget frygt for toiletbesøg.

Efter restitutionen beskrev informanterne bækkenbunden som noget, der bare skulle fungere godt nok. Dens diffuse karakter ledte til, at den blev negligeret. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

***Julie:** “Ja, efterfølgende især efter jeg var bristet, og der har jeg nok gjort det [bækkenbundstræning] lidt, fordi jeg tænkte OK nu er jeg jo bristet, så skal jeg gøre det, men jeg må indrømme, at jeg har nok ikke været sådan god til det, fordi det er et mærkeligt sted at træne, fordi man jo ikke tænker over det.”*

Julie udtrykker, at efter at hun igen kunne holde på vand og afføring, gled bækkenbundstræningen i baggrunden og blev atter glemt. Det var altså i høj grad fornem-

melsen af bækkenbunden, der fik betydning for, om informanterne fik en følelse af at være blevet normale igen. Følelsen af anderledeshed grundet arvæv omkring endtarmsmuskulaturen beskrev flere informanter som værende et aspekt af puerperiet, der krævede tilvænning.

Anne beskriver, at hun kun huskede at træne sin bækkenbund, fordi hun gik hos en fysioterapeut (Anne og Lise var de eneste, der fik tilbud om fysioterapeutisk genoptræning fra hospitalets side). Anne havde en oplevelse at, at fysioterapeuten måtte holde hende i ørerne, og at hun ikke ville have fundet den korrekte knibeteknik uden hjælp fra fysioterapeuten.

*Anne: "Min bækkenbund skylder hende tak. [...] Det var sådan lidt urealistisk at man skulle huske at lave bækkenøvelser. Det var virkelig sådan, jeg kunne slet ikke fange noget. Men det der var en stor hjælp, var det der med "jamen du skal komme ud til mig".*

Det blev således vigtigt, for Anne at hun fik et forløb hos en fysioterapeut, idet det bevirkede at hun lærte at knibe korrekt samt at hun blev mindet om genoptræningen.

Derudover var det tilsyneladende Mette, der havde brugt mest energi på at genoptræne bækkenbunden. Hun er desuden en kvinde, der træner tre gange ugentligt og er dermed vant til at forholde sig til kroppen som noget der skal holdes i form. For alle informanterne må det siges, at selvom bækkenbunden har spillet en meget central rolle i deres forløb med sphincterupturen, beskriver de deres forhold til den som værende fjern fra deres krop.

I dette afsnit er det blevet vist, at kvinderne har et forhold til deres bækkenbund, som noget der skal behandles hvis den ikke fungerer, og ikke umiddelbart som noget der skal holdes i form. I afsnittet *Sundhedsfremme & forebyggelse* diskuteres jordemødres mulige indflydelse på bækkenbunden i et sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv.

#### 4.2.2 Isolation og manglende tillid til egen krop

I dette afsnit vises, hvordan informanternes kropslige oplevelser til en grad resulterede i en følelse af isolation i puerperiet.



Anne blev mødt på barselsgangen af en fysioterapeut, hos hvem hun fik et genoptræningsforløb. Hun beskrev at have haft stor glæde af dette forløb, og at fysioterapeuten reddede hendes bækkenbund. Dette i kombination med at hun følte, at sutureringen blev håndteret professionelt, har gavnet hendes forhold til kroppen. Hun beskrev, at det kom nemt til hende at skulle holde sig i ro efter fødslen og blot ligge på sofaen med sin søn. På trods af at hun var begrænset fysisk i kraft af, at hun ikke kunne gå længere end rundt om blokken, vidner historien om et godt efterforløb. Desværre har andre af informanterne ikke haft lige så gode efterforløb.

For Julie betød bristningen, og især efterforløbet, at hun i sin nuværende graviditet ikke stoler på, at hun ikke vil briste eller hele korrekt, hvis hun skulle føde igen. Julie var meget forpint i forbindelse med sutureringen og havde et kompliceret efterforløb, idet hun havde svært ved at aflaste på barselsgangen og i hjemmet. Det var hårdt for hende, at hun ikke kunne bruge sin krop, som hun plejede. På kort sigt betød hendes bristning, at hun blev utålmodig med sin egen krop, hvilket måske resulterede i, at hun ikke aflastede, som hun burde (interview med Julie). Der var desuden stor frustration forbundet med at være bundet til hjemmet eller snarere toilettet. Dette kan betragtes som en oplevelse af isolation, som flere af informanterne havde i puerperiet. Julie oplevede desuden en efterfødselsreaktion varende et par måneder, og i hendes beskrivelse tyder det på, at hendes oplevelse af bristningen har haft indflydelse på dette.

For informanterne betød sphincterrupturen, at puerperiet var hårdt for kroppen. Ud over at de skulle forholde sig til den nye identitet som mor og lære at amme, skulle kroppen bruge energi på opheling og restitution. Oven i dette skulle informanterne forholde sig til, at de i forskellig grad ikke kunne kontrollere deres bækkenbund; en kropsdelen som ikke tidligere havde taget meget opmærksomhed fra informanterne.

Bristningen medførte, at informanterne ikke kunne forlade deres hjem i den første tid af flere årsager. Herunder smerter, manglende kontrol over at holde på vand og luft, et hygiejnemæssigt behov for at benytte en bruser i forbindelse med toiletbesøg og i nogle tilfælde manglende evne til at holde på afføring. Denne situation resulterede for alle informanter på nær Anne i en følelse af frustration og isolation. Anne forkla-

rer dette med, at hun sagtens kunne holde ud at skulle ligge på sofaen og bare være hjemme. Julie beskriver derimod, at hun oplevede det som en psykisk belastning at føle sig lænket til sit eget hjem.

***Julie:** “[...] skal jeg så tage det [Magnesia] og så blive i mit hjem, fordi jeg kan ikke noget, for det var en psykisk belastning ikke at vide, hvornår man skal på toilet. Øhm... så der er i hvert fald gået 2 måneder, eller sådan noget, hvor jeg var ret lænket til mit hjem, følte jeg. Jeg havde det ubehageligt med at komme ud, fordi jeg ikke var tryk ved at min krop kunne klare opgaven...”*

Julie oplevede dertil en splittelse i sig selv, fordi bristningen kom til at være en stopklods for de aktiviteter, hun gerne ville lave som nybagt mor. Bristningen kom til at udfordre hende, både fysisk i kraft af at hun blev begrænset til sit eget hjem, og psykisk fordi hun endnu ikke stolede på sin egen krop. Den manglende tillid til egen krop bidrog til en følelse af isolation. En følelse der ledte til frustration, fordi bristningen var en uventet faktor, der kontrollerede en periode af hendes liv. Dette på en sådan måde, at den første tid hjemme, foruden at være smertefuld, blev præget af kontroltab, brudte forventninger og utryghed.

Lise beskriver, hvordan følelsen af isolation fik hende til at føle sig syg:

***Lise:** “Jeg tænkte jo, okay jeg har bare fået en baby, men jeg kunne jo godt mærke, at det gjorde mig faktisk syg på en eller anden måde. Jeg var ikke frisk efter det, og det havde jeg egentlig ikke forventet [...] at jeg skulle være afhængig af mit eget badeværelse. Så det var også lidt en frustration ovenpå.”*

Julie drog sågar en parallel til kronisk sygdom og udtrykte en følelse af at have været syg hele tiden. Den fysiske begrænsning og medfølgende isolation og for nogen følelsen af at være syg var for samtlige informanter uventet, og de fleste havde svært ved at forlige sig med det. Dette fordi tiden efter fødslen blev alt andet, end de havde forestillet sig. I det følgende afsnit af analysen behandles dette forventningsbrud og konsekvenserne heraf.

#### *4.3 Forventninger*

I dette afsnit vises, hvordan ovenstående kropslige begrænsninger påvirkede informanternes oplevelse af puerperiet i kraft af brudte forventninger.

Den kropslige oplevelse kan forårsage et brud på kvinders forventninger til den første tid hjemme som nybagt familie. Informanterne beskrev, at den fysiske begrænsning udfordrede de forventninger og drømme, de havde til aktiviteter i den tidlige barselsperiode. Det var tungt at sidde og gå, og informanterne var derfor nødt til at give opgaver som bleskift og gåture med barnevognen fra sig. Informanterne har haft forskellige forestillinger om deres barsel, men ens for dem var, at de på grund af deres bristning ikke oplevede at disse forventninger blev indfriet. Julie beskriver, hvordan hun havde glædet sig til at skulle lære sit barn at kende sammen med sin kæreste i de første 14 dage, men at hun ikke følte at dette skete, fordi hun hele tiden måtte ligge ned og overgive pusling til sin kæreste.

*Julie: “Jeg følte lidt sådan at jeg havde fået taget noget fra mig altså sådan jeg havde fået taget den der hygge i 14 dage, hvor vi skulle være sammen og lære det her barn at kende. Så lige så snart jeg kunne rejse mig, så skulle han på arbejde! Det var ligesom om man var blevet snydt lidt. Det var der sgu ingen der sagde, at man kunne have det sådan her.”*

Hendes fysiske begrænsninger havde indflydelse på hendes opfattelse af egen krop, og det kan tyde på, at det også fik betydning for hendes indgang til moderskabet. Den måde, hun havde forestillet sig at hun skulle være mor på, blev kompromitteret af sphincterrupturens konsekvenser.

Lise oplevede ligeledes, at forventningerne om den første tid med sit barn blev brudt, idet hun måtte på operationsstue på grund af post partum blødning og suturering, og derfor ikke fik barnet op på brystet med det samme. At få barnet op til sig lige efter fødslen er betydningsfuldt for de fleste kvinder. Det er der, de har den allerførste fysiske kontakt til deres nyfødte barn. Lise fortæller, at hun følte, hun manglede den første hud til hud kontakt:

*Lise: “Jeg ville, jeg havde ham jo heller ikke hos mig til at starte med. Jeg manglede ligesom bondingen, så jeg synes ligesom det var svært at skulle sige “nå her, så er det dig der gør det” når jeg gerne ville have ham. Jeg manglede den der start med ham. Hud til hud, som jeg ikke fik. Og det betød også noget nogle uger efter. Jeg ville gerne have haft det.”*

Dertil beskriver hun, at det ikke blot var i øjeblikket det fyldte for hende, men at oplevelsen også påvirkede hende i ugerne efter. Det er ligeledes vores opfattelse, at hun blev berørt af dette emne i interviewsituationen.

Bruddet på forventningerne fik også Mette til at føle, at der var noget der blev taget fra hende:

*Mette: "Det var ikke det der med at de skulle holde hende, det havde jeg slet ikke noget problem med. Men det var det der med, at de havde siddet sådan, og jeg ikke havde siddet på den lille kærlige måde med hende. Ligesom man ser på alle de gode billeder, ikke? Det synes jeg var rigtig hårdt. Jeg tænkte, det glæder jeg mig virkelig til at jeg kan sidde sådan der med mit barn, og kigge direkte ned på hende, i stedet for at ligge med sådan en brækket nakke og kigge ned i toppen af hovedet på hende."*

Hun fremhæver i citatet, at der er en måde hvorpå forældre sidder på *alle de gode billeder*, hvilket vidner om, at hun har haft en tydelig forestilling om at skulle forevige den første tid, med et billede på samme måde. Derfor var det svært for hende, at andre fik muligheden før hende selv.

Disse forskellige brud på forventninger har været uventede og er ikke blevet italesat af de sundhedsprofessionelle. Det vil ud fra et narrativt perspektiv i afsnittet *Fortællinger om puerperiet* blive diskuteret, hvordan de brudte forventninger påvirker oplevelsen af puerperiet, og hvordan jordemødre kan arbejde sammen med kvinderne om dette.

#### *4.4 Information og kommunikation*

I dette afsnittet afdækkes information angående sphincterruptur samt kommunikation med både personale og pårørende. Dette fordi det betragtes som en væsentlig del af informanternes oplevelse.

#### 4.4.1 Information om bristningen fra sundhedspersonale

I dette afsnit behandles hvordan information fra sundhedspersonale om forskellige aspekter af, at have fået en sphincterruptur har påvirket informanternes oplevelser af puerperiet.

Informanterne fik meget forskellig informationen i forbindelse med suturering. Anne følte sig velinformeret som citatet herunder vidner om:

*Anne: "Hun sagde til mig på fødestuen, at når nu, hvad fanden var det nu hun sagde, at når nu jeg havde ødelagt, nej da hun havde syet mig: når nu du har ødelagt dit røvhul, så har du gjort det rigtig godt. Fordi hun kunne sy sådan hele vejen rundt, så det holdt. Så det var en fin ros at få. Det var fint at sy og hun havde fået syet hele vejen rundt. Og så bare det der med at få at vide, det var en fin syning jeg fik lavet. Det gjorde til at man havde en tro på, at det skal nok gå det her. Men lige præcis det der med at den er lavet til at man kan føde igen, det var en kæmpe hjælp."*

Anne oplevede, at informationen fra lægen var med til at styrke hende i troen på en sund helingsproces. Modsat havde Lise en oplevelse af ikke at blive hørt og set på operationsstuen og af ikke at få noget at vide, hvilket var utrygt for hende. Mette havde en oplevelse af forvirring og uvished og fik at vide, at lægen *troede* hun kunne "ordne" bristningen. Det kan tyde på, at informationen, der bliver givet i forbindelse med sutureringen, påvirker informanternes opfattelse af egen krop og opheling af bristningen, og dermed muligvis også efterforløbet.

Også informationen under informanternes ophold på barselsgangen synes varierende. Lise blev informeret om, at hvis hun skulle føde igen, skulle det være ved kejsersnit. Dette står for Lise som en tydelig og negativ oplevelse, som hun ikke oplevede som gavnende. Mette fortæller, at hun fik at vide, at hun skulle henvende sig ved behov for smertestillende, men at hun i starten ikke fik anden information omkring bristningen eller hensyntagen til denne. Julie fik blot en reprimande af sygeplejersken, fordi hun synes, Julie var for aktiv og ikke aflastede nok. For Julie var det imidlertid svært at forstå omfanget af bristningen i tiden på barselsgangen. Hun udtrykker et

behov for at få italesat dette samt vigtigheden i at aflaste, fordi hun ikke vidste, at hun skulle give bristningen ro.

Lise udtrykker ligeledes et behov for opmærksomhed fra sundhedspersonalets side:

*Lise: "Ja, helt sikkert mere information. Og det med at en bristning kunne komme til at fylde, det var der ikke nogen der havde fortalt mig om. Bristning, hvad snakker i om? [...] Og selvfølgelig skal man heller ikke fortælle om alt. Men bagefter kunne de godt have fortalt. Mere end de papirer jeg fik."*

Hun fremhæver en oplevelse af manglende information og tilføjer, at dette fik hende til at føle, at personalet ikke tog hende seriøst. Ligesom Lise fik også Julie kun udleveret pjecer omkring sphincterruptur. De måtte læse sig frem til information og man kan argumentere for at de dermed har haft længere vej til sparring, rådgivning og vejledning fra sundhedspersonale i tiden efter fødslen. De udtrykker at have brug for mere end blot papir.

Anne derimod blev mødt af en fysioterapeut to gange allerede under indlæggelsen på barselsgangen. Hun fik svar på spørgsmål om bristningen samt en forløbsplanen, hvilket betryggede hende. Mette fik også først information på papir, men fik efterfølgende mulighed for at stille spørgsmål og få yderligere information af en jordemoder i forbindelse med en efterfødselssamtale.

Som nævnt afveg interviewet med Kristina fra de andre interviews, fordi hendes fødsel lå så tæt på i tid. Desuden er hendes oplevelse anderledes idet hun i realiteten ingen information fik ved sin første fødsel og sin første sphincterruptur. Kristinas historie understreger i høj grad vigtigheden af information idet hun beskrev et langt efterforløb med smerter og diverse komplikationer, som hun føler kunne have været mindsket, hvis hun havde fået information om aflastning, fordøjelse og genoptræning (interview med Kristina). Ved anden fødsel har hun fået information af både jordemoder, læge og specialjordemoder, hvilket hun føler har "bekræftet" hende, men som også understregede en oplevelse af at føle sig fejlagtigt behandlet i det første forløb.

#### 4.4.2 Kommunikation

I forhold til efterfølgende kommunikation med sundhedsprofessionelle om bristningen og dens konsekvenser har informanterne haft forskellige oplevelser. Som be-

skrevet ovenfor har den første information angående sphincterruptur sat sig godt fast hos informanterne og haft betydning for beretningen om deres efterforløb. Det samme gør sig gældende for den kommunikation de har haft med især jordemødre og fysioterapeuter i løbet af puerperiet.

Ikke alle informanterne har fået en efterfødselssamtale med en jordemoder. Lise fortæller, at hun i lang tid måtte kæmpe for at få en efterfødselssamtale med sin fødselsjordemoder, og da det endelig lykkedes hende at få en aftale, viste det sig at være med en læge. Hun følte ikke, at hun fik det ud af samtalen hun ønskede. Lise følte herefter, at hun ikke var blevet hørt og at hendes behov ikke blev set, men hun holdt op med at kæmpe og besluttede at hun "måtte komme videre". Hun giver udtryk for stor skuffelse og for at mangle viden om hvorfor hun bristede. Dette vidner ikke om en reel bearbejdning af oplevelsen.

Mette derimod fik tilbudt en efterfødselssamtale på barselsgangen, og hun og hendes kæreste havde stor gavn af dette, da der gennem samtale blev skabt mening i forløbet. Denne samtale gav anledning til, at Mette kunne stille spørgsmål til bristningen og dens konsekvenser. Annes forløb hos fysioterapeuten skabte mening i hendes efterforløb idet genoptræning tidligt blev italesat. Det fastlagte program betød, at der var mulighed for at opbygge givende tillid fagperson og patient imellem (interview med Anne).

Lise fik også tilbud om at gå til fysioterapeut efterfølgende og selv om denne relation ikke figurerede fremmest i beskrivelsen af hendes oplevelse, udtrykte hun at have været glad for forløbet, da det tillod hende at få tillid til fysioterapeuten.

#### 4.4.3 Kommunikation med pårørende

Informanterne gav udtryk for, at de godt kunne tale med deres kærester om at have fået en sphincterruptur og om de konsekvenser det medførte. Julie, Lise og Mette fortæller, at kommunikationen med deres kærester til en vis grad har taget karakter af at være en situation, hvor kvinderne fortalte og mændene lyttede. De beskrev at sidde tilbage med en følelse af at deres mænd ikke har kunne sætte sig ind i deres situation selvom de alle har oplevet medfølelse og støtte. Julie beskrev et behov for at under-

strege overfor sin kæreste at det er noget stort hun har oplevet og gennemlevet. Mette understregede vigtigheden af at tale med sin kæreste om det, på trods af at hun i forbindelse med de første toiletbesøg følte det som ydmygende, at måtte bede om hjælp. Flere af informanterne fortalte, at selvom de godt kunne fortælle deres pårørende og venner, at de havde fået en sphincterruptur, så har det ikke været en vigtig del af at bearbejde oplevelsen. Det kan tyde på, at dette er fordi der har været en grad af tabu om emnet, hvor det har været lettere og mere givende at tale med sundhedspersonale. Lise fortalte fx, at det ikke var svært at fortælle sine veninder at hun havde fået en sphincterruptur, men at hun ikke har haft lyst til at skulle skræmme de af veninderne der endnu ikke havde født. Hun fortalte desuden, at hun havde behov for at tale med sundhedsprofessionelle fremfor kun at tale med pårørende, fordi det i nogle tilfælde kom for tæt på, og hun ikke følte at hun skulle bruge sine venner og familie til denne slags sparring.

Mette fortæller ligeledes, at hun da godt kunne fortælle at hun havde fået en stor bristning og at det gjorde ondt, men at hun ikke oplevede, at der blev talt om konsekvenserne. Samtidig brød hun sig ikke om, at skulle ligge ned når hun var på besøg, og hun har i processen forklejnet sine smerter og sit ubehag over for bekendte. Mette oplevede at få en ligesindet, med hvem hun delte erfaringer:

*Mette: "Ja, altså jeg vil sige at jeg var så heldig, at i den mødregruppe jeg kom i var der én mere, som faktisk næsten havde haft det samme forløb og hun bristede også. Så hende kunne jeg tale om det med, og kunne sammenligne mig. Og sige har du også sådan, og gør du også, og kan du heller ikke, og hun bare siger, ja, ja, ja, ja. Fint fordi så er alt egentlig normalt med mig. Der er ikke noget der ikke er normalt, for nu er vi to der har det sådan her."*

Citatet understreger vigtigheden af at få at vide, at det man oplever er normalt i den forstand, at der er andre der har oplevet det samme eller lignende. Oplevelsen af at være i samme båd som en anden har haft betydning for Mette. Det samme gælder for Julie, der ville have ønsket, at få at vide, hvad der er normalt, idet denne viden måske ville have kunne give hende ro i en uventet og skræmmende situation som for eksempel det første toiletbesøg.



For Julie gør det sig gældende, at hendes nærmeste godt ved, at hun fik en sphincter-ruptur, men at det også kun er med sin kæreste eller kvinder, der har haft en lignende oplevelse, at hun har kunne snakke om konsekvenserne. Hun italesatte desuden følelsen af, at nogle af de ting hun har oplevet, har været tabubelagte, og at det dette kunne have været afhjulpet i en kommunikation med en fagperson, der kunne fortælle, at diverse smerter, reaktioner og følelser var normale. Hun beskrev, at når hun bliver spurgt hvorfor hun skal have et kejsersnit ved næste fødsel, svarer hun at der var nogle komplikationer under første fødsel.

*Julie: "Det var bare den der følelse man lidt havde, at det her det var tabubelagt og man kan ikke, man kunne godt tale med sin kæreste om, at man ikke kunne holde på afføringen, men det var jo ikke noget, man havde lyst til at fortælle til folk. Og også i dag, når folk spørger om, hvorfor jeg skal have kejsersnit. Det er jo ikke noget jeg siger. Jeg siger bare, at der var nogle komplikationer under den første, bum. Så det er jo et tabubelagt emne og det har man ikke lyst til at indvie resten af verden i, og så tror jeg bare, at så holder man det, så holder man sig for sig selv."*

I dette afsnit er det blevet vist, at information og kommunikation angående sphincter-ruptur har haft betydning for informanterne. Dette i forhold til at få eller miste tillid til opheling, til at kunne føde igen og at bearbejde oplevelsen.

## 5.0 Diskussion

I dette afsnit følger en diskussion med udgangspunkt i de i analysen nævnte teoretiske perspektiver, *sundhedsfremme & forebyggelse, narrativer samt forberedelse*.

Det er ønsket med diskussionen at anlægge perspektiver på analysen, der relaterer sig til jordemoderfagligt virke og i et vist omfang knytte anbefalinger angående jordemoderens arbejde med kvinder, der har fået en sphincterruptur. Slutteligt følger et metodekritisk afsnit, hvor der reflekteres over projektets metode.

### 5.1 Sundhedsfremme & forebyggelse

I analysen er det vist, at informanterne i de fleste tilfælde fik en ny bevidsthed om deres bækkenbund i puerperiet som følge af de gener, der var relateret til deres sphincterruptur. Som beskrevet resulterede dette i, at informanterne betragtede den efterfølgende genoptræning af bækkenbunden som en form for behandling. Denne tilgang til bækkenbunden adskiller sig fra det jordemoderfaglige perspektiv. I henhold til *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde* (SST 2001) er det jordemødres opgave at arbejde sundhedsfremmende og forebyggende. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen definerer forebyggelse som "*sundhedsrelaterede aktiviteter, der søger at forhindre udviklingen af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden*" (SST 2013:17). Sundhedsfremme defineres som "*en sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgers ressourcer og handlekompetencer*" (SST 2013:17). Jævnfør denne definition skal fokus således ikke være på sygdom og risici, men derimod på understøttelse af sundhed. Det vil sige, at jordemødre skal arbejde for at fremme kvinders fysiske og psykiske sundhed i stedet for blot at behandle når skaden er sket. Det kan derfor betragtes som en jordemoderfaglig opgave at gå sundhedsfremmende til værks i løbet af graviditet og barsel, i forhold til kvinders bækkenbund.

I henhold til empirien havde informanterne sparsom viden om bækkenbundsmuskulaturen og træning heraf. Desuden havde de en forståelse af denne som noget der ba-

re skal virke godt nok. Det må være jordemødres opgave at fremme en forståelse af bækkenbunden som en integreret og vigtig del af kroppen og kvinders sundhed. Ved at skabe bevidsthed om bækkenbunden allerede i graviditeten er jordemødre med til at styrke de kvinder, der måtte få en sphincterruptur, såvel som alle andre kvinder, der har gennemgået en graviditet og født. En forståelse af hvordan og i særdeleshed hvorfor man skal træne sin bækkenbund kan muligvis medvirke til at vejen til genoptræning efter fødslen blive kortere og lettere. Forståelse for og erfaring med bækkenbundstræning vil kunne bidrage til et stærkt udgangspunkt for kvindens genoptræning. Således kan jordemødres sundhedsfremmende arbejde med bækkenbundsøvelser betragtes som givtigt for kvinden i puerperiet.

I analysen ses et forhold til bækkenbunden som værende *ffjern - nær - fjern* over tid. Det vil sige at informanternes forhold til bækkenbunden før bristningen var perifært. Efter fødslen oplevede de smerter, gener, begrænsninger og isolationsfølelse på grund af bristningen, hvorfor bækkenbunden kom til at fylde i deres bevidsthed. Så snart bækkenbunden var genoptrænet til et acceptabelt niveau, gled denne igen i baggrunden. Desuden blev det forhold, informanterne fik til deres bækkenbund præget af at være belastende og negativt. Det kan tænkes, at jordemoderen igennem en sundhedsfremmende og forebyggende praksis, kan understøtte et mere positivt blik på bækkenbunden. Dette vil fremme bækkenbundens position i kvindens bevidsthed, således at denne forbliver nær, også når normalitet igen er opnået, og dermed en del af kvindens opfattelse af sundhed.

### 5.1.2. Sundhedsfremmende redskaber

De af informanterne der efter fødslen blot fik udleveret pjecer angående deres sphincterruptur og forholdsregler i forhold til denne gav udtryk for, at dette ikke var tilstrækkelig information og støtte. Det kan argumenteres, at information og vejledning i papirform lader noget tilbage at ønske i forhold til de situationer, hvor sundhedspersonale har opsøgt informanterne med henblik på genoptræning og bearbejdning af oplevelsen. På trods af at pjecerne indeholder oplysninger om vigtigheden af bækkenbundsøvelser, og hvor og i hvilke tilfælde kvinden skal henvende sig, har det i henhold til empirien, ikke virket fremmende for informanternes sundhed. I henhold til Brunstad & Tegnander skal kvinder forholde sig til store omstillinger i tiden efter

en sphincterruptur. Der peges på, at utilstrækkelig information også kan tage form af for stor en mængde oplysninger. Dette kan gøre det vanskeligt for kvinden at huske (Brunstad & Tegnander 2010:457). I forhold til information må det således gælde, at form, mængde, indhold og timing, der kræver overvejelse.

Det kan overvejes, om en adfærdsændring i kvinders forhold til egen bækkenbund kunne være gunstig. En adfærdsændring vil kræve støtte og vejledning fra sundheds-personale. I henhold til Sundhedsfremme og forebyggelse af Lisbeth V. Sørensen kan en ændring i sundhedsadfærden foruden at tage udgangspunkt i det enkelte indi-vid også have et interpersonligt perspektiv. Dette ved brug af rollemodeller, som kan understøtte en adfærdsændring. Det vil i denne sammenhæng sige, at jordemødre, gennem sundhedsfremmende arbejde, kan støtte kvinder i at ændre adfærd i tilgan-gen til deres bækkenbund. Samtidig kan jordemødre øge kvinders kendskab til og vi-den om hvordan adfærden, bækkenbundstræningen, skal udføres (Sørensen 2009:41).

Som beskrevet i analysen, havde Anne stor gavn af forløbet hos fysioterapeuten, for-di hun ellers ikke ville få lavet sine bækkenbundsøvelser. Man kan sige, at fysiotera-peuten for hende blev den rollemodel, der bidrog til, at Anne fik trænet sin bækken-bund i tiden efter fødslen. At bækkenbundstræningen herefter forsvandt fra hendes bevidsthed, understreger behovet for en rollemodel, indtil en given adfærd er blevet en integreret del af den enkeltes bevidsthed. Det vidner desuden om, at bækken-bundstræning ikke bør stå alene som en behandling, men at kvinder vil kunne drage nytte af en opfattelse af bækkenbunden som værende del af en sund krop, der kræver træning.

For informanterne i denne undersøgelse var det tydeligt, at mere og bedre informati-on om risikoen for bristninger og træning af bækkenbunden i løbet af graviditeten havde været ønskværdigt. De fleste af informanterne beskrev, at de ikke lavede bæk-kenbundstræning i graviditeten og ej heller var gode til at huske øvelserne efter føds-len. Ud fra dette kan det betragtes som gavnligt netop at forsøge at facilitere en sundhedsfremmende adfærdsændring hos kvinderne i forhold til deres kendskab og opfattelse af bækkenbundstræning. For jordemødre vil dette betyde i forbindelse med almindelig graviditetskonsultation eller i det offentlige tilbud om fødselsforberedel-se, som det i henhold til Sundhedsstyrelsen (2013:148) er hensigten. Adspurgt be-

skrev ingen af informanterne dog at have fået information eller undervisning herom til fødselsforberedelsen.

Det er naturligvis begrænset, hvad der kan nås i forbindelse med en almindelig konsultation med ca. 20 minutter afsat til hver kvinde. En påmindelse ved hver konsultation i graviditeten kombineret med en grundigere gennemgang i forbindelse med fødselsforberedelse kunne måske vise sig brugbar for nogle kvinder.

Derudover kan jordemødre henvise til litteratur eller anden oplysning, fx Gynzone.dk, om hvordan øvelserne skal udføres. Det må betragtes som en begrænsning, at jordemødre ikke har mulighed for at støtte kvinder i at finde den rette knibeteknik, men som alternativ kan hun opfordre kvinder til at finde en træningsform som yoga, pilates eller lignende, hvor der netop er fokus på bækkenbunden. Efter fødslen kan jordemødre i forbindelse med udskrivningssamtale eller på barselsgangen ligeledes opfordre til at kvinderne, som det var tilfældet for flere af informanterne, finder en efterfødselstræning, hvor der fokuseres på bækkenbunden og knibeøvelser.

## *5.2 Fortællingen om puerperiet*

Som beskrevet i analysen blev informanternes sphincterruptur årsag til brudte forventninger. Dette resulterede for de fleste af informanterne i, at dele af puerperiet blev erindret i et negativt lys. Med udgangspunkt i analysen er det formålet med dette afsnit at diskutere informanternes oplevelser i forhold til narrativ teori. Hertil hvordan jordemødre gennem en narrativ tilgang kan samarbejde med kvinderne om at justere opfattelsen af oplevelserne.

I gennem graviditeten opbygger kommende forældre forventninger om deres ufødte barn samt til tiden med den nyfødte. Dette ses som en naturlig del af tilknytningsprocessen, hvor barnet, længe før det bliver født, bliver til i forældrenes tanker og bevidsthed. Relationen med barnet indledes dermed allerede i graviditeten (Brodén 2010:78). Informanterne giver enstemmigt udtryk for, at de følte sig uforberedte på, at bristningen var hæmmende for deres aktiviteter i puerperiet. Dette medførte et brud på de forventninger, de havde skabt til den første tid. Konsekvenserne af sphincterrupturen kan siges at have udfordret tiden efter fødslen for nogle af infor-

manterne, idet de udover at skulle vænne sig til den nye identitet som mor samt amning også skulle forholde sig til, at puerperiet blev smertefuldt, besværligt og anderledes end forventet.

Narrativ er et teoretisk perspektiv, der kan benyttes i forskellige kontekster. Blandt andet kan narrativer benyttes terapeutisk til at skabe orden eller mening i en negativ eller kaotisk oplevelse. Informanternes fortælling i form af deres forventninger om sig selv og deres kommende familie blev brudt pga. følgerne af deres sphincterruptur. Dette bidrog til at puerperiet, for nogle af informanterne, blev oplevet som en negativ periode.

Det gælder i narrativ teori, at selvet, erfaring og fortælling i kraft af et tidsperspektiv bindes sammen. Erfaringer fra fortiden benyttes til at forholde sig til en position i nutiden og til at forme fremtiden. Ydermere benyttes positionen i nutiden til at fortolke fortidens erfaringer. Fortællinger herom kan skabe orden i individets erindringer. Individets opfattelse af verden og af sine oplevelser formes således med fortællingen, og dermed formes også individets forståelse af sig selv (Steffen 2007:103-107). Den mening der for den enkelte opstår i fortolkningsprocessen, har desuden betydning for videre valg gennem livet (White 2006a:27). Foruden tidsperspektivet er der et intersubjektivt element i narrativet, der bidrager til formningen af individet, idet fortællingen kan påvirkes af tilhøreren eller af andres fortællinger om samme situation (Steffen 2007:105).

Fortællingen opstår ikke kun efter et givent forløb er overstået men eksisterer imens forløbet står på, og de involverede individer er med til at forme fortællingen - narrativet - undervejs. Dette sker i kraft af motiver, intentioner, ønsker og håb (Steffen 2007:106).

I henhold til antropologen Cheryl Mattingly (2005) kan fortællinger virke helbredende eller terapeutiske. Selve det at fortælle sin sygdomsberetning kan have helbredende virkning. Narrativ behandling går ud på at hjælpe patienter til at genfortælle deres sygdomsberetning på en måde, der fordrer heling (Mattingly 2005:15). Det vil sige, at fortællingen skal skabe mening ud fra individets referencerammer, og at erindrungen er plastisk i den forstand at den kan forandres.

Vi lever efter fortællinger om vores liv, og disse fortællinger former og omslutter vores liv (White 2006a:27). Det vil sige, at narrativer foruden en terapeutisk virkning også kan have et negativt potentiale, idet det negative i en given oplevelse kan forblive fastholdt i kraft af fortællingen derom (Mattingly 2005). For informanterne gjaldt det, at sphincterrupturen selv efter flere år farvede deres oplevelse af puerperiet. For både fortæller og tilhører kan fortællingen virke som en konkret beskrivelse, af det der rent faktisk skete. Fortælleren kan overbevise sig selv om, at noget er kendsgerninger. Det er således relevant at være opmærksom på, hvordan kvinder håndterer og italesætter puerperiet efter at have fået en sphincterruptur, da dette er udtryk for deres oplevelse (Mattingly 2005:13-20).

Michael White, der er en af den narrative metodes grundlæggere, har udviklet forskellige terapeutiske redskaber indenfor disciplinen (White 2006b).

### 5.2.1 Arbejde med forventninger

Som det er tilfældet med forventninger til fødslen (Bertelsen og Gohr 2006:94-120), kan det formodes, at forventninger til puerperiet bliver definerende for narrativet om perioden.

I henhold til Mattingly er der fem forskellige måder at benytte narrativer på i en helbredelsesproces. I relation til dette projekt er det relevant at fokusere på to af disse; nemlig *Genfortællinger af et liv*, hvor patienten støttes i at skabe en ny fortælling om sit liv eller sygdomsforløb som et led i helbredelsen, og *Fortællinger som tilskriver mening til sygdom*, hvor patienten benytter narrativet til at skabe mening i det kaos, der har præget sygdomsforløbet (Mattingly 2005:13-20). I henhold til empirien kan det siges, at der er tale om en helingsproces. Her er det hensigtsmæssigt, at der bliver skabt et narrativ, hvor kvinden ikke kommer til at betragte sig selv som syg, som det var tilfældet for flere af informanterne, men derimod støttes i at fokusere på aflastning, genoptræning og i at opsøge hjælp. I henhold til antropologerne Bertelsen og Gohr er det muligt for jordemødre at understøtte gode oplevelser selv i situationer, hvor forventninger brister (2006:94-120). I forhold til den gode fødsel handler det om løbende at kommunikere om parrets forventninger og om, hvorfor det i visse tilfælde ikke er fagligt forsvarligt at leve op til disse. I forhold til det gode puerperium kan der argumenteres for, at jordemoderen får til opgave at samarbejde med parret

om at justere narrativet retrospektivt og her igennem forsøge at skabe mening i forløbet. Vi mener, at dette kan gøres ved hjælp af samarbejde om fortællingen på forskellige tidspunkter i puerperiet, fx under en efterfødselssamtale. Kvinder, der har født, skal tilbydes en efterfødselssamtale, da denne kan være medvirkende til at afrunde den netop overståede graviditet og fødsel samt skabe rum til rådgivning i barselsperioden (SST 2013:183). Kun Mette beskrev at have fået en efterfødselssamtale på barselgangen. Hun oplevede, at denne var meningsskabende, da hun efter samtalen havde en større forståelse af forløbet. Efterfødselssamtalen kan ved hjælp af en narrativ tilgang ses som en behandlingsmetode, hvor genfortælling af kvindens oplevelse og historie under vejledning af en professionel kan ses som en del af en helbredsproces (Mattingly 2005:16).

I analysen er det vist, at Lise følte, at hun manglede den første start med sit barn, og at dette kom til at fylde for hende i puerperiet. Andre af informanterne havde ligeledes oplevelsen af, at sphincterrupturen kom til at farve deres erindring om fødslen, tiden på barselgangen og især puerperiet. For Lise blev forventningsbruddet i kombination med hendes negative erindring om sutureringen en del af den fortælling, hun efterfølgende har skabt for sig selv. På barselgangen blev Lise mødt af en melding om, at hun ikke ville kunne føde vaginalt igen, og efterfølgende i puerperiet fik hun ikke opfyldt sit behov for en efterfødselssamtale. Lises fortælling er således præget af en fastholdelse af det negative. Det kan argumenteres, at hun kunne have haft gavn af en efterfødselssamtale med narrativt perspektiv, hvor en jordemoder kunne støtte hende i at finde mening ud fra hendes eget udgangspunkt og forventninger.

Det er værd at overveje, hvordan en efterfødselssamtale med narrativt perspektiv kunne tage form. Som nævnt findes der forskellige konkrete redskaber i narrativ terapi. Vi mener, at jordemødre bør vurdere, hvorvidt der er behov for yderligere bearbejdning, fx ved en specialjordemoder eller terapeut, men at det vil hensigtsmæssigt generelt at benytte narrativ tilgang i efterfødselssamtaler. Det er vigtigt at huske, at det narrative perspektiv ikke betyder, at det er muligt blot at få den enkelte til at forstå og leve med en ny fortælling. Det narrative, der dannes med terapeutisk formål, skal være meningsfuldt for kvinden og tage udgangspunkt i hendes personlige referencerammer og erfaringer (White 2006:27). I forhold til eksemplet med Lise ville det måske have været relevant at favne hende allerede på barselgangen og støtte hende



til at se positive aspekter i situationen. Dette kunne fx være ved at understrege muligheden for 'at starte forfra' med hud til hud kontakt samt det positive i, at hendes partner havde en unik mulighed for tilknytning med barnet. Det havde altså været muligt for en jordemoder, at gribe ind i Lises narrativ tidligt og give mening til situationen. Da dette ikke skete havde det været ønskværdigt for hende at møde en jordemoder senere i puerperiet, der retrospektivt kunne hjælpe hende til at skabe en mere positiv fortælling. Dette med henblik på, at hun ikke flere år senere, skulle være kedde af sin første tid som mor.

Det kunne således være fordelagtigt, at en narrativ efterfødselssamtale fandt sted relativt tidligt i forløbet for på denne måde at kunne opspore behov for yderligere bearbejdning. Desuden giver dette praktisk mening, da kvinder med en sphincterruptur ofte vil være indlagt på barselsgangen. I henhold til empirien giver en tidlig efterfødselssamtale lejlighed til, at kvinden bliver informeret om konsekvenserne af sphincterruptur.

Flere af informanterne udtrykker, at genoptræning i hold kunne være ønskværdigt. Set i et narrativt perspektiv kunne dette betragtes som en mulighed for at kvinder, der har fået en sphincterruptur, kan sammenligne og bearbejde deres fortællinger sammen med andre, der har oplevet noget lignende.

### *5.3 Forberedelse*

Som beskrevet i analysen var informanternes viden omkring fødselsbristninger sparsom før fødslen. De gav udtryk for, at information om dette havde været gavnligt i forhold til deres oplevelse af puerperiet. I dette afsnit diskuteres hvordan forberedelse og information om fødselsbristninger kan påvirke kvinders oplevelse af puerperiet.

Der er i dette projekt ikke fundet kvalitative studier, der omhandler fødselsforberedelses effekter. Ej heller nogen studier om fødselsforberedelse i relation til sphincterruptur. Derimod findes RCT-studier, der påviser effekt af fødselsforberedelse på aspekter af svangreomsorgen såsom fødsel, parforhold og forældreskab (Daley-McCoy, Rogers & Slade 2015; Maimburg, Vaeth, Dürr, Hvidman & Olsen 2010).

Det er desuden vores opfattelse, at der er en gængs forståelse blandt jordemødre af fødselsforberedelse som værende gavnlig generelt. Det kan i forhold hertil overvejes, om der kan trækkes en parallel fra disse gavnlige effekter på fødsel og parforhold til en positiv effekt af forberedelse omkring fødselsbristninger. Fødselsforberedelsen skal ifølge Sundhedsstyrelsen være en integreret del af svangreomsorgen. Dette for at forberede kvinden og hendes partner på fødslen samt det kommende forældreskab. Dertil kan der informeres om eventuelle medicinske og obstetriske komplikationer (2013:146). Lige såvel som risikoen for instrumentel forløsning eller akut sectio italesættes i forbindelse med fødselsforberedelse, synes det relevant at informere om risikoen for at briste og italesætte hvilke konsekvenser dette kan have i puerperiet. Dette med henblik på at skabe rum i de kommende forældres bevidsthed for, at puerperiet måske kræver mere end forventet.

#### 5.4 Metodekritik

Følgende afsnit indeholder en kritisk refleksion over projektets metode, herunder aspekter af *Informanter & rekrutteringsproces*, *Interview*, *Databearbejdning*, det at være *Forsker i eget fag* samt *Validiteten & overførbarheden* af projektets resultater.

##### 5.4.1 Informanter & rekrutteringsproces

Det synes relevant at diskutere hvilken betydning informanterne har for projektet, da de vil påvirke resultaterne. Informanterne blev udvalgt gennem henholdsvis netværksrekruttering og strategisk udvælgelse. De er således ikke udvalgt tilfældigt, men snarere efter, hvem der ønskede at deltage i undersøgelsen. Det vil således ikke være muligt at generalisere ud fra resultaterne, da det ikke vides om udsnittet er repræsentativt (Andersen, Hansen & Klemmesen 2010:160-166).

Grunden til, at der blev benyttet to forskellige strategier var, at den strategiske udvælgelse viste sig at være uhensigtsmæssig og nærmest umulig i forhold til at få nok informanter inden for projektets tidsramme. Netværksstrategien viste sig brugbar, hvorfor fire af informanterne er rekrutteret på denne måde, mens den sidste informant - Kristina - er fra den strategiske udvælgelse.

Informanterne har fået udleveret et informationsbrev om projektet. Således har informanterne selv haft mulighed for at vælge om de havde lyst til at deltage. Det må i denne sammenhæng overvejes, om de informanter der har valgt at deltage, har haft enten et godt udkomme eller er kvinder der i særlig høj grad har haft behov for at tale om og dele deres oplevelse. Desuden er en af informanterne, efter hun fik sin sphincterruptur påbegyndt jordemoderuddannelsen og har i kraft af dette en faglig viden på området. Dette kan tænkes at påvirke hendes oplevelse og perspektiv på oplevelsen. Slutteligt må medtænkes, at vi har interviewet hele kvinder med hele oplevelser. Med dette menes, at kvinderne har oplevelser vi ikke nødvendigvis har berørt i interviewene. Dette resulterer i et forbehold i forhold til årsagerne til informanternes generelle oplevelser af puerperiet.

Det er valgt at medtage de fem kvinder der meldte sig til interviewene i undersøgelsen. Flere interviews havde resulteret i for stor en arbejdsbyrde for dette projekt, og færre interviews havde måske resulteret i en mindre grad af datamætning. Udtryk for datamætning ses i de fremfundne temaer i analysen. Samtidig må det medtænkes, at vi ønsker at opnå viden omkring kvindernes oplevelser, og dermed søger kvalitativ viden. Her er det vigtigere at have få informanter med forskellige erfaringer end mange informanter med sparsomme beskrivelser (Henricson 2014:135).

I skrivende stund er det mellem en måned og fire år siden, at informanterne fik deres bristning. Dette tidsperspektiv blev overvejet i forbindelse med rekrutteringsprocessen. Det er først efter udførelsen af samtlige interviews at fordele og ulemper ved de forskellige tidsperspektiver står tydeligt. Vi har diskuteret konsekvenserne af at informanterne kan have svært ved at huske præcis, hvad der er sket flere år efter. Vi er opmærksomme på at bearbejdningsperioden imellem oplevelsen og nu, kan have resulteret i, at informanterne gengiver andre følelser eller opfattelser end de reelt havde dengang. Der er med andre ord rum for efterrationaliseringer. Set fra et narrativt perspektiv er fortællingen som nævnt baseret på individet og det er derfor ikke sikkert, at vi havde fået mere reelle fortællinger, hvis vi havde interviewet tidligere. Det havde desuden ikke været hensigtsmæssigt, at alle informanter havde oplevelsen for tæt ind på livet i interviewsituationen. Dette blev understreget i interviewet med Kristi-

na, der havde født 14 dage forinden. Dette interview blev udfordret af at bære præg af en efterfødselssamtale, hvor hendes oplevelse og legitime frustration blev bearbejdet idet hun stadig gennemlevede konsekvenserne af sphincterrupturen.

Vi mener, at det rette tidspunkt for afholdelsen af interviews om oplevelsen afhænger af kvindernes specifikke situation, og af hvordan den enkeltes fysiske og psykiske restitution forløber.

#### 5.4.2 Interview

Interviewundersøgelser er en udfordrende disciplin, og erfaring med metoden bidrager til at forskeren opnår en mere fyldestgørende beskrivelse af fænomenet (Kvale & Brinkmann 2009:107). Vi har gennem et grundigt forarbejde forsøgt at kompensere for vores erfaringsmæssige begrænsninger og har desuden begge været til stede i interviewsituationerne, for på denne måde at kunne supplere hinanden. Det blev overvejet om det virkede overvældende for informanten, at der mødte to interviewere op, men det lod ikke til at være et problem, og informanterne vidste det på forhånd.

Havde der været mulighed for det, ville det have været relevant at lave et prøveinterview inden de egentlige forskningsinterviews. Dette ville have givet mulighed for at rette interviewguiden til. Under omstændighederne blev interviewguiden tilpasset løbende (Henricson 2014:168). Guiden der ses i bilag 8, er udtryk for en overordnet skabelon.

Valget om at benytte semistrukturerede interviews har muligvis haft indflydelse på data. Informanternes indflydelse, på den retning interviewene tog, har haft betydning for de teoretiske perspektiver anlagt i diskussionen. Den induktive tilgang til analysen understøttes af den valgte metode, hvor man fx med et spørgeskema ville gå deduktivt til værks og søge at be- eller afkræfte hypoteser.

#### 5.4.3 Forsker i eget fag

Ved anvendelse af den humanvidenskabelige metode er det væsentligt, at forskeren gør sig overvejelser omkring håndteringen af egen forforståelse, samt for hvordan og i hvilken grad forforståelsen påvirker projektets resultater. Vi har, gennem refleksion over vores forforståelser samt indbyrdes diskussion, øget vores bevidsthed omkring

hvilken betydning og indflydelse disse kunne få på projektets resultater (Henricson 2014:132). Vi har arbejdet med vores forforståelse ud fra tre elementer, nemlig vores teoretiske viden, vores kliniske erfaringer og vores generelle forestillinger om sammenhænge og temaer. Det er tilstræbt, at det kun er de teoretiske og kliniske erfaringer, der ligger til grund for problemformuleringen og designet af projektet, da forestillinger, der ikke er funderet i analyse af empiri ville kunne være en hæmsko for indsamlingen af data (Andersen, Hansen & Klemmesen 2010:119-120).

Den måde hvorpå jordemødre, eller i vores tilfælde jordemoderstuderende, taler med kvinder om et emne som sphincterruptur adskiller sig fra den samtale der foregår i et interview. Som interviewer er det ikke formålet direkte at hjælpe eller støtte informanterne, som det ville være tilfældet i en jordemoderfaglig samtale. Emner som smerter, hygiejne, sexliv og følelser berøres ud fra kvindernes synspunkt og oplevelser på en anden måde. Der kan således være forskel på den viden der kan opnås i en jordemoderfaglig samtale og den viden det er ønsket at indhente ved hjælp af interviewene (Henricson 2014:78).

Det var udfordrende i interviewet med Kristina at træde ud af rollerne som jordemoderstuderende, hvorfor vi til en grad kom til at vejlede hende omkring forskellige problematikker, i stedet for at styre interviewet. Derimod synes det mindre udfordrende at interviewe de andre informanter, da deres oplevelser til en grad, synes mere i ro og vi lettere kunne påtage os rollen som interviewer.

#### 5.4.4 Validitet & overførbarhed

I forhold til kvalitativ forskning skal begrebet *reliabilitet* forstås som troværdighed i den forstand, at data er konsistente og at der ikke er fejl i data. I dette projekt tages der højde for reliabiliteten især i forhold til transskribering og den videre databehandling i analysearbejdet. Reliabiliteten af en interviewundersøgelse som denne afhænger desuden af *reproducerbarheden*. Det kan argumenteres, at der er begrænset reproducerbarhed i kvalitative interviewundersøgelser, idet de subjektive aktører (intervieweren og informanten) har stor indflydelse på den data der kommer ud af interviewet og at det derfor vil være svært for andre forskere at gentage undersøgelsen (Andersen, Hansen & Klemmesen 2010:144-149).

*Validiteten* af en interviewundersøgelse som denne afhænger af at forskerne rent faktisk undersøger det, der er formålet med undersøgelsen. Validiteten skal i henhold til Kvale og Brinkmann gennemsyre hele projektprocessen (2009:267-292). Dette aspekt er blandt andet kommet til udtryk i udarbejdelsen af interviewguiden og de spørgsmål der er stillet i interviewene. Det er tilstræbt, at de overordnede temaer og de underordnede spørgsmål i guiden afspejler så bred en afdækning af fænomenet som muligt. På denne måde er det forsøgt at undgå kun at stille spørgsmål, der relaterer sig til den forforståelse der ligger til grund for projektet. I interviewsituationerne har vi således været åbne overfor, at der fx kunne komme andre temaer frem eller at var temaer, der slet ikke fyldte for informanterne. På denne måde vil man i et fænomenologisk studie som dette med størst sikkerhed opnå det ønskede resultat, nemlig en afdækning af kvindernes hele oplevelse.

Informanterne i dette projekt kan, som konsekvens af rekrutteringsproces og omfang, ikke betragtes som et repræsentativt udsnit af den danske befolkning (Andersen, Hansen & Klemmesen 2010:144-149). Det er dog vores opfattelse, at projektets resultater viser generelle tendenser. Det ville styrke generaliserbarheden hvis en mere styret rekrutteringsproces havde været mulig. Dette ville give mulighed for generelle resultater, der eventuelt kunne danne grundlag for videre statistiske undersøgelser og anbefalinger baseret herpå.

#### 5.4.5 Etik

Som beskrevet i metoden har etiske overvejelser gennemsyret processen. Vi har tilstræbt at udlægge disse i forhold til de forskellige aspekter af metoden. Det har ligget os på sinde at sikre informanterne anonymitet, hvilket vi i kraft anonymisering har forsøgt. Det har været en overvejelse at informanternes historier ikke skulle være genkendelige, samtidig med at vi ville være tro mod deres fortælling og oplysning. Det har ligget os på sinde i fortolkningen af informanternes udsagn, at repræsentere informanterne korrekt i forbindelse med citater og ikke tage disse ud af deres oprindelige kontekst.

## 6.0 Konklusion

Det har været ønsket med denne opgave at afdække kvinders oplevelse i puerperiet efter at have fået en sphincterruptur samt hvordan jordemoderen med denne viden kan støtte og vejlede kvinder i lignende situationer. Det er fundet, igennem kvalitative semistrukturerede forskningsinterviews, at der er visse aspekter, som er fælles for flere af kvinderne. Igennem en induktiv analyse, der er fremkommet ved hjælp af Kirsti Malteruds principper for kvalitativ forskning (1996), er der fremkommet fire overordnede temaer. For det første kvindernes følelse af at være uforberedte på tiden efter en fødsel og sphincterruptur. For det andet kvindernes forhold til bækkenbunden, hvilken plads den havde i deres bevidsthed, og hvordan de forholder sig til den efter en sphincterruptur. For det tredje det forventningsbrud, der sker, når en sphincterruptur forstyrrer puerperiet og for det fjerde den rolle som information og kommunikation med fagpersonale har spillet for kvinderne.

Analysen har vist, at kvinderne i undersøgelsen generelt havde en følelse af at være uforberedte på de konsekvenser af sphincterrupturen, som rakte ind i puerperiet. I særdeleshed var de overraskede over, hvor ondt de havde, og hvor besværede de var i den første tid. Flere af kvinderne udtrykte et tydeligt ønske om, mere informationen i løbet af graviditeten angående bristninger og i særdeleshed følgerne heraf. For de af kvinderne der berettede om en psykisk reaktion i puerperiet, fyldte behovet for yderligere forberedelse i højere grad. Det konkluderes herudfra, at der er et behov for yderligere forberedelse fra jordemoderen, og det må anbefales at jordemoderen i konsultationen og ved fødselsforberedelse informerer og vejleder og påminder om fødselsbristninger og disses mulige konsekvenser.

Vi har vist, at den psykiske påvirkning i puerperiet knyttede sig til kvindernes bækkenbund i den forstand, at det for det første var denne muskelgruppe, der var i centrum rent fysisk - det var den der gjorde ondt og skulle hele. Det var bækkenbunden, der blev den afgørende faktor for, hvornår de oplevede kroppen som værende næsten normal. Bækkenbunden fyldte altså pludselig meget i kvindernes bevidsthed. Analysen viser, at informanterne har et fjern-nær-fjern forhold til deres bækkenbund. Det vil sige, at bækkenbunden fra at være en ikke mærkbar muskelgruppe, som ofte bliver negligeret, bliver meget nærværende i kvindernes oplevelse af egen krop i kraft

af sphincterrupturen. Det tyder på at dette forhold kan være svært at rumme, hvorfor bækkenbunden atter vil få en perifer plads i bevidstheden så snart den får et acceptabelt funktionsniveau. I diskussionen har vi set nærmere på dette forhold og på, hvordan jordemødre kan være behjælpelige i forhold til at understøtte et sundt forhold til bækkenbunden. Det konkluderes, at det er bydende nødvendigt at gå sundhedsfremmende til værks i denne henseende, idet forholdet til bækkenbunden ikke lader sig ændre fra dag til anden, men derimod vil kræve en dyberegående adfærdsændring. Det konkluderes ydermere at kvinder i henhold til analysen har behov for længerevarende støtte i genoptræning, da bækkenbunden ellers risikerer at glide ud af deres bevidsthed. Jordemoderen har således en vigtig opgave i forhold til at støtte og vejlede gravide kvinder såvel som barslende om bækkenbundsmuskulaturen samt dennes vigtighed for sexuelliv, inkontinensforhold og gener efter menopause.

Informanternes forhold til bækkenbunden kan betragtes som repræsentativ for deres forhold til kroppen generelt i puerperiet. Den får betydning for deres adfærd i kraft af begrænsninger, hvilket for de fleste af kvinderne i undersøgelsen betød et brud på deres forventninger til den første barselstid. Et sådan forventningsbrud har for de fleste af kvinderne i denne undersøgelse været en udfordring i løbet af puerperiet, og empirien viser, at flere af kvinderne flere år senere fortsat er kede af at mangle elementer, som de havde forestillet sig skulle være en del af deres første tid som mor.

I diskussionen anlægges et narrativt perspektiv, da dette betragtes som et relevant og brugbart redskab for jordemødre i forløb med kvinder, der har behov for støtte. Det konkluderes, at jordemødre, ved brug af narrative redskaber i forbindelse med efterfødselssamtaler, i samarbejde med kvinden og hendes partner kan bidrage til at skabe eller justere kvindens narrativ i en positiv retning. Dette såvel imens forløbet står på som retrospektivt. Det er relevant at medtænke, at det narrative perspektiv inkluderer hele fødselsoplevelsen og at der tages udgangspunkt i det eller de aspekter af oplevelsen, der fylder for kvinden og hendes partner.

Sidste punkt, der er berørt i analysen er information og kommunikation. Her er der tale om interaktionen mellem patient og personale efter sphincterrupturen og mellem patienten og hendes pårørende. Det konkluderes, at en tidlig kontakt og kommunikation med en sundhedsperson er vigtigt for kvindernes videre forløb. Det er således i



henhold til empirien ikke tilstrækkeligt, at udlevere en pjece om sphincterruptur. I tråd med dette, er det betydningsfuldt for kvinderne at blive fulgt i et forløb. Dette giver mulighed for, at der kan blive skabt en tillidsfuld relation kvinden og sundhedspersonen imellem, hvor der er plads til spørgsmål, bekymringer og erfaringer. Hertil giver kvinderne udtryk for, at samtale om intime og tabubelagte emner med en sundhedsperson er fordrende for bearbejdningen. Det giver tryghed at tale med sundhedspersoner der har erfaring og viden, og dermed kan det tydeliggøres hvad der er normalt og forventeligt i efterforløbet med en sphincterruptur. Empirien viser at kommunikationen med pårørende ikke har samme positive indvirkning på kvindens oplevelse af puerperiet.

## 7.0 Perspektivering

I dette afsnit følger nogle refleksioner om, hvordan dette projekt kunne have udfoldet sig i andre retninger. Desuden reflekteres over, hvordan aspekter af projektet relaterer sig til lignende oplevelser, og dermed hvordan vi som kommende jordemødre kan drage nytte af de konklusioner vi har draget her.

Som kommende jordemødre inkluderer vores virksomhedsområde et fokus på familiedannelse (SST 2001). Det kunne være interessant at undersøge, hvordan kvinder der har fået en sphincterruptur går ind i moderrollen, idet det må være en stor opgave både at skulle forholde sig til barnets behov og samtidig tage hensyn til egen helingsproces. Vi har vist, at kvinderne i undersøgelsen i de fleste tilfælde husker tilbage på puerperiet som en overvejende hård og fysisk negativ periode og det ville være interessant at undersøge, om denne oplevelse får indflydelse på deres tilegnelse af moderidentiteten.

Skulle vi vælge at fortsætte med dette projekt kunne det være relevant at understøtte den kvalitative viden, der er opnået via interviews med et statistisk perspektiv i form af en spørgeskemaundersøgelse. Dette ville bidrage med viden om, hvor stort behovet er for fx forberedelse og opfølgning.

Det kunne ydermere være relevant at tale med de jordemødre, der står bag udformningen af diverse fødselsforberedelsesmaterialer og få nærmere kendskab til de overvejelser, der ligger til grund for det sparsomme indhold om henholdsvis bækkenbundstræning og bristninger.

I relation hertil kunne det være interessant at finde ud af, hvorfor kvinder i henhold til vores empiri har et perifert forhold til deres egen bækkenbund. Bliver undervisning i bækkenbundens funktion og træning inkluderet i idrætsundervisningen i folkeskolen og undervisning i sexuel sundhed? Hvis ikke, ville det så kunne gøres på en måde, hvor kvinder i højere grad vil få en forståelse for bækkenbundens vigtighed i forhold til at have en stærk og sund krop?

## 8.0 Litteraturliste

Andersen, B.L., Hansen, M.K. & Klemmesen, R. (red). 2010, *Metoder i statskundskab*, 1. udg., Hans Reitzels Forlag, København.

Bertelsen, A. & Gohr, C. 2006, *Den gode fødsel - En antropologisk undersøgelse af fødselsfortællingen*, 1. udg., Museum Tusulanums Forlag, København.

Birkler, J. 2013, *Videnskabsteori: En grundbog*, 1. udg., Munksgaard, København.

Brodén, M. 2010, *Graviditetens muligheder - En tid hvor relationer skabes og udvikles*, 2. udg., Akademisk Forlag, København.

Brunstad, A & Tegnander, E. (red). 2010, *Jordmorboka - Ansvar, funksjon & arbeidsområde*. 1. udg. Akribe: Oslo

Daley-McCoy, C, Rogers, M & Slade, P. 2015. *Enhancing relationship functioning during the transition to parenthood: a cluster-randomised controlled trial*. Arch Womens Mental Health. Oktober 2015;18(5):681-92.

DSOG: Westergaard, H.B. & Glavin-Kristensen, M. 2011, *Sphincterruptur ved vaginal fødsel: behandling og opfølgning*. Senest lokaliseret d. 30/05/16 på:  
<http://gynobsguideline.dk/hindsgavl/Sphincterruptur%20-%20Sidste%20II-%20Endelige%20guideline%20august%202011.pdf>

DSOG: Westergaard, H.B 2015, *Forebyggelse af sphincterruptur ved vaginal fødsel*  
Senest lokaliseret den 30/05/2016 på:  
<http://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/54fdeeece4b0f7e70477f200/1425927916489/150308+Forbyggelse+af+sfincterruptur+med+evidenstabeler.pdf>

- Hasmann, K. & Barfoed, A.B. 2016. *Refleksion skal føre til færre sphincterrupturer*. I Tidsskrift for jordemødre. Årgang 2016, nr. 2.
- Hastrup, K. 2009. (red). *Mellem mennesker. En grundbog i antropologisk forskningsetik*. 1.udg. Hans Reitzels Forlag: København
- Henricson, M (red). 2014, *Videnskabelig teori og metode - Fra idé til eksamination*, 1. udg., Munksgaard, København.
- Interview: Henvist til interviews og interviewdeltager på flg. måde: Interview med Julie, interview med Anne, interview med Lise, interview med Mette og interview med Kristina
- Jensen, E.R. 2016. *WHO roser Aarhus Universitetshospital*. DR-nyheder d. 5.5.2016. Lokaliseret d. 29.5.2016 på: <http://www.dr.dk/ligetil/who-roser-aarhus-universitetshospital>
- Jordemoderforeningen 2010, *Etiske retningslinjer for jordemødre*. Lokaliseret d. 25/05/2016 på: <http://www.jordemoderforeningen.dk/fag-forskning/etiske-retningslinjer/>
- Kjeldset, A.M. 2015, *Der sker noget magisk på 12-14 dagen*. Senest lokaliseret d. 23/05/16 på: <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/der-sker-noget-magisk-paa-12-14-dagen/>
- Kvale, S. & Brinksmann, S. 2009, *InterView - Introduktion til et håndværk*, 2. udg., Hans Rietzels Forlag, København.
- Launsø, L., Olsen, L. & Rieper, O. 2011, *Forskning om og med mennesker. Forskningsstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*, 6. udg., Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København.

## BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

Maimburg, R.D. Vaeth, M., Dürr, J., Hvidman, L. & Olsen, J. 2010. *Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process*. BJOG juli 2010;117(8):921-8.

Malterud, K. 1996, *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En indføring*, 1. udg., Tano Aschehoug.

Mattingly, C. 2005, *Den narrative udvikling i nyere medicinsk antropologi*. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund. Årgang 2, nr. 2. pp. 13-40. Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård.

phbibliotek.dk

Priddis, H., Schmied, V. & Dahlen, H. 2014, *Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study*, BMC women's health, vol. 14, no. 1, pp. 32-6874-14-32.

Steffen, V. 2007 (red), *Sundhedens veje. Grundbog i sundhedsantropologi*, 1. udg., Hans Rietzels Forlag, København.

Sundhedsloven 2014. Kapitel 9 angående *Tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.* § 40.

Sundhedsstyrelsen (SST) 2001, *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.* Seneste lokaliseret d. 23/05/2016 på:  
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21704>

Sundhedsstyrelsen (SST) 2013, *Anbefalinger for Svangreomsorgen*, 2. udg., Sundhedsstyrelsen, København.

Sørensen, L.V. 2009 (red), *Sundhedsfremme og Forebyggelse*, 1. udg., Gads Forlag, København.

BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

Thisted, J. 2010, *Forskningsmetode i praksis. Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*, 1. udg., Munksgaard, København.

White, M. 2006a, *Narrativ Teori*, 1. udg., Hans Reitzels Forlag, København.

White, M. 2006b, *Narrativ Praksis*. 1. udg., Hans Reitzels Forlag, København

## 9.0 Bilag

### *Bilag 1 - Søgestrategi*

I følgende afsnit beskrives den primære litteratursøgningsproces. Afsnittet indeholder en beskrivelse og begrundelse for projekts søgestrategi. Der vil blive redegjort for søgeprocessen, for udarbejdelse og anvendelse af PICO-skema samt for de udvalgte databaser, der er anvendt i søgningen.

Som det er kendetegnet for den hermeneutiske metode tager denne litteratursøgning udgangspunkt i vores forforståelse af det givne fokusfelt, hvorefter forståelse af emnet udvikles og flyttes. I selve litteratursøgningen kan der således ses et udtryk for en hermeneutisk spiral, hvor forståelsen af emnet efter en struktureret søgning har flyttet sig som led i en erkendelsesproces (Thisted 2010:61).

Litteratursøgningen tog afsæt i en initial bred fritekstsøgning i databaserne PubMed og CINAHL (Henricson 2014:104). Dette med henblik på emneafgrænsning samt at få indtryk af mængden af studier om det valgte emne. Umiddelbart var der kun en sparsom mængde litteratur om det specifikke emne og dette videnshul har inspireret os til at fortsætte projektet ved at indsamle empiri i form af interviews.

Inden opstart af den strukturerede litteratursøgning udformedes et PICO-skema (se bilag 2). Dette var med henblik på at strukturere og sikre en udtømmende søgning i samtlige relevante databaser. Et PICO-skema udformes for eksempel ud fra kategorierne *Patient/Population*, *Interest* og *Context*, hvorunder de relevante søgeord kan inddeles ud fra en arbejdsproblemformulering. Det er således den tidlige problemstilling, der ligger til grund for kategorierne i PICO'en. Desuden er kategorierne til dels defineret ud fra de søgeord, der gav hits i de forskellige databaser i den indledende fritekstsøgning (phbibliotek.dk).

Vi har lavet en systematisk søgning i databaserne PubMed, CINAHL, PsycINFO og SveMed+, og vi har valgt at søge bredt. Udførlig søgeprotokol ses i bilag 3. I dette bilag ses ydermere en oversigt over ekskluderede studier samt beskrivelse af inklusions- og eksklusionskriterier.

PubMed og CINAHL er valgt, da databaserne indeholder internationale artikler og tidsskrifter omhandlende medicin, sygdom og sundhed. Vi har derudover anvendt databasen SveMed+, som inde-

holder artikler fra skandinaviske tidsskrifter omhandlende sundhed, sygdom, sygepleje og omsorg. Databasen findes ydermere relevant, da artikler fra andre skandinaviske lande vurderes at have stor overførbarehed til det danske sundhedssystem. Databasen PsycINFO findes relevant, da den indeholder artikler omhandlende psykologiske aspekter af medicin.

Det er valgt ikke at medtage flere databaser, da det blev tydeligt for os, at vi efter søgning i de udvalgte databaser oplevede datamætning. De samme artikler gik igen, og vi fandt ikke nye brugbare artikler i vores søgning. Eftersom vi har søgt bredt i de udvalgte databaser, mener vi at kunne argumentere for, at vi gennem vores søgning, har fundet de artikler, der synes relevante for projektet.

I bilag 3 ses ydermere oversigt over studier der har været til gennemlæsning før eksklusion. Disse studier danner baggrund for forforståelsen.

Slutteligt er der foretaget kædesøgning i udvalgte. Referencerne i disse artikler er skimmet, for at opnå eventuelle yderligere relevante studier eller artikler. Vores kædesøgning viste sig ikke at henføre til artikler, som vi ikke havde kendskab til i forvejen, hvorfor vi atter er blevet bekræftet i, at viden omkring kvindernes oplevelse er sparsom, og dermed må undersøges nærmere.



*Bilag 2 - PICO*

<b>PICO</b>		
<b>P</b> Population Problem Patient	<b>I</b> Interest	<b>Co</b> Context
Sphincterruptur	Kvinders oplevelse	Vaginal fødsel Puerperiet Moderskab Kropsopfattelse Traumatisk fødselsoplevelse
Obstetric anal sphincter tear OR Obstetric anal sphincter injury OR Third and fourth degree perineal tears OR Perineal trauma	Women's experience OR Mothers' experience	Puerperium OR Motherhood OR Body perception OR Traumatic birth OR Loss of control

BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

*Bilag 3 - Søgestrategi*

<b>PubMed</b>				
<b>Søgeord</b>	<b>Søgekriterier</b>	<b>Hits</b>	<b>Antal ekskluderede studier samt årsag</b>	<b>Inkluderede studier</b>
Obstetric anal sphincter tear AND Women's experience	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	4	3 studier ekskluderes pga. metode samt at de ikke anskuer kvindernes oplevelse, 1 studie ekskluderes pga fokus på analinkontinens.	
Third and fourth degree perineal tears AND Women's experience	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	2	1 studie ekskluderes pga emne. 1 ekskluderes pga metode. (metaetnografisk syntese, der inkluderede studier som er ekskluderet i denne søgning.)	
Obstetric anal sphincter injury AND Women's experience	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	3	2 studier ekskluderes pga. Metode samt emne 1 studie der allerede er ekskluderet pga fokus på analinkontinens.	
Perineal trauma AND Women's experience	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	23	3 studier af samme forfatter, med hhv. irrelevant metode ekskluderes, hhv. sparsom empirisk materiale.  20 ekskluderes pga fokus eller metode	
Obstetric anal sphincter tear OR Obstetric anal sphincter injury OR Third and fourth degree perineal	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	0		

BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

tears  AND  Mothers' experience				
Obstetric anal sphincter tear OR Obstetric anal sphincter injury OR Third and fourth degree perineal tears  AND  Body perception	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	0		
Obstetric anal sphincter tear OR Obstetric anal sphincter injury OR Third and fourth degree perineal tears  AND  Motherhood	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	0		
Obstetric anal sphincter tear OR Obstetric anal sphincter injury  AND  Puerperium	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	24	Der læses abstracts på udvalgte titler, men ingen studier inkluderes pga manglende relevans.	
Third and fourth degree perineal tears	Kvalitative studier	7	7 studier ekskluderes	

BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

AND Puerperium	Max 10 år gammelt			
Third and fourth degree perineal tears AND Vaginal birth AND Women's experience	Kvalitative studier Max 10 år gammelt	0		
Third and fourth degree perineal tears AND Vaginal birth	Kvalitative studier Max 10 år gammelt	24	Ingen relevante	
Obstetric anal sphincter tear OR Obstetric anal sphincter injury OR Third and fourth degree perineal tears AND Loss of control	Kvalitative studier Max 10 år gammelt	5	Ingen relevante	

CINAHL

BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

Søgeord	Søgeskriterier	Hits	Antal ekskluderede studier samt årsag	Inkluderede studier
Obstetric anal sphincter tear AND Women's experience	Kvalitative studier Max 10 år gammelt	1	1 studie ekskluderes pga. ringe overførbarehed	
Third and fourth degree perineal tears AND Women's experience	Kvalitative studier Max 10 år gammelt	4	4 studier ekskluderes pga metode og fokus.	
Obstetric anal sphincter injury AND Women's experiences	Kvalitative studier Max 10 år gammelt	4	1 ekskluderes pga fokus på jdm. 1 ekskluderes pga fokus på ophe- ling og behandling. 2, der allerede er ekskluderet.	
Perineal trauma AND Women's experience		23	4 er allerede ekskluderet 19 ekskluderes pga fokus eller me- tode	
Obstetric anal sphincter tear OR Third and fourth degree perineal tears OR Obstetric anal sphincter injury	Kvalitative studier Max 10 år gammelt	1	Ikke relevant	

BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

AND Mothers' experience				
Women's experience AND Traumatic birth	Kvalitative studier Max 10 år gammelt	38	Der læses abstracts på udvalgte titler, men ingen studier inkluderes pga manglende relevans.	
Obstetric anal sphincter tear OR Obstetric anal sphincter injury OR Third and fourth degree perineal tears AND Body perception	Kvalitative studier Max 10 år gammelt	0		
Obstetric anal sphincter tear OR Obstetric anal sphincter injury OR Third and fourth degree perineal tears AND Puerperium	Kvalitative studier Max 10 år gammelt	4	4 studier ekskluderes umiddelbart pga fokus	
Obstetric anal sphincter tear OR Obstetric anal sphincter injury OR Third and fourth degree perineal te-	Kvalitative studier Max 10 år gammelt	0		

BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

ars AND Motherhood				
Obstetric anal sphincter tear OR Obstetric anal sphincter injury OR Third and fourth degree perineal tears  AND Loss of control	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	0		

<b>PsycINFO</b>				
<b>Søgeord</b>	<b>Søgeskriterier</b>	<b>Hits</b>	<b>Antal ekskluderede studier samt årsag</b>	<b>Inkluderede studier</b>
Obstetric anal sphincter injury  AND Women's experience	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	1	Ekskluderes pga fokus anal-inkontinens	
Obstetric anal sphincter tear  AND Women's experience	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	1	1 studie ekskluderes pga ringe overførbarehed	
Third and fourth degree perineal tears  AND	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	1	Er allerede ekskluderet	

BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

Women's experience	melt			
Obstetric anal sphincter tear OR Obstetric anal sphincter injury OR Third and fourth degree perineal tears  AND Mothers' experience	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	1	1 studie ekskluderes da det ikke er relevant	
Obstetric anal sphincter tear OR Obstetric anal sphincter injury OR Third and fourth degree perineal tears  AND Body perception	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	0		
Obstetric anal sphincter tear OR Obstetric anal sphincter injury OR Third and fourth degree perineal tears  AND Motherhood	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	0		
Obstetric anal sphincter tear OR Obstetric anal sphincter injury OR	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	0		



BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

Third and fourth degree perineal tears AND Puerperium				
Obstetric anal sphincter tear OR Obstetric anal sphincter injury OR Third and fourth degree perineal tears AND Vaginal birth	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	6	Ingen studier findes relevante	
Obstetric anal sphincter tear OR Obstetric anal sphincter injury OR Third and fourth degree perineal tears AND Loss of control	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	0		
Perineal trauma AND Women's experience	Kvalitative studier  Max 10 år gammelt	3	2 studier ekskluderes da de ikke findes relevante  1, der allerede er ekskluderet.	

SweMed+				
Søgeord	Søgeskriterier	Hits	Antal ekskluderede studier samt årsag	Inkluderede studier

BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

Sphincterruptur AND Kvindens oplevelse	Kvalitative studier Max 10 år gammelt	0		
Obstetric anal sphincter injury AND Women's experience	Kvalitative studier Max 10 år gammelt	21	Ingen relevante. Hovedsageligt fokus på årsager, forebyggelse og behandling.	

Ekskluderede studier efter gennemlæsning	
Forfatter & årstal	Eksklusionsårsag
Priddis, H., 2015	Studiet ekskluderes pga dets autoetnografiske metode
Tucker, Wilson & Clifton., 2013	Studiet ekskluderes pga dets review-metode. Ydermere har studiet fokus på anal inkontinens.
Priddis, Dahlen & Schmied., 2013	Studiet ekskluderes pga dets metaetnografiske metode.
Way, 2011	Studiet ekskluderes pga generelt fokus på perineum, ej på sphincterruptur.
Rasmussen, J.L. & Ringsberg K.C. 2009	Studiet ekskluderes pga fokus på analinkontinens
Salmon, 1999	Studiet ekskluderes pga teoretisk fokus og årstal.
Tucker, Clifton & Wilson, 2014	Studiet ekskluderes pga. fokus på analinkontinens
Williams, Lavender, Richmond & Tincello, 2005	Umiddelbart relevant men ekskluderes pga studiets alder samt sparsomt empirisk materiale
Priddis, Schmied & Dahlen., 2014	Umiddelbart relevant, men ekskluderes på grund af tvivlsom overførbarhed samt sparsomt empirisk materiale

BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

*Bilag 4 - Kommunikation med cheffjordemoder Rikke Nue*



<b>Anne Dalsgaard</b> <annedalsgaardholst@gmail.com>	28. april 2016 kl. 12.37
Til: <a href="mailto:rikke.nue.moeller@regionh.dk">rikke.nue.moeller@regionh.dk</a>	
<p>Kære Rikke</p> <p>Vi har dd. forsøgt at kontakte dig pr. telefon, men kunne forstå du var ude af huset, hvorfor vi skriver dig en mail.</p> <p>Vi, Anne-Karen og Anne er jordemoderstuderende på Professionshøjskolen Metropol. Vi er igang med vores afsluttende bachelorprojekt, hvor vi har valgt at have fokus på kvinders oplevelser i forbindelse med at have fået en sphincterruptur.</p> <p>Vi har valgt selv at indsamle empiri i form af interviews, og har haft kontakt med Mitzie Tvillinggaard, der gerne vil hjælpe.</p> <p>Vi vil gerne bekræfte med dig, at det er i orden at Mitzie formidler vores kontaktoplysninger til kvinderne?</p> <p>Vores vejleder på skolen siger at der ikke burde være nogle etiske problemer i forhold til dette, eftersom vi ikke skal have adgang til patientfølsomme oplysninger, men kun er interesserede i kvindernes egne beskrivelser / oplevelser.</p> <p>Hvis det kunne have interesse, vil vi gerne give en tilbagemelding, evt. oplæg på vores projekt når det er færdigt.</p> <p>Vi ser frem til at høre fra dig.</p> <p>Mvh Anne-Karen og Anne</p>	

<b>Rikke Nue Møller</b> <Rikke.Nue.Moeller@regionh.dk>	29. april 2016 kl. 16.31
Til: Anne Dalsgaard <annedalsgaardholst@gmail.com> Cc: Alice Mitzie Tvillinggaard <alice.mitzie.tvillinggaard@regionh.dk>	
<p>Kære begge, Godt jordemoderfagligt projekt.</p>	

BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

Selvfølgelig må Mitzie hjælpe.

Jeg glæder mig til at se resultaterne.

Bedste hilsener

Rikke

\*\*\*\*\*

Rikke Nue Møller

Chefjordemoder

Obstetrisk Klinik 4031

Rigshospitalet, Blegdamsvej 9

DK-2100 København Ø.

+4535450504

Mail: [rikke.nue.moeller@regionh.dk](mailto:rikke.nue.moeller@regionh.dk)

## BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

### *Bilag 5 - Brev til informanter*

Kære mulige deltager

Vi er to jordemoderstuderende ved Jordemoderuddannelsen på Professionshøjskolen Metropol. Vi er i gang med at skrive vores bachelorprojekt, der omhandler kvinders oplevelse efter at have fået en bristning, der involverer endetarmsmuskulaturen (også kaldet en sphincterruptur eller en grad 3 eller 4 bristning).

Formålet med projektet er at få indsigt i, hvad kvinder erfarer og føler og forhåbentligt noget om hvad man har behov for fra de jordemødre man møder efter fødslen og i en eventuel efterfølgende graviditet.

Vi ønsker at lave interviews af 30-60 minutters varighed. Interviewet vil kunne finde sted, hvor det passer dig bedst, så vi kan komme til dig eller du kan møde os på Professionshøjskolen Metropol på Nørrebro.

Deltagelse i vores projekt er frivilligt og du vil blive anonymiseret i vores projekt. Du vil til enhver tid kunne afbryde interviewet.

Hvis du har lyst eller overvejer at deltage, vil vi blive meget glade for at blive høre fra dig.

Kontakt:

E-mail: [annekaren.rjc@gmail.com](mailto:annekaren.rjc@gmail.com) / [Annedalsgaardholst@gmail.com](mailto:Annedalsgaardholst@gmail.com)

Telefon: 61707874 / 30617181

Med venlig hilsen  
Anne-Karen og Anne

*Bilag 6 - Samtykkeerklæring*

**Samtykkeerklæring**

Undertegnede samtykker hermed til at deltage i interviewundersøgelse i maj 2016 og at interview-data kan benyttes skriftligt i anonymiseret form i bachelorprojektet med arbejdstitlen: *Sphincteruptur fra kvindernes perspektiv* af Anne-Karen Rafn Juul og Anne Dalsgaard Holst

Undertegnede er henholdsvis skriftligt og mundtligt informeret om, at forskerne ikke har adgang til personfølsomme data, at interviewet når som helst kan afbrydes, og at lydfilen vil blive slettet efter endt projektperiode.

Det er muligt for undertegnede at læse det transkriberede interview og det færdige bachelorprojekt.

---

DATO

---

UNDERSKRIFT

*Bilag 7 - Populationsbeskrivelse*

Samtlige kvinder har født i Region Hovedstaden.

**Julie**

1. para. 25 år. Lærerstuderende.

Bor sammen med sin kæreste og fælles datter.

Fik en sphincterruptur i forbindelse med første fødsel i 2013.

Havde en lynfødsel.

Er gravid igen og skal føde ved elektivt sectio efter eget ønske samt lægelig anbefaling.

**Anne**

2. Para. 33 år. Jordemoderstuderende. Tidligere en anden sundhedsfaglig uddannelse.

Bor sammen med sin mand og 2 fælles børn.

Fik en sphincterruptur i forbindelse med første fødsel i 2012.

Havde en lynfødsel og skulderdystoci i den første fødsel.

Har født vaginalt og ukompliceret ved anden fødsel. Fik en 2. grads bristning.

**Lise**

2. Para. 32 år. Tolk.

Bor med sin mand og 2 fælles børn.

Fik en sphincterruptur i forbindelse med første fødsel i 2013.

Langt forløb inkl. epiduralblokada.

Cup-forløsning pga påvirket hjertelyd efterfulgt af skulderdystoci og PPH.

Fik elektivt sectio ved anden fødsel på grund af tidligere sphincterruptur, efter eget ønske og lægelig anbefaling.

**Mette**

1. para., 35 år.

Bor med sin mand og fælles barn.

Fik en sphincterruptur i forbindelse med sin fødsel i 2014.

Langt forløb inkl. epiduralblokada.

Cup-forløsning pga. protraheret nedtrængningsfase, uregelmæssig baghovedpræsentation.

Forestiller sig, at en eventuel næste fødsel skal være en vaginal fødsel.

**Kristina**

2. Para. 34 år

Bor med sin mand og deres to børn.

Fik en sphincterruptur i forbindelse med første fødsel i 2009. Måske ifbm. cup-forløsning. Blev aldrig informeret herom. Havde længerevarende komplikationer.

Fik en sphincterruptur grad 3b i forbindelse med sin anden fødsel i 2016.

*Bilag 8 - Interviewguide*

**Indledende briefing**

Vi er meget glade for, at du har lyst til at deltage i vores bachelorprojekt!

Vi vil gerne endnu en gang understrege, at vi anonymiserer dine udsagn i vores opgave, og at du kan sige fra, hvis du ikke har lyst til at fortsætte interviewet. Hvis det er i orden med dig vil vi meget gerne have lov til at optage interviewet på diktafon, så vi kan arbejde videre med det. Når vi er færdige med projektet sletter vi lydfilen, så det er ikke noget der kommer til at ligge og blive gemt. Vi har en masse spørgsmål, som vi gerne vil runde, men som vi har talt om er vi jo interesserede i dit perspektiv på at have fået en grad 3/4 bristning, så det er faktisk alle de ting der fylder for dig, vi gerne vil høre mere om.

**Støtte spørgsmål**

“Kan du beskrive det for mig?”, “Hvad skete der?”

“Hvad gjorde du?”, “Hvordan husker du det?”, “Hvordan oplevede du det?”

“Hvordan har du det med det?”, “Hvordan reagerede du følelsesmæssigt på denne begivenhed?”

“Hvad synes du om det?”, “Hvordan opfatter du dette spørgsmål?”

“Hvad mener du om det der skete?”, “Hvordan bedømmer du det i dag?”

<b>Forskningsspørgsmål</b>	<b>Interviewspørgsmål</b>	<b>Stikord</b>
Indledende spørgsmål	Vil du fortælle om din fødsel?	Smertelindring? Latensfase? Aktiv fase?
Hvad var omstændighederne for bristningen?	Hvordan talte du og din jordemoder om pressefasen inden den startede?	Kontakten med jordemoderen?
Fødsel og suturering.	Hvordan havde du det med den stilling du fødte i?	Kommunikation? Tid?
	Vil du fortælle om, hvordan du oplevede det at skulle presse?	Skiftende stillinger? Instrumentel forløsning?
	Vil du fortælle lidt om rammerne for fødslen?	Pressefase? Holdt igen? Gav lods?
	Vidste du at du var bristet eller fortalte jordemoderen dig det? Vil du fortælle om, hvordan du fik at vide at du var bristet?	Stuen? Personale til stede?
	Vil du fortælle, hvordan du reagerede?	
	Vil du fortælle om din oplevelse af at lægen kom på stuen?	Hvad føler du overordnet om



BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

	<p>Vil du fortælle om din oplevelse af at blive sutureret?</p> <p>Hvad var dine første tanker da du fik beskrevet omfanget af din bristning?</p> <p>Var du bevidst om risikoen for om du skulle briste imens fødslen stod på? Hvordan det fik dig til at føle?</p> <p>Hvad mener du som helhed om fødslen?</p>	<p>de oplevelser du havde på fødestuen?</p>
<p>Forhåndsviden. Forberedelse.</p>	<p>Vil du fortælle, hvad du vidste om bristninger på forhånd? Og hvordan du har fået den viden?</p> <p>Hvilke tanker havde du gjort dig på forhånd ift. bristninger?</p> <p>Har du gået til noget fødselsforberedelse hvor det er blevet italesat at man kunne briste, i så fald, hvordan blev der så talt om det?</p> <p>Fyldte det noget for dig i løbet af graviditeten, at der altid er en risiko for at briste?</p> <p>Hvis, hvordan har du talt med din konsultationsjordemoder om bristninger i løbet af graviditeten?</p> <p>Hvis, hvordan har du talt med din mor eller veninder eller partner om det?</p> <p>Vil du beskrive hvad du forestillede dig i forhold til at skulle føde?</p> <p>Hvilke overvejelser havde du gjort dig i forhold til, at man kan briste i endtarmsmuskulaturen?</p>	<p>Veninder, jordemoder, mor, litteratur..?</p>
<p>Bristningen i hverdagen De tidlige følelser.</p>	<p>Vil du fortælle om den første tid lige efter fødslen?</p> <p>Vil du fortælle om den første tid hjemme?</p>	<p>Var I indlagt eller tog I hjem?</p> <p>Smerter? Madlavning, vask og rengøring?</p>

BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

	<p>Hvordan strukturerede I hverdagen?</p> <p>Vil du beskrive, hvordan du var påvirket af brystningen? Hvordan havde du det med det?</p> <p>Vil du fortælle, hvad du tænkte om din brystning?</p> <p>Vil du fortælle, hvilke følelser der fyldte mest hos dig i den første tid.</p> <p>Følte du mest positive eller negative følelser og hvad forbandt du dem med?</p> <p>Hvordan er det gået med at opstarte amning?</p> <p>Hvordan gik det med at vænne sig til at være mor?</p> <p>(Hvis der er gået noget tid siden fødslen) Hvordan tænker du på den allerførste tid som mor nu?</p>	<p>Var du påvirket på en sådan måde at du måtte aflaste meget?</p> <p>Var du forpint?</p> <p>Besvær?</p>
Følelser om brystningen.	<p>Kan du huske, hvordan du reagerede?</p> <p>Kan du huske hvordan du reagerede følelsesmæssigt?</p> <p>Vil du fortælle om de følelser du har haft efter fødslen?</p> <p>Hvad tænker du om de spørgsmål vi stiller?</p> <p>Hvad føler du ved at tale om det nu?</p>	<p>Er der noget du føler at du mangler?</p> <p>Er der noget mere du gerne ville have vidst på forhånd?</p> <p>Har det fyldt for dig at du bristede?</p> <p>Har det farvet din oplevelse af fødslen?</p> <p>At få at vide, at gøre, at tale om?</p>
Påvirkning af fødselsoplevelse og hverdag.	<p>Mærker du fortsat din brystning?</p> <p>Hvilke gener har du haft i forbindelse med din brystning? Hvad tænker du om de gener?</p> <p>Hvor meget fylder det for dig når du</p>	

BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

	<p>tænker over dit barns fødsel?</p> <p>Hvordan har du italesat det i forhold til din partner? Dine veninder?</p> <p>Hvad står tydeligst for dig fra fødestuen?</p>	
Oplevelse af kroppen	<p>Ved du hvorfor du bristede? Hvorfor tror du at du bristede?</p> <p>Hvilke tanker har du gjort dig om genoptræning og knibeøvelser?</p> <p>Vil du fortælle, hvordan du havde det med motion og træning inden graviditet og fødsel?</p> <p>Vil du beskrive dit forhold til bækkenbundstræning? Før og efter graviditet?</p> <p>Føler du at dine følelser/din opfattelse af det har ændret sig?</p> <p>Vil du beskrive, hvad træning betyder for dig nu?</p> <p>Føler du at din krop er forandret siden graviditet og fødsel? Vil du beskrive hvordan og hvad det får dig til at føle?</p> <p>Hvordan har du det med din fordøjelse normalt? Fylder det for dig på en anden måde efter at du er bristet?</p>	<p>Bækkenbund?</p> <p>Knibeøvelser før og i graviditeten?</p> <p>Er du vant til at træne fysisk?</p> <p>Føler du at du er tilbage til normal?</p> <p>Forventer du at komme tilbage til normal?</p> <p>Føler du at du er dig selv?</p>
Parforhold og sexliv.	<p>Har din partner været med dig når du blev informeret om bristningen og genoptræning...?</p> <p>Hvordan har I talt om det efterfølgende?</p> <p>Vil du beskrive, hvordan du har det med at skulle tale med din partner om de forskellige aspekter af bristningen?</p> <p>Før du fødte, hvordan talte I da om fødslen og de forandringer den kunne</p>	<p>Har I talt om at det er ømt eller smertefuldt?</p> <p>Har din partner bragt det på bane af sig selv?</p> <p>Har du haft lyst til at tale med din partner om det?</p> <p>Har I talt om, at det var vigtigt at fordøjelsen kørte?</p>

BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

	<p>medbringe?</p> <p>Ved du, hvordan din partner har det med det? Kan I tale om det sammen? Hvad betyder det for dig?</p>	<p>muligheden for at du kunne briste?</p> <p>Har I talt om at skulle have sex?</p> <p>Har I genoptaget sexlivet?</p> <p>Har du lyst til at fortælle om dine tanker om at skulle genoptage sexlivet?</p>
Kontroltab.	<p>Har du oplevet nogle følelser af kontroltab i forbindelse med at være bristet?</p> <p>Føler du, at du selv kan gøre noget i forhold til din bristning nu?</p> <p>Føler du at du havde indflydelse på, at være bristet?</p> <p>Føler du at der er noget du kan gøre for at forebygge i forhold til næste fødsel?</p> <p>....</p> <p>....</p> <p>...</p>	<p>Har du haft problemer med at holde på afføring?</p> <p>Har du haft problemer med fordøjelsen?</p> <p>Føler du at det har forandret sig, hvor meget du tænker over toiletbesøg og fordøjelse?</p> <p>Føler du at du har styr på din bristning?</p> <p>Føler du at du er dig selv?</p> <p>Føler du at du mistede kontrollen i fødselsituationen?</p>
Oplevelse af efterforløb	<p>Vil du fortælle, hvad du har fået tilbudt efter fødslen i forhold til din bristning?</p> <p>Hvem har du modtaget information fra?</p> <p>Hvad tænker du om, at din bristning har fået et tal?</p> <p>Kan du huske, hvordan du blev informeret?</p> <p>Hvad blev der sagt?</p>	<p>Sphincterkonsultation</p> <p>På stuen? På barsel</p>

BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

	<p>Hvad synes du om den information du har modtaget?</p> <p>Gav det mening for dig?</p> <p>Vil du fortælle om hvilke følelser du havde da du blev informeret om bristningen og dens omfang?</p> <p>Har du talt med andre kvinder, der også bristede på samme måde som dig?</p> <p>Har du gået til noget genoptræning?</p> <p>Synes du at det nemt eller svært at tale om med andre?</p> <p>Hvordan har du haft det med at skulle til samtale om bristningen?</p> <p>Vil du fortælle om hvilke følelser du havde da du blev informeret om bristningen og dens omfang?</p> <p>Er der noget information / opfølgning du kunne forestille dig kunne være anderledes?</p>	<p>Brugbar? Forståelig? Uhyggelig? God?</p> <p>Fik du for meget/for lidt information?</p> <p>Kom informationen på det rette tidspunkt?</p> <p>Hvordan har det været?</p> <p>Forløsende? Mærkeligt?</p>
<p>Eventuel næste fødsel?</p>	<p>Har du allerede gjort dig tanker om at du måske skal føde igen?</p> <p>Hvad tænker du om at skulle være mor igen?</p> <p>Hvordan har du talt med din partner om det?</p> <p>Vil du beskrive de følelser du har i forhold til at skulle føde igen?</p> <p>Er du bekymret for at skulle føde igen?</p>	<p>Hvad har du fået at vide?</p> <p>Har du talt med en jordemoder om det?</p> <p>Har du talt med en læge om det?</p>

Tusind tak! Vi har fået en masse ting at vide, som vi kan bruge i vores arbejde. Er der noget du gerne vil tilføje eller noget du tænker at vi ikke har rundet?

## BACHELORPROJEKT 2016

Anne-Karen Rafn Juul Christensen & Anne Dalsgaard Holst

Hvis du er interesseret i at se det transskriberede interview og/eller vores færdige opgave, så vil vi gerne sende det til dig!