

Bacheloroppgave

Osteopatisk tilnærming til Kvinneres helse postpartum



av

101953 og 102052

28.04.2017

VF 202 - Bacheloroppgave

Bachelor Osteopati

Antall ord: 12 432

April, 2017

Institutt for helsefag - Høyskolen Kristiania

«Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdanningen ved Høyskolen Kristiania. Høyskolen Kristiania er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.»

Forord

Denne oppgaven har vært en reise med nye og utfordrende oppgaver. Læringskurven har vært bratt, og i etterkant er det tilfredsstillende å se hva vi har produsert og forsket på. Vi har fått mer kunnskap, og bredere forståelse av kvinnehelse.

Stor takk til Ronja Strømsborg Lund som har vært veilederen vår og gitt oss motivasjon og støtte gjennom oppgavens opp og nedturen.

Oppgaven har gitt gode ideer om hvordan framtidig arbeid blir, og mange innspill som blir tatt med i videre praksis. Samtale med utdannede osteopater har vært svært lærerikt.

Tusen takk til alle de herlige osteopatene som stilte til intervju og ville bidra til vår læring.

Dere er til inspirasjon, og gode forbilder for osteopatien.

Oslo, April 2017

Innhold

Sammendrag.....	5
1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn.....	6
1.2 Problemstilling.....	7
1.3 Avgrensning av oppgaven.....	7
1.4 Begrepsavklaring	8
1.5 Oppgavens oppbygging	9
2 Teori.....	9
2.1 Tiden etter fødselen.....	9
2.2 Osteopati	10
2.2.1 Osteopatisk konsultasjon	10
2.2.2 De fem osteopatiske modellene	10
2.2.3 Osteopatiske tilnæringsmetoder	12s
3 Metode.....	13
3.1 Kvalitativ metode.....	13
3.2 Litteratursøk.....	14
3.3 Semistrukturert dybdeintervju.....	14
3.4 Utvalg og inklusjonskriterier	15
3.5 Rekruttering	15
3.6 Utforming av intervjuguide og testintervju.....	16
3.7 Gjennomføring av intervjuene	17
3.8 Transkribering.....	18
3.9 Analyse og tolkning	18
3.10 Kvaliteten i forskningsprosjektet	19
3.10.1 Validitet	19
3.10.2 Reliabilitet	20
3.10.3 Etikk.....	21
4 Resultater og diskusjon	22
4.1 Informanters bakgrunn.....	22
4.2 Postpartum som pasientgruppe	24
4.3 Behandlingstilnærming	26
4.3.1 Når kan behandlingen starte	27
4.3.2 Anamnese og undersøkelse	28

4.3.3 Osteopatisk behandling.....	30
4.3.4 Teknikker og behandlingsområder	33
4.3.5 Antall behandlinger og effekten av behandling.....	35
4.3.6 Behandling av arrvev	38
4.3.7 Råd og hjemmeøvelser	39
4.3.8 Tilfeller som trenger henvisning.....	40
4.4 Vurdering av metode.....	42
5 Konklusjon	44
Referanseliste:	45
Vedlegg	48

Vedlegg:

1. Vedlegg 1: Informasjonsskriv
2. Vedlegg 2: Samtykkeskjema
3. Vedlegg 3: Intervjuguide

Tabeller

1. Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....15
2. Informantenes bakgrunn.....23

Figurer

1. De fem osteopatiske modellene.....11
2. Oppgavens utvikling.....13
3. Rekrutteringsprosessen.....16
4. Inndeling av resultatene.....22
5. Aktuelle problem.....24
6. Nevnte komplikasjoner.....25
7. Inndeling av behandlingstilnærming.....27
8. Behandlingsområder.....34
9. Informantenes råd og hjemmeøvelser.....39

Sammendrag

Bakgrunn for oppgave:

Vi ble inspirert av forelesere og andre osteopater som snakket om kvinnehelse, og etter et møte med en jordmor fikk vi en forståelse av hvor mange plager kvinner kan oppleve etter fødsel. Dette skapte en nysgjerrighet for hvordan osteopati kan hjelpe disse kvinnene. Vi ønsket å lære mer om hvilken påkjenning fødselen er for kvinner, og så et behov for å gi mer støtte til kvinner som har født.

Problemstilling:

“Hvordan er den osteopatiske behandlingstilnærmingen postpartum?”

Metode:

I forskningen ble det brukt en kvalitativ tilnærming, med semistrukturert dybdeintervju. Fem osteopater ble intervjuet, og gav et innblikk i sin erfaring og behandlingstilnærming.

Resultat og konklusjon:

Behandlingstilnærmingen for postpartum kvinner skiller seg ikke stort fra andre pasienter. Fokuset er litt endret under anamnese og undersøkelser, hvor det er mer spesifikke spørsmål og områder som går igjen. Under behandlingen må det tas hensyn til hormonstatus, posisjonering og valg av teknikk. Innledningsvis er behandlingen mer forskjellig, og blir mer likt etterhvert som det går lenger tid fra fødselen. Det er ekstra viktig å ta i betraktning kvinners fysiologiske reserver for å ta imot behandling, deres totale allostatisk belastning, samt se familien i kontekst.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Vi ble inspirert av forelesere og andre osteopater som snakket om kvinnehelse, og etter et møte med en jordmor fikk vi en forståelse av hvor mange plager kvinner kan oppleve etter fødsel. Dette skapte en nysgjerrighet for hvordan osteopati kan hjelpe disse kvinnene. Vi ønsket å lære mer om hvilken påkjenning fødselen er for kvinner, og så et behov for å gi mer støtte til kvinner som har født.

I oppgaven ønsket vi å fordype oss i osteopatiske betraktninger av kvinnens helse postpartum. «*Postpartum*» kommer fra latin, og er betegnelsen på de 24 første timene etter fødselen, og blir brukt i forbindelse med morens tilstand (1) Allikevel ser vi at kvinnene går under kategorien i mye lengre tid. Fødsel er en av de største hendelsene i kvinners liv. Det skjer store endringer i kvinnekroppen under svangerskapet og etter fødselen, og kroppen må restitueres etter den store påkjenningen.

Hvert år fødes det ca 60 000 barn i Norge (2), og helseproblemer og nedsatt livskvalitet hos kvinner det første året etter fødsel er hyppig og undervurdert (3 s. 225). I litteraturen er det mange tilstander, komplikasjoner og smertesyndromer som kan oppstå etter fødsel. Under fødsel og tiden etter skjer det mye med kroppen, og ikke alle får all viktig informasjon om tiden de går i møte. Da vi gjorde testintervju på en av høgskolens faglærere og stilte spørsmålet “*Hva er det aktuelle problemet kvinnen gjerne kommer med?*”, var svaret at de kommer med barnet. Dette beskriver hvordan morsinstinktet fungerer, nesten all tid prioriteres til barna. Ved å hjelpe kvinnene kan de bruke mindre energi på smertene når de trenger energi til å ta seg av babyen. Her ønsker vi å finne ut hvordan osteopaten kan bistå moren i den situasjonen hun er, for å hjelpe de til en enklere restitusjon med mindre smerter og plager, som kan gi en bedre hverdag.

Mangelen på barseloppfølging i helsevesenet ble i februar (22.02.17) tatt opp i en stortingshøring (4), der ble det etterlyst bedre oppfølging av kvinner. En av sakene handlet om komplikasjoner og plager som kan komme etter en fødsel, som ikke alltid oppdages i løpet av de seks første ukene. I samtale med kvinner som har født betegner de smerter og plager som helt vanlig, og ikke bekymringsverdige. Det er normalt å oppleve ubehag når store

endringer skjer i kroppen gjennom svangerskapet, men hvor mange plager skal kvinnen påberegne seg fordi det er “normalt”?

“Jeg synes det er viktig å ta disse kvinnene på alvor fordi det er så lett å avskrive kvinners plager etter fødsel som noe du må forvente skal komme.” - Informant C.

Mange har forventninger om hvordan ting skal være og foregå, og for mange er postpartum en ekstremt slitsom periode, spesielt hvis noe ikke blir som forventet. Osteopatene har gode verktøy, og de som har tatt kurs i kvinnehelse har gode kunnskaper til å kunne behandle og støtte kvinner som har født. Med osteopatens evne til å se pasientens problemer i kontekst, stiller de sterkt til å hjelpe denne gruppen. I tillegg har osteopaten ofte tid og kapasitet til å ta imot disse, der det i helsevesenet fort kan være lange ventelister (5).

“Jeg synes at osteopati er en skånsom og trygg behandling for den her pasientgruppa, og vi har masse fint verktøy som vi bør være stolte av og vise frem. Vi har bred kunnskap og alle muligheter til å være en naturlig del og oppfølging, og være ledende innen kvinnehelse under og etter svangerskapet. Jeg er stolt av å være osteopat.” - Informant D.

1.2 Problemstilling

“Hvordan er den osteopatiske behandlingstilnærmingen postpartum?”

1.3 Avgrensning av oppgaven

I forskningen er fokuset på hvordan behandlingstilnærmingen er postpartum, og hva osteopaten kan hjelpe med. Problemstillingen bygger seg rundt behandlingstilnærmingen, og under behandlingstilnærming ligger alt fra anamnese, undersøkelse, og råd. En behandling anses ikke bare som det manuelle en terapeut gjør, men hva som skjer i møte med pasienten, til konsultasjonen avsluttes. Målet med oppgaven er finne ut hvordan osteopaten tilnærmer seg, ved å kartlegge viktige faktorer i behandlingstilnærmingen. Hva presenterer pasienten postpartum, hva skiller de ut fra andre pasienter, er det noen spesielle hensyn, teknikker og områder som går igjen? For å få bredere innsikt i tilnærmingen ble det også spurt om råd/hjemmeøvelser, hva osteopaten ikke kan tilnærme seg, og hvordan kvinnene responderer på behandling. Spørsmålet er om osteopater kan påvirke noen av konsekvensene etter svangerskapet eller fødselen.

Oppgavens omfang er avgrenset ved å kun intervju fem osteopater, på grunn av studiens omfang, lite ressurser, og kort forskningstid.

1.4 Begrepsavklaring

Somatisk dysfunksjon

“Nedsatt eller forandret funksjon i kroppens somatiske system; ledd og myofascier med relaterte nervale, vaskulære og lymfatiske elementer” (6 s. 17).

Allostatisk belastning

Allostatisk belastning er påkjenningen hver person kjenner på, og hvordan de takler den. Det består av indre og ytre faktorer, fra miljøet, livshendelser, traumer, misbruk, og kroppslige plager for å nevne noe. Påkjenningene blir sett opp mot personens fysiologiske og atferdsmessige respons. Påkjenninger vil gi stress, som igjen blir påvirket av pasientens evne til å takle det. Den fysiologiske responsen på dette blir allostatisk belastning. I tillegg kommer de kroppslige plagene (somatiske dysfunksjoner) som og påvirker allostatisk belastning (7 s. 899).

Viscerale teknikker

Undersøkelse og behandling av de viscerale (indre organer (8)) glideflater for å bedre den fysiologiske funksjonen. Også kalt «ventrale» teknikker (9 s. 2).

Fysiologiske reserver

Begrepet beskriver kroppens ressurser, og brukes for å evaluere pasientenes evne til selvregulering (7 s. 3).

Direkte teknikker

Teknikker hvor kroppen beveges inn mot restriksjonen, for gi økt bevegelsesutslag (9 s. 3). Eksempel på direkte teknikker er artikulering og MET (muskel energi teknikk).

Indirekte teknikker

Teknikker hvor kroppen beveges bort fra restriksjonen, til det mest avspente punktet. For å redusere spenning i nevrologiske og omliggende strukturer (9 s. 2). Teknikker som BLT

(balanced ligamentous tension) eller listening er eksempel på indirekte teknikker.

1.5 Oppgavens oppbygging

Bacheloroppgavens oppbygging og struktur er oversiktlig i innholdsfortegnelsen (side 3-4). Oppgaven deles inn i forside, forord, sammendrag, teoridel, metodedel, resultat og diskusjon, konklusjon, referanselister, og vedlegg. Med tilhørende delkapitler er målet å gjøre forskningen mer lettleselig og forståelig.

2 Teori

Målet med teoridelen er å gi en økt forståelse av hva osteopati er, hvordan osteopaten arbeider, og hvordan tiden etter fødsel kan være. Det vil både være fokus på prinsipper innen osteopati, og på kvinnens helse postpartum.

2.1 Tiden etter fødselen

Barseltiden defineres som *“Tidsperioden fra barnet er ute og til reproduksjonsorganene er tilbake i førgravid tilstand”* (3 s. 224). Barseltiden regnes til å vare i ca seks uker (3 s. 244). Tiden etter fødsel kan være utfordrende. Om kvinnen har flere barn fra før eller ikke, vil det bli en ny hverdag. Det kan oppleves utfordrende i starten. Det første året etter fødsel kan være preget av helseproblemer og nedsatt livskvalitet. Mange plages med tretthet, rygg smerter, nakkesmerter, manglende seksuell lyst, smertefullt samleie (dyspareuni), søvnproblemer og nedstemthet (3 s. 225). Det er også vanlig å oppleve smerter i perineum (bekkenbunn), smerter ved samleie (dyspareuni) og hemoroider. Symptomer som nakkesmerter, rygg smerter, ledd og hofte smerter, smerte fra episiotomi, sårskader i perineum og fra keisersnitt, nerveskade fra fødsel, manglende blærekontroll og brystinfeksjoner, er ikke uvanlige å oppleve seks måneder etter fødsel (7 s. 82). Disse faktorene vil påvirke mors totale helse. Ammehyppigheten gjør at mor må være tilgjengelig hele døgnet (3 s. 224). Den fysiske påkjenningen og forventninger om barseltiden kan påvirke mors psykiske helse (11 s. 228).

Selv om barseltiden per definisjon går over, tar andre prosesser i kroppen lengre tid (11 s. 228-229). Moren må styrke muskulatur som blir svakere og lite brukt under svangerskapet. For eksempel har kanskje ikke mor hatt mulighet til å gjøre enkle ting som å bøye seg ned og løfte under svangerskapet. Ligamentenes restitusjon kan ta opptil seks måneders tid, enda

lengre om ammingen vedvarer, på grunn av hormonet relaxin.

2.2 Osteopati

Osteopati er en helseprofesjon, utdanningen er fireårig og basert på vitenskapelige og kliniske fag (12). Hendene er osteopatens viktigste verktøy i behandlingen. Osteopaten skaper en helhetlig forståelse av pasientens smerter og plager for å kunne gi en bedre behandling. Gjennom behandling søker osteopaten å fremme pasientens evne til å bli bedre, ved hjelp av pasientens egne ressurser.

2.2.1 Osteopatisk konsultasjon

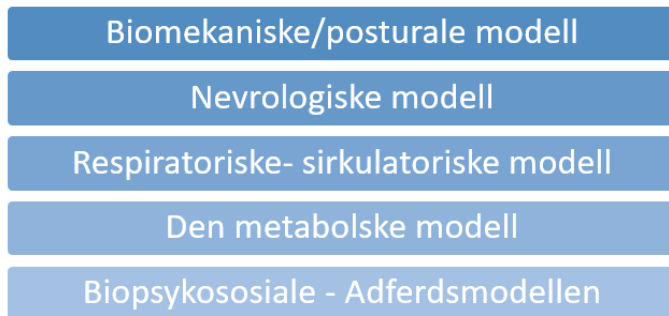
En behandlingstime hos osteopat består av tre hovedkomponenter (13). Grundig samtale, undersøkelse av hele kroppen og helhetlig behandling. Den grundige samtalen skaper grunnlaget for undersøkelsen, som viser til hva som bør behandles, og hvordan. Konsultasjonen hos en osteopat kan skille seg ut fra andre terapeuter. Konsultasjonen er bygget opp etter de nasjonale og internasjonale retningslinjene for osteopater.

Den grundige samtalen kalles anamnese, og er en samtale med pasienten om sykehistorien, og det aktuelle problemet (13). Slik kan osteopaten sammen med pasienten finne sammenhengen mellom plagene og kroppen i hverdagen. Anamnesen er et av osteopatens viktigste verktøy. Deretter gjennomføres klinisk ortopedisk- og nevrologisk undersøkelse for å utelukke tilstander eller sykdom. Da kan det vurderes om det er forsvarlig å starte behandling, eller om det er nødvendig med videre utredning hos lege eller spesialist. Osteopaten vil undersøke hele kroppen, eller de områdene hvor problemene kan ha oppstått. Kroppen ses i sammenheng for å kartlegge om det er noen forandring, eller restriksjoner som kan være en del av årsaken til pasientens plager. Osteopaten har flere tilnæringsmåter, blant annet de fem osteopatiske modellene, og maksimalistisk eller minimalistisk tilnærming.

2.2.2 De fem osteopatiske modellene

Innen osteopati er det fem overordnede modeller. De fem modellene er konsepter, som er med på å bestemme hvilken tilnærming som er mest hensiktsmessig for hver enkelt pasient (14 s. 47). Kroppen er et system som jobber sammen, og felles for hver modell er at de har påvirkning på hverandre. Modellene brukes under evaluering, diagnostisering, og behandling av pasienten (7 s. 53). Teorien bak de fem modellene er hentet fra Anthony G. Chila,

Foundations of Osteopathic medicine (7 s. 5-7) og Greenman's Principles of Manual Medicine (14 s. 42-44). I figur 1 er en oversikt over modellene.



Figur 1: De fem osteopatiske modellene

Biomekanisk/postural modell

Pasienten ses fra et strukturelt eller mekanisk ståsted, med fokus på det muskuloskeletale systemet. Gjennom å adressere skjelett, muskulatur, ligamenter, eller fascier vil det hjelpe kroppen til selvregulasjon. Målet er å gjenopprette maksimal funksjon av det muskuloskeletale systemet i postural (holdning) balanse.

Nevrologisk modell

Målet med modellen er å gjenopprette normal nevrologisk funksjon. Modellen ser blant annet på innflytelsen fra det autonome nervesystemet og aktiviteten av sensorisk stimuli. Modellen blir påvirket av kroppens fysiologiske prosesser i de andre modellene. Osteopatisk manuell behandling handler om reduksjon av mekanisk stress, balansering av nevralt stimuli, og normalisering av sensoriske stimuli.

Respiratorisk - sirkulatorisk modell

I denne modellen er målet med osteopatisk manuell behandling å adressere somatiske dysfunksjoner i respiratoriske mekanismer, sirkulasjon og drenering av kroppsvæsker (lymfe, arterielt og venøst blod). Skjelettmuskler og diafragma anses som pumper for det venøse og lymfatiske system, målet er optimal funksjon, og at pasienten skal puste uten anstrengelser. Optimal funksjon i modellen er viktig for kroppens tilførsel av næring og fjerning av avfallsstoffer. Denne modellen er nyttig hos pasienter med lite fysiologiske reserver, og modellen har maksimalistisk tilnærming.

Den metabolske modellen

Modellen søker en balanse mellom energi-produksjon, distribusjon og utgifter. Riktig ernæring legger til rette for normale biomekaniske prosesser, cellulære funksjoner og nevro-muskuloskeletal aktivitet. Målet med osteopatisk manuell behandling er å adressere somatiske dysfunksjoner som potensielt kan forstyrre denne balansen, øke allostatisk belastning eller forstyrre immunologiske og endokrinologiske reguleringsfunksjoner.

Biopsykososiale / atferdsmodellen

Handler om både det eksterne og interne miljøet. Mentale, emosjonelle, spirituelle faktorer og livsstil er viktige komponenter i modellen. Målet med osteopatisk behandling er å forbedre kroppens evne til å effektivt takle, kompensere eller adaptere til ulike stressende elementer. Pasientens evne til å takle utfordringer og forbedre livsstil er et hovedmål.

2.2.3 Osteopatiske tilnæringsmetoder

Det finnes tre andre overordnede måter å tilnærme seg pasienten i behandlingen, minimalistisk, maksimalistisk og symptombasert tilnærming. Her er en kort redegjørelse av de. Teorien bak tilnæringsmetoder er hentet fra boken «*Osteopathy: Models for Diagnosis, Treatment and Practice*» (15 s. 179). I tillegg har studentene brukt undervisningsmateriale fra Høyskolen Kristiania (16 s. 4)

Minimalistisk tilnærming

Ved en minimalistisk tilnærming er målet å påvirke helheten, gjennom å adressere de somatiske dysfunksjonene som anses som signifikante. Ved behandling ønsker osteopaten å oppnå maksimal effekt via minimal behandling. Pasienten må ha fysiologiske reserver som gjør at de har mulighet til å adaptere, hvis ikke vil ikke behandlingstilnærmingen ha særlig effekt.

Maksimalistisk tilnærming

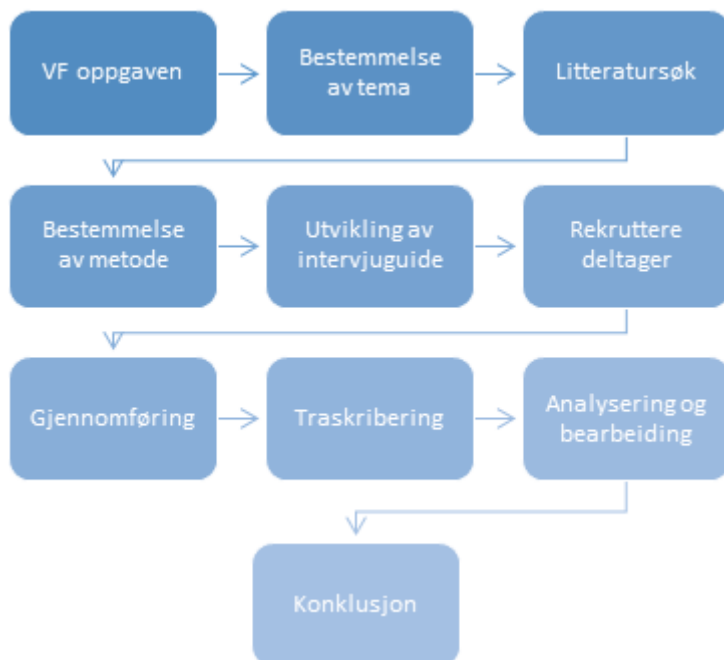
Osteopaten vil assistere kroppen og påvirke de fysiologiske reservene. Behandlingen vil påvirke hele kroppen via mer omfattende behandling. Modellen er nyttig hos pasienter som for eksempel nylig har operert eller født, eldre pasienter, eller pasienter med redusert allmenntilstand. Nyttig hos pasienter med høy allostatisk belastning.

Symptombasert modell

Modellen baserer seg på smerte og symptomreduksjon, og har komponenter fra minimalistisk og maksimalistisk tilnærming. Den består først og fremst av lokal og regional behandling for å påvirke smertegeneratorene. I tillegg prøve å påvirke de autonome og lymfatiske prosessene i kroppen.

3 Metode

Kapittelet tar for seg forskningsmetode, “veien til målet” (17 s. 121). Her beskrives hvordan og hvorfor studentene har valgt fremgangsmåte. Figur 2 beskriver hvordan oppgaven utviklet og formet seg som bacheloroppgave. Nysgjerrigheten rundt tema og oppgaven oppstod under en oppgave og presentasjon (pilot for bachelor) i faget VF (vitenskapsteori, metode og statistikk). Oppgaven studentene presenterte da handlet om sammenhengen mellom grad av ruptur etter fødsel, og smertefullt samleie (dyspareuni). Det vekket en interesse for plager etter svangerskap, og hvordan osteopati kan hjelpe.



Figur 2: Oppgavens utvikling

3.1 Kvalitativ metode

Bestemmelse av forskningsdesign utvelges for hvilken metode som best besvarer problemstillingen (18 s. 15). Etter et litteratursøk ble det tydelig at mangelen på litteratur og forskning om tema var stor. Metodevalget ble derfor en kvalitativ tilnærming. Fordelen med kvalitativ forskningstilnærming som intervju, er at det gir et innblikk i forståelsen og erfaring

til informantene rundt tema. Kvalitativt spørreskjema ble vurdert, men egnet seg ikke fordi mengdene data, og spørsmålsformuleringen ville blitt begrenset. Med begrenset tilgang til informanter var det hensiktsmessig å velge dybdeintervju (19 s. 105). Gjennom semistrukturert dybdeintervju skapes en innsikt i hvilke fødselsrelaterte plager osteopater møter i klinikk og forskjellige terapeuters behandlingstilnærming. Siden målet med oppgaven er å forstå osteopatens behandlingstilnærming var det hensiktsmessig å gå rett til kilden.

3.2 Litteratursøk

Etter at temaet ble bestemt ble det foretatt et litteratursøk for å få forståelse av relevant teori og forskning om temaet. Søkene ble foretatt i databaser som pubmed, cochrane library, midwifery today, Jaoa, american osteopathic association, google scholar, norsk legetidsskrift og ovid. Det ble benyttet kombinasjoner som AND eller OR med ulike søkeord.

Litteratursøkene ga ikke stort utbytte, så for å sikre at dette ikke kom av studentens søkestrategi, ble det oppsøkt veiledning hos bibliotekar. Det ble deretter gjort ytterligere søk med en bedre strategi bak, med samme resultat som tidligere. Forskningen om tema er mangelfull, og det ser ut til at ingen lignende studier har blitt gjennomført. I tillegg brukte studentene fugitivt søk, hvor det ble hentet kilder fra litteraturlisten til artikler.

3.3 Semistrukturert dybdeintervju

“Formålet med et intervju er å fremskaffe fyldig og beskrivende informasjon om hvordan andre mennesker opplever ulike sider ved sin livssituasjon. Det kvalitative intervjuet er spesielt godt egnet for å få innsikt i informantens egne erfaringer, tanker og følelser” (18 s. 13). Intervju er den vanligste formen for datainnsamling i kvalitative studier (20 s. 357). Det er to hovedformer for intervju, strukturert og ustrukturert (18 s. 26). Fordelene med et strukturert intervju er at studentene arbeider med tema på forhånd og utvikler spørsmål som kan avdekke nødvendig informasjon. Slik er studentene sikrere på at de får svar på alle ønskede spørsmål og problemstillingen. En strukturert intervjuguide sikrer at ingen spørsmål blir utelukket underveis i intervjuet. Ved et ustrukturert intervju er det ingen plan eller strategi bak intervjuet, og resultatet fra intervju til intervju kan variere stort. Valget av intervjutype er basert på at den innhentede dataen skal være mest mulig reliabel, og at intervjueren er trygg i rollen. Semistrukturert intervju gjør det lettere å gjennomføre, og reproducere intervjuene. Intervjueren kan utdype, stille oppfølgingsspørsmål, eller korrigere eventuelle misforståelser (19 s. 105). Dette styrker validiteten i den fremskaffede dataen.

Formålet med intervjuet er å forstå osteopatens behandlingstilnærming, fra osteopatens eget perspektiv (17 s. 43). Ved dybdeintervju har informanten mulighet til å gå i dybden, og forklare ved behov. På grunn av den åpne formen kan forskerne komme inn på temaer eller momenter de ikke har tenkt på forhånd, men som kan være relevante for prosjektet (19 s. 105). Det er viktig som intervjuer å holde seg nøytral, og være åpen for uventede svar (17 s. 47).

3.4 Utvalg og inklusjonskriterier

Utvalget av osteopater i Norge er lite, men samtidig voksende. Oslo er den byen som har flest etablerte osteopater (21). Det ga muligheten til å rekruttere de som har spesialisert seg innenfor tema. Inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene (tabell 1) er for å sikre at de kunne gi oss relevant data om tema, samt at studiet skulle være gjennomførbart.

Tabell 1: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Medlem i Norsk Osteopatiforbund (NOF)	Ikke medlem i Norsk Osteopatiforbund (NOF)
Jobbe i minst 50% stilling som osteopat	Jobber under 50% stilling som osteopat
Ikke fast ansatt på Høyskolen Kristiania	Fast ansatt på Høyskolen Kristiania
Tilgjengelig i området Oslo omegn	Utenfor området Oslo omegn
Kurs eller videreutdanning innen obstetrikk eller kvinnehelse	Ingen kurs eller videreutdanning
Arbeidserfaring som osteopat i minst to år	Arbeidserfaring på mindre enn to år

Utvalgsstørrelse beregnes etter hvor mange det trengs for å få en adekvat datainnsamling (17 s. 129). Utvalget består av fem informanter, grunnet kort forskningsperiode til gjennomføring av intervjuene, transkribering, analysing og skriveprosessen.

3.5 Rekruttering

Dette delkapittelet beskriver hvordan informantene ble rekruttert. Figur 3 viser overordnet fremgangen.



Figur 3: Rekrutteringsprosessen

For å rekruttere deltagere ble osteopater som går under inklusjonskriteriene kontaktet på mail. Det ble sendt informasjonsskriv (vedlegg 1) om studiet med forespørsel om de var interessert i å delta. Informasjonsskrivet ble testet for å sjekke validiteten, før det ble sendt ut. En påminnelse ble sendt en uke senere. På dette tidspunktet ble flere osteopater kontaktet via mail, da responsen var mangelfull. Tre uker etter første kontakt, opptrådte studentene på klinikker i Oslo, og noen osteopater ble kontaktet på telefon siden de ikke var tilgjengelige da studentene var på klinikkene. Dette resulterte i litt mere respons.

Etter at intervjuene var gjennomført ble problemstillingen endret, derfor står det annerledes problemstilling i de utsendte skriven (vedlegg 1 og 3) til informantene.

3.6 Utforming av intervjuguide og testintervju

Intervjuguiden ble utformet for å kunne strukturere gjennomføringen, og ha en naturlig oppbygging av spørsmålene. Guiden er basert på åpne og lukkede spørsmål. Spørsmålene ble vurdert og filtrert etter traktprinsippet fra boken “Intervju som forskningsmetode” (18 s. 27). Traktprinsippet betyr at de første spørsmålene leder frem til de større spørsmålene, og at intervjuet igjen avslutter med mer generelle spørsmål. Spørsmålene er organisert i en logisk rekkefølge slik at det ble god flyt i intervjuet. Studentene sikret at spørsmålene ikke var uklare, ledende, dømmende, eller krevde for høyt kunnskapsnivå. For å få intervjuene så like som mulig var det samme intervjuer på alle intervjuene.

For å kvalitetssikre intervjuguiden ble det gjennomført to test intervjuer, og veiledning fra veileder. Spørsmålene ble satt direkte opp mot problemstillingen for å se om de var relevante eller ikke. Problemstillingen er *“Hvordan er den osteopatiske behandlingstilnærmingen postpartum?”*. Noen av spørsmålene handler om teknikkvalg, tilnæringsmåter, og noen om hvilke komplikasjoner kvinner presenterer med. Studentene synes det var interessant å se hvilke komplikasjoner kvinner kom med til osteopat, siden det er dette de ønsker å få behandling for. Antall behandlinger og hvilke områder, blant andre var for å se om det var noen fellesnevner i gruppen. Det sier noe om hele tilnærmingen, og gruppen. I tillegg er det interessant å se hva de presenterer med, mot hva som er vanligst i litteraturen. Spesielle hensyn, om noe må henvises videre og hvilke råd og hjemmeøvelser anses som viktig da det sier noe om hele tilnærmingen.

Gjennom test intervjuene fikk studentene trening, erfaring i intervjurollen (20 s. 358), tilbakemeldinger på spørsmålene og studentene ble trygg på utstyret (18 s. 28, 30-31). Studentene testet også båndopptakerne under testintervju, i forskjellige lokaler, lokalisasjon av båndopptakere i forhold til intervjuobjektene og kvaliteten på opptaket. Første testintervju ble utført på en medstudent, for å bli tryggere i rollen som intervjuer, før testintervju med en faglærer tok sted (18 s. 31).

3.7 Gjennomføring av intervjuene

Før gjennomføringen ble intervjuguide (vedlegg 3) tilsendt informantene, slik at de hadde muligheten til å forberede seg på hovedspørsmålene. Dette gav mulighet til å tenke over noen av de store spørsmålene som for eksempel baserer seg på erfaringer. Studentene tilrettela seg etter hvor informantene var og ønsket å møtes, men sikret at det var nøytrale omgivelser (19 s. 120). Fire av intervjuene var på informantens klinikklokaler, mens et av intervjuene tok sted på en rolig cafe etter informantens ønske. På cafeen var studentene tidlig ute for sikre at opptaket i lokalet var brukbart og av god kvalitet med tanke på støy, og for å finne en nøytral plass å sitte. Før gjennomføringen av intervjuene ble samtykkeskjema signert (vedlegg 2). Under intervjuene var begge studentene til stede, men en var hoved-intervjuer. Observerende student kunne stille oppfølgingsspørsmål eller omformulere ved behov for oppklaring. Før intervjuene forekom en naturlig samtale for å skape kjennskap, trygghet og relasjon. På den måten vil intervjuet gjennomføres lettere og informanten vil være mer komfortabel. Samtykkeskjema ble signert og planen for gjennomføring ble forklart før intervjuene startet.

Intervjuene varte i 20-30 min og ble tatt opp som båndopptak. Intervjuguide ble fulgt i rekkefølgen den er bygd opp. Informantene fikk tilbud om å få tilsendt den bearbejdede dataen før publisering dersom det var de ønsker å korrigere, og for å sikre anonymitet.

3.8 Transkribering

“I intervjuforskning utgjør informantens utsagn som er nedskrevet som tekster, det materialet som skal fortolkes og forstås” (18 s. 18). Etter at intervjuene var gjennomført, ble noe av transkriberingen gjennomført samme dag. Da var det ferskere i minne og enklere å huske hva informanten sa og mente (18 s. 58). Intervjuene ble tatt opp som båndopptak på studentenes mobiler, to mobiler ble brukt som sikkerhet om noe skulle skje med ett av opptakene. Båndopptak er den vanligste måten å samle data under dybdeintervju, men det kan også være greit å ta notater underveis dersom noe er ønskelig å bemerke (20 s. 358). Dette ble imidlertid ikke gjort under intervjuene, for å gi informantene full oppmerksomhet og få mest mulig ut av intervjusituasjonen. Intervjuene ble gjennomført med litt tidsrom mellom hverandre. Dermed var det mulighet til å transkribere ferdig intervjuene før neste startet. Tidsrommet mellom intervjuene gjorde at transkriberingen ikke var så tung og krevende som forventet. Transkribering fungerer ved å høre på lydopptaket og skrive ordrett hva informantene har sagt. Lydopptaket ble spilt gjentatte ganger av begge studentene slik at rådata var kvalitetssikret av begge. Ved at begge studentene har deltatt i transkriberingen ble begge bedre kjent med datamaterialet og fikk et bedre utgangspunkt til analysering (18 s. 55).

3.9 Analyse og tolkning

“Å analysere betyr å dele opp noe i biter eller elementer” (17 s. 201). For å analysere dataene sammen og opp mot hverandre ble det gjennomført en tematisering. Temaene settes opp mot problemstillingen og intervjuguiden slik at analyseringen og presenteringen av materialet kan bli tematisert. Studentene valgte i prosessen å tildele hvert tema en fargekode, slik at råmaterialet fra intervjuene lett kunne deles inn i de forskjellige temaene. Dette er en form for koding. Kodingen gjennomføres ved å analysere ett og ett intervju, og farge svarene etter hvilket tema de tilhører. Da kodingen var ferdigstilt kunne svarene lett analysere og settes opp mot hverandre. Dette ble gjort for å få frem essensen av informantenes utsagn. Da var det enklere å få oversikt over hva hver terapeut hadde sagt innenfor de forskjellige temaene, og sammenligne alle svarene (18 s. 69).

3.10 Kvaliteten i forskningsprosjektet

I dette kapittelet blir det vurdert hvorvidt resultatene av forskningen er troverdige og holdbare. I kvalitativ forskning er fokuset på forsknings metode og innhentet data annerledes enn ved kvantitativ forskning. Kvalitativ forskning forsker etter meninger, følelser, erfaringer om tema, og det er ingen “sann” virkelighet eller resultat (18 s. 91). Validitets- og reliabilitetsdrøfting brukes mest i sammenheng med kvantitativ forskning, per dags dato eksisterer det ingen egen terminologi og metode i vurderingen av kvalitativ forskning (18 s. 92). Resultatet av forskningen kan være preget av forskernes subjektive mening gjennom analysering, tolkning og presentasjon av materialet.

3.10.1 Validitet

I kvalitativ forskning er det fire former for validitet; troverdighet, overførbarhet, pålitelighet og bekreftbarhet (18 s. 94). Forskningsprosjektet vil i liten grad bli påvirket av studentenes forhold og følelser til tema. Dette er fordi begge er barnløse og ikke har gjennomgått fødsel og påfølgende plager. Dette styrker validiteten da forskerne ikke har følelser eller nært forhold til tema eller problemstillingen. På den andre siden kan manglende forhold til tema påvirke forskningen i negativ favør, da viktige momenter kan overses. Studentene har kort klinisk erfaring, og ingen erfaring med gravide eller postpartum pasienter. Derfor vil resultatet i liten grad være påvirket av studentenes holdninger til, og erfaringer om tema.

Forskningsprosjektets utvalg er basert på å rekruttere informanter med erfaring og godt teoretisk grunnlag for tema. Ikke at resultatet skal være generaliserbart. Flere av informantene markedsførte seg rettet mot kvinnehelse, noe som trolig gir de flere pasienter i denne gruppen, og de har dermed bredere erfaring. Utvalget bestod av forskjellige generasjoner med osteopater, som har tatt utdanning på forskjellig tidspunkt.

Intervjuguiden ble kvalitetssikret gjennom testintervju og i veiledning. Spørsmålene ble sett opp mot problemstillingen, for å filtrere ut spørsmål som ikke var relevante. Gjennom testintervju fikk studentene sjekket at utstyret fungerte og at kvaliteten var tilfredsstillende. Blant annet ble det undersøkt om avstanden mellom båndopptaker og lydkilde påvirket lyd kvalitet, og i hvilken grad bakgrunnsstøy påvirket. Intervjuguide ble tilsendt informantene slik at de hadde muligheten til å forberede seg, og dermed var mere kjent med tema. Under intervjuene var begge studentene tilstede for å sikre at alle spørsmål ble stilt og tilstrekkelig informasjon ble innhentet.

Det ble tatt opp to lydopptak på alle intervjuene av sikkerhetsmessige årsaker og det var hensiktsmessig i transkriberingsprosessen. Et av intervjuene tok sted på en cafe, studentene var derfor tidlig ute for å sikre at omgivelsene ikke påvirket kvaliteten på båndopptakene. Før alle intervjuene sikret studentene at telefonene hadde nok strøm, for å unngå å miste deler av intervjuene. Lydopptakene sikrer at materialet som presenteres er direkte sitater fra informantene. Lydopptakene ble hørt gjentatte ganger av begge studentene for å sikre at transkribering, og rådata var av god kvalitet. I tillegg ble studentene godt kjent med materialet, og hadde derfor mye bedre utgangspunkt i analyserings- og diskusjonsdelen. Gjennom analyserings og bearbeidingsprosess har studentene gått tilbake til rådataene for å sjekke at essensen i budskapet til informantene var korrekt. Dette ble også gjennomført ved fremstillingen av tabellene og figurene.

Det kan stilles spørsmål til studentenes analysering og presentering, om formidlingen av budskapet til informantene er godt nok. Forhold og relasjoner til informantene kan påvirke forskningen, men dette er ikke relevant da det ikke var noen tidligere relasjoner. Favorisering kan oppstå under intervjuene, men studentene har fokusert på å være nøytrale. Da materialet ble transkribert, var materialet anonymisert i to omganger, slik at studentene var mer ukjent med hvem som var hvem. Leserne kan stille spørsmål til hvorvidt studentenes forhold til osteopati vil påvirke resultatet, da de kanskje ikke ønsker å sette osteopati i dårlig lys. Studentene har tatt til betraktning å kun se materialet opp mot problemstillingen og forskningsprosjektet. Fokuset har ikke vært å fremme osteopati eller kun ytre positive sider, men håper at leserne skal få innsikt i hva osteopati er. Informantene fikk tilbud om å få tilsendt resultatet så snart det var klart, for å avdekke om noe var dårlig anonymisert eller mistolkning av budskapet.

Det er viktig å påpeke at resultatet ikke er generaliserbart, og representerer verken alle osteopater eller postpartum som pasientgruppe.

3.10.2 Reliabilitet

Reliabiliteten i et forskningsprosjekt sier noe om hvor pålitelig dataen er, og om det er mulig å reproducere resultatet. Den grundige beskrivelsen av framgangsmåte (metode del) gjør det mulig å etterprøve studiet.

Innhentende material er en subjektiv oppfattelse på hva osteopater mener, og hvilke erfaringer de hadde på det tidspunktet intervjuene ble gjennomført. Alle subjektive former for data vil mest sannsynlig utvikle seg med årene (18 s. 96). Studentenes forskning er mulig å etterprøve, men det må tas i betraktning at det kan komme ny forskning på temaet. I tillegg vil informantene utvikle sin erfaring og kunnskap med videre klinisk erfaring. Andre informanter vil trolig komme med andre svar, selv om det kan være fellestrekk.

Dybdeintervjuet gir et innblikk, men ikke fullstendig oversikt over hvordan osteopaten jobber og møter postpartum kvinner. Intervjusituasjonen kan være begrenset av flere faktorer, som for eksempel at informant eller intervjuer er dårlig forberedt, presset tid, eller hvis en av partene føler seg ukomfortabel.

3.10.3 Etikk

Forskningsetikken består av flere punkt. Informert samtykke, anonymisering, oppbevaring av innhentede opplysninger, innsynsrett fra deltakere og taushetsplikt (22 s. 66).

Da informantene ble kontaktet var det via jobb-mail for å ikke invadere privatlivet deres. Alle informanter fikk tilsendt informasjonsskriv (vedlegg 1), med informasjon om hva intervjuet og oppgaven går ut på, og deres rolle. Før intervjuet har de underskrevet samtykkeskjema (vedlegg 2). Informert samtykke viser til at informanten deltar frivillig og at de er informert om deres rett til å trekke seg uten å oppgi grunn (17 s. 88).

Intervjuobjektene har fått forespørsel om de ønsker å lese gjennom resultatene før oppgaven sendes inn. Dette er hvis de ønsker å sikre at de er anonyme og at ingen siteringer kan gjøre de gjenkjennelige for leseren (19 s. 161). I tillegg får de muligheten til å tilføye eller korrigere. Gruppen osteopater med videreutdanning/kurs i obstetrikk er forholdsvis liten, derfor er det større sannsynlighet for å kunne gjenkjenne informantene. Det oppstår en fare for stigmatisering siden enkeltpersoner kan gjenkjennes (18 s. 19).

Informantene vil aldri bli omtalt med navn eller annen personlig informasjon, noe vi sikrer ved å gi deltakerne navn, "informant A". Det er viktig å tenke over hvor dypt og kritisk intervjuene kan analyseres. Alle informantene i dette prosjektet har fått mulighet til innsyn i hva som er planlagt å publisere, og har dermed mulighet til å påvirke det (17 s. 81). Til båndopptak brukes mobiltelefoner. Her oppstår det et etisk dilemma, med tanke på sikker

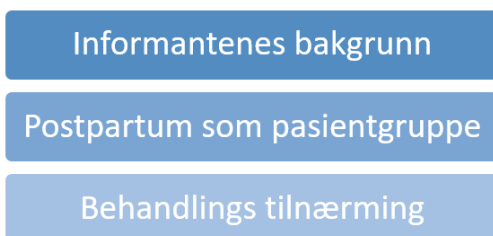
oppbevaring av selve lydopptaket. Studentene tar forhåndsregler deretter. Det er spesielt viktig å vise respekt ved presentasjon av data i forhold til anonymisering (19 s. 159). Studentene sikret at det ikke var noen mulighet til å spore eller finne tilbake til informantene. Dette ble forsikret ved å slette alt av materiale (båndopptak) og eventuell personlig informasjon om deltakerne etter at oppgaven er levert. I tillegg ble eposter og meldinger med informantene slettet.

4 Resultater og diskusjon

I dette kapitlet presenteres resultatet fra innhentet data som besvarer problemstillingen:

“Hvordan er den osteopatiske behandlingstilnærmingen postpartum?”

Resultatene som presenteres er fra dybdeintervjuene, og diskusjonen er studentenes tanker knyttet mot litteratur, og informantenes meninger. Den bearbejdede og analyserte dataen vil bli presentert og diskutert under følgende temaer vist i figur 4.



Figur 4: Inndeling av resultatene

Det er viktig å påpeke at resultatet ikke er generaliserbart, og representerer verken alle osteopater eller postpartum som pasientgruppe. Resultatene som presenteres er informantenes subjektive meninger og deres erfaringer.

4.1 Informanters bakgrunn

Delkapitlet omhandler informantenes bakgrunn. Som forskere er det vårt ansvar å bevare deres anonymitet, derfor er noe av informasjonen reservert (18 s. 13). For eksempel er det ikke relevant å utdype hvilke kurs, eller hvem som har hvilken bakgrunn. Materialet fra studien er innhentet fra fem informanter. Gjennom de første spørsmålene var målet å bli kjent med informantene, og skape en gradvis oppbygging til intervjuets hovedfokus. På denne måten lærte studentene litt om bakgrunnen deres. I tabell 2 er nødvendig informasjon presentert.

Tabell 2: Informantenes bakgrunn

Informant	Utdanning	Antall år som praktiserende osteopat	Videreutdanning og kurs i obstetrikk/kvinnehelse
#A (Kvinne)	NHCK, Norge	3 år	Ja
#B (Kvinne)	ESO, England	18 år	Ja
#C (Kvinne)	NHCK, Norge	5 år	Ja
#D (Kvinne)	NHCK, Norge	6 år	Ja
#E (Kvinne)	ESO, England	10 år	Ja

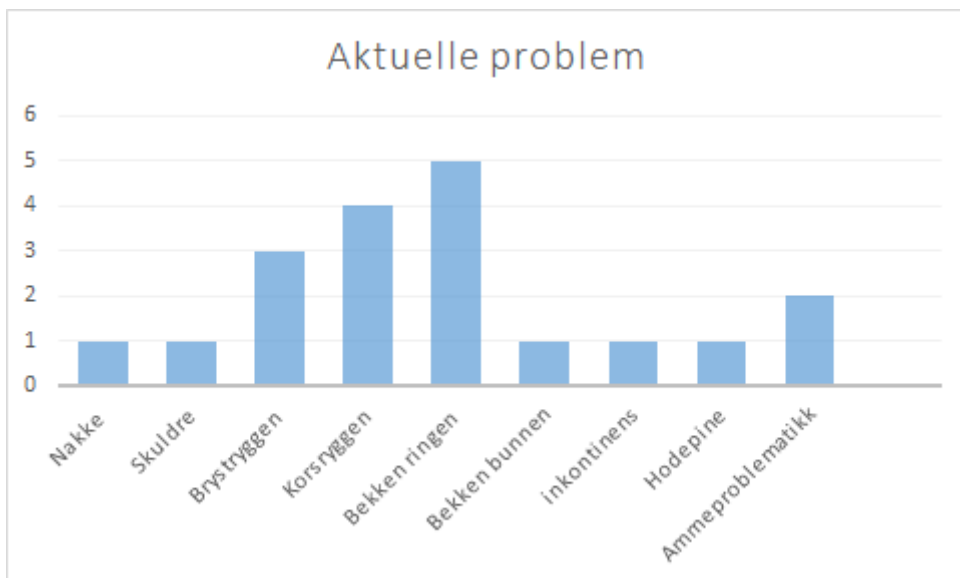
Informantene har forskjellig bakgrunn fra før osteopatien. Tre av fem informanter har bakgrunn som fysioterapeut. En er naprapat i bunn, og en har trolig ingen utdanning fra tidligere. Informantenes forskjellige forkunnskaper kan påvirke hvordan de praktiserer som osteopat. To av informantene jobber på samme klinikk. Det kan mulig påvirke hvordan de jobber, kanskje de samarbeider og deler kunnskap med hverandre. Dette er selvfølgelig positivt, men kan påvirke intervjuene da de kan ha snakket sammen mellom intervjuene. Alle osteopater er ulike i hva de fokuserer på og preferanser på hvordan de arbeider. Informantene har tatt utdanningen sin på forskjellige tidspunkt. Det styrker materialet med bredt spekter av kunnskap fra forskjellige kull, og mulig forskjellige forelesere. NHCK er Norges Helsehøyskole ved Campus Kristiania, nå kjent som institutt for Helsefag ved Høyskolen Kristiania. ESO står for European School of Osteopathy. Variasjon i arbeidserfaring som osteopater, gav bredt spekter av erfaring. To av informantene tok utdanningen sin i utlandet, og tre av informantene har arbeidet som osteopat i utlandet. Det er antagelig noen forskjeller i hvordan undervisningen er lagt opp i henholdsvis Norge og England, men trolig er det grunnleggende likheter siden alle informantene er godkjent av NOF. Begge utdanningsinstituttene er godkjent av oSEAN (23).

Fellestrekk ved informantene er kursing og videreutdanning etter uteksaminering. Noen har deltatt på flere av de samme kursene, men også noen ulike. Samtlige hadde tatt kurs i kvinnehelse og/eller obstetrikk. Fire av informantene jobber ved tverrfaglige klinikker, men kun to gav uttrykk for et nært samarbeid med sine kollegaer. En av informantene jobbet på en ren osteopatisk klinikk, men uttrykte et eksternt samarbeid.

Kun en av informantene har stilt til intervju fra før, og har derfor noe mer øvelse i rollen sammenlignet med de andre informantene. Noen av intervjuene ble planlagt i siste liten, og ga derfor ikke informantene veldig god tid til å forberede seg, selv om de kanskje hadde lest intervjuguiden fra før. Det var et intervju som skilte seg ut, da informanten var godt forberedt. Dette påvirket intervjuet i den grad at det ble mindre spørsmålsstilling, og mer fremlegging av informasjon da informanten var trygg i intervjuguiden. Alle informantene kom med verdifulle svar, men det var tydelig at noen følte seg tryggere i rollen.

4.2 Postpartum som pasientgruppe

Dette tema omhandler kvinner som har født, og hva de presenterer med. Et av de første spørsmålene som ble stilt var "Når en postpartum kvinne kommer til deg, hva er det aktuelle problemet hun gjerne kommer med?". Svarene er summert opp i figur 5.

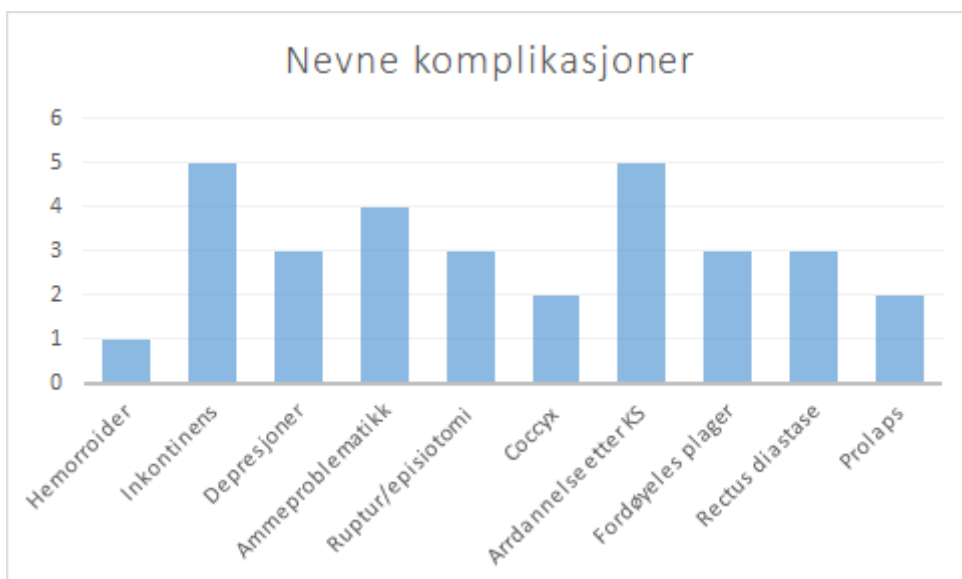


Figur 5: Aktuelle problem

Informantene poengterte at det aktuelle problemet kan være hva som helst, men noen pasienter ønsker kun å få en osteopatisk sjekk. Det aktuelle problemet er det de presenterer som hovedproblem, men flere av informantene sa at under anamnesen kommer det gjerne frem flere problemer som kanskje er mer aktuelle. Smerte kan oppstå i et område mens årsaken sitter en annen plass, og gjennom anamnese og osteopatisk undersøkelse finnes sammenhengen.

De aktuelle problemene informantene nevner kan ses i sammenheng med de endringene som skjer i løpet av svangerskap og fødsel. To av informantene fortalte at noen av problemene kan ses i sammenheng med nye rutiner og vaner som amming, mer løfting og bæring. For eksempel smerter i brystryggen kan ha opphav fra dette. Inkontinensproblematikk kan komme etter fødselen, der det blir stort trykk på bekkenbunnsmuskulatur. Mange av problemene kan assosieres med høy allostatisk belastning, spesielt hodepine. Gjennom svangerskapet endres holdningsmønsteret (11 s. 108-118), noe som kan ha påvirkning på smertene de presenterer med. Hvis ikke kvinnen finner tilbake til sitt normale holdningsmønster kan det føre til flere plager (24 s. 288-291). Nakke og ryggsmarter er vanlige følger av dette. Et nytt studie viser at osteopati har positiv effekt på endring av smertekarakter og funksjonsevne ved korsryggsmarter postpartum (25). Et annet studie viser at osteopatisk behandling har positiv effekt for ryggsmarter, korsryggsmarter, smerter i mageregionen og i bekkenbunn postpartum (26).

Hvor lenge det aktuelle problemet har vart er essensielt for om det er til stede etter fødsel. Et studie viser at hvorvidt bekkensmarter er tilstede etter en fødsel forekommer oftere hvis personen hadde tidligere episoder med samme smerte (27). Det samme gjelder ved dyspareuni (smertefullt samleie), der de to viktigste faktorene er om det var til stede før svangerskapet, og om de fullammer (28).



Figur 6: Nevnte komplikasjoner

Notat: KS= Keisersnitt, Prolaps =Vaginalt prolaps

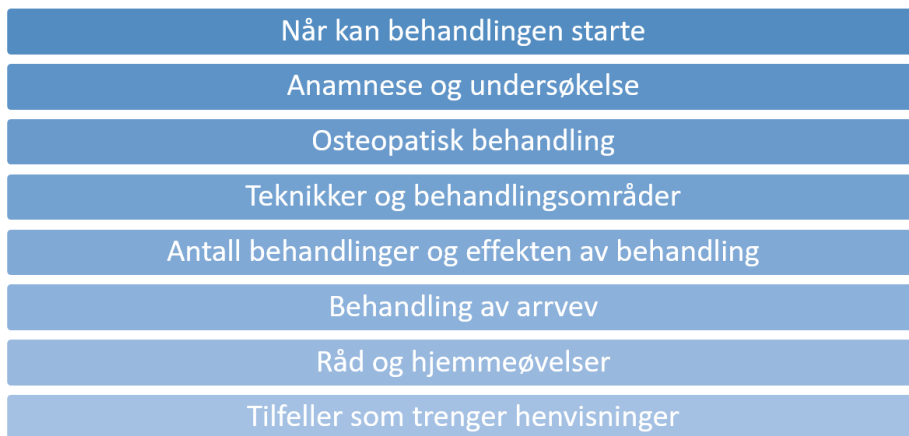
I figur 6 er hvilke komplikasjoner osteopater kan møte i klinikk oppsummert. Tallene i figuren representerer ikke forekomsten, men det informantene har husket og valgt å legge vekt på i intervjuene. De ulike komplikasjonene er ikke uvanlig, og kan oppstå av den enorme påkjenningen under fødsel. Her gikk også smerteproblematikk igjen, men dette nevnes i figur 5.

Forekomsten av komplikasjoner osteopater møter vil være påvirket av omdømmet og hvordan de markedsfører seg. Hvis osteopaten markedsfører behandling av rectus diastase, deling av de rette bukmuskler etter at magen har vokst (29), kan det tiltrekke seg kvinner med problemstillingen. Komplikasjonene i figur 6 er ikke nødvendigvis grunnen til at de oppsøkte osteopat, men ting som kommer fram i løpet av konsultasjonen. For eksempel hemoroider, som er vanlig etter fødsel. Dette er noe kvinnene ofte opplever, men ikke grunnen til at de oppsøker osteopat, og derfor noe de ikke legger vekt på. Noen av komplikasjonene vil gå over av seg selv, men i noen tilfeller kan osteopatisk behandling bidra.

Fellesnevner postpartum er at kvinnen sjelden setter seg selv først. Som faglærer påpekte er det svært vanlig at de tar med barnet til behandling og ikke seg selv, men innser under samtale med osteopaten at de kunne hatt godt av en undersøkelse og behandling. Informant C påpekte at de gjerne er mer slitne enn det de kjenner på selv. Når kvinnen ammer i løpet av natten kan det gi mangel på søvn, og hvis barnet er veldig urolig vil det kreve mer oppmerksomhet (3 s. 224). Barseltiden er en overgangsperiode, hvor foreldrene opplever økt følsomhet for å kunne oppfatte og forstå barnets signaler (30 s. 64). Kanskje dette er en av grunnene til at foreldrene glemmer seg selv litt.

4.3 Behandlingstilnærming

I dette delkapittelet presenteres det informantene har sagt om hvordan de arbeider og behandler, samt studentenes refleksjon rundt tema. I behandlingstilnærmingen ligger alt fra anamnese, undersøkelse, og råd. En behandling anses ikke bare som det manuelle en terapeut gjør, men hva som skjer fra møte med pasienten til timen avsluttes. For å beskrive resultatet og diskusjon av forskningen deles det opp i kortere emner. De følgende punktene (figur 7) anses som viktig for å besvare problemstillingen. Det gjør det forhåpentligvis lettere å få innsikt og forståelse om hvordan osteopater tilnærmer seg i behandling av postpartum kvinner.



Figur 7: Inndeling av behandlingstilnærming

4.3.1 Når kan behandlingen starte

Hvor i restitusjonsprosessen er det mest gunstig at osteopaten kommer inn i bildet? Er det noen spesielle hensyn eller forhåndsregler? Informantene har litt delte meninger om dette. De fleste poengterte at det er hensiktsmessig å komme rundt seks uker etter fødsel. En av informantene mente at for optimal restitusjon er det lurt å vente 8-10 uker slik at kroppen får dra nytte av tiden, da enkelte funn og restriksjoner kan være forbigående. Det er mye som skal skje i perioden etter fødsel, og kroppen skal komme tilbake til normalen. For eksempel skal uterus (livmor) størrelse reduseres (3 s. 225), viscerale strukturer som tarm (11 s. 120) skal finne tilbake til plass, og en normalisering av holdningsmønster. Samtidig hvis pasienten venter for lenge og ting fortsatt ikke har gått over, kan problemer gå fra akutt til subakutt periode. Da kan det være vanskeligere å behandle, og vil kanskje kreve behandling over lengre tid. Det kan tenkes at å komme inn på et tidligere tidspunkt, før den subakutte eller kroniske perioden kan være lurt.

Informant D sa det kan være lurt å vente de første seks ukene, ikke bare på grunn av restitusjonsfasen, men med tanke på at det er en hektisk periode hvor mange rutiner skal på plass. Om det skulle være akutte smerter som belaster mor, må de gjerne komme til behandling. Hun mener det er viktig slik at mor kan bruke tiden fornuftig, og slipper å kjenne på smerter og ubehag. Ved å vente seks uker har som regel moren vært på kontroll hos gynekolog eller lege. Osteopaten kan trolig dra nytte av at de har vært på utredning. Hvis kvinnen har større komplikasjoner eller plager, vil det trolig være avdekket. Informant A sa at etter samtale med fastleger har hun fått inntrykk av at seksukerskontroll blir litt nedprioritert hos noen leger, og kanskje ikke er spesifikk nok.

Noen av informantene har jobbet på sykehus, i den situasjonen kan osteopaten lettere se mor og barn. De er på samme sted, og har kanskje tid og behov for behandling og ekstra pleie.

Felles for alle informantene var at de synes alle burde ha en sjekk. Da stilles det spørsmål om hvorvidt dette er et ærlig svar, eller har en økonomisk baktanke. Flere av informantene fortalte at om det ikke er funn hos pasienten ville de heller ikke behandle unødvendig. Alle informantene hadde selv født, og understreket at de selv ønsket osteopatisk sjekk og behandling, og ser nytten av det. Samtidig kan de være farget av mye kunnskap om faget, og tidligere erfaringer med behandling.

Det er vanlig med legesjekk seks uker etter fødsel (30 s. 70), noe som støtter under at det er hensiktsmessig å vente til rundt seks uker med osteopatisk sjekk. Det går debatter (4) om hvorvidt kvinnen egentlig er godt nok utredet, desto viktigere er det at andre profesjoner, som osteopat, kan bistå kvinnen i undersøkelse og behandling etter fødsel. En av informantene sa at osteopater med visceral videreutdanning i bekkenregionen er godt rustet for å følge opp disse kvinnene.

Osteopatisk behandling kan bli involvert allerede fra samme dag, alt etter hva moren ønsker og er mottakelig for. Behandling er ikke kontraindisert fra starten (24 s. 320-321). I andre land hvor osteopati er innlemmet i helsevesenet kan osteopaten behandle mens kvinnen enda er på sykehuset, mens i Norge avhenger det av at de selv oppsøker osteopat. Hvis vedkommende har fått behandling under svangerskapet kan det være fordelaktig å tilby en kontroll etter fødsel, noe de fleste informantene påpeker at de gjør. Dette er for å sjekke at eventuelle problemer som kan ha oppstått under svangerskapet eller fødselen har blitt tilbakestilt (11 s. 25).

4.3.2 Anamnese og undersøkelse

Anamnesen sier noe om hvorfor pasienten oppsøker osteopat, og hvilke forventninger de har. Det kan gi en indikasjon på hva som bør undersøkes og behandles videre. Årsaken til plagene kan komme fra hendelser under svangerskapet eller fødsel, og da er det spesielt viktig å kartlegge tiden fra svangerskapet, fødselen, og fram til de valgte å oppsøke osteopat. Ved å forstå forløpet, og hvordan kvinnen har mestret plagene kan osteopaten lettere se sammenhengen.

“Når jeg treffer de kvinnene så er anamnese en veldig viktig del. Fordi det er mye informasjon å hente, som kan gi leads i forhold til hva man bør undersøke ekstra. Gjerne i forhold til hvilke plager de har hatt under svangerskapet, veldig mye knyttet til fødsel, hva slags type fødsel har du hatt, sette det sammen slik at man får et bilde som kan relateres til de problemene de søker for. Eller hvis de bare kommer for en sjekk i forhold til hva man bør utelukke, eller høre hva de har for planer videre for trening for eksempel. Utover anamnese så er det klinisk undersøkelse.” - Informant D

Informantene viser stor enighet i viktigheten av å få et godt bilde av pasientens historie. Gjennom en grundig anamnese vil osteopaten kunne avdekke flere plager eller få ledetråder om hvilke områder som må undersøkes og behandles, eller eventuelle diagnoser pasienten kan ha (31). Kvinner har ofte god oversikt over svangerskapet, de tre trimestrene og fødselsforløpet, og gir gjerne en detaljert historie. Mange av informantene har sjekklister over ting de ønsker å innhente informasjon om fra svangerskapet, om de hadde mange plager gjennom svangerskap og fødsel. Av og til kan det være nyttig å innhente informasjon fra andre, så noen av informantene spør pasienten om partogrammet (fødselshistorien) fra sykehuset. Anamnesen bør fokusere på pasientens helhet, om de er i arbeid, er far delaktig, hvordan er kontakten mellom mor og barn. Ofte er barnet med til behandling, eller kanskje er det barnet som egentlig har det aktuelle problemet. Anamnesen for barn og mor gjøres ofte sammen.

En av informantene nevnte at det kan være hensiktsmessig å kartlegge om det har vært et normalt svangerskap, eller om det har vært prøverørsbefruktning, om de har prøvd å bli gravid i lengre tid, og om det var planlagt. Det kan tenkes at ettersom en stor del av tiden etter fødsel er basert på forventninger, kan det være nyttig å adressere dette for å få et mer helhetlig bilde av situasjonen. For eksempel hvis barnet har kolikk og krever mer tid, tilsyn, og oppmerksomhet kan mor føle at noe ikke når opp til forventningene. I disse tilfellene sa informanten at det kan være godt for foreldrene å få luftet tanker og bekymringer. Det er viktig å kartlegge hva som har skjedd fra før svangerskapet fram til behandlingen. Studentene tenker det er viktig å avklare hvilke kunnskaper pasienten har, hva de selv tror årsaken er, om de bekymrer seg, og hvor informert de er. Da er det enklere å se pasientens presentasjon i sammenheng med hverdagen, da kan behandling og råd tilrettelegges etter pasientens behov (13).

Viktigheten av anamnese gjelder hos alle pasienter, men kanskje ekstra viktig i disse tilfellene hvor mor ikke bare har seg selv å tenke på. En ny hverdag, der mye dreier seg om det nye barnet, og eventuelt andre søsken. Noen opplever stress og usikkerhet rundt det å bli foreldre, det kan skape en ytre belastning som kan påvirke pasienten og smertene. De fleste vil oppleve noe stress, men noen er mer vant i rollen da de kanskje har barn fra før. Begge deler kan bidra til høy allostatisk belastning som kan påvirke symptomene.

Undersøkelse skiller seg ikke stort fra normalen. Denne pasientgruppa er ofte godt kartlagt på kontroller på sykehuset og seksukerskontrollen (30 s. 70). Forskjeller vil uansett forekomme fra terapeut til terapeut, men det er trolig noe grundigere undersøkelse på områder som er belastet under svangerskapet og fødselen.

Som informant D nevnte vil en klinisk undersøkelse kunne utelukke eller bekrefte plager eller tilstander, eller behov for videre utredning. Studentene tror det vil være betryggende for pasienten å kunne utelukke tilstander og bekymringer. I den grad det er mulig bør det gis en forklaring til pasienten, da de fleste pasienter søker svar. Det er en viktig del av behandlingen.

4.3.3 Osteopatisk behandling

I delkapitlet utdypes hvordan osteopaterne tilnærmer seg pasientens problem gjennom behandling. Informantenes ulike svar samsvarer med de osteopatiske tankegangene, som ble tatt opp i teoridelen. Avslutningsvis vil kapitlet omhandle spesifikke hensyn i tilnærmingen hos kvinner som har født.

“Det er morsomt å kunne ha litt andre tilnæringsmetoder, og det er nyttig for de som sliter. Bekkensmerter og korsryggsmerter, fordøyelsesplager er det mange som sliter med, sirkulatoriske utfordringer, og da vil jeg tilnærme meg de i forhold til de ulike osteopatiske modellene. Jeg prøver å identifisere hvor problemet ligger, også velger jeg tilnæringsmetode. Kan være en modell man ønsker å jobbe etter, og det er gjerne en kombinasjon.”

- Informant C

Svarene til informantene varierte noe. Tre informanter la vekt på at de ønsket å identifisere i hvilke system, eller fra hvor i kroppen plagene mest sannsynlig har opphav. Denne tankegangen gjør det lettere å forstå hvor plagene kommer fra, og hvordan de kan

påvirkes og lindres. For eksempel hemorroider som ikke er uvanlig etter svangerskap og fødsel, som er en form for venøs stasering. I det tilfellet kan det være ønskelig at behandlingen har fokus på å stimulere venøs tilbakestrømning via det sirkulatoriske systemet (7 s. 1002).

Et av valgene er også mellom direkte eller indirekte tilnærming. Flere av informantene ønsker å benytte seg av indirekte tilnærming for å ikke stimulere til ytterligere påkjenning i pasientens kropp. Informant B foretrekker indirekte tilnærming innledningsvis siden det kan være mer skånsomt for pasienten, og samtidig gi resultater. Informant A støttet under at det kan være nyttig å bruke mildere teknikker i starten, men etterhvert blir behandlingen mer og mer lik pasienter som ikke har født. Et aspekt rundt behandlingen er hormoner som skiller seg ut i svangerskapet og etter fødsel. For eksempel hormonet relaxin som vedvarer i kroppen hvis kvinnen ammer (11 s. 228-229). Da er det viktig å vite hvordan det påvirker kroppen og må tas i betraktning i valg av teknikker og posisjoner. Hormonet skaper mer bevegelighet i kroppen, i den grad at det påvirker elastisiteten til blant annet leddbånd og fascier. Her kan osteopaten fordelaktig behandle kroniske restriksjoner som tidligere ikke har fått effekt av behandling.

Kraniell tilnærming kan være gunstig for hormonsystemet, og sympatisk- og parasympatisk aktivitet (11 s. 84). En slik tilnærming kan komme både barn og mor til gode. Tre av informantene nevnte en slik tilnærming, men kun en gav uttrykk for hyppig bruk. Den viscerale tilnærming blir brukt av alle informantene. Visceral tilnærming vil kunne påvirke tarmfunksjonen, som igjen kan påvirke energi og humør (32). Under svangerskapet vil tarmene endre posisjon, og funksjonen kan bli påvirket (11 s. 120). På skolen lærer studentene at kombinasjoner av tilnærminger tilpasset til pasientens behov gir best effekt. Plagene sitter nødvendigvis ikke bare i ett system eller i en modell. Osteopatens kunnskap om anatomi og evne til å se linker i kroppen, er noe av det som gjør den osteopatiske tilnærmingen ulik fra andre profesjoner.

I neste del av kapittelet endres fokuset til hvilke hensyn som spesielt må tas postpartum. Er pasientgruppen egentlig så annerledes? Hva skiller seg ut hos disse kvinnene, er det noe som er viktig å kartlegge?

“Alle pasientene vi møter vil vi prøve å få et bilde av hvor de er i forhold til total belastning. Hvis vi skal evaluere behandlingseffekt så er det greit å se på evne til restitusjon, og der er jo situasjonen litt spesiell. Sånn at man vil ta hensyn til det på en annen måte enn en person som kommer inn med en akutt rygg, som ikke er påvirket av så mange andre faktorer som gir belastning i hverdagen. Så jeg er kanskje mer oppmerksom på, selv om jeg prøver å være det alltid, å føle på den totalbelastningen, og komme litt under det skallet av det forventede perfekte glade "sånn skal det være å få barn". Fordi de fleste er litt slitne og, ikke skuffet men de har noe som er som ikke er som forventet som de trenger å få luftet. Så det psykososiale blir veldig viktig. Og det kan jo være litt skamfullt for de å snakke om for man kanskje forventer at alt skal være pur lykke.” - Informant C

Informant D fortalte at vanlig osteopatisk tilnærming er å tilpasse behandlingen etter pasienten, så dette er ikke unikt for postpartum. Hos disse kvinnene er det kanskje viktigere å se pasienten i kontekst, for en nybakt mor har ikke de samme ressursene og tiden, som informant C påpekte.

Informant A påpekte at under konsultasjonen er det viktig å evaluere pasientens ressurser, for å få innblikk i hvordan de vil respondere. Hvis de er veldig slitne, som hun nevner at de er, kan hun heller ikke gi de et strengt treningsprogram. Hun fortalte at hun har mor og barn konsultasjoner, der hun får et inntrykk av samspillet mellom dem. For eksempel hvis barnet har kolikk og er urolig, kan dette smitte over på mor. Hun gir råd og veiledning i forhold til totalsituasjonen.

Hos postpartum pasienter vil det trolig være hensiktsmessig å starte med en maksimalistisk tilnærming for å redusere den totale allostatisk belastningen. Siden kan det være enklere å påvirke spesifikke plager og smerter i kroppen, og pasienten kan dra mer nytte av behandlingen.

Noen komplikasjoner kan komme av fødselen, mens andre komplikasjoner kommer ikke nødvendigvis fra svangerskap eller fødsel, selv om de er problematiske etter fødsel. Informant B påpekte at kvinnene som har født er ulike, men noen av problemene de opplever ikke nødvendigvis er ulike fra andre. Mange av problemene etter fødsel kan også andre oppleve. For eksempel urininkontinens, som kan komme etter fødsel, men

som også kan ha annerledes etiologi.

Noen tanker som oppsto under forskningsprosjektet er faren med å plassere pasienter i grupper med diagnoser og plager. De burde kanskje ikke plasseres som postpartum pasientgruppe, men heller kvinner som har født. Å gå gjennom en fødsel definerer de ikke som pasient, men samtidig er det noen likheter mellom kvinnene. Likhetene er ikke nødvendigvis det aktuelle problemet eller smertene de opplever, men det faktum at de har gått igjennom svangerskap og fødsel. Postpartum kvinnene er vanligvis ikke syke, eller har masse plager. Det er viktig at terapeuter ikke sykelligjør de, men heller ikke overser de som ikke tar hensyn til egne plager og smerter.

4.3.4 Teknikker og behandlingsområder

Gjennom intervjuene forsøkte studentene å avdekke om det er noen fellestrekk i teknikkvalg hos pasientgruppen. Det kan tenkes at områder som blir belastet under svangerskap og fødsel oftere blir behandlet. Teknikkvalgene baseres ofte på området som skal behandles, derfor presenteres disse resultatene sammen.

“Jeg tenker at man skal alltid være åpen for å implementere det man har i verktøykassen sin. Så jeg tenker at ingenting er ekskludert og ingenting er alltid inkludert. Men som en generell tendens, så har jo kroppen vært igjennom store endringer, og er i store endringer på kort tid. Og det er kanskje en tendens til at teknikker som støtter opp under en balansering av sympatikus i forhold til parasympatikus kan være aktuelt. På forskjellige måter, alt etter hvilke problemstillinger de har. Og respirasjon er ofte noe som er sterkt inn i bildet.”

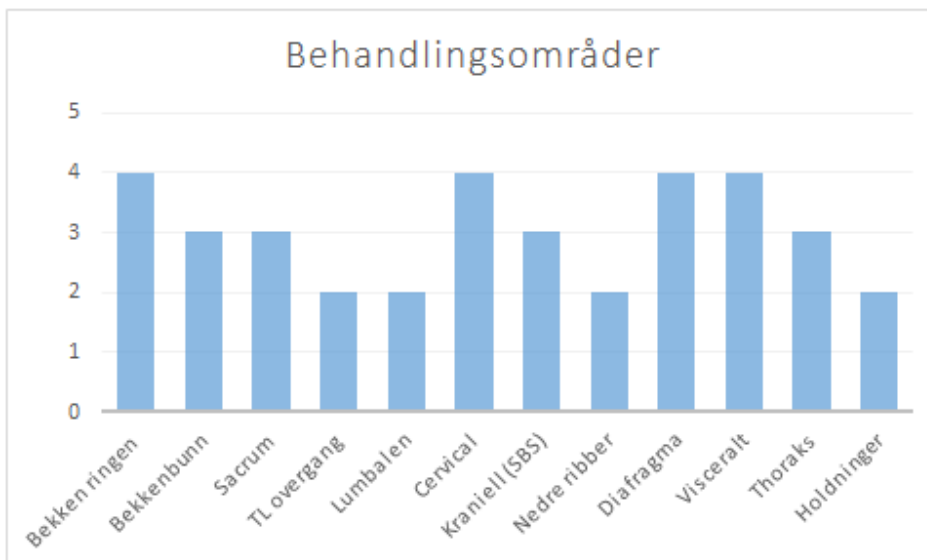
- Informant C

Det er ingen regel på hvilke teknikker som benyttes postpartum. Som studentene forventet tilpasses teknikkvalg til hver pasient og deres plager, akkurat som andre pasienter i tråd med osteopatisk filosofi og tankegang. Noen teknikker går igjen fordi de er effektive og spesifikke, for eksempel inhibisjon i bekkenbunnen, som informant A nevnte. Tensjon i bekkenbunnen generelt, og i forbindelse med arrdannelse kan ha uheldig utfall som dyspareuni (smertefullt samleie) (28). Bekkenområdet anses som viktig å behandle, da ubehag eller smerter kan gå utover samlivet. Informant C synes at dette er noe vi burde snakke åpent om, for det kan påvirke kvinnens velvære og familien.

For best effekt av behandling må valg av teknikker komme til pasientens fordel. Derfor er en stor og bred verktøykasse svært positivt for pasientene. Teknikker ses i sammenheng med de områdene de finner dysfunksjoner og funn. Teknikkvalg blir tilpasset pasientens problemstilling. Et eksempel er hos kvinner som ammer, hvor det kan være ubehagelig å ligge i mageleie, og posisjonering må tilpasses.

Med teknikkene og områdene som behandles er målet å optimalisere kroppens evne til selvregulering. Informant C fortalte at hvis det er noe hun legger til hos disse kvinnene er det behandling i thoracic in/outlet (skulderområdet), og eventuelt mobilisering av brystvev med fokus på sirkulasjon og drenasje. Informant B nevnte at hun foretrekker indirekte teknikker, fordi det er en skånsom måte å arbeide på hos disse kvinnene, spesielt kort tid etter fødselen.

To av informantene nevnte interne teknikker, hvor en ikke bruker det, og en nevnte at det kan ha god effekt hvis det er indisert. Interne teknikker ble undervist tidligere, men nå gis det som tilbud gjennom kurs til postgraduerte osteopater. Det er ikke så vanlig lenger, da det har oppstått en del etiske utfordringer rundt det. Informanten som ikke brukte interne teknikker, sa hun ville videresendte til noen som brukte det hvis pasienten ikke fikk effekt av behandlingen hun kunne gi. Dette var imidlertid noe som ikke hadde forekommet enda.



Figur 8: Behandlingsområder

Figur 8 viser hvilke områder informantene har nevnt at de undersøker og behandler spesielt postpartum. Felles for alle områdene er at de blir belastet under svangerskap og fødsel. For eksempel utvider de nedre ribbene seg på grunn av det økte trykket i abdomen (24 s. 289), et område som flere av informantene ofte behandler. Under svangerskapet går kvinnen gjennom en holdningsendring som vil påvirke både columna (ryggraden), bekkenring og sacrum (24 s. 288-291). Derfor er det viktig å kunne evaluere endringer etter fødsel og hjelpe til en normalisering. Hos alle pasienter uansett problemstilling arbeider osteopater individuelt opp mot pasientens behov, som en naturlig del av behandlingstilnærmingen. Dette kommer også frem fra informantene.

4.3.5 Antall behandlinger og effekten av behandling

Noen av spørsmålene omhandlet antall behandlinger, og hvordan postpartum pasientene responderer på behandlingen. Samt om informantene opplever at osteopatisk behandling under svangerskapet vil påvirke fødselen, eller bedre utfallet. Dette kan skape grunnlag for videre forskning.

Spørsmålet «*Hvor mange behandlinger er det som regel behov for*» var informantene og studentene enige om at var et vanskelig spørsmål, der det ikke er noe fasitsvar. Målet med spørsmålet var å se om det var noen fellesnevner innen pasientgruppen, og om det fantes noen veiledning for antall behandlinger. Dette er noe pasientene også lurer på, som informant A påpekte. Informant D presiserte at hvor mange behandlinger som trengs, er like individuelt som hos en hvem som helst pasient. Antallet avhenger av varigheten og graden av problemet. Informant B fortalte at om noe har stått over lengre tid, kanskje fra et tidligere svangerskap, vil det kreve en lengre behandlingsperiode. Problemet kan ha vært tilstede før fødsel, men noe under svangerskap eller fødsel kan ha påvirket det og gitt flere symptomer.

I tilfeller hvor pasienten har kroniske tilstander, vil trolig behandlingen ha et symptomdempende fokus, der det kan være gunstig å komme til behandling i dårligere perioder. Har problemet oppstått under svangerskapet eller fødselen vil det trolig ikke være behov for like mange behandlinger som hvis det er et kronisk problem.

Det informant A sa i forhold til hvordan pasienten responderer på behandling er viktig. Bli enig med pasientene om målet med behandlingen, og hvor mange behandlinger de prøver før

en ny vurdering skal tas. Det forventes å se endringer, og hvis det ikke forekommer er det greit å ta noen steg tilbake å se hva annet som burde behandles, eller vurdere annen behandling.

Respons på osteopatisk behandling varierer fra pasientgruppe til pasientgruppe, og er veldig individuelt. Studentene har ingen erfaringer med postpartum kvinner, og ønsket å se hvordan de vanligvis responderer på osteopatisk behandling.

“Jeg opplever at pasientgruppa responderer bra på osteopatisk behandling i den grad det er vår pasient. Hvis det ikke er vår type pasient sånn som med skader så sender vi videre, for da er det ikke vårt bord og da responderer de heller ikke like bra. Så det er viktig å samarbeide tett med andre faggrupper sånn at man kan få hjelp, eller spesielt hjelpe pasienten.”

-Informant D

Gjentagende for informantene er at disse kvinnene responderer bra på osteopatisk behandling, og setter stor pris på det. To av informantene opplever at den offentlige helsetjenesten rundt oppfølgingen av kvinner ikke er tilstrekkelig, og blir nedprioritert. Derfor er det viktig å formidle hva osteopati kan tilby, og kanskje burde det vært en del av helsetjenesten. Mange av plagene kvinner opplever etter å ha født, blir ansett som normalt. To av informantene holder foredrag for gravide om hva osteopati kan bidra med. Osteopater kan dra nytte av at pasienter har prøvd andre profesjoner, og ønsker å bli bedre da dette har en forsterkende effekt på behandlingen.

Flere av informantene jobber på tverrfaglige klinikker og bruker det som en ressurs i møte med pasienter. De understreker at et tverrfaglig samarbeid i noen tilfeller er det beste for pasientene. Informant D påpekte at effekten av behandling er bra, i den grad det er “vår” pasient. Osteopater behandler ikke patologi (sykdom), men kan ha en symptomdempende effekt. Hos pasienter med omfattende problemer vil kanskje en symptomdempende behandling påvirke livskvaliteten positivt.

Informantene er enige at osteopatisk behandling under svangerskapet og postpartum har god effekt. Osteopaten kan tilnærme seg pasientens problemer på en skånsom og trygg måte uten å utsette pasienten for uheldige bivirkninger. Som informant A påpekte er dette en gruppe

osteopati kan gjøre mye for. Et naturlig spørsmål var da om pasienter som hadde fått behandling under svangerskapet, opplevde færre plager.

“I forhold til pasienter som har fått behandling under graviditet har færre komplikasjoner så... jeg liker jo å tro at ja, de har færre komplikasjoner, men jeg føler ikke at jeg har så stort grunnlag for å uttale meg. Det vi kan tenke da det er at de som vi har hjulpet og hatt effekt, vil jo kanskje komme seg raskere tilbake igjen til normal aktivitet og trening. Både fordi de ikke har smerter og fordi de da ikke har redsel for å gå tilbake til det. Men jeg tenker også at utover behandlingen jeg gjør under et svangerskap, hvis en kvinne går til meg under svangerskapet så tror jeg at en stor del av effekten med at de har mindre komplikasjoner etterpå, er at de har kanskje fått såpass mye informasjon om svangerskap og hva det gjør med kroppen, at de er trygge på hva de skal gjøre også etterpå. For jeg passer på å informere om det også underveis i svangerskapet. Da slipper man ihvertfall å google selv. Så kunnskap er viktig.”

- Informant D

Forskning om tema er vanskelig å gjennomføre, men er nødvendig for å evaluere effekten av osteopatisk behandling. For best mulige klinisk praksis, er det fire komponenter som spiller inn. Klinisk evidens, pasientens forventninger, klinisk ekspertise og kontekst (7 s. 345). I forhold til osteopatisk behandling og utfallet etter fødsel, er det lite evidens eller forskning. De andre komponentene er tilstede, det kan debatteres om hvilke av disse komponentene som veier tyngst.

Tre av informantene mente behandlingen hadde en positiv effekt. To syntes ikke de hadde nok erfaring for å besvare spørsmålet. Et studie har vist at osteopatisk behandling under svangerskapet kan gi kortere fødselsforløp, og mindre bruk av tang ved forløsning (33).

Informant A fortalte at selv om de har fått behandling, tøyning av bekkenbunnen og forberedt seg, så er fødsler veldig uforutsigbare. Hvor fort går fødslene, blir fødselen igangsatt, hvilken posisjon de føder i, blir det behov for assistanse (tang, vakuumpompe, episiotomi) eller i verste fall om fødselen stopper opp. For eksempel ser fødestilling ut til være en viktig faktor både i varighet av andre (utdrivings) fasen og forekomst av ruptur og vulvar (ytre kjønnsorganer) ødem (34). Disse faktorene påvirker utfallet, og det er vanskelig å si om osteopatisk behandling før fødselen gjør en signifikant forskjell, for det kan være flere konfunderende faktorer.

Informant D påpekte at den helhetlige behandlingen med råd og informasjon om hva de går i møte, gjør en stor forskjell hos disse kvinnene. Spesielt for førstegangsfødende, at de kan være trygge i prosessen, og vet hva de kan være observante på. Hvis osteopaten har behandlet eventuelle restriksjoner, dysfunksjoner og informert godt, vil dette lindre og betrygge kvinnene som skal føde. Som nevnt er det flere konfunderende faktorer, men det beste osteopaten kan gjøre er å skape et godt grunnlag for mindre smerter og bekymringer før kvinnen går til fødsel. Informantene var samstemte om at det var både og om de hadde vært til behandling før fødsel eller ikke. De som får behandling under svangerskapet, får ofte tilbud om en time noen uker etter fødsel for en sjekk.

4.3.6 Behandling av arrvev

Dette delkapitlet handler om behandling rundt arrvev, da det er høy forekomst av ruptur, episiotomi og keisersnitt. Det er et av de aktuelle problemene informantene mente var vanligst. Dette fremstilles for å vise til et eksempel på spesifikk behandlingstilnærming til et problem. Studentene lurer på hvordan osteopaten arbeider med, og kan påvirke arrvev.

“Det behandler jeg jo ikke initialt etter fødselen eller keisersnittet, men etter en tid. Alternativt kan man jobbe med sirkulasjonsøkende teknikker, kanskje i forkant når det er nytt. Jeg jobber med direkte og indirekte teknikker avhengig av type arrvev og hvor omfattende det er. Og har fokus på å øke viskoelastiteten i vevet generelt rundt.” - Informant D

Før osteopaten kan begynne å behandle arrdannelse må de vite hvor i forløpet det er. Såret må evalueres etter hvor i tilhelingsprosessen det er, og om det er tensjon eller spenninger i området. Det er felles for informantene å tilnærme seg både indirekte og direkte. Valg av teknikker tas ved evalueringen, for så å se på pasientens respons. Informant E ønsket å vite hvordan inngrepet har blitt gjennomført, om de har blitt sydd lagvis eller alt i ett. Hun sa også at behandling av keisersnitt kan bidra positivt i restitusjonen. Når såret er tilhelet påpekte informant E at hun behandler litt rundt, eller legger fingrene forsiktig på for å evaluere de fascielle glideflatene.

I forbindelse med arrdannelse etter fødsel forekommer det vanligvis etter ruptur, episiotomi eller keisersnitt. Episiotomi brukes ofte som assistanse når fødselen ikke går som forventet (11 s. 213-214). Et sår har en tilhelings tid på ca. seks uker, og eventuelle sting blir fjernet 4-8 uker etter (24 s. 278). Sirkulasjonsfremmende teknikker, eller indirekte teknikker kan være

gunstig å bruke før såret er tilhelet, som informant D sa. Informant A fortalte at hvis det er store spenninger bruker hun ofte inhibisjonsteknikker for å minske adhesjoner, og smerter i vevet. Informant C fortalte at hun bruker BLT og listening teknikker der hun går inn og undersøker i området rundt for restriksjoner. Av og til bruker hun kinesiotape for å unngå tensjon i området rundt såret. Samtidig instruerer hun pasientene til å massere såret selv.

I boken “Visceral osteopathy and obstetrics” (24 s. 320-322) nevnes teknikker spesielt egnet for keisersnitt med primærfokus på de fascielle glideflatene. Alt fra glideflaten mellom muskellagene til peritoneum (bukhinnen), og release teknikker i nedre abdomen. Målet er å redusere påvirkningen fra adhesjonene (24 s. 278). Det skal ikke være spenning i fasciene eller ligamentene i bekkenringen. Et studie viser at osteopatisk behandling kan være nyttig ved arrdannelse etter keisersnitt (35). Det kreves imidlertid grundigere forskning for å påvise effekten av osteopatisk behandling av arrvev.

4.3.7 Råd og hjemmeøvelser

Råd og hjemmeøvelser er en viktig del av den helhetlige tilnærming, og gir pasienten mulighet til å bidra til egen helse. I figur 9 er informantenes råd og hjemmeøvelser fremstilt i korte trekk.



Figur 9: Informantenes råd og hjemmeøvelser

Informantene er enig i viktigheten av å gi pasientgruppen råd og veiledning, for å gi støtte i situasjonen de er i. Informant D nevnte at å sette av god tid og dele kunnskap om anatomi og fysiologi vil berolige dem, og de vil føle seg ivaretatt. Hun gir råd og hjemmeøvelser til alle pasientene sine, slik at de selv kan bidra til egen helse, og få mestringsfølelse og kontroll over problemene.

Det er imidlertid viktig å ha nok kunnskap hvis dette er noe du skal implementere i praksisen din (11 s. 233). En viktig del av behandlingen er å trygge kvinnen i sin rolle som nybakt mor. Felles for mange pasienter er at de ønsker godkjennelser og tips for veien videre, og hva de kan bidra med selv, og her er ikke postpartum noe unntak. Men noen ting skiller de allikevel fra andre, som at de kanskje ønsker råd om amming, eller i forhold til babyen. Som nevnt er det viktig å kjenne sin plass og kunnskap når det dreier seg om slike spørsmål. Det er viktig å ha kunnskap om hva som er normalt og ikke, og informere de i forhold til hva de kan forvente. Det er også viktig å ufarliggjøre rundt dette, noe informant A nevnte, de er bekymret for tilstander de har hørt om, for eksempel bekkenløsning.

Informant A har god erfaring med å ha treningsgrupper, der de sjekker at de har kontakt med kjernemuskulaturen og trener fornuftig. Hun påpekte viktigheten av oppfølging, for å se at treningen har ønsket effekt og at pasientene klarer å hente seg inn etter fødselen. Flere av informantene er enig i at det er viktig å gi hjemmeøvelser, men da er det like viktig å se pasienten i kontekst. Får de ikke nok søvn (30 s. 64), mangler tid eller kapasitet vil det være unødvendig å gi de masse hjemmeøvelser. Mange av informantene nevnte at hjemmeøvelsene fokuserer på å få kontroll over kjernemuskulaturen og bekkenbunnen, og ikke er som de standardiserte sit-ups eller plankeøvelsene.

Det er viktig å kunne bidra med kunnskap og råd, da mange som har født har flere spørsmål, som for eksempel når de kan begynne å trene igjen. Gi råd og veiledning etter kunnskapsnivå og kompetanse, eller benytt tverrfaglig samarbeid.

4.3.8 Tilfeller som trenger henvisning

Osteopaten kan være den første terapeuten en pasient møter med sitt aktuelle problem, derfor må i noen tilfeller pasienten henvises videre. Et av spørsmålene til informantene var om det

hendte de måtte henvise videre, selv om gruppen egentlig skal være godt kartlagt i helsevesenet. Er det noen tilfeller hvor osteopatisk behandling er kontraindisert?

“Siden jeg samarbeider med en gynekolog så gjelder jo det hovedsakelig prolapsproblematikk, hvis det skulle være det. Andre ting er diastaseproblematikk hvor det er såpass stor og omfattende diastase, eller eventuelt navlebrokk hvor det bør vurderes for kirurgi eller andre tiltak. Sånn at det er i det offentlige og følges opp av fastlege og andre der. I tillegg så er det også levator ani ruptur, eller skader i bekkenbunnen hvor jeg kanskje undersøker, men det er usikkerhet i forhold til om de skal behandles eller hva slags prognose de har. Så at det er viktig at de får den hjelpa de kan i det offentlige. Vi er nødt til å rådføre oss og det gjelder jo alt ifra alle svangerskapskomplikasjoner og komplikasjoner etterpå. Under svangerskapet så er det ofte jordmor som kobles inn, eventuelt gynekolog. Men etter svangerskapet så er det oftest gynekologen jeg konfererer med når det er noe.”

- Informant D

Flere informanter nevnte at de ikke kan behandle fremfall (vaginal prolaps). Ofte er problemene kartlagte, og kvinnene oppdaterte. Informant A nevnte at det kan være hensiktsmessig å få en second-opinion ved prolaps, og store inkontinensproblemer. Hun fortalte at ved store inkontinensproblemer vil et tverrfaglig samarbeid være gunstig for pasientene. Informant C sa også at det er viktig med en medisinsk sjekk ved urgency-inkontinens, ved ruptur i bekkenbunnsmuskulatur og andre medisinske komplikasjoner, eller infeksjon. Det nevnes også at ved psykiske tilstander, som fødselsdepresjon, er det nyttig å koble inn psykolog eller psykiater. Med god klinisk erfaring er det lettere å plukke opp hvis det er noe som ikke stemmer med pasienten.

Tre av informantene har samarbeid med gynekolog eller jordmor, og synes det er et nyttig verktøy for å best mulig ivareta disse kvinnene. Ved et tverrfaglig samarbeid kan profesjonene dra nytte av hverandre. Som tidligere nevnt er disse kvinnene i utgangspunktet godt kartlagte på sykehus og seksukerskontroll. Skulle osteopater møte noen som ikke er kartlagte er det viktig å hjelpe de inn i helsetjenesten så de kan få riktig oppfølging av riktig personell. Pasienter som presenterer med tilstander eller diagnoser er ikke i utgangspunktet kontraindisert for behandling. Det må evalueres og ses i kontekst med pasienten, om det er forsvarlig å behandle.

4.4 Vurdering av metode

I dette kapitlet blir styrker og svakheter ved forskningsprosjektet belyst.

Noen ulemper med å velge dybdeintervju er at det er veldig tidkrevende. Gjennomføringen, transkriberingen og analyseringen er alle prosesser som krever tålmodighet. Dybdeintervju gir et innblikk, men ikke fullstendig oversikt over hvordan osteopaten jobber og møter postpartum kvinnene. Intervjusituasjonen kan være begrenset av flere faktorer, som for eksempel at informant eller intervjuer er dårlig forberedt, presset tid, eller hvis en av partene føler seg ukomfortabel.

Studentene har ikke gjennomført tidligere studier eller forskningsprosjekter, men fordypet seg i faget og tidligere bacheloroppgaver. De erfarte at læringskurven var stor i eget prosjekt. Før intervjuet hadde ikke studentene lest seg opp på intervjuteknikker. For at intervjueren skulle være bevisst på kroppsspråk og ikke påvirke informantene, ble det tatt videoopptak av studentene. Studentene fikk tilbakemeldinger og god erfaring ved test intervjuene.

Om studentene skulle gjennomført studiet på nytt skulle de hatt begrepsavklaring med informantene før intervjuet. Slik at intervjuerne og informantene har lik forståelse av det som blir sagt. Samt kombinert forskningen med både intervju og spørreskjema. Noen av de åpne spørsmålene som ble stilt, ville hatt mer reliable svar dersom de ble presentert med en skriftlig meny.

Det var forskjell i hvor godt forberedt informantene var. Noen av intervjuene ble gjennomført mer spontant, da de generelt var opptatte. Det var fordi det plutselig kom en åpning i timeplanen til informantene, og dermed hadde de kanskje ikke tatt seg tid til å forberede seg heller.

Det var vanskeligere enn antatt å få tak i informanter. Studentene valgte å kontakte de via jobb-e-postadresser, det kan hende at e-post ikke blir sjekket ofte i en hverdag med mye pasienter. Før intervjuene understreket studentene at de ikke var ute etter å teste dem, og kun ønsket en innsikt i deres erfaring og hverdag som terapeut. Studentene hadde ingen kjennskap til informantene på forhånd eller personlige erfaringer om tema. Det gjorde det lettere å være nøytrale og ikke dømmende gjennom intervjuene. Hos alle forekom en uformell samtale før selve intervjuet, for at samtalen skulle flyte litt enklere. Da ble det forklart hva som skal skje

med materialet, og at de kan få lese resultatene før det blir publisert.

Det finnes ingen klar regel på hvilket utvalg som er hensiktsmessig i en bacheloroppgave, men etter samtale med veileder endte utvalget på fem informanter. Det er et lite utvalg og dermed ikke representativt for en hel populasjon, dette var imidlertid aldri målet med oppgaven. Antall informanter ble valgt på bakgrunn av tid og ressurser, men utvalget skulle gi nok informasjon til å kunne gjennomføre studien. Resultatene og svarene fra informantene kan være påvirket av interesse og lidenskap for faget. Det kan stilles spørsmål til hvorvidt informantene svarte for å tilfredsstille det studentene ønsket å høre. Samt om noen av svarene var politisk rettet eller for å styrke klinikken og praksisen deres.

Studentene understreket at informantene kunne trekke seg uten å oppgi grunn og at anonymiteten blir bevart på en trygg måte. Studentene tilsendte resultatene til informantene og gav mulighet for å gi tilbakemeldinger ved eventuelle mistolkninger. Slik kan studentene og informantene være trygg på formidlingen av budskapet.

Etter at intervjuene var gjennomført, og materialet var prosessert ble det tatt ny vurdering av problemstillingen. Under intervjuene utdypet ikke informantene nok i forhold til de spesifikke komplikasjonene, derfor ble problemstillingen endret til å handle om tiden etter fødsel mer generelt. Problemstillingen ble endret i den hensikt at det innhentende materialet skulle samsvare med den. Etter endringen ble oppgaven og resultatene av forskningen mer fullstendig.

5 Konklusjon

Behandlingstilnærmingen for postpartum kvinner skiller seg ikke stort fra andre pasienter. Innledningsvis mer forskjellig, og blir likere etterhvert som det går lenger tid fra fødselen. Om det ikke er akutte problemer som påvirker hverdagen, anbefaler informantene at de kommer inn for oppfølgende undersøkelse og eventuelt behandling etter seks uker. Under anamnese er fokuset litt endret hvor det er mer spesifikke spørsmål om svangerskapet og fødselen. Undersøkelsen består av både klinisk og osteopatisk undersøkelse, der den osteopatiske er mer rettet mot områder som blir belastet under svangerskapet og fødselen. Rundt behandlingstilnærmingen må pasientens totalsituasjon og fysiologiske reserver tas i betraktning. Teknikkvalgene tar hensyn til hormonstatus, posisjonering og tilpasses etter respons fra pasienten. Flere av informantene benytter seg av et tverrfaglig samarbeid om det kommer til pasientens fordel. Rådgiving, hjemmeøvelser, og å gi pasienten verktøy til å mestre situasjonen selv er en viktig del av tilnærmingen. Den osteopatiske behandling i sin helhet ser ut til å ha god effekt hos postpartum kvinner.

Til videre forskning kan det være interessant å kartlegge om behandling under svangerskapet gir mindre plager etter fødsel. En mer spesifikk tverrsnittstudie for å se hva kvinner presenter med etter fødsel. I tillegg undersøke om osteopatisk behandling kan påvirke spesifikke postpartum komplikasjoner, og hvordan.

Referanseliste:

1. Kåss E. post partum. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2014 [sitert 14. april 2017]. Tilgjengelig på: http://sml.snl.no/post_partum
2. Fødealderen går opp, og fruktbarheten går ned [Internett]. ssb.no. [sitert 14. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte/aar/2017-03-09>
3. Jan Martin Maltau, Kåre Molne, Britt-Ingjerd Nesheim. Obstetikk og gynekologi. 3. utg. Gyldendal akademisk 2015;
4. Videoarkiv - stortinget.no [Internett]. [sitert 14. april 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.stortinget.no/no/Hva-skjer-pa-Stortinget/Videoarkiv/Arkiv-TV-sendinger/?mbid=/2017/H264-full/Storting/02/22/Stortinget-20170222-095521.mp4&msid=279&meid=9966>
5. Grillet Høie om kvinnehelse - Politikk og økonomi - Dagens Medisin [Internett]. [sitert 15. april 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/02/22/grillet-hoie-om-kvinnehelse-i-norge/>
6. Somatisk Dysfunksjon [Internett]. [sitert 16. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://studylib.net/doc/5606429/somatisk-dysfunksjon>
7. Anthony G. Chila. Foundations of osteopathic medicin. 3. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer health. Lippincott, Williams & Wilkins; 2011. 1131 s.
8. Medical Definition of Visceral [Internett]. [sitert 22. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=18275>
9. David R. Beatty. The pocket manual of OTM (osteopathic manipulative treatment for physicians). 2. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer health. Lippincott, Williams & Wilkins; 2011. 334 s.
10. Tulman L, Fawcett J. Women's Health During and After Pregnancy: A Theory-Based Study of Adaptation to Change. Springer Publishing Company; 2003. 208 s.
11. Dr Stephen Sandler DO PhD. Osteopathy and obstetrics. 1. utg. Kent: Anshan Ltd; 2012. 249 s.
12. Hva er osteopati [Internett]. Norsk Osteopatforbund. [sitert 18. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://osteopati.org/hva-er-osteopati/>
13. Behandling [Internett]. Norsk Osteopatforbund. [sitert 14. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://osteopati.org/hva-er-osteopati/behandling/>
14. Lisa DeStefano, D.O. Greenman's principles of manual medicin. 5. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer health. Lippincott, Williams & Wilkins; 2017. 537 s.
15. Jon Parsons, Nicholas Marcer. Osteopathy: Models for Diagnosis, Treatment and Practic. 2. utg. Elsevier Health Sciences; 2006. 341 s.
16. Fossum Global Osteopatisk US 2016.pdf [Internett]. Dropbox. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på:

<https://www.dropbox.com/s/xlp9cy4j0v7u4ub/Fossum%20Global%20Osteopatisk%20US%202016.pdf?dl=0>

17. Steinar Kvale, Svend Brinkmann. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Norge: Gyldendal akademisk; 2009. 344 s.
18. Monica Dalen. Intervju som forskningsmetode. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011. 121 s.
19. Aksel Tjora. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 2. Utg. Gyldendal akademisk 2012;
20. Jerry R. Thomas, Jack K. Nelson, Stephen J. Silverman. Research methods in physical activity. 7. Utg. Human kinetics; 456 s.
21. Finn din osteopat [Internett]. Norsk Osteopatforbund. [sitert 14. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://osteopati.org/finn-din-osteopat/>
22. Edvard Befring. Forskningsmetode med etikk og statistikk. 1. utg. Norge: Det Norske Samlaget; 2007. 240 s.
23. OsEAN [Internett]. [sitert 18. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://www.osean.com/>
24. Stone CA. Visceral and obstetric osteopathy. 1. utg. Philadelphia: Elsevier Ltd; 2007. 349 s.
25. Schwerla F, Rother K, Rother D, Ruetz M, Resch K-L. Osteopathic Manipulative Therapy in Women With Postpartum Low Back Pain and Disability: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *J Am Osteopath Assoc.* 1. juli 2015;115(7):416–25.
26. Efficacy of Osteopathic Manipulative Treatment for Management of Postpartum Pain | The Journal of the American Osteopathic Association [Internett]. [sitert 18. januar 2017]. Tilgjengelig på: <http://jaoa.org/article.aspx?articleid=2538810>
27. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JMA, Dieën JH van, Wuisman PIJM, mfl. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J.* 1. november 2004;13(7):575–89.
28. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* februar 2000;107(2):186–95.
29. Incidence-of-Diastasis-Recti-Abdominis-During-the-Childbearing-Year.pdf [Internett]. [sitert 15. april 2017]. Tilgjengelig på: https://www.researchgate.net/profile/Mary_Jo_Blaschak/publication/20186870_Incidence_of_Diastasis_Recti_Abdominis_During_the_Childbearing_Year/links/0912f50b5010fb59ba000000/Incidence-of-Diastasis-Recti-Abdominis-During-the-Childbearing-Year.pdf
30. IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf [Internett]. [sitert 15. april 2017]. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>

31. Malt U. anamnese. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2016 [sitert 24. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://sml.snl.no/anamnese>
32. Carabotti M, Scirocco A, Maselli MA, Severi C. The gut-brain axis: interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. *Ann Gastroenterol Q Publ Hell Soc Gastroenterol*. 2015;28(2):203–9.
33. King HH, Tettambel MA, Lockwood MD, Johnson KH, Arsenault DA, Quist R. Osteopathic manipulative treatment in prenatal care: a retrospective case control design study. *J Am Osteopath Assoc*. desember 2003;103(12):577–82.
34. Terry RR, Westcott J, O’Shea L, Kelly F. Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vs nonsupine delivery by midwives. *J Am Osteopath Assoc*. april 2006;106(4):199–202.
35. Martingano D. Management of Cesarean Deliveries and Cesarean Scars With Osteopathic Manipulative Treatment: A Brief Report. *J Am Osteopath Assoc*. 1. juli 2016;116(7):e22–30.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Forespørsel om deltagelse til vårt forskningsprosjekt

Vi er to 3. års-studenter ved Høyskolen Kristiania, og skal gjennomføre et kvalitativt studie til vår bacheloroppgave. Studien innebærer dybdeintervjuer med varighet på 30-45 min, som vil bli spilt inn som lydopptak. Forskningsprosjektet skal gjennomføres i februar/mars 2017. All informasjon vil bli anonymisert, det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Etter oppgaven vil lydopptaket bli slettet (april 2017).

Vår problemstilling er "***Hvilke postpartum komplikasjoner møter osteopaten i klinikken, og hvordan er behandlingstilnærmingen?***". Med komplikasjoner mener vi fysiske komplikasjoner som oppstår under graviditet eller fødsel. Ikke uspesifikke smertetilstander (eks hoftesmerter, nakkesmerter), eller akutte tilstander (for eksempel blødning etter fødsel).

Til oppgaven ønsker vi frivillige osteopater til å stille. Vi ønsker å intervju deg, og dette er en forespørsel om du er villig til å delta. Vi er fleksible vedrørende tid og sted. Dersom du ønsker å delta, eller har noen spørsmål kan du sende en epost til en av oss. Du får tilsendt intervjuguden før selve intervjuet. Om vi ikke hører fra deg, sender vi en påminnelse etter en uke.

Du kan når som helst uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien.

Vi setter stor pris på at du ønsker å bidra til bacheloroppgaven og vår læring!

Kontaktinfo :

Med vennlig hilsen

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Samtykkeskjema

Intervju til bacheloroppgaven

Jeg har mottatt informasjonsskrivet, og samtykker med dette til å delta i studien.

Ved å undertegne dette samtykkeskjemaet samtykker jeg å delta som intervjuobjekt i dette prosjektet. Jeg er klar over at jeg når som helst kan trekke med uten å oppgi grunn.

Jeg er klar over at oppgaven muligens kan bli tilgjengelig for studenter ved Høyskolen Kristiania og deres bibliotek.

Signatur deltager:

Dato:

Sted:

Signatur prosjektledere:

Dato:

Sted:

Vedlegg 3: Intervjuguide

Hvilke postpartum komplikasjoner møter osteopaten i klinikken, og hvordan er behandlingstilnærmingen?

Del 1:

- Hvor har du tatt din utdanning?
- Hvor lenge har du jobbet som osteopat?
- Har du tatt kurs eller videreutdanning innenfor obstetrikk?

Del 2:

- Når en postpartum kvinne kommer til deg, hva er det aktuelle problemet hun gjerne presenter med?
- I hvilke tilfeller synes du at postpartum kvinner bør oppsøke en osteopat?
- Hvilke postpartum komplikasjoner ser du oftest i klinikken?
- Hvordan fanger du opp de forskjellige komplikasjonene?
- Når er det vanlig å starte behandling etter fødsel i din praksis?
- Hvordan er behandlingstilnærmingen i forhold til komplikasjonene?
- Er det noen teknikker som går igjen i postpartum behandling?
- Er det noen andre områder du ofte behandler?
- Er det noen forskjell i behandlingstilnærmingen fra postpartum til andre pasienter?
- Hvordan behandler du arrvev?
- Gir du råd eller hjemmeøvelser?
- Hvilke komplikasjoner kan du ikke behandle/henviser du videre?
- Opplever du at denne pasientgruppen responderer bra på osteopatisk behandling?
- Opplever du at pasienter som fikk behandling under graviditeten, har færre komplikasjoner?
- Er det noen andre faktorer som er viktige å kartlegge i forhold til behandlingen?
- Er det noe annet du ønsker å fortelle oss før vi avslutter?