

Bacheloroppgave

Behandlingstilnærming til gravide med bekken smerter

av

Stefi Haldorsen

og

Veronica Vildmyren

VF200 – Bacheloroppgave

Osteopati

11 212 ord

Mai, 2015

Norges Helsehøyskole – Campus Kristiania

”Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdanningen ved Norges Helsehøyskole Campus Kristiania. Norges Helsehøyskole er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.

1 Forord

Denne oppgaven er utarbeidet som en avsluttende del av vår bachelorgrad i osteopatiutdannelsen. Vi har begge stor interesse for behandling av gravide og barn, og da vi startet med undervisning i pediatri økte interessen hos begge. Ønsket om å hjelpe gravide i svangerskapsprosessen og kanskje gjøre svangerskapstiden lettere har vært en inspirasjonskilde for skrivingen. Etter endt utdanning har vi ambisjoner om å jobbe med gravide som pasientgruppe og videreutdanne oss innenfor området.

Det har vært en utfordrende og lærerik prosess, hvor vi har fått lært litt om hvordan ulike terapeuter behandler gravide med bekkensmerter.

Vi vil takke vår veileder Line Juberg for sin lidenskap for temaet vårt og inspirerende råd gjennom veiledningen. Vi vil takke intervjuedtakerne som tok seg god tid til oss, for åpenheten om egne erfaringer om temaet. I tillegg ønsker vi å takke lokalavisen Altaposten for lån av båndopptaker, slik at vi fikk utføre intervjuene uten ekstra kostnader. Vi har vært veldig heldig hvor den nye kunnskapen har gitt oss enda mer inspirasjon til å fortsette, og fordype oss rundt pasientgruppen gravide etter endt studiegang.

Vi håper du vil få en god forståelse for hvilken tilnærming terapeuter har til gravide med bekkensmerter, og finner oppgaven vår interessant og lærerik.

Oslo, 18. mai 2015
Stefi Haldorsen
Veronica Vildmyren

Innholdsfortegnelse

1 FORORD	2
INNHOLDSFORTEGNELSE	3
2 SAMMENDRAG	4
3 INNLEDNING	5
3.1 BAKGRUNN.....	5
3.2 PROBLEMSTILLING	5
3.3 AVGRENSNINGER	6
3.4 OPPGAVENS STRUKTUR	6
4 TEORI OG BEGREPSAVKLARINGER	7
4.1 FYSIOTERAPI.....	7
4.2 OSTEOPATI.....	7
4.3 FYSIOLOGISKE FORANDRINGER.....	8
4.3.1 <i>Hormonelle forandringer</i>	8
4.3.2 <i>Biomekaniske forandringer</i>	8
5 METODE	10
5.1 FORMÅL MED UNDERSØKELSEN	10
5.2 VALG AV DESIGN OG DATAINNSAMLINGSMETODE	11
5.3 INDIVIDUELT DYBDEINTERVJU	11
5.4 UTVALG.....	12
5.4.1 <i>Utvalgsstørrelse</i>	12
5.4.2 <i>Utvalgsstrategi</i>	12
5.4.3 <i>Rekruttering av intervjudeltakere</i>	12
5.5 UTFORMING AV INTERVJUGUIDE.....	13
5.5.1 <i>Intervjurollen</i>	13
5.6 TRANSKRIBERING AV INTERVJUENE.....	13
5.7 KODING.....	14
5.8 DATAENES VALIDITET OG RELIABILITET	14
5.8.1 <i>Validitet</i>	14
5.8.2 <i>Reliabilitet</i>	15
5.9 ETIKK.....	15
5.9.1 <i>Informasjonsskriv</i>	15
5.9.2 <i>Samtykkeskjema</i>	15
6 RESULTATER	16
6.1 ANALYSERING AV DATAMATERIALET.....	16
6.1.1 <i>Hovedtema 1: Bekkensmerter</i>	17
6.1.2 <i>Hovedtema 2: Førstegangskonsultasjon av gravide</i>	19
6.1.3 <i>Hovedtema 3: Kommunikasjon</i>	22
7 DISKUSJON	24
7.1 VURDERING AV METODEN	24
7.2 VURDERING AV RESULTATENE	26
7.2.1 <i>Bekkensmerter</i>	26
7.2.2 <i>Førstegangskonsultasjon av gravide</i>	27
7.2.3 <i>Kommunikasjon</i>	28
8 KONKLUSJON	29
REFERANSELISTE	31
8.1 VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV SIDE 1.....	33
8.2 VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV SIDE 2.....	34
8.3 VEDLEGG 2: SAMTYKKESKJEMA.....	35

2 Sammendrag

I denne bacheloroppgaven har det blitt sett nærmere på gravide med bekkensmerter. Vi har ønsket å finne ut mer om hvordan ulike terapeuter tilnærmer seg gravide med bekkensmerter i sin behandling. Hensikten bak studien var å utforske og beskrive temaet, basert på menneskers erfaringer og forståelse av et fenomen.

Med bakgrunn og lite forskning rundt akkurat dette temaet, ble brukt en kvalitativ metode. Problemstillingen i denne oppgaven lyder som følger: ”Hvilken behandlingstilnærming har osteopater og fysioterapeuter til gravide med bekkensmerter?”. Undersøkelsen baserer seg på et individuelt dybdeintervju med fire intervjudeltakere, to osteopater og to fysioterapeuter. En slik type forskningsdesign ga et dypere og et større forståelse rundt behandlingstilnærming til gravide.

Resultatet i oppgaven viser til at behandlingstilnærmingen til fysioterapeutene og osteopatene er forskjellige. Behandlingstilnærmingen baserer seg på egne erfaringer de har gjort gjennom sin kliniske karriere. Selve behandlingsteknikkene som ble brukt av terapeutene varierte, og var forskjellig fra terapeut til terapeut. De varierte mellom personlige erfaringer av hva som fungerte, hvordan både terapeutene og den gravide var som individ. Til tross for at det er noen ulikheter baserte alle terapeutene sin behandling og undersøkelse, ut i fra en detaljert anamnese. Kommunikasjonen mellom terapeut og pasient viste seg også å være en stor del av tilnærmingen i behandlingen. Kommunikasjon ga trygghet, tillitt og økt forståelse for prosessen som den gravide går gjennom. Behandlingstilnærmingen var forskjellig i enkelte deler, men formålet for tilnærmingen var likt. Målet for samtlige terapeuter var å redusere bekkensmertene og hjelpe den gravide til å fungere bedre i hverdagen.

3 Innledning

3.1 Bakgrunn

I befolkningen er begreper som ”bekkenløsning” eller ”bekkenlåsning” blitt godt innarbeidet, og skal forklare hvorfor man opplever smerter i bekkenet.

Nye studier viser at det er en høy prevalens av utvikling av ”bekkenløsning” også kalt Pelvic girdle pain (PGP) under svangerskapet. PGP er definert som smerte som oppleves mellom bakre hoftekam og gluteale fold i nærheten av de to iliosacrale leddene. Smerten kan stråle ned på baksiden av låret, men også forekomme på framsiden i området symfyse. Gravide kan da oppleve smerte i gange, sitte eller stående posisjon (1).

Bekkenmerter er vanlig å få under graviditeten, og det er studier som viser at rundt 33- 50% av gravide kvinner sier de får PGP før uke 20 i svangerskapet. Andre plager som diskogene smerter er mer uvanlig å få under svangerskapet, mens muskeloskeletale smerter er vanlig igjen hvor korsryggsmerter er vanligst. Samtidig øker prevalensen for utvikling av PGP senere i svangerskapet med 60- 70% (2), (3, s.13)

Årsaken til bekkensmerter er fortsatt ukjent, hvor man ikke har kunne vist noen sammenhenger mellom løshet i bekkenleddene og smerter. Til tross for at årsaken til disse smertene er ukjente, er det ulike utøvere som tilbyr behandling mot smertene (4), (3). Mulige årsaksforklaringer man baserer seg på per i dag er hormonelle og biomekaniske faktorer, mangelfull motorisk kontroll og stress av ligamenter i det nærliggende området. Det foreligger også lite kunnskap rundt mulige risikofaktorer for utvikling av PGP (2).

3.2 Problemstilling

En kvinne kropp går gjennom flere forandringer gjennom svangerskapet. Kvinnekroppen viser veldig godt kapasiteten den har til å forandre seg under graviditeten og fosterets vekst, for så å forandre seg tilbake til hvordan ting var fysiologisk før graviditeten, etter at barnet er født (3).

Spørsmål av typen ”hvorfor er det slik at noen kvinner opplever smerte i bekkenet under svangerskapet, og andre ikke? Kan manuelle behandlingsformer hjelpe den gravide med disse smertene?” dukket opp. Vi ønsket derfor å se nærmere på hvordan tilnærming osteopater og fysioterapeuter har til den gravide som har bekkensmerter fra møte med den gravide til avsluttende behandling.

Problemstillingen for denne studien lyder som følgende:

”Hvilken behandlingstilnærming har osteopater og fysioterapeuter til gravide med bekkensmerter?”.

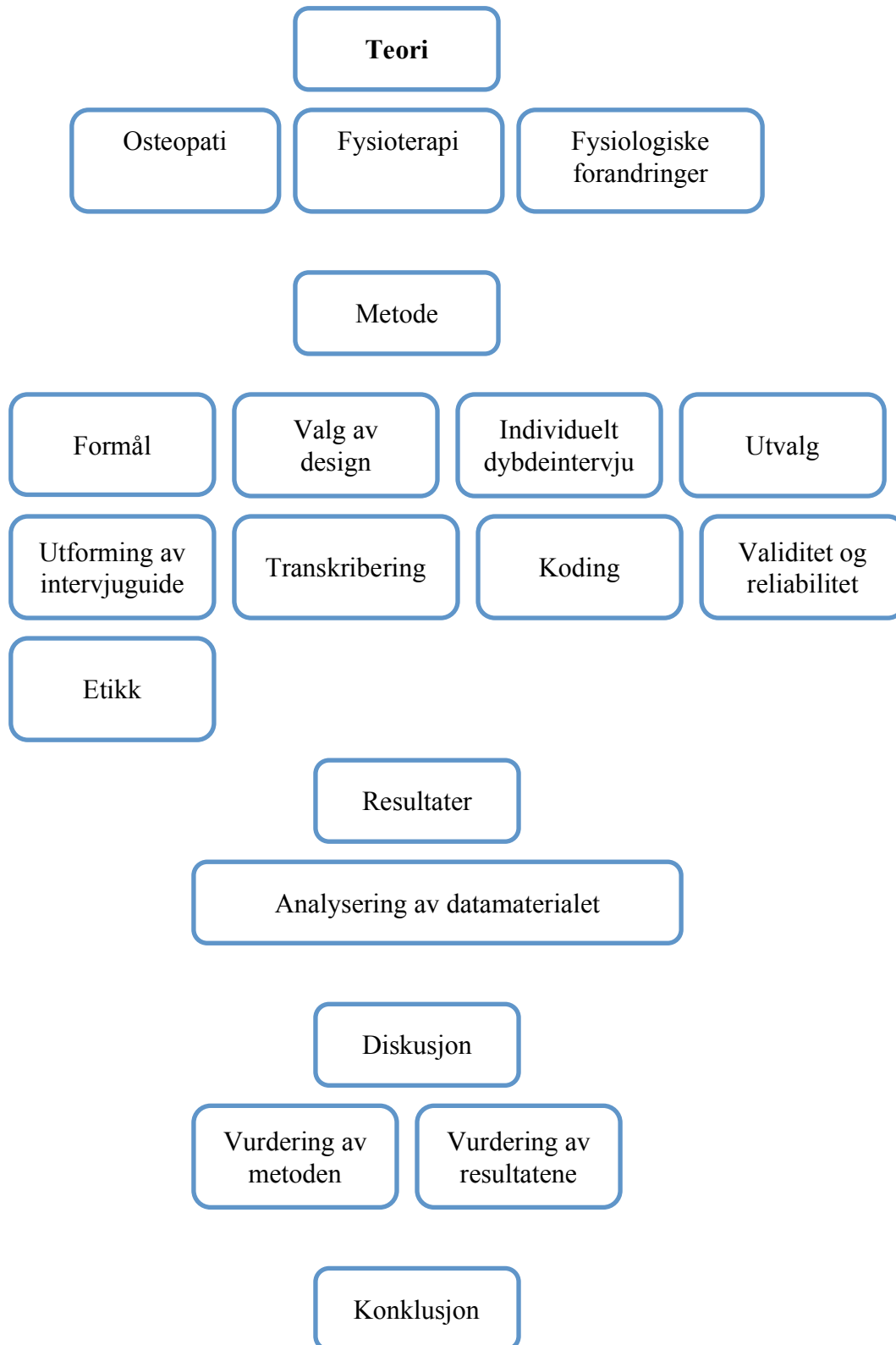
3.3 Avgrensninger

For å kunne svare på problemstillingen måtte vi først avklare hvilke terapeuter vi ønsket å intervju, for så å finne representative terapeuter som aktivt og regelmessig behandler med gravide. Gravide kan ofte oppleve smerter flere steder under svangerskapet, men vi ønsket å avgrense det til et område, smerter i bekkenet. Grunnen til avgrensningen til bekkensmerter er på grunn av den høye prevalensen og forekomsten av PGP blant gravide (2).

Avgrensningen til to forskjellige terapeutgrupper og fokusområdet på bekkensmerter, var nødvendig med tanke på tidsrådighet og omfanget av å forske rundt dette temaet. Vi valgte bevisst å fokusere på tilnærmingen terapeutene har til de gravide gjennom hele behandlingen, men kommer ikke til å gå i dybden på de ulike profesjonene enn en generell introduksjon

3.4 Oppgavens struktur

Oppgavens struktur er valgt å illustrere gjennom en oversiktlig figur:



4 Teori og begrepsavklaringer

For terapeuter det viktig å vite bekkenets oppbygning, hvordan bekkenet beveger seg i normal tilstand og hva som skjer med under graviditeten. Det er viktig med tanke på behandlingen av den gravide under den fysiologiske forandringen kroppen går gjennom (3).

4.1 Fysioterapi

Fysioterapi er en autorisert behandlingsform, og bygger på fag som naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humanistisk vitenskap. Fysioterapeuter har sitt kunnskapsfelt innen kropp, bevegelse og funksjon. Hensikten med fysioterapi er å optimalisere livskvalitet og bevegelsespotensialet til pasienten. Det gjøres gjennom helsefremmende- og forebyggende arbeid, behandling og rehabilitering. Noen elementer som står sentralt i undersøkelsen til fysioterapeuter er; pasientens sykehistorie, kartlegging av hvordan dagliglivets aktiviteter og funksjoner mestres, detaljert bevegelsesanalyse, spesifikke undersøkelser og tester, vurdering av ulike sammenhenger mellom ulike funn, pasientens funksjonsproblemer og pasientens livssituasjon. I behandlingen brukes flere ulike metoder, teknikker og øvelser for å gi mulige endringer, som igjen kan bidra til smertelindring og bedring av funksjon. I tillegg bruker de tid på informering og veiledning for opprettholdelse av funksjon på kort og lang sikt (5).

4.2 Osteopati

Osteopati er en av de eldste manuelle behandlingsformene, og ble introdusert på slutten av 18- hundretallet i USA av legen Andrew Taylor Still. Osteopatien kom til Europa gjennom John Martin Littlejohn i 1989. I Osteopatisk behandling bruker terapeuten hendene til å hjelpe pasienten med plager i kroppen. Manuell behandling gjøres gjennom undersøkelser og behandling. Osteopati bygger på vitenskapelige fag hvor anatomi, fysiologi og nevrologi står sentralt. Filosofien bak behandlingsformen er å hjelpe pasientens kropp mot selvregulasjon. Det går ut på å stimulere kroppen til og lege seg selv, ved å se på sammenhenger i hele kroppen. Det kan være at smerten sitter et sted på kroppen, men årsaken kan sitte et helt annet sted. Osteopater jobber med å finne årsaken til smerten, og behandle det slik at pasienten kan få bedre livskvalitet. Folk som oppsøker osteopat kommer som oftest med smerter/og eller plager i muskel-skjelettsystemet. Siden osteopater er opptatt av å finne årsaken til smertene behandler de derfor ikke bare muskler og ledd. I tillegg behandler de også bindevevsnettverket i kroppen, som gjør at osteopatene ofte behandler et helt annet sted på

kroppen enn der smertene sitter. Noen elementer som står sentralt i undersøkelsen til osteopater er blant annet pasientens sykehistorie. De bruker god tid på å lytte og spørre angående problemet, pasientens allmenne helse, annen behandling og eventuelle medisiner man tar eller har tatt. I tillegg til dette bruker osteopater god tid på å observere, tolke, be pasientene gjøre enkle bevegelser, evaluere vevsskvalitet og leddbevegelighet. Man vil også bli vurdert med hensyn til tegn og symptomer på alvorlige plager som eventuelt kan føre til henvisning videre (5), (6).

4.3 Fysiologiske forandringer

4.3.1 Hormonelle forandringer

Det er flere hormoner som omtales som svangerskapshormonene. Hormoner som relaxin, østrogen og progesteron er viktige hormoner hvor det skjer en endring i disse under svangerskapet. De fører til en endring i kvinnekroppen, men også regulerer foster utviklingen. Basert på problemstillingen og teori ble hovedfokuset på hormonet relaxin. Svangerskapshormonet relaxin har en rolle når det gjelder støtte, effekten de har på muskler og ligamenter, under svangerskapet. Disse hormonene er relaxin og østrogen. Funksjonen til disse under svangerskapet er å gjøre ledd spillene løsere ved å påvirke muskulatur og ligamenter, og hele funksjonen er å gjøre pelvis klar for påkjenningen av å bære og føde barnet (3, s. 10).

4.3.1.1 Relaxin

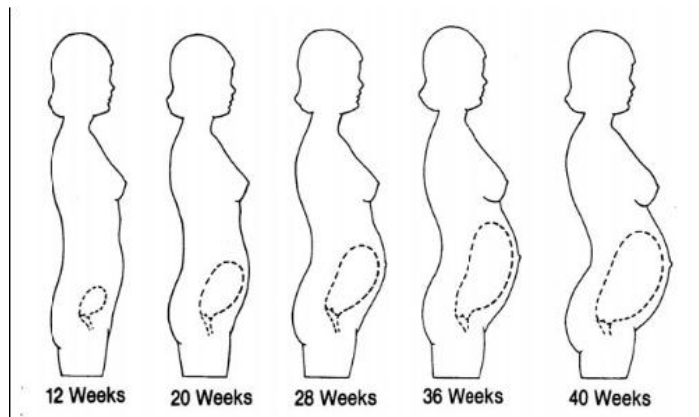
Hormonet relaxin er det såkalte ”svangerskapshormonet”, og produseres hos både gravide og ikke- gravide kvinner. Relaxin tilhører insulin hormon familien, og produseres primært i corpus luteum i livmorhalsen. Under svangerskapet produseres også hormonet av den indre slimhinnen i livmoren og placenta, på grunn av det høye plasma nivåene som oppstår under svangerskapet (7).

Svangerskapshormonet relaxin har en stor påvirkning av den fysiologiske økningen av elastisitet av ligamenter rundt bekkenleddene. Den mykner opp de kollagene strukturene i vevet rundt fødselskanalen, som forbereder den til selve fødselen. Studier kan ikke vise en entydig sammenheng mellom økt relaxinnivå og plager (8).

4.3.2 Biomekaniske forandringer

Kvinne kroppen går gjennom store biomekaniske endringer gjennom svangerskapet. Den naturlige balansen mellom de spinale kurvene skal være at den cervikale kurven har en lordose, thorakale virvlene har en kyfose og lumbalen har igjen en lordose. Disse kurvene skal i utgangspunktet være proporsjonert i forhold til hverandre. Forandringer i noen av disse kurvene i forhold til hverandre, kan påvirke hverandres posisjon. Det kan skape ubalanse og endre muskelkoordineringen, som kan føre til økt press på ryggraden under svangerskaps utviklingen. Allerede fra 4.-6. svangerskapsuke kan det oppstå plager på grunn av økt vekt og endring av tyngdekrafts linjen inntreter. Det blir press mellom den fremre abdominale veggen og lordosen i lumbalen. Kompresjon mot aorta og vena cava og ekspansjon framover av abdomen, resulterer i reorientering under oppreist holdning når den gravide nærmer seg termin. De spinalkurvene spesielt i cervikal- og thorakalcolumna vil også bli påvirket av økt størrelse av brystene. De største forandringene her oppstår i første halvdel av svangerskapet, hvor den økte vekten på brystene vil øke kyfosen i thorakalcolumna og øke lordosen i nedre

del av cervikalcolumna (9).

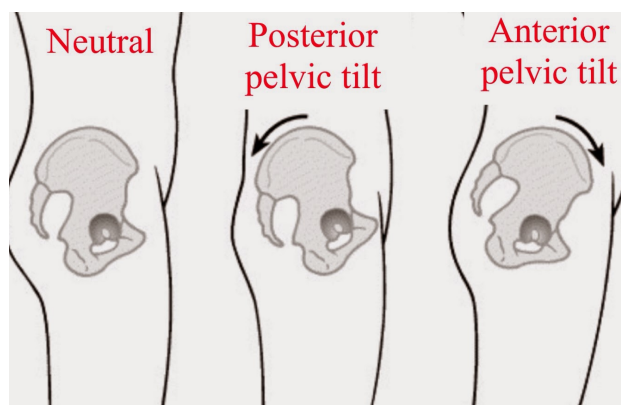


Figur 2. Viser den biomekaniske forandringen som skjer i de spinale kurvene (10).

I 1. trimester skjer det en lett posterior rotasjon av pelvis som er forårsaket av forskyvning av andre organer i abdomen. Posterior rotasjon av pelvis vil føre til økt belastning på de fremre hoftefleksorene og litt på ryggstrekkene på baksiden, samt føre til en liten kontraksjon av de rette magemusklene. De abdominale muskulaturen spesielt de rette magemusklene og funksjonen de gir er støtte og spinal stabilitet (9).

Mot slutten av 2. trimester vil pelvis starte å rotere anteriort. Da vil føre til en økt lordose i lumbal columna, å skape tensjon i strukturene på framsiden. Strukturer som fremre magemusklene og linea alba, vil bli strekt noe på grunn av at livmoren presses anterosuperiort. I denne fasen vil det også bli en økt belastning på nedre del av brystbenet, magesekk region og helt ned til symfyisen (9).

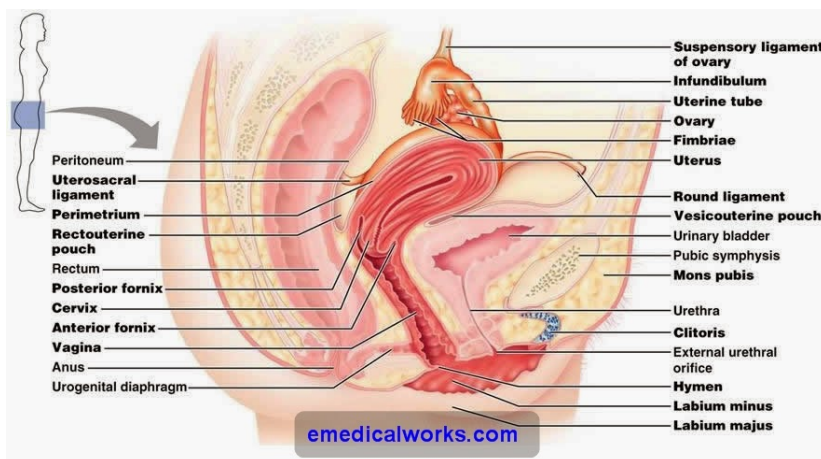
I 3. trimester vil det fortsatt være en økt lordose i lumbal columna. Det vil føre til at den gravide bærer vekten på baksiden av symfyisen og mer på bekkengulvs muskulaturen og ligamentene, enn på magemusklene musklene. Etter hvert vil denne lordosen flate ut mot slutten av svangerskapet og etter fødsel, som kan skape konflikt i det biomekaniske forholdet i lumbal columna. Sacrum i bekkenringen vil få en økt nutasjons bevegelse (framover tilt) og ligamentene i pelvis mot coccyx vil være mer bevegelige og frie (9).



Figur 3. Viser de forskjellige rotasjonsbevegelsene av pelvis (11).

Mot slutten av 1. trimester vil abdomen som en helhet forandre form, og hvordan den er orientert. Når livmoren blir forstørret og møter den fremre bukveggen samtidig som den vokser vertikalt, vil organer som tynntarm, tykktarm, magesekken og lever forflytte seg superiort. Det vil føre til en viss spenning i den abdominale kaviteten og mellomgulvet, på grunn av innholdet i abdomen som er relativt lite komprimerbar. Det kan igjen føre til at lumbalen blir dratt mer i lordose enn normalt (9).

Når at livmoren vokser i størrelse og vekt, er det blæren og bekkengulvet som først vil merke dette. Det vil være et lite oppadstigende trykk mot tynntarmen og sigmoid colon, og når dette trykket øker vil ligament broad på begge sidene av livmoren presse mot tynntarmen (9).



Figur 4. Viser hvor uterus ligger plassert i forhold til andre organer i pelvis (12).

5 Metode

Metoden er framgangsmåten som brukes for innsamling av data og kunnskap. Det finnes to ulike metoder å forske på, enten kvalitative eller kvantitativt. I dette studiet har det blitt benyttet en kvalitativ metode tilnærming. Hensikten bak denne metoden og designet er å utforske og beskrive temaet, basert på menneskers erfaringer og forståelse av et fenomen. I dette tilfellet er det terapeutenes kliniske erfaringer og opplevelser, som vil gi beskrivende data, som brukes til å besvare problemstillingen (13). På bakgrunn av lite forkunnskaper om problemstillingen og interessen rundt temaet, var ønsket om mer kunnskap samt innblikk i hvordan behandlingstilnærming som blir brukt innenfor et spesifikt område. Bruk av denne type metode gir også muligheten til å tilegne ny kunnskap underveis, som kan gi en mer helhetlig forståelse rundt tilnærmingen til gravide med bekkensmerter.

5.1 Formål med undersøkelsen

Formålet med den kvalitative undersøkelsen er å innhente beskrivende data om hvordan behandlingstilnærming de ulike manuelle behandlingsformene som fysioterapeuter og

osteopater har rettet mot gravide med bekkensmerter. Informasjon og data som hentes inn sammen med litteratur og teori rundt bekkensmerter benyttes for å besvare problemstillingen.

5.2 Valg av design og datainnsamlingsmetode

Det var flere faktorer som var av betydning ved bestemmelsen av hvilket forskningsdesign vi ønsket å benytte oss av, og som var best egnet til å svare på problemstillingen. Tidsrådighet og ressurser, kunnskap rundt teori og erfaring rundt temaet og interessen rundt behandlingstilnærmingen rundt gravide er faktorer som var av stor betydning for valg av design (14, s. 49).

5.3 Individuelt dybdeintervju

Forskningsintervjuet har som formål å søke forståelse gjennom intervjudeltakernes side. Innsamlings dataene er basert på deltakernes personlige erfaringer, meninger og lignende. Et individuelt dybde intervju er mer tidskrevende og vanskeligere arbeid enn gruppeintervjuer. Det vil ikke forekomme gruppepåvirkning under intervjuet, som er en fordel for resultatene. Det som er utfordrende med denne type intervju er at vi må legge våre egne tanker og meninger til siden, for ikke å påvirke eller bli påvirket av intervjudeltakerne (14, s. 90).

Intervjuet vil være noe standardisert og forhånds formulert, som vil gi en viss struktur i intervjuprosessen. Før selve intervjuet vil det bli laget en intervjuguide som brukes for å sikre at alle viktige emnene kommer med, slik at problemstillingen kan bli besvart. Spørsmålsoppbygningen vil være med halvstrukturerte åpne spørsmål som gjør at intervjudeltakeren kan tolke spørsmålene fritt, å svare ut i fra egen kunnskap, erfaringer og verdier (15), (16).

Intervjuet vil foregå i trygge omgivelser i terapeutens egne lokaler eller hjemme hos terapeuten. Grunnen til det er for å unngå påvirkning av terapeuten gjennom ukjente omgivelser eller andre type utfordringer. . Intervjuet vil bli tatt opp på båndopptaker, slik at analysering og nedskrivning av data blir ordrett sitert fra intervjuet. Fordeler med båndopptaker er at man kan fokusere mer på intervjudeltakeren, og gjøre transkripsjonen (nedskrivningen fra tale til skriftform) enklere fordi man kan gå tilbake å lytte flere ganger på intervjuet. Oversettelsen og analyseringen fra tale til skriftspråk krever en rekke vurderinger og beslutninger. Grunnen til det er at viktige ikke- verbal kommunikasjon kan bli glemt eller utelatt; som holdning, øyekast, kroppsbevegelser og lignende. Derfor er det viktig at slike detaljer noteres ned, og tas med i analyseringen og transkripsjon. Analyseringen av dataene vil skje raskt etter at alle intervjuene er gjort. Det er ikke helt bestemt om det skal benyttes avansert programvare for dataanalysene fra båndopptaket, det er avhengig av kostnader (17).

5.4 Utvalg

Under dette delkapitlet har kommet det fram hvordan utvalgsstrategi, størrelse og rekrutteringen av intervjudeltakerne har foregått. Samt hvorvidt det er tilfredsstillende i forhold til oppgavens problemstilling.

5.4.1 Utvalgsstørrelse

Størrelsen på utvalget er begrenset til to fysioterapeuter og to osteopater. Det er alltid forskjellige meninger om hvor mange deltakere som bør intervjues. På grunn av begrenset tidsramme for selve intervjuet, analyseringen og skriveprosessen, valgte vi å begrense det til fire intervjudeltakere. Siden vi har to målgrupper, ble det likt antall mellom fysioterapeuter og osteopater. Selv med liten utvalgsstørrelse, vil det allikevel få fram den viktige essensen og sentrale erfaringer terapeutene har, gjennom behandling av gravide med bekkensmerter (14).

5.4.2 Utvalgsstrategi

Ettersom det ble bestemt tidlig hvilke målgrupper vi ønsket å intervju, ble det benyttet et strategisk utvalg for å finne intervjudeltakerne. For å få tak i intervjudeltakere ble det benyttet et kriteriebasert strategi. Det vil si at deltakerne måtte oppfylle visse kriterier for å kunne delta i forskningsprosjektet. Selv om problemstillingen er spesifikk i forhold til hvem som skal intervjues av osteopater og fysioterapeuter, er det fortsatt kriterier for hvem som er det relevante representanter blant disse. Fysioterapeutene og osteopatene måtte være yrkesaktive og godkjent utdannelse innenfor sitt yrke. De måtte også ha kurs eller spesialisering innenfor behandling av gravide, samt god kunnskap om hvordan man tilnærmer seg gravide med bekkensmerter. Grunnen til disse kriteriene er for å få en større sikkerhet rundt prosjektets resultat med tanke på reliabilitet og validitet (dette er utdypet senere), fordi utvalget vil kunne påvirke det (18).

5.4.3 Rekruttering av intervjudeltakere

Da prosessen begynte med rekruttering av intervjudeltakere ble det benyttet kontakter med god kjennskap rundt temaet gravide med bekkensmerter. Kontaktene anbefalte videre mulige terapeuter med god kjennskap og erfaring rundt omtalte tema. Alle deltakerne ble rekruttert gjennom direkte kontakt enten via e-post eller telefon. Etter etablert kontakt med intervjudeltakeren ble det sendt ut likt informasjonsskriv til samtlige deltakere, om tema og problemstillingen (19).

Samtlige intervjudeltakerne arbeider i nærheten av Oslo. Det har alle et interessefelt å jobbe innenfor pasientgruppen gravide. Deltakerne har ulik bakgrunn og erfaring fra området. Faktorer som alder, klinisk erfaring, spesialisering som kurs og videreutdanning innenfor temaet er forskjellige. Disse faktorene blir diskutert senere, med tanke på verifisering (18, s.118). Nedenfor er en kort introduksjon av de utvalgte intervjudeltakerne.

Deltaker 1 er en kvinnelig fysioterapeut på 40 år. Hun jobber ikke bare med gravide, men med alle type pasienter. Hun har jobbet som offentlig praksis som fysioterapeut i 17 år, hvor

behandling av gravide har vært i 10 år. Etter endt studie for 17 år siden, tok hun et kurs innenfor pasientgruppen gravide på grunn av egen interesse.

Deltaker 2 er en kvinnelig osteopat på 54 år. Utdannet som fysioterapeut, men har videreutdannet seg som osteopati og praktisert osteopati i 10 år. Hele denne perioden har hun jobbet med gravide, som er pasientgruppen sammen med barn det hun behandler i dag. Hun har tatt flere kurs innenfor pasientgruppen gravide og barn.

Deltaker 3 er kvinnelig osteopat på 37 år. Hun er utdannet fysioterapeut, men har også videre utdannet seg til å bli osteopati. Hun har nå praktisert osteopati i 3 år, hvor hun har jobbet med gravide til sammen i 9 år. Hun er svært interessert i temaet gravide og deres helse hvor gravide er den største andelen pasienter hun tar i mot, men behandler også alle typer pasienter.

Deltaker 4 er kvinnelig fysioterapeut på 42 år. Hun jobber i privatpraksis, og har jobbet med gravide under hele karrieren. Pasientgruppen hun behandler er gravide med bekkensmerter, og har vært hovedfokuset i ca. 9 år. Hun forteller i tillegg at hun kunne tenkt seg å utdanne seg som osteopat om hun hadde hatt anledning til det, i tillegg har hun jobbet tverrfaglig med osteopater.

5.5 Utforming av intervjuguide

Utformingen av intervjuguiden gikk ut på å finne de rette spørsmålene, som kan svare på problemstillingen. Utfordringen var å finne så nøytrale og ikke- ledende spørsmål som var mulig, men på en annen side delvis standardisert og åpne (18, s. 137). Det var viktig å få dekket så stor del som mulig i hvordan tilnærmingen mot gravide med bekkensmerter er. Hvordan hele sekvensen fra anamnesen til behandling, men også hvilke tiltak og rådgivning de gir etter behandlingen.

5.5.1 Intervjurollen

Utfordringen med et kvalitativt intervju er objektiviteten under intervjuene. En dyktig intervjuer er kunnskapsrik rundt temaet, god samtaleferdigheter og flink med mennesker. Rollene ble fordelt slik at en var hoved intervjuer og foretok alle intervjuene. Intervjueren stilte klare og klare spørsmål, men en vennlig tone. Den andre intervjueren hadde ansvaret for båndopptakeren og kom med oppfølgingsspørsmål om nødvendig. Samtidig hadde oversikt over at alle spørsmålene ble stilt. Begge intervjuerne lyttet aktivt og hadde all oppmerksomheten rettet til intervjudeltakeren under hele intervjuet (18, s. 176).

5.6 Transkribering av intervjuene

En transkripsjon av intervjuene, betyr å transformere eller oversette fra talespråk til skriftspråk. Fordelen med å gjøre om tale til skriftform er at man får en bedre oversikt over innsamlingsdataene, som er en fordel for analysen. En ulempe ved å transkribere fra tale til skriftspråk er at en ikke får med seg for eksempel kroppsspråk. Under intervjuene ble det brukt en lydopptaker. Ved å bruke en lydopptaker vil transkriberingen være enklere, og man kan gå tilbake å lytte flere ganger slik at man får med alle detaljene og de rette ordene samtidig var hovedfokuset på intervjudeltakerne (18).

5.7 Koding

Det finnes flere måter å kode kvalitative intervjustudier på. I denne oppgaven har det blitt benyttet det som kalles for temabasert meningskoding, fordi intervjuerne er opptatte av innholdet av datamaterialet. Meningskodingen startet med at dataene ble samlet inn og transkribert for å få et helhetsinntrykk og overblikk over interessante temaer, samtidig ble det fjernet data som ikke var relevant for problemstillingen. Deretter begynte den deduktive kodingen hvor vi markerte ord og tema som gikk igjen i intervjuene. Etter kodingen ble kodene klassifisert inn i kategorier av temaer og som kom opp under intervjuene. Dette ble gjort for å få en mer helhetsoversikt over de viktigste temaene som kom fram. Videre ble det gjort en kondensering, hvor deler av teksten er redusert ytterligere og kategorisert på nytt. Hvor det er ut i fra disse kategoriene funnene blir presentert ut ifra. Tilslutt sammenfattes alt dette og vi endte opp med hovedtemaer som bekkensmerter, førstegangs konsultasjon av gravide og kommunikasjon (20, s.173).

5.8 Dataenes validitet og reliabilitet

Når resultatene for en undersøkelse skal kvalitet vurderes, trekkes fram begrepene validitet og reliabilitet. Begrepene sier noe om resultatene er pålitelige og gyldige, og kan resultatene fra undersøkelsen generaliseres av andre forskere og samtidig få samme resultat (18). I kvalitativ forskning kan forskningen preges av forskernes erfaringer og holdninger, ettersom det ble tilegnet ny kunnskap og erfaringer underveis i undersøkelses prosessen. Har derfor å være så objektiv som mulig, og ikke latt egne oppfatninger påvirke resultatet (20)

5.8.1 Validitet

Validiteten i en undersøkelse sier noe om troverdigheten, overførbarheten og objektiviteten. I kvalitativ forskning vurderes validiteten ut i fra framgangsmåten og resultatene. Spørsmål som stilles er i hvor stor grad representerer resultatene formålet ved studien. Kvalitativ forskning har mer fokus på overføring av kunnskap enn generaliserbarheten, som står sentralt i kvantitativ forskning (20, s. 230).

I denne undersøkelsen har som nevnt tidligere forskerne lite forkunnskaper rundt temaet. Det fører til at resultatene er preget av selve forskningen og ikke subjektive holdninger og meninger. Funnene ut i fra datainnsamlingen reflekterer formålet, noe som gjør oppgaven valid. Under datainnsamlingen ble det stilt konkrete og åpne spørsmål, og samme oppfølgingsspørsmål til alle intervjudeltakerne. Dette gjør det mulig for en annen forsker å kunne gjøre samme undersøkelse. Innsamlingsdataene representerer intervjudeltakernes oppfatning, erfaring og mening om fenomenet gravide kvinner med bekkensmerter. Dette er med på øke validiteten, fordi alle deltakerne jobber aktivt med denne gruppe pasienter i sin praksis. Forskningsoppgaven er beskrevet detaljert i forhold til hvordan forskningsprosessen og metoden har foregått, noe som gjør at leser kan vurdere prosessen selv (20, s. 230).

5.8.2 Reliabilitet

I kvalitativ forskning er kravet om reliabilitet noe mindre hensiktsmessig. I kvalitative metoder som for eksempel dybdeintervju er det samtalen som styrer datainnsamlingen. Da bruker man seg selv som instrument, og tolkningen blir presentert ut i fra erfaringer. Dette gjør det vanskelig å stille krav om reliabilitet.

Reliabilitet har en sammenheng med hvordan spørsmålene under intervjuet, og skal kvaliteten vurderes tar brukes ord som pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet brukt (20, s. 229).

I denne oppgaven har vi gjort noen tiltak for å styrke reliabiliteten, selv om reliabiliteskravet ikke er like viktig i kvalitativ forskning. Under samtlige dybdeintervju var det to intervjuere tilstede. En som intervjuet og en som hadde kontroll på båndopptakeren, og rollene var like under alle intervjuene. Dette ble gjort for å hindre store forskjeller fra intervju til intervju. Båndopptakeren styrker reliabiliteten i studien i forhold til at forskerne har kunne gå tilbake å høre på intervjuene flere ganger. For å gi et mer pålitelig syn på oppgaven for leseren, har det blitt benyttet direkte sitater fra intervjudeltakeren for å gjenspeile sentrale og meningsfullt innhold i analysedelen. På den måten kan leseren danne sin egen tolkning, uten av forskerne har påvirket dette med subjektive meninger. Forskernes egen tolkning kommer mer fram under drøftingen. Et annet tiltak som styrker reliabiliteten er som nevnt tidligere intervjuguiden, og hvordan den ble bygd opp. Baktanken med åpne og delvis strukturerte spørsmål var at svarene som intervjudeltakeren kom med, skulle være et resultat av deres egne erfaringer og bakgrunnskunnskap uten at intervjuerne ledet samtalen (20, s. 40)

5.9 Etikk

I dette kvalitative intervjustudie foreligger etiske krav som anonymisering og taushetsplikt ovenfor intervjudeltakerne. Det har blitt tatt hensyn til gjennom hele studien, helt fra begynnelsen av intervjuet til det endelige resultatet.

5.9.1 Informasjonsskriv

Under planleggingsfasen ble det sendt ut et informasjonsskriv til intervjudeltakerne. I skrevet ble det informert om studiens problemstilling og formål (18, s. 88). Intervjudeltakerne fikk i tillegg vite litt om studieforløpet og prosessen for oppgave, og en introduksjon om intervjuerne. Det ble informert om bruk av båndopptaker under intervjuet, og sikringen av opptakeren gjennom prosessen. Deltakeren ble også informert om at deltakelsen i studiet var frivillig og muligheten for å trekke seg kunne skje gjennom hele prosessen, og det ville ikke gi noen form for senere konsekvenser for deltakeren (21), (22). Informasjonsskrivet kan sees under vedlegg 1.

5.9.2 Samtykkeskjema

På intervjudagene ble det brukt med et samtykkeskjema hvor både intervjuerne og intervjudeltakerne skrev under på et samtykkeskjema. Det er en type kontrakt hvor intervjudeltakeren gir sitt samtykke for deltakelse i studien. Samtidig som intervjuerne

signerer på at all informasjon om intervjudeltakeren vil behandles konfidensielt (21). Samtykkeskjema kan sees under vedlegg 2.

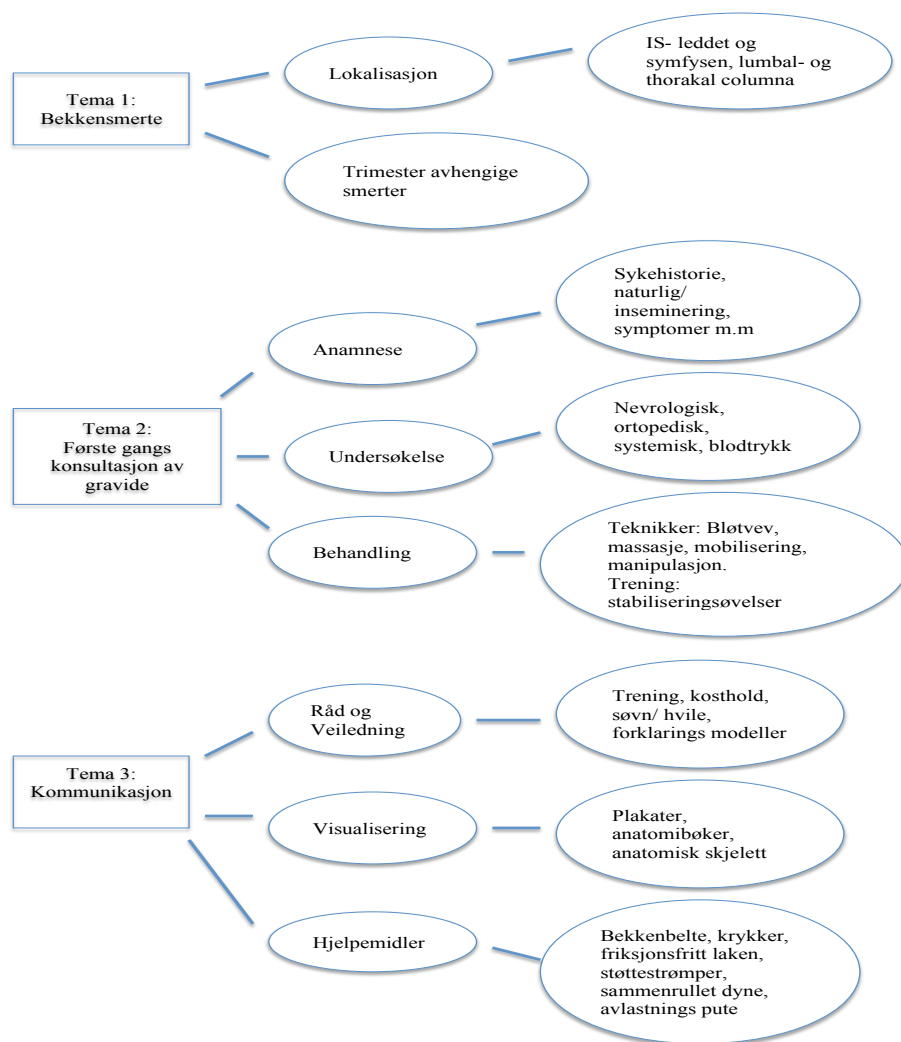
6 Resultater

6.1 Analysering av datamaterialet

Analyseringsprosessen startet allerede da intervjuene foregikk. Et av kjennetegnene ved kvalitativ forskning er at analyseringen skjer allerede under datainnsamlingen. Det er en sammenheng innenfor tankegangen fra "Grounded Theory", om at kunnskap blir til under datainnsamlingen, som er dybdeintervjuene (23, s. 205). Ut i fra det som ble gjort i planleggingsfasen og teori arbeidet før intervjuene ble utført, ble det dannet et bilde av hva som kunne være viktig å fokusere på under intervjuene i forbindelse med problemstillingen. Med problemstillingen i bakhodet, ble det underveis i intervjuet gjort en tolkning av det intervjudeltakeren fortalte, og vurdering om nødvendige oppfølgingsspørsmål. Det neste steget var å transkribere og lese over intervjuene i muntlig tekstformat. Under denne analyseringsprosessen startet selve kodingen. Da ble det lagt merke til gjentakende ord og setninger som var relevant i forhold til problemstillingen. Kodingen ble organisert i ulike kategorier og temaer som nevnt tidligere (23, s. 205).

I denne delen av oppgaven presenteres de viktigste funnene fra dybdeintervjuene. Analysen ble delt inn i tre hovedtemaer som nevnt tidligere. Hovedtemaene endte på bekkensmerter, førstegangs konsultasjon og kommunikasjon, hvor av disse blir kategorisert presenteres de viktigste funnene. Kategoriene kom fram etter transkriberingen og kodingen, hvor man da så en enkelte ord som terapeutene fortalte gikk igjen. Under tema bekkensmerter presenteres de viktigste funnene som lokalisasjon og trimesteravhengige smerter. Temaet førstegangs konsultasjon av den gravide kommer det fram viktigheten med en god anamnese, undersøkelse og behandling av bekkensmerter. Siste temaet handler om kommunikasjon, hvor kategoriene handler om råd og veiledning, bruk av visualisering og hjelpemidler. I hver av kategoriene forekommer det underkategorier som blir nærmere beskrevet senere.

Formålet med analyseringen av innsamlingsdataene er å gi leseren et innblikk i hvordan fysioterapeuter og osteopater tilnærmer seg en gravid kvinne med bekkensmerter. Innsamlingsdataene er analysert objektivt fra forskerne, men presenterer intervjudeltakernes subjektive meninger og erfaringer. For å gi leser et større innblikk i innholdet er det tatt med noen direkte sitater for å understreke analysedelen og innsamlingsdataene.



Figur 5: Viser hvordan vi har gjort kodingen etter utvalgte temaer.

6.1.1 Hovedtema 1: Bekkensmerter

6.1.1.1 Lokalisasjon

Alle av deltakerne var klare i svaret om hvorfor gravide oppsøkte de for behandling. Samtlige fortalte at flesteparten av gravide som kom til de hadde smerter i forbindelse med svangerskapet. Smerten kunne være lokalisert i enten leddene i bekkenet, lumbal columna, symfyisen eller muskulært betinget i samme området. Det var også gravide som presenterte med smerter i flere områder i bekkenregion. Denne smerten de følte kunne gi de vanskeligheter funksjonelt i det daglige, som kanskje ikke gjorde noe vondt før de ble gravide.

*”De kommer som regel henvist fra lege med smerte i bekkenet og smerter i ryggen”
(Deltaker 1).*

”Det er forskjellige grunner for at de oppsøker meg. Noen har bekkenrelaterte plager, hvor de føler de har litt gangproblemer, smerte når de sitter, når de reiser seg og andre vil bare se om alt er egentlig i muskel- skjelettsystemet i orden” (Deltaker 2).

Alle deltakerne er enige i at mesteparten av de som opplever bekkensmerter presenterer med ensidig smerte i IS- leddet. Da var den gravide tydelig i hvor lokalisasjon av smerten satt, og at noen kan oppleve utstrålinger ned i underekstremiteten. Deltaker 2 og 3 fortalte at det kan være en relasjon og samspill mellom flere strukturer som kan gi smerte eller problemer andre steder. Men at samtlige deltakere forteller at det var veldig forskjellig fra gravide til gravide, i forhold til hvor sterke smerter den gravide presenterer.

Ingen av deltakerne kunne si at det var flere førstegangs fødende som oppsøkte de for behandling enn andregangs fødende. De var klare på at gravide som hadde vært gjennom tidligere svangerskap oppsøkte behandling på et tidligere tidspunkt, for å unngå eller forbygge eventuelle svangerskaps problemer.

”Det er klart at det er mange som har hatt smerter i første graviditeten, kommer ofte tilbake tidligere i andre graviditeten for ønske om å forebygge, selv om de ikke har fått spesifikke sterke smerter i graviditet nummer to” (Deltaker 4).

”Bekkeproblematikk som jeg kaller det er ofte hormonelt startet, og har litt forskjellige forløp. Når babyen vokser og er det noen uker hvor det er mer smerter, og andre uker litt mindre. Det er ofte iliosacral leddene som reagerer, og sacrum kan blokkeres litt. Samme med coxxyx, nedre lumbal, overgangen mellom thorax og lumbal og symfysen, hvor det kan oppstå litt problemer” (Deltaker 2).

6.1.1.2 Trimesteravhengige smerter

Det kom fram i intervjuene litt forskjellige erfaringer om bekkensmertene gravide opplevde var trimesteravhengige. Hvilket trimester de gravide var som kom for behandling var forskjellige. Deltaker 2, 3 og 4 var enige om at de fleste var i 2. trimester, mens deltaker 1 hadde flest gravide med bekkensmerter til behandling i 3. trimester, men fortalte også at det hadde forekommet gravide som kom allerede til behandling i 1. trimester. Deltaker 2 hadde også lik mening om at det har forekommet enkelte gravide med bekkensmerter i 1. trimester, men hvor det da har vært en underforliggende årsak.

”Jeg syns kanskje det vanligste er kanskje i 2. trimester. 3. trimester er det kanskje ofte kvinnene er mer innforståtte med at de må leve med en viss type belastning eller smerte. Vi ser jo hele spekteret, men jeg syns hovedvekten av det er i 2. trimester” (Deltaker 4).

”Det er noen få som kommer allerede i 1. trimester, men da er det kanskje andre problemområder som gir smerte. Det kan for eksempel være tidligere skade i bekkenet eller skolioser eller beinlengde forskjell” (Deltaker 2)

6.1.2 Hovedtema 2: Førstegangs konsultasjon av gravide

6.1.2.1 Anamnese

Alle intervjudeltakerne påpekte at det var veldig viktig med en grundig anamnese rundt den gravide. De fleste av deltakerne var veldig detaljertrik i sin besvarelse. De påpeker viktigheten med å vite om det er graviditeten har skjedd på normalt vis eller om det er gjort ved kunstig inseminering. Deltaker 2, 3 og 4 er like i besvarelsen når det gjelder å gjøre en så detaljrik anamnese som mulig, for å kunne kartlegge hele forløpet i svangerskapet fram til behandlingsdagen, og videre behandling. De viser til at anamnesespørsmålene er generelle og inneholder mye av det samme som ved en vanlig pasient, men at man går dypere inn i spørsmål som stressnivå, ernæring, aktivitetsnivå, arbeidsfunksjon, belastningen de har i hverdagen og om de er i et forhold eller alenemor.

*”Det er veldig viktig for meg å kartlegge den totale belastningen de har i hverdagen. Det å vite hva de gjør og ikke gjør, som kan kanskje være med å bidra til de smertene de har”
(Deltaker 1).*

Det var også fokus hos alle deltakerne å få vite noe om den totale belastning den gravide har i hverdagen. Da med bakgrunn for at det kan det være flere bidragsfaktorer for hvorfor den gravide opplever bekkensmerter. Deltakerne prøver å kartlegge om det er førstegangs fødende, eller om pasienten har gått gjennom flere svangerskap. Har eventuelle tidligere fødsler vært normale eller kompliserte. Hvis det er barn nummer 2, ønsker deltaker 1 å vite hvor langt opphold der er mellom svangerskapene, hvor deltakeren prøver å få en oversikt over om den gravide har klart å bygge opp ressursene i kroppen.

”Tidligere sykehistorie, tidligere eventuelle svangerskap, arv og hvordan svangerskapet til mor eller mormor var, tidligere behandlinger, skader og lignende” (Deltaker 4).

Samtlige ønsker å vite noe om familiesituasjon og hvilket yrke de har, aktivitetsnivå og om de har hatt tidligere plager med rygg eller bekken.

”Jeg prøver å finne ut hva slags yrke de har. Hvor mye belastning har de hjemme, er de alene mødre eller er de i en vanlig familiesituasjon. Da vil de få hjelp og det sier noe om hennes hverdagsbelastning. Hvis du er alenemamma med tredje barn på vei, kan jeg tenke meg at det blir veldig vanskelig og at kroppen din må tåle veldig mye” (Deltaker 1).

Flere av deltakerne stiller som sagt grundige spørsmål for å få en detaljrik anamnese, hvor de ønsker å avdekke eventuelle symptoms tegn som indikere alvorlig patologi eller svangerskapsforgiftning etc. Hos noen av deltakerne hadde det forekommet tilfeller hvor de har måtte henvise den gravide til annet helsepersonell for videre undersøkelse. Når intervjudeltakerne forteller om anamnese delen, påpeker de viktigheten med å følge dette opp ved senere behandlinger. Alle deltakerne forteller at anamnese delen er også viktig i forhold til undersøkelses delen og behandlingen.

”Det er veldig viktig å vite litt hvordan de første ukene har vært, om det har vært blødninger, om det har vært kvalme, svimmelhet, hodepine, andre kroppslige plager” (Deltaker 2).

”Om du føler noen blir dårlig under en undersøkelse eller du føler at du oppdager at de skifter hudfarge, blodtrykket og puls er ut av kontroll eller den gravide opplever pustevansker. Det kan hende at du føler hevelse i kroppen eller andre smerte symptomer som for eksempel sterke og sårhet i huden rundt livmor stopper jeg behandlingen. Da sender jeg de til legen og dokumenterer det i journalen og forhører meg med lege og pasient senere” (Deltaker 2).

”Den skal inneholde en oversikt over pasientens tidligere sykdoms historie, og medisiner de tar, kontakt med fastlege eller annet helsepersonell før og etter svangerskapet, systemiske spørsmål hvor man går gjennom kroppssystemene spesifikt. Sosial historie, aktiviteten i hverdagen og hvilken belastning de har i hverdagen. I tillegg spør jeg gjerne litt om forventninger til behandlingen” (Deltaker 3).

Vi stilte også noen oppfølgingsspørsmål i forbindelse med hva deltakerne spør etter ved oppfølgende konsultasjoner, hvor det forekom noen forskjeller. De stiller oppfølgende spørsmål som for eksempel om det har forekommet blødninger siden sist eller svangerskaps kramper. Noen av deltakerne var opptatte av å lytte og spørre pasienten om det er noe de lurte på i forhold til svangerskapet. I tillegg til å være interessert i hvordan den gravide har hatt det siden den siste behandlingen, responsen i etterkant og om det har skjedd noe i svangerskapet som deltakeren trenger å vite.

”Jeg spør om de har skjønt hva vi har snakket om, om de har noen spørsmål eller ting de lurer på. Som regel tenker man litt i etterkant av førstegangs konsultasjonen om deres egen belastning, og hvordan det kanskje kan påvirke smerten de opplever” (Deltaker 1).

”Det er veldig mange spørsmål som man følger opp ved hver konsultasjon egentlig. For eksempel smerteutbredelse, hva og hvordan aktiviteten har vært, hva som har gjort det verre, hva som har gjort det bedre, hvilke aktiviteter det har klart og ikke klart. Har de fulgt rådene man har gitt de og hvilke tiltak de selv har gjort” (Deltaker 4).

De spør de rutinemessige spørsmålene rundt svangerskap og symptomer, for å eventuelt avdekke om det kan foreligge svangerskapsforgiftning eller annen problematikk. Noen av deltakerne forteller at de alltid tok blodtrykket på pasienten, fordi høyt blodtrykk kan være et tegn på svangerskapsforgiftning. De ønsket å vite om den gravide har vært hos jordmor eller annet helsepersonell mellom behandlingene...

”Jeg spør hver gang om de har vært hos jordmor eller til en annen undersøkelse. Har de vært til ultralyd, tatt blodprøver eller urinprøve. Så tar jeg blodtrykket for å se hvordan det står, og spør om det har vært noe i urinen eller en form for blære problematikk. Har det vært noe proteiner inne i urinen, som kan være tegn på svangerskapsforgiftning” (Deltaker 2).

6.1.2.2 Undersøkelse

Samtlige deltakere tar det som presenteres ut i fra anamnesen i betraktning når de skal undersøke den gravide. En av deltakerne går i enkelte tilfeller ut i fra den gitte diagnosen den gravide har fått fra annet helsepersonell.

”Ut i fra anamnesen så vil man jo gjøre en orienterende undersøkelse, og i hvilken grad man går inn i den nevrologiske og ortopediske testingen avhenger litt av det som blir presentert.

Men det skal jo være en medisinsk del av den undersøkelsen, og jeg vil som sagt alltid ta blodtrykk uansett hva de kommer for.

Fordi at vi ser pasienten i en et forløp av en stor endringsprosess, er det fint å ha en baseline og sammenligne fra. Den lokale ortopediske undersøkelsen gjøres i forhold til hva du syns og hva som er relevant for den enkelte pasienten” (Deltaker 3).

Alle deltakerne gjør sin undersøkelse i flere posisjoner; stående, sittende og liggende. Det er for å se hvordan den gravides kropp oppfører seg i vekt bærende og ikke- vekt bærende stilling. Deltaker 2 og 3 viser til at de bruker hendene mye for å føle hvordan vevet oppfører seg, hvor den gravide er i en prosess for det skjer store forandringer med kroppens strukturer. Flere av deltakerne viser til strukturer som for eksempel føttene og diafragma. De blir alltid tatt med i undersøkelsen for å se etter avvikt, når den gravide presenterer med bekkensmerter.

På grunn av den store forandringen i holdningsmønsteret under svangerskapet gjør flere av deltakerne en grundig holdnings undersøkelse. Holdningsmønsteret forteller noe om hvor godt den gravide klarer å kompensere for den store forandringen som skjer i kroppen (3, s. 35). Samtlige av deltakerne ser på strukturer som er i relasjon til pelvis og columna, hvor de gravide ofte opplever smerte. Noen av deltakerne forteller at de ikke klarer å fjerne all smerten, men redusere den slik at den gravide klarer å fungere bedre i hverdagen.

”Når jeg gjør stående undersøkelse, gjør jeg en generelt holdnings undersøkelse for å se om det er andre ting som kan forårsake smerter. Det er jo normalt å få en relaksasjon av bekken og strukturene rundt. Men hva er det med denne kvinnen, hvorfor har hun smerter? Har hun en benlengde forskjell, har hun overstrekt ankel, har hun en kne plage eller foreligger det andre ting som kan gi smerte? Hvordan står hun, har hun tyngde bak på hælene altså mye som tydelig observasjon. Det å se det helhetlige før jeg går direkte og sjekker spesifikt på bekkenet nesten ikke før jeg er på benk” (Deltaker 4).

6.1.2.3 Behandling

Alle deltakerne forteller at de legger behandlingsplanen ut i fra undersøkelsesrutinen. Noen av de gravide pasientene har hatt så sterke smerter, hvor deltakerne har måtte tilpasse både undersøkelses- og behandlingsrutinen. Andre ganger må de forandre rutinen ut i fra hvilket trimester de er i, da med tanke på størrelse på mage og de biomekaniske forandringene i kroppen. Deltaker 3 forteller i sitt intervju at hun har en benk med hull i, slik at den gravide kan ligge på magen uten at den blir klemt på noen måter. Det vil gi en større frihet til å utføre teknikker i mageleie. Deltakerne svarer forskjellig i forhold til hvilke teknikker de benytter under behandlingen. Deltaker 1 velger skånsomme mobiliserings- og massasje teknikker, hvor hovedfokuset er rettet mot bekkenet og lumbal. I benytter deltakeren lette tøyings- og stabiliseringsøvelser.

” Jeg bruker en del slynger, for da kan den gravide bruker bare sin egen kroppsvekt, og av erfaring funker de veldig bra. For eksempel beina i bred slynge og løfter opp hvor de må

stramme hele korsettet uten at det blir for mye bevegelse. Jeg prøver å finne øvelser som hvor de ikke trenger å gjøre de store bevegelsene” (Deltaker 1).

Deltaker 2 og 3 velger sine teknikker ut i fra hvor langt den gravide er i svangerskapet. Deltaker 2 er forsiktig med direkte teknikker fram til uke 8, mens deltaker 3 helst unngår direkte behandling fram til uke 12 og i uke 16 på bakgrunn av økt sjanse for spontant abort. Teknikkene de velger å bruke gjenspeiler og de selv som person. Deltaker 2 velger teknikker ut i fra hvilken region på kroppen som behandles. Deltaker 3 er fornøyd ved å ha oppnådd et bedre resultat ved bruk av indirekte og myke teknikker, framfor manipulasjons teknikker. Deltaker 4 bruker teknikker som behandler både muskulatur og bindevev, med fokus på alle strukturene rundt området. Samtlige av deltakerne forteller at under graviditeten kan man komme langt ved å bruke myke teknikker, nettopp fordi den gravide er under hormonelle forandringer hvor kroppen er lett å jobbe med.

Deltaker 4 velger også mobiliseringsteknikker i sin behandling. Men i samsvar med 2 Hvor tankegangen bak er å jobbe med alle strukturene rundt og som kan påvirke hverandre, gjennom muskelenergi teknikk, mobilisering eller listening teknikker.

”Det er kommet helt ann på hva plagen er og funnene ut i fra undersøkelsen som avgjør hva slags behandlings tiltak jeg velger. Om jeg opplever at det er muskulært eller leddnært eller om det er bindevev eller om det er form for asymmetri. Noen ganger har jeg ikke teknikker som strekker til som justering av ledd, og må henvise videre. I tillegg bruker jeg tape eller nåler.” (Deltaker 4).

6.1.3 Hovedtema 3: Kommunikasjon

Alle intervjudeltakerne legger stor vekt på kommunikasjonen med den gravide. De forklarer at det å være gravid og gå gjennom et svangerskap er ikke en sykdom, men at det kan oppstå problemer i svangerskapet. Begreper som bekkenløsning og bekkenlåsning er ord som alle intervjudeltakere tar seg tid til å snakke med den gravide om. Slike begreper mener de kan skape redsel og engstelse blant gravide. De mener det er viktig å forklare den gravide at det er helt naturlig og normalt at kroppen forandrer seg den nye situasjonen.

”Begreper som bekkenløsning og bekkenlåsning er kanskje noe av det jeg må jobbe mest med å forklare. Det er helt normalt, bekkenløsning får alle, ellers kunne vi ikke ha fødd. Det å gå gravid er en forandring av kroppen, hormoner, tyngdeplassering og alt sånt!” (Deltaker 4).

6.1.3.1 Råd og veiledning

Samtlige av deltakerne gir sine gravide pasienter råd og veiledning gjennom svangerskapet. De påpeker viktigheten med at den gravide ikke skal stoppe opp med det en liker å gjøre, men at de i grove trekk tilpasser de daglige funksjonene sine til sin nye hverdag.

”I grove trekk gir jeg råd om å tilpasse de daglige funksjonene, alt etter hva de driver med. Legge til rette for at man kan bevege seg på en bedre måte, sove på en bedre måte og jobbe på en bedre måte” (Deltaker 3).

Alle gir råd om sunn, men normal kosthold og ernæring. I tillegg gir deltakerne veiledning i forbindelse med trening under svangerskapet. Deltakerne fokuserer da på stabiliseringsøvelser spesielt i bekken og rygg området. Flere av de anbefaler også gravide til å prøve yoga trening. De forklarer hvordan yoga hjelper ikke bare mange deler av kropp og ledd, men også pusteøvelser.

”Vi gir de som regel et lite og enkelt øvelsesprogram som vi kaller matte- gulv- stol øvelser. Hvor man kan bruke ting man har hjemme og ikke trenger å kjøpe noe særlig utstyr for å gjøre de” (Deltaker 1).

”Yoga for gravide er en veldig rolig behandlingsform, som er veldig gunstig for mange deler av kroppen og leddene, og jeg synes det er veldig enkelt å anbefale Yoga for gravide” (Deltaker 4).

6.1.3.2 Visualisering

Visualisering som kommunikasjon forklarer flere av deltakerne går ut på å vise den gravide hva som skjer med kroppen under graviditeten. Deltakerne bruker anatomiplakater eller anatomiske skjelett for å vise for eksempel normale bevegelsen til bekkenet. Flere av deltakerne bruker nettopp dette for å engasjere og inkludere de gravide. Det kan være med å gi en bedre forståelse for hvorfor de kanskje opplever bekkensmerter, om ikke bekkenet beveger seg som normalt.

6.1.3.3 Hjelpemidler

Samtlige av deltakerne ønsker ikke anbefale gravide å bruke hjelpemidler under svangerskapet hvis de kan unngå det. I enkelte tilfeller hvor det er veldig sterke smerter anbefaler noen av deltakerne krykker eller bekkenbelte for avlastning og stabilisering.

”Jeg pleier ikke rutinemessig å anbefale noen spesifikke hjelpemidler. Men de fleste har spørsmål om ting de tenker på. Gravide er opptatt av utstyr, så du blir spurt om alt mulig og jeg pleier veldig sjelden å anbefale noen store kjøp av alt mulig av utstyr. Jeg har god erfaring med at den gravide skal fortsette å trene det de synes er gøy, men på en modifisert måte. Er de ukjente med trening, fungerer ofte yoga veldig bra” (Deltaker 3).

Noen av deltakerne forteller at gravide plages av hovne bein under svangerskapet. Da bruker deltakerne å tipse om støttestrømper eller en behagelig bukse som er laget spesielt for gravide. Deltakerne gir også gravide med bekkensmerter om å rulle sammen en dyne til en

pølse, som de plasserer under hodet og mellom beina når de ligger på siden. Hvis den gravide opplever smerte når de snur seg i sengen, bruker deltakerne å be de kjøpe en sklilaken som minsker friksjonen.

7 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal vi drøfte og kritisk vurdere resultatene fra datainnsamlingen opp mot problemstillingen. Fant vi det som var forventet eller oppstod det uventet kunnskap underveis i studien. I tillegg vil vi kritisk vurdere den metodiske framgangen som er brukt i oppgaven. Er det ting som kunne vært gjort annerledes og bedre? Dette kommer vi nærmere inn på nedenfor.

7.1 Vurdering av metoden

Denne studien hadde som formål å finne ut hvordan behandlingstilnærming osteopater og fysioterapeuter tilnærmer seg gravide med bekkensmerter. For å finne ut av dette valgte vi å utføre en kvalitativ undersøkelse basert på individuelle dybdeintervju. Bakgrunn av metodevalget var at vi ønsket å få forståelse rundt temaet gjennom intervjudeltakernes øyne. Resultatene er basert på intervjudeltakernes personlighet, kliniske erfaring og kunnskap. I forkant av undersøkelsen gjorde vi litteratur søk rundt behandlingstilnærming i relasjon til bekkensmerter, men er lite forskning rundt dette. Det er heller ingen kjent hva som er den årsaken til bekkensmerter, men foreligger teorier rundt dette. Det gjenspeiler også noe usikkerhet i hvor forskjellig behandlingen kan være og variere fra terapeut til terapeut.

Undersøkelsen ble utført av to osteopatistudenter. Under hele forsknings prosessen prøvde vi å være så objektiv som mulig, noe vi mener vi var på grunn av lite forkunnskaper rundt temaet. På denne måten blir validiteten styrket ved at resultatene ikke er preget av subjektive holdninger og meninger. I motsetning kan enkelte deler av oppgaven være preget av våre egne erfaringer og vår kunnskap rundt osteopati som profesjon. På grunn av ukjent årsak og lite forskning rundt temaet har vi ikke kunne basere resultatene opp mot tidligere forskning eller teori. Lite teori og forskning kan i tillegg være en svakhet rundt behandlingstilnærming, når man tenker om resultatene er pålitelige og anvendbar for senere forskning. Vi kom fram til noen hovedtemaer i resultatene basert som sagt på intervjuene, som vi mener gir en grundig helhetsforståelse av hvordan behandlingstilnærming de ulike terapeutene gir den gravide.

I undersøkelsen valgte vi å bruke et lite utvalg på kun fire personer. Dette ble gjort for at vi på en best mulig måte skulle få den informasjonen vi trengte, og for at vi skulle sitte igjen med en håndterbar mengde resultater. På den andre siden kan det å ha et begrenset antall deltakere være en svakhet i undersøkelsen vår. Utvalget av intervjudeltakerne bestod kun av kvinner. Dette kan diskuteres om det er en svakhet, hvis man hadde intervjuet mannlige terapeuter og deres behandlingstilnærming til gravide om det ville gitt samme resultatene. Når det gjelder bruk av få deltakere opp mot at resultatene kan generaliseres. Men hvorfor generalisere? Som vi har nevnt tidligere i oppgaven er det i kvalitativ forskning viktigere å overføre kunnskap rundt temaet, noe vi ønsket å oppnå med denne undersøkelsen (18, s. 265).

Det ble brukt konkrete og åpne spørsmål til alle intervjudeltakerne, noe som gjør det mulig for andre forskere å kunne gjøre omtrent samme undersøkelse. Under selve intervjuet ble det stilt akkurat de samme spørsmålene til hver enkelt intervjudeltaker. I tillegg til dette ble det også stilt de samme oppfølgingsspørsmålene til alle. For at det ikke skulle bli store forskjeller på resultatene i undersøkelsen, brukte vi samme forsker til å intervju under samtlige intervju. Dette er positivt i forhold til generaliseringen hvis en annen forsker ønsker å utføre samme studie, kan samme intervjuguide brukes.

Derimot er det viktig under kvalitativ forskning med variasjoner for å kunne belyse fenomenet behandlingstilnærming av gravide med bekkenmerter. Ettersom det er flere profesjoner som utfører manuell behandling, kunne det vært ønskelig å studert det gjennom andres perspektiver enn kun fysioterapeuter og osteopater.

Resultatene i oppgaven er tolket av to forskere. Dette kan styrke oppgaven i form av at to personer med ulik erfaring og kunnskap vurderer resultatene, og kan sammenligne tolkningene av funnene. Dataene vi sitter igjen med presenterer også intervjudeltakernes oppfatning, erfaring og mening om fenomenet gravide kvinner med bekkenmerter. Siden alle deltakerne jobber aktivt med denne gruppen pasienter, styrker dette validiteten i studien. Kan man egentlig si at forskningen er valid hvis resultatet du får ikke resulterer i tall? Tar man utgangspunkt ut i fra den metodologiske positivistiske tilnærmingen til samfunnsvitenskapen, der det blir beskrevet ”validiteten bestemmes ofte ved at man stiller spørsmålet: måler du det du tror du måler?” (18, s. 250). Ut i fra dette kan man si at resultatene i denne oppgaven er valide. Om vi ser det fra et annet perspektiv der vi heller stiller spørsmålet om i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke, kan vi si at resultatene i denne oppgaven er valide. Dette på grunn av funnene i oppgaven reflekterer formålet med studien.

7.2 Vurdering av resultatene

Når vi har vurdert resultatene opp mot problemstillingen tok vi utgangspunktet i hovedtemaene og delte det inn i kategoriene. Dette for å gjøre det enklere for oss selv og leseren, å forstå sammenhengen mellom teori, datainnsamling og resultatene. Deler som har blitt benyttet for å besvare problemstillingen: ”Hvilken behandlingstilnærming har osteopater og fysioterapeuter til gravide med bekkensmerter?”

7.2.1 Bekkensmerter

Hvorfor er det slik at noen gravide opplever bekkensmerter, mens andre kvinner går gjennom svangerskapet med minimale problemer er fortsatt ukjent. Selv med ukjent årsak foreligger det flere teorier som nevnt innledningsvis, om hva som kan gi smertene. Hvordan behandlingstilnærming har fysioterapeuter og osteopater til gravide med bekkensmerter, når årsaken er ukjent?

I kategorien bekkensmerter kom det frem at flertallet av de som oppsøkte terapeutene for behandling, presenterte med ensidige smerter i IS-leddene. Smertevariasjon var individuell, og terapeutene kunne ikke si om det var et mønster i hvilke pasienter som fikk smerter, eller når i svangerskapet de presenterte med smerter. De kunne si at majoriteten av pasientene kom med bekkensmerter i løpet av 2. trimester. I tillegg kunne de da ha smerter lokalisert i andre områder på kroppen, nettopp fordi de biomekaniske forholdene hadde forandret seg under fosterets utvikling.

7.2.2 Førstegangskonsultasjon av gravide

Anamnese

Under intervjuene kom det frem hvor viktig det var med en god anamnese. Dette påpekte både fysioterapeutene og osteopatene. De tre siste deltakerne klarte å få fram eksempler på hva de spør etter for å få en detaljrik anamnese. Grunnen til at de ønsket å bruke en detaljrik anamnese, var for å kunne kartlegge hele forløpet i svangerskapet fram og til behandlingsdagen. Hvorfor var ikke den første deltakeren lik de andre i svaret på dette området? Siden den første deltakeren er fysioterapeut som er autorisert og får pasienter tilsendt fra annet helsepersonell, kan dette føre til at hun har en annen tilnærming rundt anamnesedelen? Det kan være at hun antakeligvis allerede har fått mye informasjon på forhånd fra det annet helsepersonell. Den andre fysioterapeuten i denne undersøkelsen jobber privat og ikke får tilsendt pasienter fra annet helsepersonell, kan dette være en grunn for at hun stiller mer like anamnesespørsmål som osteopatene?

Til tross for noen unntak fortelles det i intervjuene at anamnesen for gravide med bekkensmerter ikke er veldig ulik anamnesen for ”vanlige” pasienter. De forteller at det som er annerledes med en gravid kvinne med bekkensmerter, er at de blant annet går dypere inn på spørsmål som har med stressnivå, ernæring, aktivitetsnivå, arbeidsfunksjon, belastningen de har i hverdagen, om de er i et forhold eller om de er alenemor. Mange av de nevnte punktene er altså også brukt i en anamnese for vanlige pasienter, men hvorfor er det så viktig å gå dypere inn på disse områdene med en gravid kvinne med bekkensmerter? Kan det være fordi kvinnekroppen da går gjennom en rekke endringer under graviditeten? Kan disse endringene ha noe å gjøre med at alle de nevnte punktene over har en større betydning for en gravid kvinne og ikke minst fosteret, enn hva de har for en ”vanlig” person?

Undersøkelse

Samtlige av deltakerne brukte den informasjonen de fikk fra anamnesen, når de skal undersøke pasienten. Det var derimot deltaker 1, som også her skiller seg ut fra de andre. Hun forteller at hun i enkelte tilfeller går ut i fra gitte diagnoser hun har fått fra annet helsepersonell. På bakgrunn av at anamnesen og undersøkelsen henger sammen, var dette naturlig for henne å gjøre. En førstegangskonsultasjon med en henvisning fra et annet helsepersonell, vil ut i fra resultatene i denne oppgaven derfor kunne foregå litt annerledes, enn om pasienten kommer uten henvisning.

I undersøkelsen velger alle deltakerne å undersøke pasienten i flere posisjoner. Terapeutene ønsker å se hvordan kroppen oppfører seg i vektbærende og ikke- vektbærende stilling. Siden kroppen går gjennom store biomekaniske endringer, forteller noen av deltakerne at de alltid gjør en grundig holdningsundersøkelse. I holdningsundersøkelsen fokuserer de på å se hvordan kroppen kompenserer for endringene som skjer.

Selve undersøkelsen består av ulike deler. Deltaker 3 forteller blant annet ut i fra anamnesen, at hun vil gjøre en orienterende undersøkelse . Altså en undersøkelse som kan hjelpe terapeuten til å vite hva man skal gjøre i behandlingen. Undersøkelsen skal i tillegg orientere terapeuten til å kunne stille differensialdiagnoser. Deler som blir brukt i den orienterende

undersøkelsen, er nevrologiske og ortopediske tester. Disse delene inneholder forskjellige undersøkelsesteknikker som blir brukt av både osteopatene og fysioterapeutene. Selv om det undersøkelsen inneholder forskjellige teknikker, tilpasses teknikkene ut i fra hver enkelt pasient.

Behandling

Anamnesen og undersøkelsesrutinen er det som legger grunnlaget for behandlingsplanene for alle av terapeutene. Det er av den grunn mulighet for store variasjoner i hvordan behandlingen kan foregå for en gravid kvinne med bekkenmerter. Ting som også avgjør hvordan de velger å behandle er alt fra hvilket trimester pasienten er i, hvor stor magen er og hvor sterke smerter pasienten har. Har pasienten veldig stor mage blir utvalget av teknikker mindre, siden pasienten ikke kan ligge i alle posisjoner. Hvis man derimot har en benk med hull i, kan man på den måten få et større utvalg teknikker å velge mellom. Deltaker 3 fortalte i sitt intervju at hun hadde en slik benk. Dette kan derfor ha noe å si for hvordan hun legger opp sin behandling i forhold til de andre som ikke har en slik benk.

Teknikkvalgene viser seg å være ulik mellom deltakerne. Osteopatene velger sine teknikker ut i fra hvor langt den gravide er i svangerskapet. Begge osteopatideltakerne er forsiktig med direkte teknikker i det første trimesteret, på grunn av økt risiko for spontanabort. Når det kommer til teknikkvalg er de på en annen siden noe ulik. Deltaker to velger teknikker ut i fra hvilken region på kroppen som behandles. Deltaker 3 velger å bruke indirekte og myke teknikker framfor for eksempel manipulasjonsteknikker. Alle terapeuter er forskjellige, og deres personlighet kan derfor gjenspeile hvordan de behandler. Men prinsippene de jobber ut i fra er fortsatt de samme, nettopp å redusere smerter og hjelpe kroppen til å takle de store forandringene bedre. Når det gjelder fysioterapeutene er de ganske ulike i sin behandlingstilnærming. Deltaker 1 velger å bruke skånsomme mobiliserings og massasjeteknikker, hvor fokuset er rettet mot bekken og lumbal. Deltaker 4 velger på den andre siden å bruke teknikker som behandler både bindevev og muskulatur, med fokus på å jobbe med alle strukturene rundt, og det som kan påvirke hverandre. Når det er sagt nevnte deltaker 4 i sitt intervju at hun tidligere i sin karriere hadde jobbet tverrfaglig med andre osteopater, og hun kunne tenke seg å videreutdanne seg som osteopat om hun hadde hatt mulighet til det. Av den grunn kan vi tenke oss at hennes behandlingstilnærming kan være preget av at hun vet hvordan osteopater jobber, og at hun selv har et ønske om å bli en osteopat.

7.2.3 Kommunikasjon

Til slutt i behandlingen velger alle deltakerne å ta seg tid til å kommunisere og prate med den gravide. Av sin kliniske erfaring kommer mange gravide pasienter med spørsmål rundt svangerskapet, som de kanskje ikke har fått svar fra annet helse personell. Mange av terapeutene ønsker derfor å redusere eventuell engstelse og redsel rundt svangerskap og fødsel. Mange gravide kunne også være usikre på trening, derfor tok samtlige av deltakerne seg tid til å gi råd om trening og kosthold. Trening og sunt kosthold er viktig for alle og en hver, men desto enda viktigere er det når man må ”spise for to”. Grunne til at terapeutene tar seg tid til å gi råd, er antakeligvis på grunn av pasientens mangelfulle kunnskap. På en annen side prøver de å gjøre pasienten oppmerksom på at man ikke trenger å forandre seg helt, selv om man er gravid.

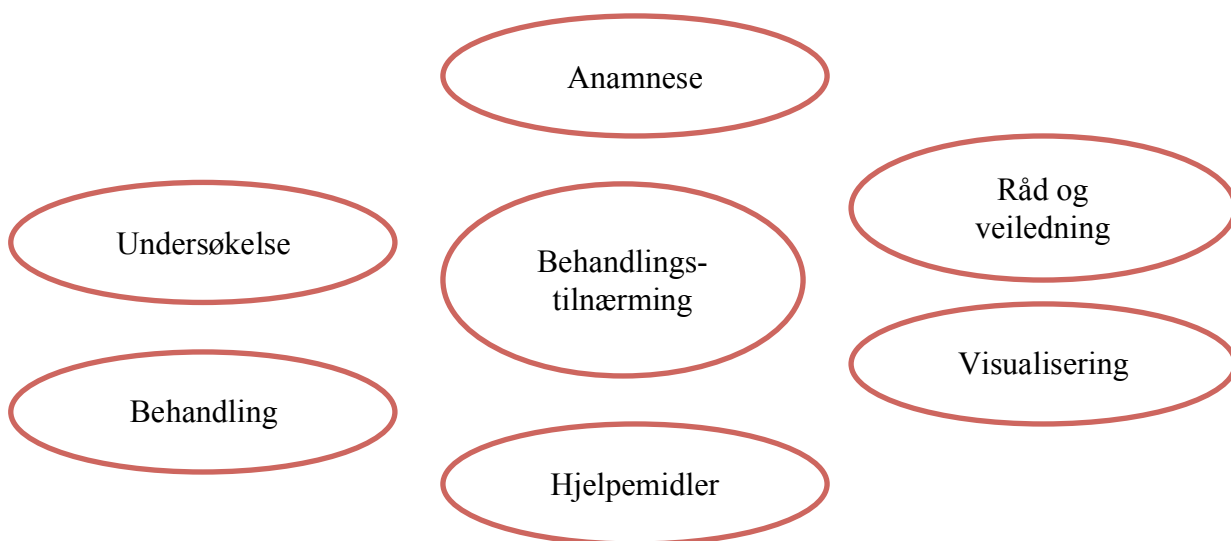
I tillegg til dette bruker terapeutene tid på og forklare pasienten hva som skjer med kroppen under graviditeten. Det gjør de ved hjelp av ulike visualiserings metoder som anatomiplakater eller anatomiskejelett. Dette forteller de at gjør for å engasjere og inkludere den gravide, og for at pasienten skal få en forståelse for hvorfor de opplever smerter i bekkenet. Alt dette er nyttig i forhold til at den gravide skal forstå at det å være gravid ikke er en sykdom, men det er en naturlig prosess kroppen går gjennom. Men, at det kan oppstå problemer underveis som kan føre til smerter i for eksempel bekkenet.

I forhold til smerter i bekkenet under graviditet finnes det ulike hjelpemidler. Blant annet brukes det krykker, bekkenbelte, støttestrømper eller en tett pakket dyne formet som en pølse til å legge mellom beina. Deltakerne er litt uenig i forhold til det å gi råd om hjelpemidler. Disse ulike meningene er basert på egne erfaringer og holdninger rettet mot hjelpemidler. Alle nevner at de gir råd om den tettepakke dyna. Noen av deltakerne synes det også er nyttig med blant annet støttestrømper eller en behagelig bukse om pasientene plages med hovne bein. Andre ønsker ikke å anbefale hjelpemidler hvis de kan unngå det i sin behandling. Grunnen til de ulike meningene kan være at terapeutene selv ikke har noe tro på at disse hjelpemidlene fungerer, eller at det finnes andre måter å løse problemet på som for eksempel behandling. Vil da de terapeutene som ikke anbefaler hjelpemidler når en gravid kvinne har sterke smerter, hjelpe eller gjøre ting verre fordi de ikke tror på bruk av hjelpemidler. Mens på en annen side, de terapeutene som anbefaler ulike hjelpemidler anbefale dette på et for tidlig stadiet som igjen kan ha negativ effekt.

8 Konklusjon

Med utgangspunktet i problemstillingen ”Hvilken behandlingstilnærming har osteopater og fysioterapeuter til gravide med bekkensmerter?”, kom vi fram til følgende konklusjon.

Ut i fra intervjuene kom det fram sentrale temaer som vi mener utgjør hvilken tilnærming osteopater og fysioterapeuter har når de behandler gravide med bekkensmerter. Vi fikk spesifisert hvor majoriteten presenterte området/ områdene de opplevde bekkensmertene. Hvor lokalisasjonen av smerten satt, var vesentlig for samtlige av terapeutene å vite i forhold til behandlingsplanen videre. Figuren under viser kategoriene ut i fra hovedtemaene, som er avgjørende for å gi svar på hvilken behandlingstilnærming terapeutene har.



Behandlingstilnærmingen fysioterapeutene og osteopatene presenterer er forskjellige, og hvor mye av behandlingen de gjør baseres på egne erfaringer de har gjort gjennom sin klinikk karriere. Selv om tilnærmingen er forskjellige baserer alle terapeutene behandlingen og undersøkelsen, fra en god og detaljert anamnese. Ut i fra anamnesen gjør de undersøkelser og tester som avgjør hva og hvilke områder som skal behandles. Til tross for likheter i starten av en førstegangs konsultasjon var det større forskjeller med tanke på behandlingsteknikker. De varierte mellom personlige erfaringer av hva som fungerer, hvordan de er som person og hvordan pasienten er som person. Kommunikasjon med den gravide er et av hovedtemaene som er veldig sentralt i tilnærmingen. Det å gi råd og veiledning om svangerskapet, og hvordan utfordringer skal takles er en viktig del av behandlingen. Det er kanskje den viktigste behandlingstilnærmingen alle terapeutene kan ha til sin gravide pasient som presenterer men bekkensmerter. Kommunikasjon ga trygghet, tillitt og økt forståelse for prosessen som den gravide går gjennom.

Vi mener at alle de overnevnte kategoriene er sentrale i hvordan behandlingstilnærming fysioterapeuter og osteopater har til gravide med bekkensmerter. Det er viktig å ta i betraktning at behandlingstilnærmingen kan variere mellom terapeutene også innad samme profesjon. Selv med noe variasjoner her vil formålet være det samme, å redusere bekkensmertene og hjelpe den gravide til å fungere bedre i hverdagen. For å redusere bekkensmertene benyttes kategoriene som nevnt over.

Referanseliste

1. Vleeming A, Albert HB, Östgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J.* 2008 Jun;17(6):794–819.
2. Robinson HS, Veierød MB, Mengshoel AM, Vøllestad NK. Pelvic girdle pain - associations between risk factors in early pregnancy and disability or pain intensity in late pregnancy: a prospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2010 May 13;11(1):91.
3. Sandler S. Osteopathy and obstetrics. Tunbridge Wells: Anshan Ltd; 2012. 249 p.
4. Juel N. Svangerskapsrelaterede bekkenplager. *Tidsskr Den Nor Legeforening.* 2010;130(21):2107–2107.
5. Norsk fysioterapeutforbund [Internet]. Hva er fysioterapi? [cited 2015 Jan 19]. Available from: <http://www.fysio.no/FAG/Hva-er-fysioterapi>
6. Osteopati2minutter [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 19]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=pGiYxaEksTk&feature=youtube_gdata_player
7. Bani D. Relaxin: A pleiotropic hormone. *Gen Pharmacol Vasc Syst.* 1997 Jan;28(1):13–22.
8. Stuge B. Diagnostikk og behandling av bekkenleddsplager. *Tidsskr Den Nor Legeforening.* 2010;130(21):2141–5.
9. Stone CA. *Visceral and Obstetric Osteopathy.* Churchill Livingstone Elsevier; 2007. 285-333 p.
10. Obstetric and Newborn care [Internet]. Brooksidepress. 2007 [cited 2015 Apr 23]. Available from: http://www.brooksidepress.org/Products/Obstetric_and_Newborn_Care_1/lesson_5_Section_1C.htm
11. Pelvic Tilt [Internet]. Manchester-Bedford Myoskeletal LLC. [cited 2015 Apr 23]. Available from: <http://www.mbmyoskeletal.com/learning/pelvic-tilt/>
12. Ibrahim I. anatomy and development Of The female Internal Genitalia [Internet]. [cited 2015 Apr 23]. Available from: <http://www.emedicalworks.com/2014/09/anatomy-of-female-internal-genitalia.html>
13. 2010 TD nasjonale forskningsetiske komiteene S oppdatert: 15 januar. 1. Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller [Internet]. Etikkom. [cited 2015 Jan 14]. Available from: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>
14. Gripsrud G, Olsson UH, Silkoset R. *Metode og dataanalyse.* 2. utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS; 2010. 366 p.
15. Olsson H, Sørensen S. *Forskningsprosessen- Kvalitative og kvantitative perspektiver.* 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
16. 2010 TD nasjonale forskningsetiske komiteene S oppdatert: 15 januar. 2. Problemstilling og metode [Internet]. Etikkom. [cited 2015 Jan 14]. Available from: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/2-Problemstilling-og-metode/>
17. Aas Askheim OG, Grennes T. *Kvalitative metoder for markedsføring og organisasjonsfag.* Oslo: Universitetsforlaget AS; 2008.
18. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju.* 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009. 344 p.
19. 2010 TD nasjonale forskningsetiske komiteene S oppdatert: 15 januar. 3. Utvalgsstrategi [Internet]. Etikkom. [cited 2015 Jan 15]. Available from: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/3-Utvalgsstrategi/>

20. Johannessen A, Tufte PA, Christoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 4. utgave. Oslo: Abstrakt forlag AS; 2010. 437 p.
21. Informasjon og samtykke [Internet]. REK- Regional committees for medical and health research ethics. Available from:
https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/frister/malforinformasjonsskriv?p_dim=34672
22. Lov om helsepersonell m.v. [Internet]. §21. Available from:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5
23. Grennes T. Innføring i vitenskapsteori og metode. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS; 2001. 226 p.

8.1 Vedlegg 1: Informasjonsskriv side 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Bacheloroppgavens tittel og problemstilling:

Tittel: "Behandling av gravide med bekkensmerter".

Problemstilling: "Hvordan tilnærmer osteopater og fysioterapeuter seg gravide med bekkensmerter i sin behandling?"

Informasjon om prosjektledere:

Vi er to studenter som går tredje året osteopati ved Norges Helsehøyskole. Ønsket om å jobbe med gravide og barn er sterkt, og har derfor valgt å fordype oss og skrive bachelor om dette emnet.

Informasjon om forskningsprosjektet:

I dette prosjektet ønsker vi å hente inn informasjon i form av et intervju for å få svar på problemstillingen. Alle deltakerne er anonyme og skal ikke på noen måte kunne etterspores. Formålet med studien er å finne ut mer om ulike behandlingsformer i forhold til behandling av gravide.

I intervjuet kommer vi til å stille åpne og forhåndsbestemte spørsmål om hvordan du som terapeut velger å tilnærme deg en gravid kvinne med bekkensmerter i din behandling. I tillegg ønsker vi å høre litt om hva en osteopat/fysioterapeut jobber med.

For å få med oss all informasjon vil det bli brukt en båndopptaker. Vi ønsker å gjøre deg oppmerksom på at oppbevaringen vil være sikret og låst i et skap, slik at ingen vil få tilgang til dette utenom undertegnede som skriver oppgaven. Etter endt bachelorskriving vil opptakskassetten ødelegges slik at informasjon ikke kan bli identifiserbar eller misbrukt på noen måter. Undertegnede er underlagt taushetsplikt etter Lov om helsepersonell kap.5 og all data vil bli behandlet konfidensielt

Prosjektets varighet vil pågå fram til 18. mai og innhentet data vil kunne brukes i hele denne perioden. Innhentet data vil bli analysert og brukt til å sammenligne osteopater og fysioterapeuter. Ferdig og bestått bacheloroppgave kan bli gjort tilgjengelig for studenter i Norges Helsehøyskole sitt bibliotek i fremtiden.

Vi ønsker å understreke at deltakelsen er frivillig og at deltakelsen kan trekkes tilbake uansett tidspunkt, uten å oppgi grunn for dette. Deltakelsen vil ikke kunne få innvirkning på deres karriere som behandlere på noen måter, selv om man trekker samtykket deltakelse tilbake.

På bakgrunn av informasjonen over kunne det være ønskelig å delta i dette forskningsprosjektet?

Har du noen spørsmål kan du ta kontakt med prosjektledere;

Stefi Haldorsen tlf. 994 60 383 eller Veronica Vildmyren tlf. 994 07 770

8.2 Vedlegg 1: Informasjonsskriv side 2

Kryss av enten Ja/ Nei

Ja Nei

Underskrift:

Dato/ Sted:

8.3 Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Samtykkeskjema

Bacheloroppgavens tittel:

”Behandling av gravide med bekkensmerter”

Studenter:

Stefi Haldorsen og Veronica Vildmyren

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet og formålet med bacheloroppgaven.

Jeg er også gjort kjent med at opplysninger om meg vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert, slik at det ikke kan etterspores.

Jeg er videre kjent med at den ferdige og beståtte bacheloroppgaven i fremtiden kan bli gjort tilgjengelig for studenter i Norges Helsehøyskole sitt bibliotek.

Jeg samtykker i å delta som intervjuobjekt i prosjektet.

Jeg er gjort kjent med at jeg når som helst kan trekke meg fra å delta, uten og måtte oppgi noen grunn til det.

Navn: _____

Sted: _____

Dato: _____

Signatur

Signatur student(er)