

Høgskolen i Innlandet

Fakultet for helse – og sosialvitenskap

Masteroppgave

Komplekse kvinneliv med komplekse underliv

Complex Female Life Events with Complex Chronic Pelvic Pain

4PM791 Master i psykisk helsearbeid, 2023

Ord:18141

Brit Kirstie Holmedal

Forord

Denne masteroppgaven avrunder givende år som deltidsstudent som har beriket meg med faglig og personlig vekst. På veien frem til ferdig masteroppgave er det mange som fortjener en takk.

Denne oppgaven utforsker psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer fra deres behandlingsmøter med kvinnelige pasienter med underlivssmerter. Oppgaven hadde aldri blitt til uten velvilligheten fra informantene. En stor takk for tiden og engasjementet de viste ved å dele raust av sine erfaringer.

En ekstra stor takk til min dyktige veileder Hanne Kilen Stuen. Hennes engasjement og behagelige vesen har åpnet opp for gode refleksjoner underveis i prosessen, samtidig som hun har hjulpet meg med å holde stø kurs gjennom hele oppgaven. En takk til alle medstudenter på kullet som har tilført arbeidet mitt styrke gjennom gode samtaler i og utenfor klasserommet.

En spesiell takk til medstudentene på «A-teamet», som jeg har delt disse fire studieårene med. De har vært enestående fine å dele livets opp og nedturen, som disse årene har omfavnet. Jeg ønsker også å takke fantastiske kollegaer og venninner for rause heiarop og mangfoldige faglige innspill gjennom prosessen.

Takk til Norsk fysioterapiforbundet for økonomisk støtte fra fysiofondet.

Den største og kjærligste takken ønsker jeg å gi min fine familie. De har alle vært enormt tålmodige og til uvurderlig hjelp og støtte gjennom hele prosessen.

Veien frem til sluttstreken har vært både krevende, oppmuntrende og til tider altoppslukende. Jeg gleder meg over at jeg nå kan vende blikket utover, og gi tilbake til alle som har støttet meg over målstreken.

Sammendrag

Bakgrunn: Kroniske underlivssmerter er en kvinnelidelse som rammer opptil 25% av verdens kvinner uten åpenbar patologi. En fersk NOU rapport om kvinners helse etterspør kunnskap om kvinners kroniske underlivssmerter. Psykomotoriske fysioterapeuter møter denne pasientgruppen og tilbyr en behandling som tar innover seg biologiske forhold så vel som pasientens levde liv. Denne oppgaven retter søkelys på kvinnelidelsen ved å søke kunnskap i psykomotoriske fysioterapeuters kliniske erfaring med pasientgruppen.

Hensikt og problemstilling: Hensikten i denne masteroppgaven var å søke kunnskap om og fra det kliniske handlingsfeltet mellom pasient og terapeut. Problemstillingen lød som følgende:

«Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter i sine terapeutiske møter /behandling av kvinnelige pasienter med underlivssmerter?»

Metode: For å besvare problemstillingen til oppgaven ble kvalitativ forskning med et semistrukturert intervju valgt som vitenskapelig metode. Utvalget består av fem psykomotoriske fysioterapeuter. Studien er vitenskapsteoretisk forankret i hermeneutikken og oppgavens design er induktiv og utforskende. Refleksiv tematisk analyse, av Braun and Clark, ble benyttet som analysestrategi.

Resultater: Fire overordnede temaer ble funnet; Møte med belastende kvinneliv, Betydningen av å bli møtt i et nytt perspektiv, Kroppslig nærvær gjennom helhetlig tilnærming, Omsorg ved å dele den psykomotoriske nøkkelen.

Konklusjon: Funnene viser hvordan psykomotoriske fysioterapeuter kropporienterte tilnærming bryter med andre tilnærminger kvinner med ULS tilbys av helsevesenet. Deres forklaringsmodeller tolker pasienten som et hele der kvinnens perspektiver inkluderes. Ved å forstå hvordan pågående eller tidligere belastninger i livet kan samsvare med reaksjonsmønstre og følelser viser funnene hvordan informanten gir kvinnen kunnskap om kroppslige sammenhenger. Den psykomotoriske tilnærmingen erfares av informantene som krevende og meningsfullt, der selvivaretagelse er viktig. Når kvinnens smerter avtar og symptomer gis ny mening viser funnene hvordan psykomotoriske forståelse er relevant for psykisk helsearbeid.

Nøkkelord: Norsk psykomotorisk fysioterapi, kvinnehelse, kroniske underlivssmerter og psykisk helsearbeid

Summary

Background: Chronic pelvic pain is a female condition that affects up to 25% of women worldwide without obvious pathology. A recent report by the Norwegian Government on women's health calls for knowledge on chronic pelvic pain in women. Psychomotor physiotherapists treat this patient group, offering treatment that considers both biological factors and the patient's lived experiences. This study focuses on the follow-up of women with chronic pelvic pain by seeking knowledge from psychomotor physiotherapists' clinical experience with this patient group.

Purpose and Research Question: The purpose of the master's thesis in mental health care was to seek knowledge from the clinical field of action between patient and therapist. The research question was as follows:

"What experiences do psychomotor physiotherapists have in their therapeutic encounters/treatment of female patients with pelvic pain?"

Method: The study is theoretically anchored in hermeneutics, and the design of the thesis is inductive and exploratory. To answer the research question, qualitative research was conducted with five psychomotor physiotherapists using a semi-structured interview. Reflexive thematic analysis, by Braun and Clark, was used as an analytical strategy.

Results: Four main themes were identified: Encountering a burdensome female life, the importance of being met from a new perspective, bodily presence through a holistic approach, and care by sharing the psychomotor key.

Conclusion: The findings show how psychomotor physiotherapists' body-oriented approach differs from other approaches offered to women with pelvic pain by the healthcare system. Their explanatory models interpret the entire body, including the woman's perspectives. By understanding how ongoing or past life experiences can correspond with reaction patterns and emotions, the findings show how the therapy can provide women with knowledge about bodily connections. When the woman's pain decreases and symptoms are given new meaning, the findings demonstrate how psychomotor understanding is relevant to mental health care.

Keywords: Norwegian psychomotor physiotherapy, women's health, Chronic Pelvic Pain Syndrome and mental health care

Liste over forkortelser.

Kroniske underlivssmerter – ULS

Norges offentlige utredning – NOU

Norsk psykomotorisk fysioterapi – NPMF

Norsk senter for forskingsdata - NSD

Chronic Pelvic Pain Syndrome – CCP

Norwegian psychomotor physiotherapy – NPMP

Liste over tabeller.

Tabell 1: Overordnede og underordnede kategorier av temaer i datamaterialet

Liste over å figurer.

Figur 1: De fire overordnede temaene

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Sammendrag	2
Summary	4
Liste over forkortelser:	5
1. INNLEDNING	8
1.1 Tema	8
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	9
1.3 Problemstilling.....	10
1.4 Oppgavens overordnede perspektiv og avgrensing.....	10
1.5 Begrepsavklaringer	11
1.6 Plassering av kvinnehelse og psykomotorisk fysioterapi i psykisk helsearbeid	12
Psykisk helse.....	12
Uhelse.....	12
Psykisk helsearbeid.....	13
1.7 Hva forteller kvinnene selv.....	13
1.8 Litteratursøk	15
1.9 Oppbygging av oppgaven	15
2. TEORI	15
2.1 Den dualistiske kroppsforståelsen og kroppen forstått som en maskin	16
2.2 Den fenomenologiske kroppen	17
2.3 Forståelse av kropp i psykomotorisk fysioterapi.....	17
2.4 Kropp og intersubjektiv deling	18
2.5 Et endret kroppslig perspektiv	19
2.6 Den terapeutiske samhandlingen og relasjon.....	20
3. METODE.....	21
3.1 Valg av metode og design.	21
3.2 Vitenskapsteoretiske forankring	22
3.4 Forforståelse.....	23
3.5 Utvalgsriterier, rekruttering og presentasjon av informanter.	23
3.6 Kvalitativt forskningsintervju.....	24
Gjennomføringen og dokumentering av intervjuene	24
3.7 Transkribering.....	25
3.8 Tematisk analyse	26
3.9 Analyseprosessen	27
3.10 Etiske hensyn og vurderinger	29

3.11 Personvern og lagring av data	30
3.12 Drøfting av metode	30
Refleksivitet	31
Begrensinger ved studien	33
Troverdighet	33
Generaliserbarhet	34
4. RESULTATER	34
4.1 Møte med belastende kvinneliv	34
4.2 Betydningen av å bli møtt med et nytt perspektiv	36
4.3 Kroppslig nærvær gjennom helhetlig tilnærming	38
4.4 Deling av den psykomotoriske nøkkelen	42
5. DISKUSJON RESULTATER	45
5.1 Vi bærer det i oss	46
5.2 Å våge å gi slipp på en tilbakeholdt smerte	48
5.3 Omsorg som tvetydig praksis	50
5.4 Oppgavens relevans for psykisk helsearbeid	52
6. KONKLUSJON	53
Litteraturliste	54
Vedlegg 1: Ressursliste	59
Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD	61
Vedlegg 3: Intervjuguide	63
Vedlegg 4: Informasjonsskriv og Samtykkeerlæring	65

1. INNLEDNING

1.1 Tema

I denne oppgaven ønsker jeg å belyse noen sider ved Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer fra behandlingsrommet i møte med pasienter med kroniske underlivssmerter.

Kvinner helse har hatt mye fokus i norsk offentlighet det siste året, særlig etter annonseringen av en ny klinikk innen estetisk medisin i Oslo. Fokuset var først og fremst rettet mot estetiske sider hos kvinnene og lite mot andre typiske kvinnelige helseplager. Dette skapte stort engasjement i media og samfunnet. Debatten viste at det er mange ulike oppfatninger om hva kvinnehelse er. I mars 2023 kom det ut en ny Norsk offentlig utredning, NOU «Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse» (2023, p. 19). Det var da gått over tjue år siden sist. En av oppgavene var å se på hvordan kjønnsperspektivet er blitt håndtert og ivaretatt i folkehelsearbeid, i helsetjenesten, i forskning og utdanning. Formålet med en nye NOU var å få en oppdatert oversikt over kvinners helse i Norge. Begrunnelsen for utredningen er at kjønn har betydning for hvordan vi forstår helse og helseplager. Kjønn og helse må analyseres i et komplekst samspill mellom kulturelle, sosiale og biologiske forhold.

Til tross for at kvinner helse er satt på dagsorden og har fått økt oppmerksomhet, fant kvinnehelseutvalget at det har skjedd svært lite siden sist (Fysioterapeuten, 2023). Kvinnehelse har lav status og ikke minst understreker rapporten at kvinners stemmer får lite gjennomslag. Rapporten understreker også at samordningen av tjenester er mangelfull og at kunnskap ikke når frem i utformingen av helse og omsorgspolitik. Det er viktig å rette oppmerksomhet på kvinners helse gjennom ulike livsfaser. Lederen av NOU utvalget Christine B Meyer pekte i programmet «Debatten» (Gjøen, 2022) på NRK, at det snakkes for lite om kvinner og psykisk helse, kvinner og muskel og skjelettplager og kvinner som pårørende. Utvalget har lagt frem 75 ulike tiltak for kvinners helse. NOU rapporten viste at utvalget etterspør mer kunnskap om kvinners kroniske underlivssmerter (2023, p. 138). I denne oppgaven ønsker jeg å rette søkelys på oppfølging av kvinner med kroniske underlivssmerter (heretter forkortet ULS) sett i fra helsevesenets perspektiv. Fokuset vil ikke være rettet mot en konkret diagnose, men heller mot tilstander der smerter i underlivet påvirker livskvaliteten. Helt konkret ønsker jeg å utforske psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med pasientgruppen.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

I min 25 år lange yrkespraksis som fysioterapeut har jeg alltid hatt en faglig interesse for kvinnehelse. Kvinnehelse er en samlebetegnelse på sykdommer og helseproblemer som er spesifikke for kvinner (Moen, 2022). Mine erfaringer fra pasientmøter med kvinner med variable utfordringer, men særlig fra bekkenområdet, er at det stadig avdekkes at de er belastet med kroniske underlivssmerter. Felles fra disse pasientmøtene er beskrivelsen kvinnene gir av opplevelse av ensomhet. Jeg vil beskrive min forforståelse ytterligere i punkt 3.4. ULS er en lidelse man sjelden snakker om. Stipendiat Silje Pettersen ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning viser i sin kronikk «Hva er kvinnehelse» til at underlivssmerter er en skambelagt lidelse som får lite oppmerksomhet (2022).

Langvarige underlivssmerter, eller vedvarende smerter som oppfattes i strukturer relatert til bekkenet, med en varighet på over seks måneder uten åpenbar patologi er kjent som Chronic Pelvic Pain Syndrome. Studier viser at lidelsen rammer kvinner i alle aldre med en forekomst i Europa på 11-15% (Ayorinde et al., 2015; Loving et al., 2014) og på verdensbasis 26% (Georgine Lamvu, 2021) Årsaken til lidelsen synes sammensatte av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Ahangari, 2014; 2022; Latthe et al., 2006). En tverrsnittstudie fra UNN med 62 kvinner med ULS avdekket i likhet med flere andre studier (Alappattu & Bishop, 2011; Brünahl et al., 2021) at dette er en utfordrende lidelse. Lidelsen har høyere forekomst av både fysiske og psykiske plager enn blant norske kvinner generelt (Nygaard et al., 2019, pp. 9-12), og påvirker kvinners livskvalitet i stor grad. Studien til Nygaard omfattet behandlingstiltak bestående av ulike fysiske tiltak, undervisning og kognitiv terapi. Resultatene viste at intervensjonsgruppen opplevde smertereduksjon, men ingen endring i livskvalitet eller psykiske parametere (hentet fra presentasjon av Nygaard og Tennfjord 26/10-22). De senere årene har oppsummert forskning om behandling for kvinner med ULS avdekket at en helhetlig tilnærming med kombinasjon av medisinsk, psykoterapeutisk og fysioterapi behandling synes å være mest virkningsfull (Albert, 1999; Brünahl et al., 2021; Danielsen et al., 2019; Engeler, 2021; Morin et al., 2021).

Norske Kvinners Sanitetsforening har spilt inn behovet om kartlegging av hvordan kvinner møtes i helsetjenesten (Norske Kvinners Sanitetsforening, 2020). Skårderud skriver at «kompetanse utvikles ikke i et vakuum, men i en kontekst» (Skårderud et al., 2018, p. 59). Med bakgrunn i de overnevnte faktorene mener jeg temaet både er viktig å belyse og relevant for psykisk helsearbeid. Motivasjonen ligger i å bidra med mer kunnskap fra det kliniske handlingsfeltet mellom pasient og terapeut sett fra psykomotoriske fysioterapeuters perspektiv.

1.3 Problemstilling

Som bakgrunnen har vist er kvinners underlivsplager komplekse. De må både ses i sammenheng med kvinners psykiske og fysiske helse samt sosiale og kulturelle forhold. Mange kvinner med USL oppsøker helsevesenet, men vi har lite kunnskap om hvordan helsevesenet selv opplever møtet med denne pasientgruppen. Dette vil være fokus i denne masteroppgaven. Helt konkret ønsker jeg å utforske psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer. Psykomotorikere er en av mange grupper som møter denne pasientgruppen og tilbyr en behandling som tar innover seg biologiske forhold så vel som pasientens levde liv. Dette er utgangspunktet for følgende problemstilling;

«Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter i sine terapeutiske møter /behandling av kvinnelige pasienter med underlivssmerter»?

1.4 Oppgavens overordnede perspektiv og avgrensing

Denne masteroppgaven blir belyst fra to overordnede perspektiver, kroppsfenomenologi og Norsk psykomotorisk fysioterapi (heretter forkortet NPMF) som erfaringsbasert kunnskap. Det vil si at det relateres til de subjektive, kroppslige erfaringene som kommer til uttrykk i handlingsfeltet (Thornquist, 2018, p. 139) mellom pasient og terapeut i behandlingsrommet. De teoretiske perspektivene utdypes nærmere i kapittel 2.

I følge Gretland (2007, s.23) er erfaringskunnskap sammensatt og ofte uklar, og i liten grad begrepsfestet og reflektert systematisk over. Erfaringskunnskap relateres i denne masteroppgaven til begrepet kunnskapsbasert praksis, og utgjør en av de tre elementene i tillegg til forskningsbasert kunnskap og bruker kunnskap (Helsebiblioteket, 2023). Kunnskapsbasert praksis blir ikke utdypet ytterligere i denne masteroppgaven.

Ut fra problemstillingen, er denne masteroppgaven avgrenset til å vektlegge utvalgte psykomotoriske fysioterapeutens erfaringer og altså ikke de kvinnelige pasientenes perspektiver og forståelser. Likevel, kvinnelige pasienters fortellinger om underlivssmerter i terapirommet en viktig del av terapeutenes erfaringsgrunnlag og slik sett kan deres fortellinger implisitt forstås som en del av terapeutens fortelling. Oppgavens rammer og tidsbegrensing gjorde at flere fagområder ikke ble ytterligere utdypet. Det handler om sosialkonstruktivistiske teorier, kjønnsperspektivet, kunnskapsbasert praksis og utvidete teorier om anerkjennelse.

1.5 Begrepsavklaringer

Psykomotorisk fysioterapeut er en fysioterapeut med videreutdanning innen Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) og ble høsten 1997 en høyskoleutdanning. Fra høsten 2021 er det videreutdanning på masternivå. Psykomotorisk fysioterapi er en norsk metode innen fysioterapi. Den ble utviklet i samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (Bulkan, Bülow-Hansen, Houge, Hødal & Hansson, 1995, p. 32). Psykomotoriske fysioterapeuter jobber både i primær og spesialisthelsetjenesten i Norge. De forstår kroppen som kilde til kontakt med våre erfaringer og verden, så vel som oss selv (Gretland, 2007, p. 27). NPMF utdypes videre i punkt. 2.3.

Erfaringer studeres i denne oppgaven som den kunnskapen og viten som viser seg fra psykomotoriske fysioterapeuters jeg- perspektiv, også forstått som erfaringsnære begreper. Det omhandler de begreper aktøren selv bruker for å formidle hva de ser, føler, tenker og forestiller seg, og uten problemer ville forstå hvis det ble anvendt på samme måte av andre (Thornquist, 2018, p. 247).

Kvinnelige pasienter med underlivssmerter omfatter i denne studien pasienter med smerter som oppfattes å stamme fra strukturene relatert til bekkenet, konstante eller gjentakende i minst 6 måneder (Engeler et al., 2013).

Terapeutiske møte/behandling forstås i denne sammenheng som et intersubjektivt møte mellom psykomotorisk fysioterapeut og pasient der pasientens kropp står i sentrum for samtale, undersøkelse og behandling. Med ulike former for berøring, bevegelse og aktiviteter der pasientens egen sykehistorie og hele kroppen ses på som en enhet fremheves, kroppssanser, erfaringer og mestringsmuligheter (Gretland, 2007, p. 86).

1.6 Plassering av kvinnehelse og psykomotorisk fysioterapi i psykisk helsearbeid

Verdens helseorganisasjon WHO lagde i 1948 en definisjon av helse som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelse (Braut, 2022).

Psykisk helse benyttes som et overordnet begrep og omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelse. Det omfatter også hele bredden av tiltak på feltet fra helsefremming og forebygging til behandling og rehabilitering (Reneflot et al., 2018 p. 10). Hvordan enkelt mennesket definerer sin helse påvirkes av omgivelsene de befinner seg i. Idehistoriker Karin Johannison har hatt stor betydning i å løfte frem historiske og kulturelle aspekter ved våre sykdomsoppfattelser. Hun viser hvordan sykdom ikke kan forstås som noe statisk og evigvarende, men noe som må analyseres med utgangspunkt i den kulturen helse og sykdom opererer innenfor. Særlig har hun vist hvordan betydningen av kjønn har spilt inn i hvordan vi oppfatter sykdom (1996, pp. 91-168). Historisk sett har kvinnehelse vært nedprioritert og bydd på medisinsk undring og uvitenhet. For mange kvinner har det ført de inn i en ond sirkel av smerte og stigma, skam og tabu og gjort dem sårbare. Deres opplevde helse har blitt erstattet med fysisk og psykisk uhelse.

Uhelse som begrep og kunnskapsområde har fått økt interesse i Norge. Uhelse kan forstås som det motsatte av helse (Gjersvik & Hem, 2014, p. 741) eller det engelske ordet well-being som kan oversettes til velvære, trivsel og livskvalitet med tilstand av positiv fysisk og psykisk helse (Carlquist, 2015, p. 17).

Psykomotorisk fysioterapeuter er fysioterapeuter og behandler ikke sykdom, men snarere plager og funksjonsproblemer (Mengshoel, 2022, p. 72). PMF er en av mange bidragsyttere innenfor feltet psykisk helsearbeid. Psykomotorisk behandling bygger på forståelsen av at den biologiske, levde, eksistensielle og sosiale kroppen ikke fungerer isolert fra hverandre, men står i gjensidighetsforhold til hverandre (Møyner, 2022). Kroppen forstås som senter for erfaring, kunnskap og hukommelse der følelser kan uttrykkes, reguleres eller hemmes kroppslig. Både fysiske og emosjonelle belastninger, tidligere sykdommer og vanskelige livssituasjoner kan derfor gi kroppslige utslag (Møyner, 2022). Psykomotoriske fysioterapeuter tolker ikke diagnoser og lokale problemer isolert. Gjennom et intersubjektivt samspill mellom pasient og terapeut fremmes økt bevisstgjøring av – og tilgang til kroppen og dens spenningstilstand. Behandlingen har som mål å hjelpe pasienten til å forstå seg selv i en

større sammenheng. Med ulike former for berøring, bevegelse og aktiviteter, der pasientens egen sykehistorie og hele kroppen ses på som en enhet fremheves kroppssanser, erfaringer og mestringsmuligheter (Gretland, 2007, p. 86).

Psykisk helsearbeid har som hensikt å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft. Det utøves ved å bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer (Karlsson, 2013, pp. 2-4). I boken «Å skape rom for hverandre» om psykisk helsearbeid, skriver Bøe & Thommassen at «våre opplevelser av å være levende, uttrykksfulle, sansende kropper i samspill med andre på mange måter er det helt grunnleggende domenet også i de fenomenene som vi omtaler når det gjelder psykisk helse og uhelse» (2017, p. 15). De løfter frem at kroppen må tilbake i psykisk helse, men som noe mer og noe annet enn biologi og kjemi sett utenfra. Dette blir støttet av Erikssons og Hummelvoll sin artikkel om «Psykisk helsearbeid som fagområde». De beskriver at psykisk helsearbeid primært utgår fra et psykososialt, kulturelt og åndelig perspektiv der det psykiske, det sosiale og det kroppslige henger sammen, og ikke kan adskilles (2015, p. 11).

Langvarige underlivssmerter representerer en stor klinisk utfordring da årsak og kunnskap om hvordan det kan behandles er mangelfull (Brünahl et al., 2021). Diagnostisk er det viktig å utelukke sykdom gjennom gynekologiske, gastroenterologiske eller urologiske undersøkelser. Når undersøkelsene avdekker at det ikke foreligger spesifikke patologiske forandringer viser funnene fra metaanalyser (Ahangari, 2014; Latthe et al., 2006) at en rekke andre faktorer synes å bidra til utvikling av underlivssmerter. Overgrepssproblematikk, aborter, operasjoner eller psykologiske komorbiditet nevnes som andre mulige faktorer. Kirkengen viser i sin bok «Hvordan krenkede barn blir syke voksne» til at smerter er det hyppigste rapporterte helseproblemet relatert til fertilitet og underlivsorganer (2021, pp. 172-173). Hun henviser også til at uforklarlige underlivssmerter er vanskelige å kategorisere da det ofte sammenfaller med andre symptomer fra mage-bekkenregionen, eller andre kroppslige plager. Videre viser hun til studier der ULS blir relatert til krenkelseserfaringer og metaanalyser som viser at 40-50% av kvinner med ULS har opplevd fysiske eller seksuelle overgrep. Malterud (2010, p. 2356) henviser i sin artikkel til Kirkengen og skriver at når muskelsmerter har en direkte sammenheng med belastninger og traumer i pasientens liv, kan det være vanskelig for pasienten selv å ta dette opp i møte med legen, særlig angående overgrepserfaringer.

1.7 Hva forteller kvinnene selv

En tverrsnittstudie fra UNN (Nygaard et al., 2020) med 62 kvinner med ULS avdekket i likhet med flere andre studier (Alappattu & Bishop, 2011; Brünahl et al., 2021) at dette er en utfordrende lidelse som påvirker kvinnenes livskvalitet i stor grad. Kvinnene hadde høyere forekomst av både fysiske og psykiske plager enn blant norske kvinner generelt (Nygaard et al., 2019), og 40% av kvinnene som deltok i studien stod utenfor arbeidslivet. Flertallet hadde lange forløp med gjentatte undersøkelser og utprøving av behandling i helsevesenet. Halvparten av kvinnene hadde vært utsatt for overgrep. Selvrapporing fra disse kvinnenes helsestatus viste høyere sykefravær, flere helseplager og høyere score på angst og depresjon (Nygaard, 2022, p. 9). Studien til Nygaard omfattet behandlingstiltak bestående av ulike fysiske tiltak, undervisning og kognitiv terapi. Resultatene viste at intervensjonsgruppen opplevde smertereduksjon, men ingen endring i livskvalitet eller psykiske parametere. Det kom frem at måten kvinnen opplever seg møtt i helsevesenet var viktig.

Cathrine Boge-Olsnes (2022, pp. 1-18) har utført en kvalitativ studie av åtte kvinner med kroniske underlivssmerter. Hun har studert deres opplevelser og refleksjoner etter en seks måneders behandlingsperiode hos psykomotoriske fysioterapeuter. Formålet med studien var å se om det var noen sammenheng mellom deres livshendelser og underlivssmerter. Resultatet viste at kvinnene hadde et anstrengt forhold til eget underliv med konstant fornemmelse av spenninger i underlivet. Spenningene i underlivet ble forstått av kvinnene som reaksjoner på livshendelser og årsaken til symptomene fra underlivet. I tillegg hadde kvinnene opparbeidet bevisste og ubevisste strategier for å holde plagene på avstand. Informantene erfarte en positiv effekt av å få belyst sammenhengen mellom tidligere livshendelser og nåværende kroppslig belastninger.

Danielsen og medarbeidere (2019, p. 225) belyste med sin kvalitative studie hvilke erfaringer kvinner med provosert vestibulodini høstet fra somatokognitiv terapi, en form for fysioterapibehandling. Studien viste at kvinnene hadde et negativt selvbilde og så på seg selv som unormale. Kvinnene hadde et problematisk forhold til eget underlivet som ble forbundet med noe svært kvinnelig.

Linn Myrtveit-Stensrud (2023, pp. 1-11) ønsket med sin studie «It's all my fault», å se på de psykologiske variablene av hvordan norske par påvirkes og blir påvirket av kvinnens vulvodyni. Vulvodyni er en smertetilstand i underlivet som gjør samleie vanskelig. Hun fant at lidelsen utfordrer dynamikken i parforholdet og at mangel på kunnskap og sosiale

forventninger til mannlig og kvinnelig seksualitet fremmet følelser av avmakt, skyld, sinne og sorg. Informantene i studien følte seg hjelpeløse og opplevde kommunikasjonsvansker i forholdet, med helsevesenet og sitt sosiale nettverk. Videre fant hun at mennene i parforholdet satte søkelys på å bidra og oppføre seg så best de kan, mens kvinnene veksler mellom å dele og å holde informasjon fra partneren, som et forsøk på å mestre og å gjenreise en følelse av kontroll. Resultatet i studien tyder på at par som lever med vulvodyni, samt helsepersonell som behandler dem bør få hjelp til å kommunisere mer effektivt for å bryte onde sirkler av mistilpasset unngåelse og utholdenhetsadferd.

1.8 Litteratursøk

Det ble foretatt flere litteratursøk med systematisk tilnærming mot psykomotorisk fysioterapi og ULS. Som deltager i kurset «Bekkenbunn 2 -Smerter og seksuell dysfunksjon», arrangert av Faggruppen for kvinnehelse (2023), Norsk Fysioterapeutforbund medio oktober 2022, fikk jeg tilgang til en ressursliste som også omfavnet siste oppdatert forskning innen temaet ULS og fysioterapi generelt (se vedlegg 1). Den lente jeg meg på under mine litteratursøk. Sentrale søkeord har vært kvinnehelse, kroniske underlivssmerter og woman's health, chronic pelvic pain, chronic pelvic pain syndome, samt Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) / psykomotorisk fysioterapi (PMF) Norwegian psychomotor physiotherapy (NPMP). Databasene jeg har benyttet er Chinal, Oria, Pubmed, Psuc INFO, Pub Psych. Som supplement har jeg benyttet meg av søk i Google Scholar og fagtidsskriftet Fysioterapeuten.

1.9 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven er delt inn i seks hovedkapitler. Kapittel 2 beskriver teoretiske begreper basert på oppgavens hovedfunn. Kapittel 3 omhandler valg og gjennomføring av metoden, etterfulgt av kapittel 4 som er viet hovedfunnene fra den kvalitative undersøkelsen. I påfølgende kapittel 5, blir resultatet diskutert opp mot tidligere forskning og teori. Oppgaven avsluttes med konklusjonskapittel 6.

2. TEORI

For å få kunnskap om psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer i møte med pasienter med USL har jeg valgt noen teoretiske begreper jeg mener er fruktbare. Jeg vil først ta for meg

noen ulike forståelser av kropp og videre se på kroppslig forståelse i et psykomotorisk perspektiv. Jeg vil også ta for meg begrepene intersubjektiv deling og terapeutiske samhandlingen og relasjon.

Norsk psykomotorisk fysioterapi har sin filosofiske forankring i kroppsfenomenologien og teoretisk forankring i psykologiske og biomedisinske forklaringsteorier (Biguet, 2012, p. 236; Dragesund & Øien, 2019). De senere årene har nyere forskning innen nevrobiologi påført faget ytterligere teoretisk forankring. Forståelsen av hvordan erfaringer i tidlige barneår preger hjernens utvikling og organisering, og legger grunnlaget for både helse og uhelse i et livsløpsperspektiv, er betydningsfullt (Anstorp & Benum, 2014, p. 39). Likeså viten om hvordan nevrologiske prosesser fra hjernen forhøyer kroppens psykologiske og fysiologiske beredskap når man utsettes for opplevelser forbundet med stress og angst (Skårderud et al., 2018, pp. 97-122).

2.1 Den dualistiske kroppsforståelsen og kroppen forstått som en maskin

Innledningsvis vil jeg tydeliggjøre noen av de teoretiske perspektivene som ligger til grunn for psykomotorisk behandlingstradisjon og forståelsen den bygger på. I fysioterapifaget står kroppen i sentrum for undersøkelse og behandling (Gretland, 2007, p. 30) Fysioterapipraksis springer ut fra og har vokst frem som en sideprofesjon til medisinen. Som en konsekvens av det hviler fysioterapeutenes kunnskapsgrunnlag først og fremst på biomedisinen og en naturvitenskaplig kunnskapstradisjon.

Den biomedisinen forståelsen vokste frem som en del av de moderne naturvitenskapene der kroppen ble betraktet som en del av naturen, underlagt mekaniske og fysiske lover (Thornquist et al., 2020, p. 23). Grunnforståelsen i fysioterapifaget har fundamentet i en positivistisk tenkning om at verden består av stabile fenomener som kan observeres, måles og sammenfattes som objektive fakta (Malterud, 2017, p. 27). Med en sterk forankring i biomedisinen gjør metaforen 'kroppen som en maskin' seg gjellende. I vår kultur, vårt språk og i litteraturen fremstilles kroppen som en biologisk organisme, uavhengig av menneskers erfarings og meningsverden (Bøe & Thomassen, 2017; Gretland, 2007, p. 16; Skårderud et al., 2018) I en slik kunnskapsforståelse skyldes sykdom og plager kroppslig avvik, en skade eller en feil i maskinen 'menneskekroppen. Fysioterapeuters hovedanliggende har vært å finne og å reparere den kroppslige feilen som hindrer pasienten i en best mulig funksjon. Det legger til grunn en forståelse av at sykdom kan redegjøres for gjennom å påvise avvik fra en norm av målbare kroppslige forhold (Rake & Ahlsen, 2022, p. 37). I klinikken står kroppen i sentrum

som et objekt som måles og kvantifiseres der sammenheng mellom årsak og virkning står sentralt (Mengshoel, 2022, p. 72).

2.2 Den fenomenologiske kroppen

Fenomenologien er en filosofisk grunnlagstenkning og fremstilles ofte som læren om det som kommer til synet og viser seg for subjektet (Thornquist, 2018, p. 101). Fenomenologi har et filosofisk perspektiv som inviterer til interesse for menneskelige erfaringer og hvordan erfaringen beskrives av den som erfarer (Rugseth, 2019). Fenomenologien har en antidualistisk tilnærming som innebærer at man ikke kan skille subjekt fra objekt og kropp fra sjel.

I psykomotorisk fysioterapi blir kroppen betraktet som kilde til kunnskap, både for pasienten og terapeuten (Rake & Ahlsen, 2022, p. 37). Det samsvarer med kroppsfenomenologien som peker på kroppen som vår primære erkjennelseskilde og alle handlingers subjekt (Råheim, 2002, p. 2477). En sentral tenker innenfor denne tradisjonen var filosofen Merleau-Pontys og overskrider den tradisjonelle teoretiske oppdelingen og splittelsen mellom kropp og sjel (Gretland, 2007, p. 32) Mennesket blir forstått som et subjekt som eksisterer og deltar i verden der kroppen er sentrum for erfaring og erkjennelse (Thornquist, 2018, p. 136).

I bok «Hva er kropp» viser Engelsrud til Merleau-Pontys sentrale begrep «den levde kroppen» (2006, p. 30). Erfaringen av å eksistere i verden er noe mennesket først og fremst har, gjør og er som kropp. Vi både er og har en kropp på samme tid og med det hevder Merleau-Ponty at kroppen er tvetydig i sin natur. Det betyr at vi møter verden gjennom våre levde kropper og at erfaringer skapes gjennom kropp (Engelsrud, 2006, p. 31). Kroppen mottar erfaringer og opplevelser, gjennom direkte kroppslige erfaringer og i samspill med omgivelsene, slik for eksempel pasienter gjør i møte med psykomotoriske fysioterapeuter.

2.3 Forståelse av kropp i psykomotorisk fysioterapi

NPMF ble utarbeidet på slutten av 1940-tallet av psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen. Psykomotorisk fysioterapi skiller seg fra tradisjonell fysioterapi ved at kroppen betraktes som et sammensatt fenomen og uttrykksfelt for våre emosjoner. Enhver undersøkelse og behandling omfatter hele kroppen, uansett hva slags plager pasienten har (Thornquist, 2006, p. 29). Behandlingen er rettet mot en omstilling av kroppen (Bunkan,

2001, p. 2846). Behandlingen er en omfattende prosess som tar tid og krever delaktighet i samarbeidet (Thornquist, 2006, p. 31).

Gjennom en refleksjonsprosess er målet hjelp til selvhjelp (Biguet, 2012, p. 234) og en kropp i balanse (Bunkan, 2001, p. 2846). En kropp som er stabil og stødig, og samtidig som den er ledig – en kropp som samspiller med, og verken bremses eller siger sammen av tyngdekraftens virkning på kroppen (Thornquist, 2006, p. 31). Kontrasten er en oppstrammet stiv kropp som er aktivt lukket (ibid). Der Braatøy tok utgangspunkt i psykoanalytiske og psykodynamiske teorier, var Bürlow-Hansen den praktiske utøveren av metoden og formidlet sin kompetanse gjennom konkrete pasientsituasjoner (Thornquist, 2006, p. 28). Gudrun Øvreberg jobbet tett på Bülow- Hansen og beskriver metoden på denne måten(2016a, p. 28) ;

«(...) metoden går ut på å hjelpe pasienten ut fra det som er spent og smertefullt og inn i bevegelser som gir mindre plager. Det fører til at vedkommende puster friere, strekker seg mer, og slipper seg mer. Når en slipper mer, slipper en både mere fra seg og mere til seg. Det ideelle er å strekke seg ut av den smerten og angsten en utsettes for i stedet for å krype inn og holde seg til den. Slik kan behandlingen være en hjelp til selvhjelp.»

I Gretland (2007, p. 87) fremkommer det at Braatøy og rettet søkelyset mot kroppens flertydighet. Hun viser til at han og var opptatt av at fysioterapeuter måtte kunne innta ulike perspektiv i møte med sine pasienter. Han forfektet at ser vi bare kroppen som biologi, forsømmer vi det personlige og sosiale; ser vi kroppen bare som uttrykksfelt, kan vi komme til å se alle kroppslige forhold som meningsbærende og glemme at kroppen også er en naturlig organisme med egen biologikk (Gretland, 2007, p. 87).

NPMF legger til grunn en forståelse av kroppen som et sammenhengende hele (Bunkan, 2001, p. 2845) både som biologi og mekanikk, og samtidig stedet for erfaring. Med den forståelsen søker tilnærmingen å forne to ulike forståelser av kropp, sykdom og behandling gjennom å bygge bro mellom det biomedisinske og hvilke mening kroppslige plager har for den enkelte (Rake & Ahlsen, 2022, p. 37).

2.4 Kropp og intersubjektiv deling

Her velger jeg å lene meg på Schibbye sin definisjon av intersubjektiv deling som «to subjekter som deler opplevelser, ikke et subjekt som forholder seg til et objekt» (2017, p. 74).

Hun skriver videre at for å dele intersubjektivt må begge parter ha evnen til å ta den andres synspunkt og forstå at den andre har et indre senter for opplevelse (2017, p. 72). I boken *Psykisk Helsearbeid* (Bøe & Thomassen, 2017, p. 154) viser forfatterne til at dialogen vi mennesker deltar i er så mye mer enn snakkende hoder. Det er ikke bare våre forestillinger om verden som skapes i dialogene, men det skapes av våre bevegelser, vår uttrykksfullhet, vår ekspressivitet og vitaliteten i dialogene vi deltar i. Merleau-Ponty la vekt på at enhver kropp er synlig for andre (Thornquist, 2018, p. 137). Vi ser ikke på kropper som rene objekter, men som uttrykksfulle – meningsfulle – og de inviterer andre til kommunikasjon. Dette er et sentralt fundament i Merleau-Pontys forståelse av intersubjektivitet som har en betydelig funksjon i samspillet mellom pasient og terapeut i NPMF. Kroppen blir i møtet mellom fysioterapeut og pasient ikke bare et blikk for undersøkelse, men et subjekt som er sammenflettet med pasientens person og liv (Biguet, 2012, p. 82).

Anerkjennelse er et sentralt begrep som inngår i intersubjektiv deling og bygger på «ideen om å se igjen, gjenkjenne, skjelne, befeste, erkjenne og styrke (Schibbye, 2017, p. 256). Hun skriver videre at anerkjennelse er mulig dersom individet har tilgang til sin egen subjektivitet og dermed mulighet til å forstå den andres indre subjektive verden (ibid, p.259). En forutsetning for terapeutisk deltagelse er at terapeuten har direkte tilgang til egne opplevelser og både kan være hos seg selv og hos pasienten (Schibbye, 2017, p. 37).

2.5 Et endret kroppslig perspektiv

En frisk kropp fremstår først og fremst som basis for deltagelse som er tatt for gitt. Kroppsphenomenologien peker på at kronisk sykdom og funksjonssvikt innebærer grunnleggende endringer i et menneskets levde relasjoner til seg selv og omgivelsene (Råheim, 2002, p. 2477). Kroppens livsverden endres ved at den samme kroppen erfares som et hinder for deltagelse fra noe som tidligere ble tatt for gitt. Når lidelsestrykket og smertene fører til at hverdagen endres, blir ens identitet og mestring utfordret (Malterud, 2010, p. 2356). Kroppen endres fra noe kjent til utenfor ens kontroll som fremmed og uberegnelig. En ny livsverden må skapes der tap av samhørighet med andre og hverdagslig tilhørighet kan true ens identitet. Opplevelse av kaos og økt sårbarhet generelt kan medføre at vi føler oss truet. Kroppen kan da bli redskap for å omskape oss selv og vårt forhold til verden. Kroppslig aktivitet kan brukes som kilde til å etablere selvkontroll, visshet og tydelighet, og selvavgrensning (Gretland, 2007, p. 47).

2.6 Den terapeutiske samhandlingen og relasjon

«Felles oppmerksomhet er en forutsetning for at reelle møter finner sted i -terapi, som i verden for øvrig (Gretland, 2007, p. 90)». I psykomotorisk fysioterapi står samhandling mellom pasient og terapeut sentralt, noe som har blitt belyst i en rekke studier og artikler (Bunkan, 2001; Dragesund & Øien, 2019; Dragesund & Øien, 2022; Sviland et al., 2014; Thornquist, 2006). I et grenseland mellom tradisjonell fysioterapi og psykoterapi befinner behandlerrollen seg (Sviland et al., 2010, p. 133). I et intersubjektivt samspill inviteres pasienten inn som en likeverdig partner. I dialogen mellom terapeutens observasjoner og pasientens egne refleksjoner, åpnes det opp for at pasientens skal forstå seg selv i en ny sammenhengen (Biguet, 2012, pp. 232-234). Gretland understreker at det er et terapeutisk ansvar å skape et felleskap og etablere meningskapende dialog på pasientens premisser (2007, p. 91). «Fortellingen om det å være syk, konsekvenser og sammenhenger det er forbundet med, er for klinikeren en viktig kilde til innsikt i pasientens livsverden (Råheim, 2002, p. 2478)».

Terapeutens evne til å skape trygge rom for klienten er gjennomgående nevnt som noe av det aller viktigste i god terapi (Anstorp & Benum, 2014, p. 350). I studier av pasienter og deres erfaring med samhandling med PMF kommer det frem at opplevelsen av respektfulle terapeuter som fremmet tid, tillitt og åpen dialog skapte trygghet i behandlingsrelasjonen. (Dragesund & Øien, 2019; Sviland et al., 2014). Dette blir understreket i en nylig publisert studie der 93 kvantitative og kvalitative studier ble gjennomgått systematisk av Dragesund og Øien (2022). Oppsummert kom det frem at pasientene verdsatte fysioterapeutens sensitivitet, deres evne til å stole på og tilpasse behandlingen etter deres behov. Pasientene satte pris på å få nok tid og rom til å utforske hvordan de kommer i kontakt med egen kropp og gjennom det øker egen selvoppfattelse og selverkjennelse. I 2018 ble en randomisert studie utført av Bergland på 105 pasienter med sammensatte smerter. Resultatet viste at pasientene erfarte reduserte smerter og forøket selvfølelse etter seks måneder i behandling (Bergland et al., 2018).

Samtalen i NPMF tar utgangspunkt i pasientens her og nå opplevelse (Biguet, 2012, p. 232). Studier som har sett psykomotorisk fysioterapi viser at det verbale og non-verbale samspillet er av signifikant betydning for resultatet (Dragesund & Øien, 2022, p. 1656). Resultatet viste at å bli anerkjent og ivaretatt av fysioterapeutene, både gjennom den praktiske behandlingen og verbal kommunikasjon, så ut til å være avgjørende for om pasientene utviklet en bevissthet

om faktorene som forårsaket og opprettholdt deres muskel- og skjelettsmerter. Terapeutens sensibilitet og her og nå tilstedeværelse blir i andre studier trukket frem som styrkende og trygghetsskapende i pasient – behandler relasjonen (Dragesund & Øien, 2020; Øien et al., 2011).

I PMF tradisjon fremheves observasjon av pasientens respirasjon for hvordan terapeuten skal jobbe (Thornquist, 2006, p. 31). En sentral indikator på hvordan pasienten har det er respirasjonen, ettersom pust og emosjoner er så nær knyttet til hverandre (Gretland, 2007, p. 91; Thornquist, 2006, p. 30) »Når følelsene blir tydelige, deltar også kroppen i samtalen (Bøe & Thomassen, 2017, p. 159)». Se, lytt og føle var Bürlow- Hansens mantra (Gretland, 2007, p. 91). Å være til stede – å være i og med seg selv i hele situasjonen – er hva vi tilstreber skriver Thornquist og Bunkan (1995, s 93). Dette krever en ekstra årvåkenhet fra terapeuten for å tyde både pasientens kroppslige og språklige uttrykk i lys av deres historie (Biguet, 2012, p. 234). Å utøve en slik tilstedeværelse i behandlingsprosesser ble i en studie fremhevet av erfarne terapeuter som krevde (Dragesund & Øien, 2019, pp. 1656-1666). Særlig konteksten og samspillet i psykomotorisk fysioterapi særlig ble vektlagt som utmattende. Videre ble forhandlinger og ulike konfrontasjoner fremhevet som sentrale element for å finne felles forståelsesgrunnlag og retning for behandlingen. Betydningen av å være i kontakt med seg selv som terapeut ble vektlagt stor verdi for samtidig å kunne lytte og være i kontakt med pasienten.

3. METODE

Det greske ordet *methodos*, betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Johannessen et al., 2021, p. 21). Jeg vil nå presentere den metodiske veien jeg har fulgt for å besvare forskningsspørsmålet om psykomotoriske fysioterapeuter erfaringer fra møter med pasienter med ULS.

3.1 Valg av metode og design.

For å besvare problemstillingen til oppgaven ble kvalitativ forskning med et semistrukturert intervju valgt som vitenskapelig metode. Der kvantitativ metode søker å forklare gjennom eksaktheten i målbare tall anvendes tekst i kvalitativ metode for å søke forståelse av et fenomen (Johannessen et al., 2021, p. 261). Kvalitative metoder innebærer systematisk

innsamling, organisering og tolkning av tekstmateriale man får fra intervjuer eller observasjoner. Metoden brukes for å studere sosiale fenomener, og opplevelser av menneskene selv, og kan bidra til å få frem mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017, p. 30). Oppgavens design er induktiv og utforskende (Malterud, 2017, p. 27). Tematisk analyse, som er en fleksibel metode, (Braun & Clarke, 2006; 2019, pp. 589-597) vil bli brukt som analysestrategi. Valget om å bruke tematisk analyse, ble foretatt etter anbefalinger fra medstudenter, som var blitt fortalt at det var en god analysestrategi å benytte ved kvalitative forskningsintervju.

3.2 Vitenskapsteoretiske forankring

Denne studien er vitenskapsteoretisk forankret i hermeneutikken. Hermeneutikken er opptatt av fortolkning og forståelse av tekster og fenomener, og hva som er gode prosesser for å oppnå nye og gyldige fortolkninger (Kvale et al., 2015, p. 238). En viktig side ved hermeneutikken er at fortolkninger av folks forståelser og handlinger er å utforske et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende (Thagaard, 2018, p. 41). I en slik utforskning er man ikke opptatt av å finne en sannhet, men legger heller til grunn at et fenomen kan tolkes og forstås på ulike måter og nivåer.

Hermeneutikken er altså læren om fortolkning hvor formålet er å oppnå gyldige og allmennforståelse av hva teksten betyr (Kvale et al., 2015, p. 73). Kvale viser til Gadamer sitt utsagn om at vår forståelse er avhengig av visse fordommer og konteksten mennesket har høstet sin forståelse fra (2015, p. 74). Et viktig fortolkningsmessig prinsipp er at vi forstår deler ut fra helheten og helheten ut fra delene (Thornquist, 2018, p. 171). I det ligger det at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det springer ut fra. Dette blir og beskrevet som en *hermeneutisk sirkel eller spiral* som beskrives som en dynamisk erkjennelsesprosess (Thornquist, 2018, p. 171). Hver gang vi forstår en del av virkeligheten, tilføres en ny sirkel i vår forståelse, som igjen har innvirkning på vår oppfatning av helheten. Sirkelbevegelsene gir forskeren en stadig dypere meningsforståelse (2018, p. 171). *Det hermeneutiske, eller fortolkende paradigmet*, brukes mye innen helsefag, og har en grunnforståelse av at verden kan oppfattes i ulike versjoner avhengig av hvilket ståsted man har (2017, p. 27). Viten om at det er ulike måter å forstå kunnskap, sannhet og vitenskapelig tenkning er en rettesnor jeg har fulgt gjennom prosessen.

3.4 Forforståelse

En viktig del av hermeneutikken er å reflektere rundt egen forforståelse (Thornquist, 2018, pp. 182-183). «Verken i dagliglivet, i kliniske sammenhenger eller i forskning kan et menneske stille seg på et nullpunkt og være forutsetningsløst» skriver hun i sin bok om vitenskapsfilosofi og teori (2018, p. 76).

Jeg har gått inn i denne studien med forforståelse som fysioterapeut etter mangfoldige møter med pasienter. Som kvinnelig terapeut kan jeg identifisere meg med pasientene med utfordringer fra bekkenområdet, da vi deler samme kjønn og erfaringer over alle funksjonene et kvinnelig underliv rommer. Jeg har kjent på empati og omsorg for pasientene og observert deres fortvilelse over hvor inngripende plagene er i deres liv. Som behandler har jeg funnet motivasjon i å fordype meg innen fagfelt, der målet er å hjelpe kvinnene til å leve uten plager. Med nyervervet kunnskap i 2020, som psykomotorisk fysioterapeut, har jeg beveget meg fra en tenkning som primært var forankret i biomedisinen der underlivet ble forstått og behandlet som et lokalt problem, til en helhetlig tilnærming. Jeg har fått et nytt perspektiv på psykisk helsearbeid og møter nå pasienter med utvidet forståelse av at kroppen påvirkes av fysiske, psykiske og sosiale forhold (Thornquist, 2006, p. 29). Som Malterud skriver (2017, p. 45) har denne nyervervet forforståelsen gitt meg motivasjonen til å søke ny kunnskap i det kliniske handlingsfeltet mellom pasienter og psykomotorisk terapeuter. Malterud (2017, p. 133) skriver videre at en samtale mellom mennesker innebærer både informasjonsutveksling og sosial samhandling. I intervju situasjonene med informanter med felles fagbakgrunn som meg selv, kan felles forforståelse påvirke konteksten. Under intervjuene har det vært en ambisjon å være oppmerksom og samtidig reflektere over hvem jeg er i situasjonen, ved å forsøke å innta en undrende og utforskende rolle ovenfor informantene.

3.5 Utvalgskriterier, rekruttering og presentasjon av informanter.

For å søke svar på problemstillingen ble inklusjonskriteriet for å delta i studien at informantene hadde spesialistkompetanse eller videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. I tillegg måtte de ha erfaring med pasientgruppen, enten fra primær eller spesialisttjenesten.

Før jeg startet rekrutteringen av informanter til prosjektet innhentet jeg godkjenning fra NSD (*Norsk senter for dataforskning*, 2023), (se vedlegg 2). Jeg vil berøre søknadsprosessen og godkjenningen av prosjektskissen ytterligere under punkt 3.11.

Rekruttering av psykomotoriske fysioterapeuter som falt inn under inklusjonskriteriene ble utført strategisk etter snøballmetoden (Johannessen et al., 2021, p. 21). Ved bruk av telefon eller e-post forhørte jeg meg direkte med kollegaer som jeg visste jobbet med pasientgruppen, eller etter tips fra allerede rekrutterte informanter. Med informasjonsskrivet (se vedlegg 4) som utgangspunkt ble informantene muntlig informert om studiens formål og spurt om de kunne tenke seg å delta. Det ble lagt vekt på at deltagelsen var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien, samt at de som informanter ville forbli anonymisert.

Informanten fikk tilsendt informasjonsskriv og samtykkeerklæring på e-post. Det inneholdt utfyllende informasjon om bakgrunn og formålet med masteroppgaven og hvordan intervjuet ville bli gjennomført (se vedlegg 4).

Alle fem forespurte var kvinner og svarte ja ved første henvendelse. De ble rekruttert fra to forskjellige helseregioner i Norge. Informantene var mellom 35 og 65 år i alder og hadde alle erfaring som klinikere innen kvinnehelse ved sykehus eller i privat praksis. Samtlige hadde bakgrunn som psykomotoriske fysioterapeuter med mastergrad eller høyere utdanning. Det var en bredde i utvalget mellom en nyutdannet psykomotoriker til en med over tretti års klinisk erfaring som psykomotoriker.

3.6 Kvalitativt forskningsintervju

I prosjektet ble det brukt kvalitativt semistrukturert intervju som metode. Intervjuene hadde som mål å innhente relevante og rike beskrivelser av psykomotorikerens forståelse, erfaringer og synspunkter (Kvale et al., 2015, pp. 44-45). For å få tak i psykomotorikerens perspektiv og erfaringer med pasienter med underlivssmerter valgte jeg å bruke et semistrukturert intervju. Det semistrukturerte intervjuet er verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, men utføres i overensstemmelse med en intervjuguide som forholder seg til tematikken som skal belyses (Johannessen et al., 2021, p. 108). Intervjuguiden (se vedlegg 3) ble laget for å sikre at problemstillingen ville bli besvart med rike beskrivelser. Den inneholdt tre temaer med overordnede og underordnede spørsmål; 1) Det første møte, 2) Kropp som levd erfaring med ULS og 3) Endring. Intervjuguiden ble testet ut på kollegaer med kjennskap til fagfeltet og revidert før intervjuene ble utført (se vedlegg 3).

Gjennomføringen og dokumentering av intervjuene

For å få et nært innblikk i den sosiale konteksten informantene befinner seg i møte med sine pasienter, la jeg opp til at intervjuene ble utført fysisk ved arbeidsplassen til informantene.

Som utøver av samme yrke som informantene har jeg god kjennskap til deres travle

arbeidsdag Ved å oppsøke dem på deres arbeidsplass, til et tidspunkt valgt av informantene, ønsket jeg også å vise respekt for deres tid og å legge til rette for at deltagelse i studien skulle oppleves som lite ressurskrevende for informantene. Jeg valgte også bevisst å bruke lite tid på småprat i for og etterkant av intervjuene. Jeg gjentok muntlig hva deres deltagelse i studien innebar og om betydningen av å ivareta deres rettigheter og anonymitet. Før vi begynte, signerte begge deltagere samtykkeskjemaet. Jeg minnet også informantene om deres taushetsplikt som helsepersonell. Det innebar at jeg ba dem gi generelle opplysninger om pasienter og å unnlate informasjon som kunne knyttes til enkeltindivider. Før intervjuene startet informerte jeg om hvordan intervjuet ville bli gjennomført og hvor dataene jeg innhentet ville bli lagret og oppbevart. I forkant av intervjuene var jeg naturlig spent da intervjusituasjon som forsker var en helt ny erfaring. Jeg reflekterer ytterligere rundt intervjusituasjonen under drøfting av metode, punkt 3.12.

Under intervjuet fikk informantene velge hvor jeg som intervjuer og de som informanter skulle sitte i rommet. Vi var samtidig bevisste på at plasseringen av oss var gunstig for opptak av lyden under samtalen. Deltagerne sine telefoner ble skudd av eller satt på lydløs under opptakene. Informantene observerte hvordan intervjuet ble lagret på direkten i Nettskjema via TSD, straks intervjuet var ferdig. Jeg erfarte at Diktafon appen og lagring av opptakene i Nettskjema fungerte uproblematisk.

Under samtalen ble intervjuguiden brukt som en trygghet og for at samtalen skulle holde seg til prosjektets tema. Samtidig inviterte jeg deltagerne til å fortelle om sine erfaringer ved at intervjuguiden ikke ble fulgt slavisk. Jeg fulgte svarene og historiene informanten gav, og stilte spørsmål underveis til oppklaring og utdyping, for å få dybde i datamaterialet. Fire intervjuer ble gjennomført i sammenhengende opptak, mens et intervju ble gjort i to da informanten hadde noe den ønsket å tilføre etter endt første opptak. Stemningen under intervjusituasjonene vil jeg beskrive som behagelig med en konsentrert tilstedeværelse fra begge deltagere. I etterkant av hvert intervju noterte jeg mine umiddelbare refleksjoner av opplevelsen i en loggbok. Loggboken har vært aktivt i bruk gjennom hele prosjektet. Intervjuene hadde en varighet på mellom 45 til 60 minutter og ble gjennomført over en periode på tre uker.

3.7 Transkribering

Jeg transkriberte intervjuene mine selv. Lydopptakene fant jeg lagret og lett tilgjengelig i Nettskjemaet tilknyttet mitt prosjekt hos TSD. Før jeg gikk i gang med det hørte jeg igjennom

opptakene to ganger. Det gjorde selve prosessen med transkriberingen litt enklere da innholdet i lydopptaket fremstod helhetlig og noe kjent. Lytting til lydopptaket og informantenes toneleie i stemmen gjorde sitt til at jeg gjenkjente kroppsspråket, ansiktsuttrykkene, tenkepausene og stemningen under intervjuene hos begge deltagerne. Det tok jeg med meg når intervjuet ble omgjort til skriftlig ved å notere uttrykkene i marginen. Jeg benyttet meg av transkriberingsprogrammet i Word og erfarte at omtrent 60% av intervjuene ble korrekt transkribert. Det å få et delvis korrekt lydopptak transkribert på denne måten, og i tillegg inndelt i taler 1 og taler 2, var et godt utgangspunkt å lene seg på når jeg begynte transkriberingen. Til tross for dette erfarte jeg transkriberingen som en tidkrevende prosess som krevde mye konsentrasjon fra min side. Flere informanter hadde dialekt som innebar at enkelte ord fremstod som vanskelig å tyde for meg som lytter. Transkriberings-programmet i Word slet med det samme og jeg erfarte at programmet oversatte til noe helt annet enn det som ble sagt. At opptakene kunne spoles, og spilles av i ønsket tempo og så mange ganger jeg trengte for å få det ordrett på papiret, opplevdes derfor som ekstra hjelpsomt. Transkriberingsprosessen ble en fin tid til refleksjoner, der jeg dannet meg bilder av mulige temaer som tok form. Disse tok jeg med meg da jeg gikk i gang med selve analysen.

3.8 Tematisk analyse

Som tidligere nevnt har denne oppgaven en hermeneutisk tilnærming. I en slik tilnærming kan «tolkning av intervjuetekster ses på som en dialog mellom forsker og tekst hvor forskeren studerer på den mening teksten formidler» (Thagaard, 2018, p. 41). I denne oppgaven er det mine transkriberte tekster som jeg tolker. Dette bringer meg inn på analysen.

«altså kvinner forteller om sine omsorgsoppgaver ...om at det er kvinnen som administrerer og organiserer. Hvor jeg tenker at beredskap og overbelastninger viser seg i kroppen».

Dette er et utsagn fra en av mine informanter og representere en anelse av hva datamaterialet fortalte meg når jeg gikk i gang med analysen. Under arbeidet med prosjektskissen bestemte jeg at tematisk analyse inspirert av Braun and Clark (2006, pp. 77-101) var veien jeg ønsket å følge i det arbeidet av oppgaven.

Tematisk analyse er en fleksibel metode med hensyn til teorivalg og hvor man kan kombinere empiri og teoristyrte analyse. I oppgaven har jeg valgt en induktiv tilnærming, det vil si en empiristyrte analyse, der jeg som Malterud beskriver trekker slutning fra det enkeltstående til

det allmenne (2017, p. 27). Braun & Clarke sin analysemodell er beskrevet som seks ulike faser, og kjennetegnes som kvalitativ metode, ved at man går litt frem og tilbake i analyseprosessen for å identifisere mønstre på tvers av datamaterielt (2006, pp. 77-101). I sin artikkel Reflecting on reflexive thematic analysis (2019, p. 591) skriver forfatterene; «For us, qualitative research is about meaning and meaning-making, and viewing these as always context-bound, positioned and situated, and qualitative data analysis is about telling ‘stories’, about interpreting, and creating». Videre skriver de; «the final analysis is the product of deep and prolonged data immersion, thoughtfulness and reflection, something that is active and generative». Poengene til Braun & Clark anser jeg som en vesentlig side av en fortolkende metode og jeg har tilstrebet å både se på tekstens meningsskaping og tekstens kontekst i hele analyseprosessen, som jeg nå vi beskrive videre i mere detalj.

3.9 Analyseprosessen

Jeg vil nå beskrive veien jeg fulgte i analyseprosessen for å komme frem til meningsinnholdet knyttet til min problemstilling. Intervjuene utgjorde til sammen et datamateriale på 66 sider. Gjennom arbeidet har jeg støttet meg til den overnevnte artikkelen til Braun and Clarke (2019) samt «Using thematic analysis in psychology» (2006).

Fase 1; består av å bli kjent med rådatamaterialet som i dette prosjektet utgjør intervju fra psykomotoriske fysioterapeuter. Som beskrevet i punkt 3.8 dannet jeg meg et overordnet helhetsinntrykk om hva materialet omhandlet ved å lytte aktivt gjennom intervjuene før jeg gikk i gang med selve transkriberingen. Jeg erfarte som Braun and Clark beskriver at dette tidkrevende arbeidet gav meg en overordnet forståelse av hva dataene mine handlet om (2006, p. 88). Det gjorde opplevelsen av overgangen til fase to som glidende da jeg under fase en hadde notert meg noen mønstre av interesse i loggboken min.

Fase 2; består av å lage innledende koder av datamaterialet. Jeg jobbet utfra en rettesnor om «hva forteller dataene meg og hva er interessant ved det jeg finner», og «hvordan står dette i samsvar med problemstillingen min»? Gjennom flere systematiske gjennomlesninger av materialet jobbet jeg med et så åpent sinn som mulig for å bli kjent med rådataene på tvers av materialet. Ved bruk av fargeblyanter sorterte jeg teksten for første gang med å utheve felles aspekter, eller koder, i datamaterialet. Det gav meg god oversikt over de viktige poengene i dataene. Jeg ente opp med førtiseks koder som dannet et mønster av mulige temaer (Braun & Clarke, 2006, p. 89). Assosiasjoner og nye refleksjoner ble også notert ved siden av kodene.

Fase 3; består av å lage kategorier ut av kodene på leting etter potensielle temaer. I denne delen av analysen fant jeg det hjelpsomt å systematisere det fargekodede tekstmateriale i forskjellige kategorier i Excel-ark. Til sammen utgjorde dette 17 kolonner. Videre i prosessen, på søken etter overordnede temaer på tvers av datamaterialet jf. Braun and Clark (2006, p. 89), valgte jeg å systematisere kodene i kategorier ved å se til intervjuguiden min. Innledningsvis opplevdes det nyttig. Men jeg innså raskt at et åpent sinn var hensiktsmessig slik at forforståelsen ikke overdøvet budskapet i datamaterialet (Malterud, 2017, p. 45). I denne fase jobbet jeg induktivt ved at jeg lot dataene styre analysen, (Johannessen et al., 2018, p. 37) og jakten etter temaer med spenninger og motsetninger. Det resulterte i at 17 kolonner ble innsnevret til tre overordnede temaer og 12 underordnede temaer som vist i tabellen under:

Komplekse sykdomsfortellinger	Komplekse kroppslige erfaringer	Det intersubjektive møtet
Et rom å bli hørt	Kroppen som historieforteller	Omsorg – her og nå for begge
Å være kvinne	Følelser i bekkenet	Kroppslig tilstedeværelse
Omsorgsbelastninger	Nærhet og Distanse	Gi og ta
Overgrep		Å bli møtt på alvor
Livet blir for mye		Utfordringer

Tabell 2: Overordnede og underordnede kategorier av temaer i datamaterialet

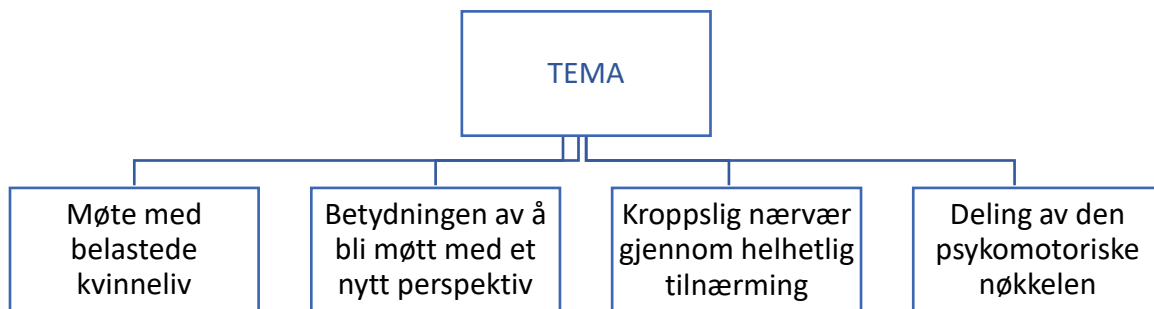
Fase 4 består av å lage temaer, og er delt i to nivåer. I denne delen av analysen skal man med et ytterligere kritisk blikk dykke empirinært i materialet og vurdere om temaene man har valgt er et tema. I første nivå skal man spørre seg om de kodede utdragene danner et sammenhengende mønster. Om man finner det skal man forflytte seg til andre nivå. Der søker man enda mer raffinert og revurderer om temaene man har kommet frem til gir et valid helhetsbilde av hele datamaterialet. Her må man spørre seg om utvalgt data samsvarer med prosjektets tema og revurdere om det er tema man kan ha oversett.

Denne prosessen er ifølge artikkelforfatterne Braun and Clarke (2006, p. 92) en dynamisk prosess hvor man jobber frem og tilbake i datamaterialet. Jeg erfarte at det stemte. Prosessen med å finne de distinkte poengene i teksten ble først åpenbar etter mye prøving og feiling. Å få uklare tanker ned i tekstform hjalp meg med å zoome ut for å oppdage helheten i

datamaterialet. Det tok lang tid før jeg var tilfreds med valgene og så hvordan temaene samhandlet og fortalte den overordnede historien om hva datamaterialet handlet om.

Fase 5 består av å definere og gi temaene navn. I artikkelen til Braun and Clark fra (2019, p. 594) skriver de; «Themes do not passively emerge from either data or codings....Quality reflexive TA is not about following procedures ‘correctly, but about the researcher’s reflective and thoughtful engagement with their data and their reflexive and thoughtful engagement with the analytic process».

Etter flere overveielser kom jeg frem til fire overordnede temaer. Jeg mener de representere historien jeg ønsker å formidle basert på problemstillingen og datamaterialet. Temanavnene som presenteres i figur 1 er valgt for å gi leseren en forståelse av hva teamene berører:



Figur 1: De fire overordnede temaene

Fase 6 består av å skrive ut resultatene, og omhandler å fortelle den komplette historien om datamaterialet mitt. Ved hjelp av sitater som illustrerer temaet og understøtter validiteten i analysen (Braun & Clarke, 2006, p. 93), vil resultatene bli presentert under resultatet punkt 4.0.

3.10 Etske hensyn og vurderinger

Kvale & Brinkmann (Kvale et al., 2015, p. 91) beskriver spesielt fire områder som er sentrale innenfor etikken; *informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle.*

Informert samtykke ble i studien ivaretatt ved å informere om undersøkelsens overordnede formål gjennom et informasjonsbrev, samt påminnelsen om at deltagelse var frivilling gjennom hele prosessen. Konfidensialitet ble utspilt ved å gi informantene et innblikk i prosjektet, slik at de på forhånd hadde en ide om hvilken form for deltakelse de svarte ja til.

Etikk dreier seg først og fremst om forhold mellom mennesker og hva vi kan og ikke kan gjøre mot hverandre (Johannessen et al., 2021, p. 45). Den kvalitative tilnærming i denne studien involverte datainnsamling, analyse og tolkning av psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer fra deres møter med pasienter. Studien var som nevnt under punkt 3.5 godkjent av NSD og et samtykke skjema signert av informantene. Som en overordnet moral hviler det forskningsetiske ansvaret på meg som forsker. Det har vært mitt ansvar å unngå å skade mine informanter ved å følge prinsippene i Forsknings – og etikkloven og Helseforskningsloven (*Helseforskningsloven*). En særdeles viktig etisk overveielse for informanter og meg er vissheten om at ingen sensitive opplysninger kan spores tilbake til noen pasienter og at innsamlet data kun brukes til studiens formål.

3.11 Personvern og lagring av data

All identifiserbare data har blitt behandlet anonymt, blant annet ved å fjerne spor som kan peke tilbake på personlig og sensitiv data i de transkriberte filene. Jeg har garantert å verne informantens privatliv, overholde taushetsplikten og påføre de minst mulig belastning. Informantens har stått fritt til å trekke seg fra studien ved enhver tid.

Før jeg startet rekrutteringen av informanter til prosjektet innhentet jeg godkjennelse fra NSD (*Norsk senter for dataforskning, 2023*), (se vedlegg 2). Godkjennelsen ble innvilget ved første søknad med et punkt om at intervjuene må gjennomføres på en slik måte at utvalget ikke brøt taushetsplikten (*Helsedirektoratet 2023*).

Diktafon appen (*Universitetet i Oslo 2023*) på smarttelefon ble benyttet som lydopptaker for å dokumentere dataene jeg samlet inn. For å være trygg og best mulig forberedt på bruken av Diktafon appen og at lagring av intervjuene i Nettskjemaet ville fungere best mulig hadde jeg gjennomført flere testopptak i forkant av intervjuene. Diktafon appen var i forkant aktivert ved at jeg hadde opprettet et Nettskjema hos TSD (*Norsk senter for dataforskning, 2023*), administrert av Universitetet i Oslo. Dette er en sikker skytjeneste som lagrer og beskytter dataene på en trygg måte, og benyttes av flere forskningsmiljø. Dataene ble og lagret på OneDrive Office 365 FEIDE konto med delingsmuligheter i personlig mappe med veileder.

3.12 Drøfting av metode

Gjennom et kvalitativt forskningsintervju har jeg som intervjuer og den intervjuede produsert kunnskap sammen (Kvale et al., 2015, p. 36). Malterud skriver at det er hvordan kunnskapen

innhentes og håndteres som avgjør om den holder mål vitenskapelig (2017, p. 15). I det neste vil jeg diskutere noen metodiske overveielser som har hatt betydning for kunnskapsproduksjonen i denne oppgaven.

Refleksivitet

Et kvalitativt design med dybdeintervju som metode mener jeg besvarer oppgavens problemstilling på en god måte. I kvalitative undersøkelser ønsker man at informantene skal relatere svarene til sin egen livsverden (Johannessen et al., 2021, p. 108). Jeg har måtte spørre om de allmenne resultatene jeg har kommet frem til er pålitelige (Braun & Clarke, 2019, p. 592)? Er resultatene mine forståelig og gjeldende for andre og fremmer det ny undring innen fagfeltet? For å styrke studiens overførbarhet (2017, pp. 23-24) har jeg fulgt Malterud sine tre grunnlagsbetingelser innen vitenskapelig kunnskap. Ved å være *refleksiv*, som omhandler forskerens fortolkningsramme, har det vært riktig av meg å legge egne synspunkter og erfaringer til side og innta en undrende og utforskende rolle. Jeg har forsøkt å være transparent i min forforståelse, lagt fortolkning til side, og vektlagt å beskrive alle beslutninger i prosessen. Gjennom å være *relevant*, som omhandler hva studien skal brukes til, har jeg formidlet hvilke av mine funn som er av betydning for ny kunnskapsutvikling innen fagfeltene. Avslutningsvis har jeg vært *valid*, som omhandler å stille spørsmål ved gyldighet av mine funn. Det har blitt gjort ved å være kritisk til hvordan jeg har gått frem i prosessen. Samtidig har jeg vært årvåken for andre faktorer som kan ha påvirket resultatet og utfallet av mine konklusjoner.

Jeg er åpen om at min faglige bakgrunn er årsaken til at jeg søker kunnskap i eget fagfelt. I tillegg er det første gang jeg utfører et kvalitativt intervju. Begge faktorer kan være svakheter ved oppgaven og kan ha påvirket intervjuguiden og hvordan samtalen ble drevet frem av meg. En annen svakhet er at det er få informanter i studien. Under intervjuet ble lydopptaker brukt, og jeg må være åpen for at det kan også ha påvirket begge aktørene under intervjuet.

På den andre siden kan det være en styrke å søke kunnskap i eget fagfelt. Det innebærer en innside forståelse og at man kan gå i dybden av datamaterialet ut ifra det. Jeg kjente kun til en av fem informanter, og hadde dermed en naturlig avstand til informantene. Men jeg må være åpen for at informanten jeg kjente kan ha påvirket intervjuet og funnene. Samtidig avdekket datamaterialet et rikt og innholdsrikt materiale. Det kan skyldes nærhet til faget og at temaet var kjent for begge aktørene. Åpne spørsmål i intervjuguiden som: «*Hvordan erfarer du at pasientene selv forstår sine plager*»? og «*kan du komme med eksempler*»? kan ha styrket innholdet i datamaterialet.

Med felles fagforståelse og interesse for fagfeltet møttes informantene og jeg som symmetriske kollegaer med fortrolighet om temaet under intervjuene. Det kan ha medført at de ønsket å hjelpe meg med å svare så utfyllende som mulig både for min del, men og for faget og pasientens del. Motsatt kan det ha påvirket informantene til å kun si det de følte var nødvendig da de tok det som en selvfølge at jeg forstod hva de formidlet. Eller de kan ha følt situasjonen som anstrengt ved at de måtte bekrefte sin kompetanse ovenfor meg som kollega. Det overnevnte kan ha påvirket kvaliteten på intervjuet både positivt og negativt.

På den andre siden var rollene asymmetriske der jeg var forskeren som oppsøkte informantene på deres arbeidsplass, og prøve å innta en undrende posisjon. Jeg satt med makten til å styre dialogen med intervjuguiden som rettesnor. Informantene derimot satt med makten som eksperter der jeg var intervjuer og lytter av deres erfaringer. Informantene hadde kjennskap til at vi delte samme profesjon. Som nevnt i forrige avsnitt kan det være en svakhet om det påførte informantene en form for nervøsitet. Omvendt kan det være en styrke om de skjerpet seg og besvarte så reflektert som mulig på spørsmålene. Igjen kan det være en faktor at noe ble usagt eller nyanser kan ha forsvunnet ved at de tok det som en selvfølge at jeg forstod hva de mente da vi deler samme profesjon.

Jeg erfarte at informantene tok meg imot på en åpen måte. Jeg har notert at de alle fremstod genuint interessert i temaet. De møtte meg med en åpen holdning og brukte god tid på å besvare alle spørsmål. En ledetråd i samtalen mellom pasient og psykomotorisk fysioterapeut er kunnskapen om at «det er i pausen magien skjer». Under intervjuet prøvde jeg å følge den viten ved å avbryte informanten minst mulig da de besvarte spørsmålene. I etterkant av intervjuene noterte jeg at det var noen tråder i bevarrelsene jeg ønsket jeg hadde fulgt med oppfølgende spørsmål. Om det hadde styrket datamaterialet ytterligere forblir uvisst.

Johannessen skriver at det er helt vanlig å prøve og forså både informantens og forskerens egen fortolkning av et fenomen (2021, p. 156). Det er som Thornquist (2018, p. 182) påpeker uunngåelig at jeg som forsker ikke påvirkes av dette når jeg søker kunnskap hos informanter som i stor grad deler samme forforståelse som meg. Thornquists ord er gjenkjennelig. Jeg erfarte at min forutinntatthet ble utfordret både under intervjuet og analysen av datamaterialet. Ved å være bevisst min rolle har jeg etter beste evne lagt egne forestillinger til side. Med en grundig metodebeskrivelse har jeg vektlagt å være transparent og beskrevet alle beslutninger tatt gjennom forskningsprosessen. Jeg vil nå redegjøre for studiens begrensning før jeg omtaler hvordan de grunnleggende vitenskapelige prinsipper om troverdighet og generaliserbarhet har blitt etterfulgt (Johannessen et al., 2021, pp. 255-259).

Begrensinger ved studien

Som uerfaren forsker med begrenset tid og midler er det åpenbart flere begrensinger ved denne studien. Til tross for kjennskap til temaet, og en gjennomarbeidet prosjektskisse med intervjuguide, må jeg være åpen for at et kvalitativt semistrukturert intervju som metode avhenger av mine praktiske ferdigheter og personlige vurderinger (Kvale et al., 2015, p. 36). Kvale skriver at å intervju krever et høyt ferdighetsnivå hos intervjueren (ibid p. 35). Når informantene i tillegg innehar samme profesjon som meg er det en fare for at vi ble vel så opptatt av å bli enige om hva de snakket om, fremfor at jeg hadde søkelyset på hva de snakket om i intervjusituasjonen. Jeg kan ikke styre hva informantene svarer, og en svakhet kan være valg av spørsmål og måten de er stilt. Attpåtil vil måten datamaterialet har blitt analysert påvirke utfallet av funnene i studien, og dermed styrken eller svakheten i verdien av kunnskapen som blir produsert (ibid p.36). I denne masteroppgaven har jeg søkt kunnskap fra det kliniske handlingsperspektivet sett fra psykomotorisk fysioterapeuters erfaringsnære perspektiv. Flere av funnene som presenteres omhandler kvinnenes erfaringer fortalt gjennom terapeutenes beskrivelser og kan dermed forstås som annenhåndserfaringer. Det innebærer en avstand og usikkerhet i funnene man skal være bevisst. Samtidig viser funnene at de samsvarer med flere av funnene i studien til Boge-Olsnes (2022, pp. 17-18) som belyste det kliniske handlingsperspektivet erfart fra pasientens erfaringsnære perspektiv. Det må anses som en styrke av funnene denne oppgaven presenterer.

Troverdighet

Troverdighet i kvalitative undersøkelser dreier seg om i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og måler det vi tror vi måler (Braun & Clarke, 2019, p. 594), også kalt *intern validitet* (Johannessen et al., 2021, p. 256). Under arbeidet med oppgaven har det vært en rettesnor fra utformingen av prosjektskisse frem til endelig resultat. I løpet av prosessen har veileder, som innehar en annen profesjon enn meg, vært en viktig «vakthund». Hun har stilt mange gode spørsmål og gjennom avklarende dialoger sørget for at jeg besvarte problemstillingen etter studiens formål. Medstudenter og andre lærere har også styrket forskningsprosessen med sine analytiske refleksjoner og spørsmål gjennom felles samlinger og opponetskapssamling. Analysen av datamaterialet ble en utfordrende prosess og etter hvert som mønsteret på tvers av materialet ble synlig, ble problemstillingen revurdert. Av respekt for informantene har jeg

etter beste evne forsøkt å være tro mot datamaterialet. Dog er *ekstern validitet* (Johannessen et al., 2021, p. 257) usikker da utvalget er lite og foretatt strategisk. I tillegg består utvalget kun av kvinner. Det er mulig resultatet hadde vært annerledes med informanter av begge kjønn. Det er vanskelig å vite, og lot seg ikke gjøre, da fagfeltet kvinnehelse er smalt, med kun kvinnelige psykomotoriske fysioterapeuter.

Generaliserbarhet

Ved kvalitative undersøkelser snakker man om overføring av kunnskap, omtalt som generaliserbarhet av Braun & Clark (*Thematic Analysis*, 2023), og forstås som om man lykkes med å etablere fortolkninger og forklaringer som er nyttig på andre områder enn det som studeres (Johannessen et al., 2018, pp. 257-258). Slik jeg ser det har denne studien relevans for kollegaer som jobber innen kvinnehelse, men også for pasienter med ULS. Kvinnehelse har det siste året høstet mye oppmerksomhet og det etterspørres mer kunnskap. Studien kan bidra med nye kliniske forståelser og supplere kvantitativ forskning som domineres innen fagfeltet. Jeg vil reflektere ytterligere rundt dette temaet under punkt 5.4.

4. RESULTATER

Dette kapittelet er viet resultatene fra den kvalitative undersøkelsen. Gjennom arbeidet med analysen av informantenes erfaringer fra deres møter i behandlingsrommet med kvinnelig pasienter med ULS identifiserte jeg frem fire overordnede temaer. Temaene, 1. Møte med belastende kvinneliv, 2. Betydningen av å bli møtt med et nytt perspektiv, 3. Omsorg ved å dele den psykomotoriske nøkkelen, 4. Når livet blir for mye.

4.1 Møte med belastende kvinneliv

Informantene beskrev pasientgruppen de møter i klinikken som sammensatt med kvinner i alle aldre, fra alle samfunnslag og med ulik etnisitet. Flertallet av kvinnene informantene møter med ULS har blitt henvist fra andre spesialister innen fagfeltet. De har en lang historikk i helsevesenet. Informantene fortalte at andre oppsøker psykomotorisk fysioterapi selv, etter å ha prøvd andre behandlingstilnærminger, uten å lykkes. Informantene fortalte at pasientgruppen de møter opplever plagene som svært inngripende i sine liv. Beskrivelser av pasienter som føler seg unormale og frustrerte er et gjentakende tema i sykdomsfortellinger kvinnene deler slik informantene fortalte her;

«Dem har veldig mye smerte. Altså, alt er vondt og de har blitt sykmeldt fra jobben fordi de kan ikke sitte. Og så er det hvordan skal de snakke om dette her for arbeidsgiver at de har vondt i underlivet. Hvordan skal de snakke om dette her til sin partner? Og så er de redde for å få barn. De er redde for å få flere barn. Ja, det er mange sånne temaer som man kommer inn på som omhandler hele livet. Fordi det er mye følelser i underlivet».

Informantene observerer hvordan lidelsen er utmattende og samtidig fremmer uheldige følelser i pasientens kropp og hennes underlivet. Underlivssmertene forstås av informantene som private og utfordrende for kvinne å være åpne om. Sorg og skammen over et komplisert underliv kommuniseres fra kvinnen til informantene både verbalt og kroppslig. Informantene fortalte om møter med synlig nervøse kvinner som søker hjelp for noe som formidles som tabubelagt. Mange har utfordringer med å sitte og bruker litt tid før de møter blikket til terapeuten og forteller om problematikkene de søker hjelp for. Et tydelig funn i materialet viser at pasientgruppen informantene møter i mange tilfeller også deler historier om belastninger i livet, slik informantene fortalte her;

«De har alle sammen sammensatte lidelser, altså underlivet, er en del av en større problematikk, kan jeg si. I hundre prosent av tilfellene. Og det henger ofte sammen med trykk i livet. Enten tidligere trykk i livet eller pågående trykk i livet, men ofte så henger jo det sammen».

Uten å kunne tallfeste fortalte informantene at mange av kvinnene de møter har en tidligere historikk fra behandling i psykisk helsevern, eller har blitt henvist fra samarbeidspartnere innen psykisk helsearbeid. En uttalte at hun ikke kunne si prosentvis, men erfarte at en stor andel av kvinnene hun møter med ULS har hatt traumatiske oppvekstbelastninger. Informantene formidlet at de erfarer at for noen handler belastningene om seksuelle overgrep i form av voldtekter eller incest, for andre overgrep i form av smertefulle undersøkelser og dårlige erfaringer i helsevesenet. Andre deler historier om omsorgssvikt i oppveksten. Traumer fra mobbing eller svangerskap, aborter og fødsler blir også avdekket i klinikken. Langt fra alle kvinnene informantene møter i klinikken har like inngripende livsbelastninger. Informantene delte og historier om pasienter med relasjonelle utfordringer. I mange tilfeller fortalte informantene at det omhandlet forventningene kvinnene kjente på i form av å være kvinne nok, seksuelt. Informantene hører historier fra noen kvinner som etterlever forventning

om seksuell debut i svært ung alder, har hyppige partnere, eller deltar i seksuelle hendelser de kanskje ikke har tenkt grundig igjennom i forkant. Gjennomgående fortalte informantene at kvinnene synes det er mye skam knyttet til at deres underlivssmerter er årsaken til at de avstår fra å være seksuelt aktive. Dette forstås gjennom historier kvinnene deler om hvordan de føler smertene gir dem komplekser i form av å være mindre attraktiv ovenfor en partner, eller uttrykker uro for at det kan være utløsende årsak til å bli forlatt av sin partner. Andre beskriver med fortvilelse sin sorg, og er skamfulle, over hvordan underlivssmerter begrenser deres seksualliv.

Videre fortalte informantene om pasienter som beskrev opplevelsen av et indre press der de føler seg utmattet av det informantene omtalte som opplevelse av ytre og indre krav. Eksempler som ble løftet frem er unge kvinner de møter som fremstår som svært påpasselige med kroppspress og forventninger om gode skolerestulter kombinert med høy sosial aktivitet. Et annet element omhandlet kravet noen av kvinnene stilte til seg selv om å ivareta eget utseende og holde hjemmet fint og ryddig. Det var toneangivende at alle informantene fortalte at kvinnene de møter lever som en beskrev «på alerten», med stort ansvar og omsorg for sine omgivelser, slik informanten fortalte her;

«Alle disse overordnede tingene som både kvinner og menn styres av. Og at sånne ting også har betydning for at mange av de vi møter har utviklet sin problematikk. Dobbelte jobbene, hvis man kan si det sånn, det kulturelle i oss som gjør at vi bekymrer oss mer enn kanskje menn gjør. Altså, alle de her tingene som gjør at de får en større, eller hva skal jeg si, belastningsmasse, som også setter seg i kroppen».

Informantene ser at kvinnene påvirkes av både indre og ytre faktorer. Beskrivelser av lite fleksibilitet og overskudd til å ivareta egne behov hos kvinnene er et gjennomgående trekk informantene fortalte om. Videre fortalte informantene at de ser en sammenheng mellom kvinnenens overveldende oppgaver og hvordan det kommer fysisk til syne hos kvinnene som en smertefull kroppslig respons.

4.2 Betydningen av å bli møtt med et nytt perspektiv

Mange informanter erfarte at kvinnene er uforberedt på å bli møtt fra et psykomotorisk perspektiv, hvor pasient blir presentert for en helhetlig kroppslig tilnærming. Å møte kvinnene i behandlingsrommet med ULS med forståelsen av at smertene de lever med kan ha

sammenheng med deres komplekse kvinneliv, som viser seg i deres underliv, erfares å bli møtt med undring fra pasientgruppen. Å skulle forstå sine funksjonsplager i en større sammenheng som fremmed, slik en informant beskrev «i skjæringspunktet mellom følelsesliv, erfaringsliv og kropp», møtes med forståelse. Informantene setter det i forbindelse med at deres perspektiv bryter med et biomedisinsk tankesett. De fortalte at kvinnene de møter med underlivssmerter entydig har blitt møtt av annet helsepersonell, og kvinnene selv, som noe som må forstås, utredes og behandles lokalt i underlivet slik denne informanten formidlet;

«De har vært hos gynekolog, de har vært på hos gastrokirurgen, og de har vært hos urologen. Og så kommer de inn til meg. Noen ganger har de vært hos nevrologen. Men så har de jo også veldig mye annet, ofte. De har kanskje noen revmatiske plager. De har kanskje hud problematikk. Altså mye sånne lidelser som jeg liksom kan, check, det autonome nervesystemet til kvinnene jobber på høygir! De som kommer til meg har ofte mange opplevelser og beskriver mye stress, for eksempel. Og så, en inngang er å få dem til å fortelle litt om livet sitt, da. Hvordan de har det ellers i livet. Og så kan vi begynne å finne ut sammen om det er noe sammenheng».

Som sitatet viser har kvinnene vært til ulike utredninger hos helsespesialister uten at kvinnene de møter har blitt hjulpet, eller klokere på årsaken til sine plager. Den eneste forklaringen flertallet av kvinnene har fått fra helsevesenet er muskulære spenninger. Der pasientene tidligere har blitt møtt og utredet diagnosespesifikt ser vi hvordan informantene inkluderer kvinnene i en helhetlig kroppsundersøkelse. Informantene ser verdien av kvinnens delaktighet i å forstå hvordan det kan være en sammenheng mellom hennes liv og hennes muskulære spenninger. Informantene redegjør for betydningen av et interaktivt samspill mellom dem og pasienten, der særlig pasientens subjektive erfaringsperspektiv formidles av terapeuten som verdifull i undersøkelsen og behandlingsforløpet.

«Jeg får masse informasjon fra pasienten sine erfaringer og pasienten sin subjektive opplevelse av sine plager. Altså, som psykomotoriker, så ser vi jo aldri bare på en isolert del av kroppen. Vi ser jo bestandig på sammenhengen i hele kroppen. Jeg tar utgangspunkt i hele kroppen til pasientene og får masse informasjon om hvordan kontakt pasienten har med kroppen sin, og med seg selv, og hvordan evne de har til å sette ord på det dem kjenner. Også litt avhengig av hva problematikken er så tematiseres selvfølgelig også underlivet i det. Jeg trekker bestandig innen bekkenbunn som en del av kroppen».

Å møte kvinnene med underlivssmerter fra et nytt perspektiv i behandlingsrommet formidles av informantene som utfordrende, men etter deres syn betydningsfullt. Informantene erfarer at ved å gjøre kvinnen oppmerksom på at smertene de lever med kan ha sammenheng med livet de har levd og lever i dag, åpner kvinnen opp for en ny forståelse av sine plager

Informantene fortalte at de opplevde seg selv som trygge i terapeutrollen i møte med et tema de bevitner som sensitivt for kvinnene å snakke om. Informantene fortalte videre at når tryggheten i terapirummet er etablert opplever informantene mange forskjellige møter med kvinnene. Flertallet av kvinnene gir uttrykk for at de synes det fint å være i behandlingsrommet. Det observeres ved at informantene omtaler pasientene de møter som mottagelige for alle typer spørsmål fra dem. Andre pasienter beskrives av informantene med nesten manglende sensur og oppleves som litt for åpne, uten grenser. Raseri og en form for desperasjon kan og komme til uttrykk i behandlingsrommet. Informantene fortalte at de setter det i sammenheng med mestring. Mange av kvinnene de møter har prøvd ut forskjellige tiltak, som å trene bekkebunnsmuskulatur. Pasientene er lei av mangfoldige undersøkelser og tiltak uten resultat, med fornemmelse av å ha mislyktes. Informantene ser en sammenheng mellom negative erfaringer og hvordan smertene sliter ut kvinnene. En informant kommuniserte at det er kjempeviktig å våge å gi slipp på en tilbakeholdt smerte, og at det blir sjelden noe bedring om kvinnen tror løsningen bare er å holde ut.

Informantene fortalte at å ta pasientene på alvor krever en høy grad av tilstedeværelse fra deres side. Dette underbygges av en informant da hun fortalte om responsen hun fikk da hun spurte sin pasient om hvorfor hun gråt; «Jeg gråter fordi jeg tror du tar meg på alvor» De fortalte hvordan de er oppmerksomt til stede i samhandlingen som foregår med ord, observasjoner av kvinnens bevegelser og pust, og sansing av kvinnenes kropp gjennom terapeutens hender. For å mestre dette fortalte flere informanter at som terapeut må man være vaktsom i rollen, eller som en påpekte:

«Jeg justere meg ovenfor pasienten jeg har foran meg slik at det blir håndterbart å snakke om det tålelige, og man trenger jo liksom ikke å grave det ut, det kan komme litt etter litt, det som pasienten klarer å komme med».

4.3 Kroppslig nærvær gjennom helhetlig tilnærming

Informantene fortalte at ved psykomotoriske behandlingstiltak er målet å hjelpe kvinnene til økt kroppslig tilstedeværelse, forstå seg selv i nye sammenhenger og gradvis bli fortrolig med kroppslig nærvær av eget underliv. Fra sine kliniske møter med kvinner med ULS formidlet informantene at de aldri undersøker kvinnene diagnosespesifikt eller kun lokalt i underlivet. De tenker som en uttrykte at «underlivet er ikke avstengt fra resten av kroppen». Informantene formidlet hvordan de i et aktivt samspill med kvinnen får masse informasjon om hele pasienten, og hennes underliv, gjennom en helhetlig kroppsundersøkelse slik informantene forklarte her;

«Jeg bruker jo på min grunnleggende psykomotoriske forståelse og er fremdeles like opptatt av beina, av pusten, av nakken, av kjeven, for det om jeg får høre at de har smerter i underlivet eller seksuelle dysfunksjoner eller inkontinens, eller hva det er.....Og hvis det er folk som har mye spenninger da, så er man alltid var på at det kan være skummelt eller ubehagelig. Jeg følger med på pusten og følger med på reaksjoner. Og hvis jeg ser at de plutselig garderer seg, eller holder på pusten, eller de blir det urolige, så spør jeg, hvordan er dette for deg?... jeg spør liksom om, «hvordan er det egentlig», og det er ikke en selvfølge at jeg bare kan ta beinet ditt, og du slipper det ut, prøver jeg å si noe om».

Som sitatet viser forklarte informantene hvordan hun registrerer og vektlegger hvordan kvinnen uttrykker hva hun kjenner under kroppsundersøkelsen, i kombinasjon med hvilke kroppsuttrykk terapeuten registrerer hos pasienten. Funn i materialet understreket at i undersøkelsessituasjonen er informantene ekstra bevisste på hvor sensitivt området underlivet er for disse kvinnene. Informantene oppga at de sjeldent eller aldri utfører en vaginal undersøkelse. Flere begrunnet det med at de har erfart at disse kvinnene har vært gjennom nok belastende kliniske undersøkelser av underlivet, uten patologiske funn, som en sa: «der de har måtte åpne opp og bli betraktet». Pasientenes historier om inngripende livsbelastninger, observasjoner av tilstivnede kropper eller fravær av kroppslig tilstedeværelse tydeliggjør ovenfor terapeutene at en slik undersøkelse vil oppleves for inngripende. Det inntrykket blir forsterket når informantene fortalte videre hvordan de ser kvinnes kroppsuttrykk endres fra anspent nervøse til avslappet når de formidler; «hos meg beholder du klærne på». I sjeldne tilfeller, dersom pasienten og terapeuten i samråd finner det hensiktsmessig, for eksempel for å hjelpe kvinnen til å bli fortrolig med bekkenbunnstrening, utførte noen av informantene vaginal undersøkelse. Alle informantene understreket at vaginale undersøkelser av

gynekologer og kvinnehelse-fysioterapeuter er vel dokumentert som verdifulle. De fremhevet også det og som positivt at lidelser som vulvodyni, vaginisme og dyspareuni har fått økt fokus i helsevesenet.

Samtidig formidlet informantene at de hadde troen på at det ville være nyttigere å ikke være så diagnosespesifikke, og også inkludere kvinnes erfaringsperspektiv fra bekkenet i undersøkelsen og behandling. En informant sa at underlivet for mange kvinner handler mye om å slippe til livet. En annen påpekte at det kvinnelige underlivet går innover i kroppen, og det å slippe kontrollen er jo å slippe andre på innsiden av kroppen. Hun etterlyste en større respekt når helsevesenet møter disse kvinnene. Hun utdypet at man kan ikke bare ta en kognitiv bestemmelse på at «nå skal jeg slippe kontrollen». Etter hennes syn manglet helsevesenet et perspektiv på «hvorfors er den stram, den her bekkenbunnen, er det fordi du forsvarer deg mot noe? Er det fordi noen kanskje har trent seg inn, der»? Og da er det kanskje ikke så lett å bare slippe den?»

Informantene fortalte at mange pasienter syns dette perspektivet med å åpne seg opp og erfare hvordan de bærer kroppen sin som utfordrende å ta inn over seg. Å finne nøkkelen og bli kjent med kroppslige erfaringer og strategier som et uttrykk for levde liv og livet som leves i dag, er en krevende prosess for begge parter, men som en informant fortalte; «det er det det handler om, at det er akkurat det vi jobber med, å begynne å kjenne etter, kjenne på forskjeller». Om kvinnen klarer å tilegne seg en dypere forståelse over hvordan kroppen gjenspeiler og uttrykker hennes følelser kroppslig, fortalte informantene at det utgjør en utløsende del av omstillingsprosessen som fører til bedring. Det kommer til syne hos kvinnene ved at smertene avtar og hun blir mer fortrolig med seg selv og eget underliv. Som en informant formidlet så tematiseres også underlivet i behandlingsrommet slik hun forklarte her;

«Jeg trekker bestandig innen bekkenbunn som en del av kroppen. Også får dem jo av og til oppgaver der de selv skal utforske underlivet hjemme. Mange har jo store problemer med å nærme seg sitt eget underliv. De synes det er ekkelt og skamfullt og klarer ikke å forholde seg til det. Så visst pasienten er motivert og interessert i det så, så hender det jo at jeg gir dem beskjed om at kanskje du selv kan prøve å legge en hånd mot underlivet eller legge en finger litt inn i skjedeåpningen, og prøve å knipe og se om du kjenner? Og så kan de prøve å liksom beskrive for meg etterpå da, hva de har gjort og hva hun har kjent».

De kliniske observasjonene informantene registrere i møte med kvinnenes kroppslige relasjon til eget underliv er todelt. Informantene forteller at kvinnene uttrykker og forbinder underlivet sitt både med nærhet og distanse. Nærhet i den forstand at kvinnene har kroniske smerter som påvirker deres hverdag og livskvalitet, og som de har et ønske om å få fjernet. Distanse i den forstand at flere har tatt avstand fra underlivet som representerer uro, smerter og skam, og for noen forbindes med trøbbel.

«Og så har du noen som ikke har noe forhold til underlivet i det hele tatt. Det er bare smerte som er der nede. De har ikke sett på sitt eget underliv. De vil ikke forholde seg til det. Altså, det å snakke om hvordan de sitter på do og sånn, det er helt fjernt. De har litt sånn ja, enten har de låst seg selv fra bekkene og ned, og at de ikke forholder seg til det, eller fra halsen og ned, og ikke forholde seg til noe av kroppen sin, og at de ikke har kontroll på kroppen».

Informantene erfarer at distansen kommer til syne som sitatet viser ved at mange ikke klarer å forholde seg til eget underlivet. I møtet med kvinnene kan en vanlig observasjon være at noen bruker en veske eller pute i fanget som en fysisk beskyttelse. Distanseringen kommer og til synet i hvordan kvinnene søker kroppsstillinger og klær som innebærer minimal grad av berøring mot underlivet. Informantene formidlet at når kvinnene beskrev ubehagelige livshendelser, eller savn av samliv med partner eller trygghet til egenberøring av underlivet, observerte de mange tegn på kroppslig uro. Informantene fortalte at det kan komme til syne ved endring av både frekvens og plassering av pusten i kroppen eller i form av rødming og svetting. Andre observasjoner de eksemplifiserte var fingerer og føtter i distraherende bevegelser og for andre uttrykk om fornemmelser av kvalme og svimmelhet. Informantenes forståelse er at slike symptomer avslører et høyt aktivert autonomt nervesystemet hos kvinnene. Det kommer til syne i klinikken med smerter og tilstivnede kropper som gir tydelig motstand eller blir helt fraværende i blikket ved terapeutens berøring av en kroppsdel.

«Ja, kroppen kan jo gi smerte eller over tid så kan kroppen være med å danne smerte som en del av en slags beskyttelse for et eller annet som kroppen trenger å beskytte, eller pasienten trenger å beskytte seg mot».

Berøringen forstås som en assosiasjon til uheldige minner. Det har skapt en strategi fra noe ubehagelig hos kvinnene i form av kroppslig frys, eller flukt i form av dissosiasjon. En informant fortalte hvordan hun forstod hvor distansert pasienten var fra egen kropp når hun

oppfattet at pasienten ikke kjente berøringen av datterens hud mot sin. Informantene forstår årsakene til distanseringen som sammensatte og viste alle til fellestrekk i historiene til kvinnene som omhandler erfaringer med inngripende livsbelastninger.

4.4 Deling av den psykomotoriske nøkkelen

Informantene formidlet hvordan de motiveres av resultater som skapes av det intersubjektive samspillet mellom dem og pasientene. Videre fortalte informantene at det innebærer at de må bygge bro mellom pasientens forventninger om å bli hjulpet raskt og forståelsen av at psykomotorisk fysioterapi er en tidkrevende prosess. En prosess der kvinnen aktivt må hjelpe seg selv ved å delta for å erfare og forstå sine kroppslige strategier i en ny sammenheng. Datamaterialet viste at kvinnenes belastninger som terapeutene avdekker fremmer en omsorg i terapeutene. Det kommer til synet i form av at de ønsker å gjøre et annet perspektiv gyldig for pasientgruppen i møtet med helsevesenet;

«Vi innenfor psykomotorisk fysioterapi har jo en annen grunnlags tanke, tenker jeg. Som gjør at man forstår og gjør gyldig noe annet enn mye av helsevesenet ellers. Når man ikke har den grunnlags tanken som vi har eller fordypet oss i, så ser man kanskje heller ikke helt det perspektivet som vi snakker om som går på å sette ting i sammenheng. Få pasienten til å forstå seg selv, og etter hvert erfare sine egne, kom i kontakt med dine egne strategier, sine egne kroppslige mønster, hvis man skal si det sånn. Jeg tenker der ligger nøkkelen i den psykomotoriske jobben, akkurat der.»

Historier fra klinikken der slike oppdagelser avspeiles i form av reduserte smerter og nye kroppsuttrykk, eller hvordan kvinnen selv bemerker «det startet et halvt år etter at det og det skjedde», fortelles med begeistring av informantene. Eksempler som ble trukket frem er kvinnens erfaringer av at underlivet også responder på stress eller oppdagelsen fra en pasient av at hun har holdt magen inne som en beskyttelses mur. For kvinnene har det gitt resulterer i form av at de har funnet nye strategier og erfart at underlivet kan forbindes med noe trygt og godt. Historier om en som klarer å bruk tamponger, eller opplevelser om seksuell nytelse eller et bilde av en baby med ordet takk, er eksempler på vellykket behandlingsresultater slik også informanten refererer til refleksjonene fra en pasient;

«Kroppen min orker ikke mer fordi det har vært så mye opp igjennom årene, og nå skjønner jeg at også vaginisme er en del av det store kroppslige bildet, med alle de andre plagene, symptomer og alt det andre jeg har, og hovedårsaken til at jeg ville få

bort denne vaginismen kanskje egentlig handler om at jeg er redd for at mannen skal gå ifra meg»

Alle informantene var tydelige på at deres tilnærming er kroppsorientert. Om de er vitner til historier som krever hjelp fra samarbeidspartnere innen psykisk helsearbeid henvises pasientene videre. Men som en formidlet tror hun aldri samtalen kan skilles fra tilnærmingen i psykomotorisk terapi, og formidlet at samtalen er jo også er en del av dialogen med hender og bevegelser. Når pasientene opplever at de blir møtt og det blir trygt å snakke kommer det mange spørsmål og tanker. Som en annen informant understrekte;

«Men det handler ikke om underlivet nødvendigvis. Da kan det plutselig handle om noe helt annet enn at jeg skulle få en historie om overgrep eller noe, men at hun faktisk følte at jeg spurte og lyttet. Og så. For det er jo det psykomotorisk fysioterapi handler om, tenker jeg»

Terapeutene formidlet at de er mottagere av mange inngripende livshistorier, og fra enkelte kvinner historier de aldri har våget eller klart å ord sette på tidligere. Møtene med kvinnenens problematikk og ulike livsbelastninger i behandlingsrommet beskrives som svært inntrykksfulle av informantene. Samtidig fortalte informantene at det alltid var spennende og møte nye pasienter og finne ut hvordan man skal kommunisere på en god måte. På spørsmål om hva møtene gjør med dem måtte de alle ha litt betegnningstid og svarte at det har de egentlig ikke tenkt noe særlig på;

«Men man prøver, og så kan man havne i en slags sånn det man kan kalle emosjonell dissonans. For min rolle som terapeut må jeg ha på meg, mens jeg egentlig har lyst til å si noe helt annet til pasienten, men jeg må være profesjonell, ikke sant. Og det kan jo være litt slitsomt at vi ikke egentlig kan være helt direkte med pasienten, fordi at vi har en rolle som terapeut».

Å ha rollen som terapeut ble av alle informantene formidlet som utmattende, og for noen så inngripende, at de tidvis kan kjenne på omsorgstrøtthet. Som en informant formidlet «det gjør meg fryktelig sliten». En annen påpekte at hun også må tenke at det er kvinnens problem pasientene kommer med sånn at «jeg må ivareta meg selv som terapeut». Hun understreket poenget med å si at det er et emosjonelt arbeid terapeutene utøver. Flere informanter fortalte at de ventilerte, som en sa, med å kombinere jobben med annet virke. Andre løftet frem

kollegastøtte og samarbeid med andre aktører innen kvinnehelse som avlastende og betydningsfullt. Samtidig formidlet samtlige terapeutene arbeidet først og fremst som utrolig meningsfullt slik en uttrykker det det;

«Av og til er det utrolig givende fordi at man faktisk kan hjelpe de. Og det er jo da det er gøy, ikke sant? At man føler at, ah nå klarte vi å komme videre. Dette var viktig for deg, at det var meningsfylt. Det betydde noe for deg at du møtte meg, og det er jo givende for oss som er terapeuter. Og så er det av og til når du føler du ikke strekker til, og da kjenner du den litt håpløsheten».

Som sitatet viser er det ekstra gledelig når informantene opplever at møte mellom dem og kvinnene har vært betydningsfull for kvinnenes tilfriskning. Informantenes engasjement for sitt kliniske arbeid kommer til syne i materialet når terapeutene formidlet historier om kvinnene de har hjulpet til å forstå seg selv i et helhetlig bilde. For å oppnå positive resultater uttrykte informantene betydningen av kvinnens delaktighet i prosessen, også utenfor behandlingsrommet. Om ikke det skjer kan de som informanten beskrev kjenne på en håpløshet. Videre fortalte informantene at de mente deres arbeid først fikk verdi når kvinnenes nye erfaringer skaper en forskjell utenfor behandlingsrommet, som en beskrev «der ute». Om slike historier ikke skapes, og fravær av bedret helse uteblir, følte terapeutene at de har kommet til kort. I noen tilfeller fortalte informantene om relasjonelle utfordringer mellom terapeut og kvinnen som årsaken til manglende resultater. I tillegg påpekte informantene at psykomotorisk fysioterapi langt fra er eneste løsningen, eller passer for alle. I flere tilfeller erfarte informantene at prosessen er for utmattende for kvinnen. Deres bagasje er for krevende for kvinnen å gå inn i.

Terapeutene var samstemte i erfaringen av at fravær av engasjement for egen helse var dominerende hos pasienter som søkte raske løsninger. Informanten fortalte at det opplevdes som utfordrende å være brobygger mellom pasientens ønske om en quick-fix og viten om at deres tilnæringsprosess tar tid. En informant oppsummerte med å si at det er sjelden noe jeg kan gi. Informantene fortalte om et samsvar mellom manglende kapasitet og manglende engasjement hos kvinnene. Som alle informantene oppsummerte er det toneangivende at for mange av disse kvinnene skyldes det som det som en kvinne beskrev, livet som er for mye;

«Det er jo ikke bestandig det klaffer. For i noen tilfelle, så har vi jo måttet avbryte der jeg kanskje har sagt at nå har du avlyst de tre siste timen, jeg lurer på om hva er det som foregår? Synes du ikke det hjelper deg? Er du ikke motivert, eller er det livet

ellers som er for mye? Hadde nettopp en sånn samtale i går med en som sa det at det det livet som er for mye, det er ja, masse sykdom og masse barn og ja».

Terapeutene observerer at kvinnes livssituasjon utenfor behandlingsrommet fordrer andre prioriteringer i livene deres, på bekostning av kvinnes egne følelser og behov. Flere av informantene fortalte at de tenker beredskap og overbelastning viser seg i kroppen. Og at man kan bli syk når hverdagen blir uhåndterbar. En uttrykte at hun tenker at underlivet svarer på stress, men ikke bare gjennom muskulatur, men alle systemer på en gang. Hun oppsummerte med at kroppen reagerer ikke bare med ett og ett system, eller en og en kroppsdel, men hele oss, som er kroppen.

Å møte kvinner både med krevende livshistorier og livssituasjoner gjør at terapeutenes ønsker å tilføre kvinnene, som en formidlet, «å erfare noe godt», kroppslig. Historier fra klinikken der tilnærmingen hjelper kvinnene til å kjenne og bemerke «oj, kan kroppen min kjønn slik ut? Det vil jeg ha mere av!», løftes frem av informantene som viktig opplevelse å tilføre kvinnene. Terapeutene fortalte at de ønsker at kvinnene skal oppleve egenomsorg. Og kvinnes kropp og kan være snill mot dem, og slippe til livet.

5. DISKUSJON RESULTATER

I denne oppgaven har jeg utforsket psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer fra deres møter med kvinnelige pasienter med kroniske underlivssmerter. I dette kapitlet diskuteres resultatene opp mot teori og forskning presentert tidligere i oppgaven.

Flere nye og interessante perspektiver på hvordan man kan forstå, forklare og lindre uforklarlige underlivssmertene viste seg i analysen av datamaterialet. Jeg kom frem til fire hovedfunn som kan oppsummeres i følgende resultater;

Psykomotorisk fysioterapi er en kropporientert tilnærming med en forklaringsmodell som gir ny forståelse over hvordan underlivssmerter kan gjenspeile og uttrykke sammenhenger i kvinnens liv. Gjennom et intersubjektivt samspill hjelper psykomotorisk fysioterapi kvinnen inn i en omstillingsprosess som fører til ny mening og erkjennelse. Pasientmøtene erfares av informantene som et krevende og givende arbeid som kan komme i konflikt med kvinnens livssituasjon utenfor behandlingsrommet.

Hovedfunnene vil nå bli diskutert gjennom følgende overskrifter; Vi bærer det i oss, Å våge å gi slipp på en tilbakeholdt smerte og Omsorg som tvetydig praksis. Avslutningsvis vil jeg se på funnenes relevans for psykisk helsearbeid.

5.1 Vi bærer det i oss

Et fellestrekk som kom frem fra informantene sine pasientmøter var at alle kvinnene over lang tid har vært overbærende med en kvinnelidelse verken hun eller utredninger i helsevesenet har klart å forstå. Informantene formidler at lidelsen er svært fremtredende i kvinnenes liv. En informant bruker ordene «det er mye følelser i underlivet». En måte å forstå et slikt utsagn på, kan sammenfalle med hvordan informantene erfarer at flertallet av kvinnene de møter har opplevd inngripende livsbelastninger. Vi bærer det i oss, ikke sjeldent uten at noe annet menneske kjenner til det, skriver Øvreberg (2016b, p. 33). I mange tilfeller omhandler funnene erfaringer fra pasientmøter der historier om fysiske, psykiske og sosiale belastninger deles. Tilsvarende funn ble avdekket i studien til Boge-Olsnes (2022, p. 6). Kvinnene som deltok var alle belastet med ULS og snakket om livshendelser som omhandlet traumer, sorg og nåværende belastninger.

Psykomotorisk fysioterapi hviler i en kroppsfenomenologisk forståelse som peker på at kroppen er vår primære erkjennelseskilde og alle handlinger subjekt (Råheim, 2002, p. 2477). I et fenomenologisk perspektiv er kroppslige væremåter og bevegelsesmønstre å betrakte som hensiktsmessige ut fra personens erfaringer og egne ressurser (Gretland, 2007, p. 98). Om man legger kvinnenes historier til grunn, og ser til informantenes forklaringsmodeller, sammenfaller det med hvordan informantene forstår kvinnens utfordrende opplevelser som følelsesmessig lagret i underlivet. Underlivet brukes som regulator for å hindre krevende følelser i å trekke kvinnene mot avgrunnen. Som Thornquist og Bunkan skriver, binder muskelspenninger emosjoner, lagrer dem, og blir en del av pasientens forsvarsholdning og middel til å bevare kontroll (1995, p. 19). Funnet i studien til Boge-Olsnes samsvarer med denne forståelsen der kvinnene med ULS snakket om en erfart sammenheng mellom sine overveldende opplevelser (2022, p. 6).

En annen måte å forstå utsagnet om mye følelser i underlivet på, er hvordan informantene beskriver kvinnene de møter i klinikken. Informantene forteller om hvordan kvinnene verbalt og kroppslig formidler sine opplevelser om en hemmeligholdt skambelagt lidelse. Det kan forstås som om de erfarer kvinnene som følelsesmessig utmattet. Kvinnene er utmattet av å

sjonglere livene mellom hverdagens gjøremål og samtidig holde lidelsen skjult for omverden. Råheim skriver at når man er frisk, fremstår kroppen først og fremst som basis for deltagelse som er tatt for gitt (2002, p. 2477). Hun skriver videre at ved kroniske smerter, erfares den samme kroppen som hinder for deltagelse der kroppen blir i uønsket forstand, fokus for egen oppmerksomhet. En måte å forstå funnene om de følelsesmessige uttrykkene som kommer til syne i behandlingsrommet, er at de kan være et uttrykk for kvinnens opplevelser av manglende kroppslig kontroll og endret handlingsrom i hverdagen. Kvinnens fremtid kjennes utrygg, og den nye livsverden de prøver å skape er uberegnelig, da kvinnenes underlivssmerter fremstår uløselige. Dette kan vi også finne igjen i andrestudier. I en tverrsnittstudie av Nygaards studie (2019, p. 9) kom det frem at kvinner med ULS har høyere grad av uhelse, angst og depresjon. Stensrud viste i sin studie at kvinner som levde i parforhold med vaginisme brukte mye energi på å gjenreise en følelse av kontroll. Dette er igjen itråd med funnene i studiene til Danielsen et. al (2019, p. 225) og Myrtveit-Stensrud (2023, pp. 1-11) som viste at ULS fremmet negativt selvbildet hos kvinnene. De kjente på følelser av avmakt, skyld, sinne og sorg

Det kan bidra til at kvinnene jakter etter holdepunkter som kan gyldiggjøre symptomene de lever med. Fra et biomedisinsk, historisk og kulturelt perspektiv viker symptomene fra normen (Johannisson & Lyngar, 1996). Det kvinnelige underlivet er skapt for forplantning og forlystelse. Når kvinnene ikke kan være seksuell aktive, og som dette materialet viser, utredninger eller etterlevelse av tiltak forblir resultatløse, erfarer informantene at kvinnene presenterer sin problematikk som unormal og skjemmende. Både Danielsen et al. (2019, p. 225) og Boge-Olsnes (2022, p. 8) fant i sine studier at deltagerne hadde et følelsesmessig anstrengt forhold til eget underliv. Slik jeg forstår funnene møter informantene kvinner som presenterer underlivet sitt som ute av funksjon og erfarer opplevelse av identitet og mestring som truet, grunnet lidelsens omfang.

Informantene erfarer sjelden at kvinnene bare er plaget med ULS, men at det snarere utgjør en større del av deres helseutfordringer. I noen tilfeller avdekker funnene hvordan noen av kvinnene informantene møter i perioder også har behov for hjelp fra psykisk helsevern, eller at slik hjelp blir foreslått som hensiktsmessig. Slik jeg forstår funnene i materialet avdekker den helhetlige psykomotoriske kroppsundersøkelse nye perspektiver til kvinnens uforklarlige underlivssmerter. Om man ser til funn i Nygaards studie (2019, p. 19) er det grunn til å trekke paralleller mellom disse funnene og følelsene som kommer frem i klinikken ovenfor informantene. Kvinnene sammensatte lidelser er også i tråd med hvordan Kirkengen og Næss

viser til sammenhengen mellom grensekrenkelser (2021, p. 14) og helseproblemer relatert til underlivsorganene.

5.2 Å våge å gi slipp på en tilbakeholdt smerte

Merleau-Ponty fremhevet at det er som kroppslige subjekter vi mennesker handler og samhandler med hverandre og omgivelsene (Thornquist, 2018, p. 139). Et hovedfunn i dette materialet er at informantene er oppmerksomt til stede med alle sansene i samhandlingen med kvinnene, og samtidig er de opptatt av å henvende seg til pasientens subjektive opplevelsesverden. Det kan forstås som at kvinnene blir møtt som et subjekt når informantene utfører en kroppslig undersøkelse. Kvinnene trekkes aktivt inn i analyseprosessen på måten informantene etterspør deres opplevelser, tanker og erfaringer. Dette samsvarer med Schibbye som skriver at å lytte er å gå veien om subjektet, dvs fokusere på hva den andre uttrykker som sin opplevelse (2004, p. 24). Gjennom samhandlingen søker informantene kunnskap ved å la kvinnen tre frem som et meningsbærende subjekt.

Den dominerende forståelsen av kroppen i vår kultur er å se den som et objekt (Loland, 2000). Flertallet av kvinnene informantene møter i klinikken har en forståelsesramme og forventning av at terapeuten sitt hovedanliggende er å finne og reparere et lokalt kroppslig avvik. Funnene viser at kvinnene blir overrasket over å bli møtt i skjæringspunktet mellom følelsesliv, erfaringsliv og kropp i konteksten de oppsøker. Å møte en helhetlig kropporientert tilnærming (Thornquist, 2006, p. 29), der underlivet sjelden adresseres, må forstås som en kontrast når kvinnen oppfatter sine symptomer lokalisert i underlivet. Funnene viser at psykomotoriske fysioterapeuter skiller seg fra kvinnehelse- fysioterapeuter og annet helseprofesjoner ved at de svært sjelden undersøker kvinnene diagnosespesifikt eller lokalt i underlivet (Nygaard et al., 2020, p. 1321). Derimot legger de til grunn at kroppen er et sammenhengende hele, der underlivet ikke kan tematiseres alene, men snarere som en del av kroppen.

Schibbye skriver at å anerkjenne innebærer å «fange opp den andres bevissthet» og gi den tilbake som «anerkjent av min bevissthet (2017, p. 259)». Informantene uttrykker hvordan kvinnens opplevelse av å bli tatt på alvor erfares som betydningsfullt for resultatet av deres arbeid. Jeg finner flere betraktninger og funn i materialet som viser hvordan informantene «fanger opp den andres bevissthet» gjennom kvinnenes perspektiver. En informant dveler ved betraktninger over det kvinnelige underlivets oppgave av å slippe til liv. En annen reflekterte rundt anatomien til det kvinnelige underlivet som går innover, og etterspør om symptomene

fra kvinnenes underliv skyldes at hun forsvarer seg mot noe? Slik jeg forstår utsagnene er det en parallell mellom disse og bevisstheten til en av informantene om betydningen av å hjelpe kvinnene til å våge å gi slipp på en tilbakeholdt smerte. Empatien og omsorgen som kommer tilsynet i funnene samsvarer med Ottesen et al sin beskrivelse av omsorg som interaksjon og samhandling i fysioterapi (2020, p. 63). Et viktig funn viser hvordan informanten søker å forstå hver enkelt pasient i et samspill der deres plager blir lyttet til og bekymringer blir bekreftet.

Materialet viser også at informantene gir uttrykk for at de erfarte seg selv som trygge og tilstedeværende i terapeutrollen. Det signaliserer at informantene er bevisst betydningen av sin rolle og forstår den sensible kontekst de er en del av. Informantens hovedanliggende er å markere ovenfor kvinnen at jeg står stødig i meg selv og kan bære dine utfordringer. Dette er i tråd Schibbye som sier at det er i kontakt med oss selv, vi kan forstå den andre (2017, p. 259). Terapeuten må være ekte og samsvare i egne følelsesuttrykk, ord og indre opplevelser for å få pasienten til å dele sin sanne historie (2017, p. 37). Som en informant uttrykker det:

«Jeg justerer meg ovenfor pasienten slik at det blir håndterbart å snakke om det tålelige»

Andre formidler kvinnens erfaringer av å bli tatt på alvor som katalysator for at livslange hemmeligheter blir formidlet. Slik jeg forstår funnene kommer det til syne i materialet hvordan informantene er særdeles bevisst på å unngå å utsette kvinnene for noe som kan assosieres med nye uheldige grensekrenkelser. De søker snarere å dempe kvinnens kroppslige beredskap ved å slippe til hennes perspektiv. Dette harmonerer med hva Anstrop og Benum viser til som viktigst i god terapi (2014, p. 350) og hvilke terapeutiske egenskaper som har blitt fremhevet av Møyner (2016, pp. 99-100). Tilsvarende egenskaper trekkes frem av pasienter som har deltatt i studier der psykomotorisk fysioterapi har blitt belyst (Dragesund & Øien, 2019; Dragesund & Øien, 2022; Sviland et al., 2014).

Et viktig funn viser hvordan det intersubjektive samspillet mellom informantene og pasienten hjelper kvinnene til å anerkjenne seg selv og gjenkjenne uheldige kroppslige strategier. En informant understreker at psykomotorisk fysioterapi omhandler å kjenne etter og kjenne på forskjeller. Når kvinnene tilegner seg en dypere forståelse over hvordan kroppen gjenspeiler og uttrykker følelser kroppslig, fører det til en omstillingsprosess som gir ny mening og erkjennelse for pasienten. Kvinnen hjelper seg selv ved å anerkjenne en ny forståelse og erkjenne sammenhengen mellom ULS og livet de har levd eller lever. Det samsvarer med

Malterud sin påstand om at uforklart ikke er det samme som uforklarlig (Malterud, 2010, p. 2356) og understøttes av artikkelen til Ottesen som omhandler ULS (2016, p. 33). Det er også i tråd med Gretland sitt syn på hvordan kroppslig samspill i psykomotorisk fysioterapi åpner for terapeutiske muligheter i psykisk helsearbeid (2007, p. 87).

5.3 Omsorg som tvetydig praksis

Merleau-Ponty la vekt på at enhver kropp er synlig for andre (Thornquist, 2018, p. 137). Et annet viktig funn i materialet viser hvordan terapeuten selv er et kroppslig subjekt i møtet med kvinnene. Kroppens forrang omtaler Rønn-Smidt (2022, p. 30) det som når kroppen er hovedkilden til mening for begge aktører, gjennom kommunikasjon og felles erfaringer. Vi påvirker hverandre i en stadig transaksjonell prosess, skriver Schibbye (2017, p. 38) der terapeutisk deltagelse innebærer at hen både er hos seg selv og hos klienten (2017, p. 38). Funnene viser at det er inntryksfulle beretninger informantene er vitner til, og deres taushetsplikt innebærer at historiene må forbli mellom dem og kvinnene. Slik jeg leser funnene erfarer informantene hvordan deres erfarende kropper kan utmattes av inntrykk og vekslende oppmerksomhet mellom seg selv og kvinnen. Dette understrekes ved hvordan en informant beskriver sitt arbeid som et emosjonelt arbeid, mens en annen formidlet at arbeidet gjør henne fryktelig sliten. Deres beskrivelser samsvarer med andre studier som viser at den terapeutiske tilstedeværelsen og konteksten blir fremhevet som utmattende av psykomotoriske fysioterapeuter (Dragesund & Øien, 2019; Øien et al., 2011).

Slik jeg tolker utsagnene er det en nærliggende sammenheng mellom informantenes innsikt i kvinnenes opplevelser og hvordan det intersubjektive samspillet som kommer til syne i funnene gjenskaper og påfører informantene utfordrende kroppslige fornemmelser. I tillegg er informantene eneansvarlig i sitt virke der de jobber en til en med kvinnene. Alle informantene fremhever hvordan møtene erfares som betydningsfull og givende for dem som terapeuter, samtidig som det også erfares som krevende. Slik jeg ser det, avdekket funnene erkjennelsen informantene erfarer i betydningen av å utøve egenomsorg i sitt virke. Det kommer til syne i funnene i hvordan de omtaler forståelsen av terapeutrollen og nødvendigheten av å kombinere jobben med annet virke og kollegastøtte. De er tydelige på at kvinnens utfordring ikke tilhører dem, og viser avstand for å ta vare på seg selv, ved å formidle at arbeidet deres først får verdi når kvinnen egenhendig skaper en forskjell for seg selv utenfor behandlingsrommet. Dette er i tråd med hvordan Møyner (2016, p. 104) belyser verdien av terapeutisk selvrefleksjon.

Gjennom en refleksjonsprosess er målet til NPMF hjelp med til selvhjelp (Biguet, 2012, p. 234). Psykomotorisk fysioterapi er en behandlingsform som krever stor ansvarsbevissthet og elastisitet, og ikke minst tålmodighet og utholdenhet av fysioterapeuten, formidlet Bürlow-Hansen (Bunkan, 1995, p. 15). Det samsvarer med funn som gir et innblikk i utålmodigheten til kvinnene som informantene møter i deres søken etter tilfriskning. Informantene kommer til kort med sin forståelse når kvinnene med ULS har en forventning og behov for en quick-fix. Bürlow-Hansen påpekte at behandlingsformen også krever tålmodighet fra pasientens side (Bunkan, 1995, p. 15) og underbygges av Schibbye som skriver at intersubjektivt samspill innebærer en gjensidig relasjonell prosess der begge involverte må gi og ta for å drive prosessen fremover (2017, p. 287). Informantenes opplevelser av å bli utfordret av kvinnens forventning om raske løsninger og forventinger om å bli reparert er gjenkjennende funn i studier som har sett på psykomotoriske fysioterapeuters terapeutiske opplevelser (Dragesund & Øien, 2019; Rønn-Smidt & Rygg, 2022). Ønsket om å tilføre kvinnene gode kroppslige opplevelser og trygg relasjon til eget underliv fremstår som meningsfullt og givende arbeid for informantene. På den andre siden er et sentralt funn at informantene selv erfarer at «å fange andres bevissthet» i behandlingsrommet har en pris. Informantenes egenomsorg er essensielt for å mestre deltagelse både hos seg selv og kvinnen.

Funnene hentyder til at informantene erfarer at kvinnens livssituasjon utenfor behandlingsrommet fordrer andre prioriteringer i deres liv, på bekostning av kvinnens egen helse. Slik jeg tolker informantens forståelse, opprettholdes kroppens aktivering og smerter fra underlivet i mange tilfeller grunnet ytre omstendigheter. I den sammenhengen er det naturlig å trekke frem betraktningen til informantene som dvelte over erfaringene til kvinnene som forteller om sine omsorgsoppgaver og som hun tenker er beredskap og overbelastning som viser seg i kroppen. Det bringer meg til å plassere funnene i masteroppgaven i en bredere kontekst.

NOU rapporten slår fast at de ser betydningen av å se kvinnehelse i et livsfaseperspektiv og at nåværende eller tidlige belastninger i livet kan føre til sykdomsutvikling (2023, p. 128). Dette er både i tråd med funnene i oppgaven og NPMF sin forståelse. Utvalget foreslår en milliard for å styrke kvinners helse og kjønnsperspektiver i helse, og slår samtidig fast at det er en «kunnskapsbro» som svikter i alle ledd som kan tyde på at ny kunnskap ikke tas i bruk i tjenesten (ibid pp 17-18). «Barseloppgjøret (*Barselopprøret*, 2023)» og «Bunadgeriljaen (*Bunadgeriljaen* 2023)» er eksempler hvor kvinnene, i likhet med fagpersoner (Lund, 2023, pp. 1-3) og NOU, etterlyser økt fokus og prioriteringer på kvinnehelse. Det kan oppfattes som

kontrast til helseministeres gjennomgangstone om «godt nok» (*Regjeringen.no. Sykehustalen.*, 2023) helsetilbud og fravær av økt søkelys på kvinnehelse.

Samtidig som det etterlyses styrking av kvinnehelse i alle livets faser viser funnene i oppgaven at mange av kvinnene som søker hjelp nedprioriterer egen helse. Slik jeg forstår mine funn er det grunn til å tro at årsaken til dette må forstås i et kulturelt og historisk perspektiv. Det understrekes av NOU rapporten som peker på at totalbelastningen i kvinners liv har endret seg. Den bringer på det rene at kvinnene fortsatt står for den største andelen pårørende arbeid og ansvaret i familien, omtalt som «det tredje skiftet» (2023, p. 72). NOU rapporten fastslår samtidig at det er for lite psykologisk forskning på ULS, til tross for at psykologiske variabler ser ut til å påvirke og blir påvirket av smertene (2023, p. 128). Jeg mener funnene i denne oppgaven peker på mye av det samme.

Metaanalyser (Ahangari, 2014; Latthe et al., 2006) har avdekket at når det ikke foreligger spesifikke patologiske forandringer er det en rekke andre faktorer som synes å bidra til utvikling av underlivssmerter. I tillegg har de senere årene med oppsummert forskning både nasjonalt og internasjonalt vist at en helhetlig tilnærming synes å være mest virkningsfull. Dette er i tråd med funnene i denne masteroppgaven, nemlig at NPMF er en behandling og forklaringsmodell som kan ha høy relevans for kvinner som lider av ULS. Like fullt viser funnene at informantene erfarer at kvinnene har vært pasienter i helsevesenet i lang tid før de blir henvist eller selv oppsøker psykomotorisk behandling. Slik jeg ser det bør behandlingen inngå i et tverrfaglig helsetilbud slik at kvaliteten på behandlingsmulighetene til kvinner som er rammet med ULS styrkes.

5.4 Oppgavens relevans for psykisk helsearbeid

Vi må anerkjenne kjønns betydning for helse og rette søkelyset mot å se helse i et livsfaseperspektiv stod det å lese i rapporten til Kvinnehelseutvalget (NOU, 2023, pp. 11, 30). Fra et biologisk og kulturelt perspektiv vil kvinnens underliv og dets funksjon, endres i takt med kvinnens alder. I denne oppgaven har det kommet frem at informantene ikke skiller mellom somatisk og psykisk funksjon for kvinnens underliv, men forstår kvinnens underliv som en del av et hele. Dette er i tråd med Merleau- Pontys tenkning om kroppens subjektstatus; vi er den og vi har den (Thornquist, 2018, pp. 138, 141). Funnene viser at kvinnene informantene møter kan være belastet med ULS i alle livets faser. Det avdekkes og hvordan informantene erfarer at ULS utgjør en del av flere lidelser der kvinnenes smerter ofte skyldes sammensatte, belastende årsaker. Lidelsen påvirker kvinnene på omfattende vis og

deres hverdag er preget av uro, uheldige kroppslige strategier og svekket selvbildet. Slik jeg forstår funnene opplever kvinnene et fravær av å føle seg selv som levende, uttrykksfulle og kroppslig sansende i samspill med andre. Alle faktorer som er grunnleggende for god psykisk helse (Bøe & Thomassen, 2017, p. 15). Informantene erfarer hvordan uforklarlige underlivssmerter belaster kvinnene med uhelse, det motsatte av helse (Gjersvik & Hem, 2014, p. 741). Bøe og Thomassen tar til ordet for «våre liv som kropper», der man ikke skiller mellom det fysiske og psykiske, må gjøres sentralt i psykisk helsearbeid (2017, p. 15).

Erikssons og Hummelvoll skriver at psykisk helsearbeid representerer et alternativ til det tradisjonelle helsevernet og at fagområdet hviler på et teoretiske fundamentet der det allmennmenneskelige og brukerinvolvering står i fokus (2015, p. 3). «Dette innebærer at den psykiske helsearbeideren, sammen med personen, arbeider for å skape, utvikle, forandre og bevare livsstrategier for og i ulike samfunnskontekster og stadier i livet (Eriksson & Hummelvoll, 2015, p. 13)». De senere årenes oppsummert forskning innen ULS viser at en helhetlig tilnærming synes å være mest virkningsfull for pasientgruppen.

Et sentralt funn i oppgaven viser hvordan den premissgivende forståelsen til psykomotorisk fysioterapi om kroppen som et hele, og bærer av den enkelte historie, tilpasses og inkluderes i samspill med kvinnens eget perspektiv. Datamaterialet i oppgaven er hentet både fra psykomotoriske fysioterapeuters kliniske erfaringene fra primær og spesialisthelsetjenesten og omfavner dermed et bredt og variabelt pasientgrunnlag. Til tross for et lavt antall informanter, der funnene ikke kan generaliseres, deler informantens solide kliniske erfaringer fra en sammensatt gruppe kvinner med ULS. Funnene viser hvordan informantene avdekker omfattende inngripende belastninger, i mange tilfeller erfaringer kvinnene har båret på lenge og i ensomhet. De viser også hvordan informantenes tilnærming og forklaringsmodeller lykkes i å hjelpe kvinnene. Ved å ta utgangspunkt både i kvinnens nå og fortid, hjelpes kvinnen til å forstå seg selv i nye sammenhenger, og hjelpe seg selv inn i nye kroppslige strategier. Kvinnen oppnår økt anerkjennelse med kroppslig tilstedeværelse og ny fortrolighet til eget underliv. Slik jeg leser funnene er psykomotoriske metoder og virkemidler slik de viser seg i oppgaven svært relevant for psykisk helsearbeid.

6. KONKLUSJON

«De kunnskaper og forklaringsmodeller helsepersonell benytter seg av, er avgjørende for hva de betrakter som viktig, relevant og gyldig informasjon når de skal forstå menneskers plager og lidelser (Thornquist et al., 2020, p. 27).»

I denne oppgaven har jeg utforsket psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer fra deres møter med kvinnelige pasienter med kroniske underlivssmerter. Fem psykomotoriske fysioterapeuter deltok i et semistrukturert intervjuet der jeg benyttet erfaringsbasert kunnskap som et overordnet perspektiv ved innhenting og tolking av data. Tematisk analyse av informantenes erfaringer fra deres møter med kvinnelig pasienter med ULS førte frem til fire overordnede temaer.

Funnene viser at psykomotoriske fysioterapeuter kroppsoverrettede tilnærming bryter med andre tilnærminger kvinner med ULS tilbys av helsevesenet. Den psykomotoriske tilnærmingen erfares av informantene som krevende og meningsfullt, der selvivaretagelse er viktig. Deres forklaringsmodeller tolker pasienten som et hele, der også kvinnens perspektiv inkluderes i et samspill mellom pasienten og terapeuten. Ved å tilføre forståelse over hvordan pågående eller tidligere belastninger i livet kan samsvare med reaksjonsmønstre og emosjoner, viser funnene hvordan informanten hjelper kvinnen inn i en kroppslig omstillingsprosess. Når kvinnens smerter avtar og symptomer gis ny mening, viser funnene hvordan psykomotoriske forståelse og tilnærming er relevant for psykisk helsearbeid.

Litteraturliste

- Ahangari, A. (2014). Prevalence of chronic pelvic pain among women: An updated review. *Pain Physician*, 17(2), E141-E147. <https://doi.org/10.36076/ppj.2014/17/E141>
- Alappattu, M. J., & Bishop, M. D. (2011). Psychological Factors in Chronic Pelvic Pain in Women: Relevance and Application of the Fear-Avoidance Model of Pain. *Phys Ther*, 91(10), 1542-1550. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100368>
- Albert, H. (1999). Psychosomatic group treatment helps women with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 20(4), 216-225.
- Anstorp, T., & Benum, K. (2014). *Traumebehandling : komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Universitetsforl.
- Ayorinde, A. A., Macfarlane, G. J., Saraswat, L., & Bhattacharya, S. (2015). Chronic pelvic pain in women: an epidemiological perspective. *Womens Health (Lond)*, 11(6), 851-864. <https://doi.org/10.2217/whe.15.30>
- Barselopprøret. (2023). <https://barselopprøret.no/>
- Bergland, A., Olsen, C. F., & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiother Res Int*, 23(4), e1723-n/a. <https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Biguet, G., Keskinen-Rosenquist, R., Levy Berg, A. . (2012). *Att förstå kroppens budskap* (Vol. 1). Studentlitteratur.
- Boge-Olsnes, C. M., Risør, M. B., & Øberg, G. K. (2022). How life events are perceived to link to bodily distress: A qualitative study of women with chronic pelvic pain. *Health Care Women Int*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/07399332.2022.2087076>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braut, G. S. (2022). Helse. In <https://sml.sn.no/helse>
- Brünahl, C. A., Klotz, S. G. R., Dybowski, C., Albrecht, R., Höink, J., Fisch, M., Ketels, G., & Löwe, B. (2021). Physiotherapy and combined cognitive-behavioural therapy for patients with chronic pelvic pain syndrome: results of a non-randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open*, 11(12), e053421-e053421. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053421>
- Bunadgeriljaen (2023). <https://www.bunadsgeriljaen.no/>
- Bunkan, B. H. (2001). [Psychomotor physiotherapy--principles and guidelines]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 121(24), 2845-2848. (Psykomotorisk fysioterapi--prinsipper og retningslinjer.)
- Bunkan, B. H., Bülow-Hansen, A., Houge, N.H., Hødal, T., Hansson, H. (1995). *Psykomotorisk behandling*. Kopinor Pensum AS
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid : å skape rom for hverandre* (3. utg. ed.). Universitetsforl.
- Carlquist, E. (2015). *Well-being på norsk* Helsedirektoratet Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/well-being-pa-norsk/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf/_attachment/inline/46a66c5f-e872-4e52-96b5-4ae1c95c5d23:488beb667da23e74e06e64a4e800417c2f205c90/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf
- Danielsen, K. G., Dahl-Michelsen, T., Håkonsen, E., & Haugstad, G. K. (2019). Recovering from provoked vestibulodynia: Experiences from encounters with somatocognitive therapy. *Physiotherapy theory and practice*, 35(3), 219-228.
- Dragesund, T., & Øien, A. M. (2019). Demanding treatment processes in Norwegian psychomotor physiotherapy: From the physiotherapists' perspectives. *Physiother Theory Pract*, 35(9), 833-842. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1463327>
- Dragesund, T., & Øien, A. M. (2020). Transferring patients's experiences of change from the context of physiotherapy to daily life. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 15(1), 1735767. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1735767>
- Dragesund, T., & Øien, A. M. (2022). Developing self-care in an interdependent therapeutic relationship: patients' experiences from Norwegian psychomotor physiotherapy. *Physiother Theory Pract*, 38(11), 1656-1666. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1875524>
- Engeler, D. e. a. (2021). *EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain*. . <https://d56bochluzqnz.cloudfront.net/documents/EAU-Pocket-on-Chronic-Pelvic-Pain-2021.pdf>
- Engeler, D. S., Baranowski, A. P., Dinis-Oliveira, P., Elneil, S., Hughes, J., Messelink, E. J., van Ophoven, A., & Williams, A. C. (2013). The 2013 EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain: Is Management of Chronic Pelvic Pain a Habit, a Philosophy, or a Science? 10 Years of Development. *Eur Urol*, 64(3), 431-439. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.04.035>
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp* (Vol. 15). Universitetsforl.
- Eriksson, B., & Hummelvoll, J. K. (2015). Psykisk helsearbeid som fagområde: en fremvoksende disiplin.
- Fysioterapeuten. (2023, 8/3). Kvinnehelse: -Tid for handling! . <https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/no/pdfs/nou202320230005000dddpdfs.pdf>
- Georgine Lamvu, M., MPH1,2; Jorge Carrillo, MD1,2; Chensi Ouyang, MD1,2; et al. (2021). Chronic Pelvic Pain in Women: A review. <https://doi.org/doi:10.1001/jama.2021.2631>
- Gjersvik, P., & Hem, E. (2014). Hvorfor uhelse? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 134(7), 741-741. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.1678>
- Gjøen, H. (2022, 22. september). *Gir fillers god helse? Episode 6*. *Debatten NRK*
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Fagbokforl.

- Helsedirektoratet (2023). <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/taushetsplikt-og-opplysningsrett/-21.hovedregel-om-taushetsplikt>
Helseforskningsloven. (25/2-2023). Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helseforskningsloven>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave. ed.). Abstrakt forlag.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforl.
- Johannisson, K., & Lyngar, M. (1996). *Det mørke kontinentet : kvinner, sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet*. Aventura.
- Karlsson, B. (2013). Vi bærer enda litt videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(1), 2-4.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-01-01>
- Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2021). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (4. utgave. ed.). Universitetsforlaget.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- kvinnehelse, F. f. (2023, 01.05.23). <https://fysio.no/kvinnehelse>
- Latthe, P., Latthe, M., Say, L., Gülmezoglu, M., & Khan, K. S. (2006). WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: A neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*, 6(1), 177-177. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-177>
- Loland, S. (2000). Kroppssyn, idrett og mosjon. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 120(24), 2919-2921.
- Loving, S., Thomsen, T., Jaszczak, P., & Nordling, J. (2014). Pelvic floor muscle dysfunctions are prevalent in female chronic pelvic pain: A cross-sectional population-based study. *EJP*, 18(9), 1259-1270. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2014.485.x>
- Lund, A. (2023). Hvordan står det til med kvinners helse? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 143(4). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0115>
- Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 130(23), 2356-2359. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0828>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Universitetsforl.
- Mengshoel, A. M. (2022). *Kunnskap for å forklare og for å forstå - møte mellom ulike kunnskapssyn i diskusjonen om psykomotorisk fysioterapi* <https://www.fysioterapeuten.no/fagessay-forskning-psykomotorisk-fysioterapi/kunnskap-for-a-forklare-og-for-a-forsta-mote-mellom-ulike-kunnskapssyn-i-diskusjonen-om-psykomotorisk-fysioterapi/144746>
- Moen, M. H. (2022, 01.05.23). *Kvinnehelse* Klikk.no, .
<https://www.klikk.no/helse/doktoronline/helseleksikon/kvinnehelse/>
- Morin, M., Dumoulin, C., Bergeron, S., Mayrand, M. H., Khalifé, S., Waddell, G., & Dubois, M. F. (2021). Multimodal physical therapy versus topical lidocaine for provoked vestibulodynia: a multicenter, randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*, 224(2), 189.e181-189.e112.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.08.038>
- Myrteit-Stensrud, L., Haugstad, G. K., Rème, S. E., Schaller, S. L., & Groven, K. S. (2023). "It's all my fault": a qualitative study of how heterosexual couples experience living with vulvodinia. *Acta Obstet Gynecol Scand*. <https://doi.org/10.1111/aogs.14537>
- Møyner, E. (2022). *Psykomotorisk fysioterapi* In S. n. leksikon (Ed.).
- Møyner., E. (2016). Det terapeutiske samsillet - en utfordrende balansegang. *Norsk senter for dataforskning*. (2023). Universitetsforlaget. <https://www.nsd.no/index.html>
- Norske Kvinners Sanitetsforening. (2020, 01.05.23). *Innspillmøte til ny og etterlengtet NOU om kvinnehelse* Retrieved 31/8 from <https://sanitetskvinnene.no/nyhet/2020/08/innspillsmote-til-en-ny-og-etterlengtet-nou-om-kvinnehelse>
- NOU. (2023). *"Den store forskjellen - Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse"*. Oslo Retrieved from

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/no/pdfs/nou202320230005000dddpdfs.pdf>
- Nygaard, A. S. (2022, 26/10). *Karakteristika ved pasienter med langvarige underlivssmerter* Paper presentert på, NFF Faggruppe for kvinnehelse, Bekkenbunn 2: Smerter og seksuell dysfunksjon Fornebu
- Nygaard, A. S., Rydningen, M. B., Stedenfeldt, M., Wojniusz, S., Larsen, M., Lindsetmo, R. O., Haugstad, G. K., & Øian, P. (2020). Group-based multimodal physical therapy in women with chronic pelvic pain: A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 99(10), 1320-1329. <https://doi.org/10.1111/aogs.13896>
- Nygaard, A. S., Stedenfeldt, M., Øian, P., & Haugstad, G. K. (2019). Characteristics of women with chronic pelvic pain referred to physiotherapy treatment after multidisciplinary assessment: a cross-sectional study. *Scandinavian journal of pain*, 19(2), 355-364.
- Ottesen, A. (2016, 01.05.23). *(U)synlige og (u)forståelig - avhengig av hva man retter blikket mot*. Fysioterapeuten. Retrieved 22.01 from https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/7497/84247/version/1/file/Kasuistikk_0316.pdf
- Ottesen, A., Askheim, C., Ahlsen, B. (2020). Omsorg i fysioterapi. Lyssky virksomhet eller uomgjengelig del av kunnskapsbasert praksis? (1-2021), 60-66. https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/7497/84247/version/1/file/Kasuistikk_0316.pdf
- Pettersen, S. (2022, 19 oktober). *Hva er egentlig kvinnehelse?* <https://blogg.forskning.no/kvinnehelsebloggen/hva-er-egentlig-kvinnehelse/2094213?fbclid=IwAR2opEnPVHktYHgkxQymnxUMa30nvFSkKwFaLiSel6cga5nOBuPCg7bNZBE>
- Rake, S. K., & Ahlsen, B. (2022). I spagaten-en diskursanalytisk tilnærming til hvordan psykomotorisk fysioterapi posisjonerer seg som fagdisiplin og behandlingstilnærming. *Regjeringen.no. Sykehustalen*. (2023). <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2023/id2959568/>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018 01.05.23). *Psykisk helse i Norge* Folkehelseinstituttet. <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2984478/Reneflot-2018-Psy.pdf?sequence=1>
- Rugseth, G. (2019, 12/9). *Kropp og sykdom i et fenomenologisk perspektiv* Forelesning OsloMet, Oslo.
- Rønn-Smidt, H., & Rygg, M. L. (2022). Psykomotoriske fysioterapeuters beskrivelse og håndtering av utfordringer i pasientrelasjonen—en intervjustudie. *Fysioterapeuten. no*.
- Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi - Innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122(25), 2477-2480.
- Schibbye, A.-L. L. (2017). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg., 2. oppl. [i.e. ny utg.]. ed.). Universitetsforl.
- Schibbye, A. L. L. (2004). Hva sier jeg til klienten i psykoterapi—noen sammenhenger mellom et filosofisk grunnsyn, relasjonsteori og vårt terapeutiske språk. *Impuls*, 2, 20-26.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E., & Maizels, D. (2018). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn* (2. utg. ed.). Gyldendal.
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2014). To be held and to hold one's own: narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *Med Health Care Philos*, 17(4), 609-624. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9562-0>
- Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2010). Språk – uttrykk for inntrykk. *Norwegian Psychomotor Physiotherapy and Embodied Narrative Identity. A theory generating study*.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Fagbokforl.
- Thematic Analysis*. (2023). University of Auckland. Retrieved 2904 from <https://www.thematicanalysis.net/editor-checklist/>
- Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk fysioterapi; tenkning og tilnærming. *Utposten*, 5, 28-32.

- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Fagbokforl.
- Thornquist, E., Bunkan, B. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Universitetsforlaget.
- Thornquist, E., Kirkengen, A. L., & Thornquist, E. (2020). *Sammensatte lidelser : et samfunnsspeil* (1. utgave. ed.). Fagbokforlaget.
- Universitetet i Oslo (2023). <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S., & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*, 25(1), 53-61. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00790.x>
- Øvreberg, G. A., T. (2016a). *Psykomotorisk fysioterapi. Et kildeskript fra Aadel Bürlow-Hansens praksis*. Berit lanssen
- Øvreberg, G. A., T. (2016b). *Psykomotorisk fysioterapi:et kildeskript fra Aadel Bülow-Hansen* (Vol. 2). Berit lanssen.
- file:///C:/Users/Kirstie%20Holmedal/Downloads/PsykomotoriskFysioterapi%20(4)%20(5).pdf

Vedlegg 1: Ressursliste

Ressursliste Bekkenbunn 2 – smerter og seksuell dysfunksjon

Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician*. 2014;17(2):E141-147.

Ariza-Mateos MJ et al. Effects of a Patient-Centered Graded Exposure Intervention Added to Manual Therapy for Women With Chronic Pelvic Pain: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2018;09:09.

Braekken IH et al. 2015. Can pelvic floor muscle training improve sexual function in women with pelvic organ prolapse? A randomized controlled trial. *J Sex Med* 12(2):470-80. doi: 10.1111/jsm.12746.

Bø, K, editors. 2015. Evidence based physical therapy for the pelvic floor. Bridging science and clinical practice. Churchill Livingstone Elsevier

Bø, K. et al. 2017. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*, 36, 221-244.

Doggweiler R, et al 2017: A standard for terminology in chronic pelvic pain syndromes: A report from The chronic pelvic pain working group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 4:984-1008.

Engeler, D. et al, A. 2021. *EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain*. <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Pocket-Guidelines-on-Chronic-Pelvic-Pain-2021.pdf>

Ferreira, C. H. J. et al. 2015. Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. *International Urogynecology Journal* 26(12),1735-1750. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2749-y>

Flink I.K, et al. 2020. Pain psychology in the 21st century: lessons learned and moving forward. *Scand J Pain*. 20(2):229-238.

Frawley H, et al. 2021. An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. *Neurourol Urodyn* 40(5):1217-1260. doi: 10.1002/nau.24658. Epub 2021 Apr 12.

Klotz S, G, R et al. 2019. Physiotherapy management of patients with chronic pelvic pain (CPP): A systematic review. *Physiother Theory Pract* 35:516-532.

Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Rapkin A. Chronic Pelvic Pain in Women: A Review. *JAMA*. 2021 Jun 15;325(23):2381-2391. doi: 10.1001/jama.2021.2631. PMID: 34128995.

Meltzer-Brody S et al. 2007. Trauma and posttraumatic stress disorder in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 109(4):902908.

Morin et al 2017: Multimodal physical therapy versus topical lidocaine for provoked vestibulodynia: a multicenter, randomized trial. *AJOG*, Volume 224, Issue 2, 189.e1-189.e12, <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.08.038>.

Morin M, et al. 2017. Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Modalities in Women With Provoked Vestibulodynia. *Sex Med Rev* 5(3):295-322. doi: 10.1016/j.sxmr.2017.02.003.

Nygaard A.S, et al. 2020. Group-based multimodal physical therapy in women with chronic pelvic pain: A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 99(10):1320-1329. doi: 10.1111/aogs.13896.

Tennfjord M.K, et al. 2021. Effect of physical activity and exercise on endometriosis-associated symptoms: a systematic review. *BMC Women's Health*. 21:355. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01500-4>

Treede, R. D. et al. 2019. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160, 19-27.

Van Reijn-Baggen et al. 2021. Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Systematic Review of Treatment Efficacy. *Sex Med Rev*.11:S2050-0521(21)00012-3. doi: 10.1016/j.sxmr.2021.03.002.

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD



[Meldeskjema](#) / [Livets Port](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

205895

Vurderingstype

Standard

Dato

12.07.2022

Prosjekttittel

Livets Port

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig

Hanne Kilen Stuen

Student

Brit Kirstie Grønning Holmedal

Prosjektperiode

15.08.2022 - 14.06.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 14.06.2024.

[Meldeskjema](#)

Kommentar**OM VURDERINGEN**

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

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

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

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

HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene.

Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

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

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 3: Intervjuguide

Innledende spørsmål om bakgrunnsinformasjon om informant

- Kjønn
- Alder
- Arbeidserfaring / primær /spesialisthelsetjenesten
- Utdannelse
- Hvordan startet du å interessere deg for denne pasientgruppen?

Tema 1. Det første møtet

Innledningsvis kan du si noe om hvem pasientene som kommer til deg med ULS er, og

- Tilleggsdiagnoser
- Alder
- Etnisitet

hvordan beskriver pasientene sine plager?

- Symptomer og varighet av plager /ene

Kan du fortelle om hvordan du går frem i møte med pasienter som oppsøker deg med ULS?

- Underlivet blir av de fleste opplevd som en privat del av kroppen. Hvordan går du frem i samtalen /undersøkelsen når underlivet snakkes om /eller undersøkes, - og hvordan er det for deg)
- Hvordan erfarer du at det er for kvinnen å snakke om sitt underliv og plager
- Hva observerer du underveis i møte med pasienten? (hvordan el hvorfor anser du det av betydning)
- Skåringsverktøy

Erfarer du at pasienten har vært i kontakt med / utredet hos andre i helsevesenet før de kontakter deg?

Tema 2. Kropp som levd erfaring med ULS

Hvordan erfarer du at pasientene selv forstår sine plager?

- Sier de noe om hvordan det er å leve med ULS, og hvordan det påvirker deres liv
- Gir de uttrykk for relasjon til egen kropp / berøring av egen kropp / underliv
- Kommer det frem hvordan ULS påvirker dem følelsesmessig og hvordan følelsene kommer til uttrykk /erfares kroppslig
- Relasjon til samliv / partner

Kan du fortelle om hvilke behandlingstilnærminger benytter du deg av?

Har du opplevd/observert kroppslige reaksjoner fra pasientene med ULS under et terapeutisk møte, og kan du si noe om hvordan det har kommet til uttrykk

Kan du fortelle fra et eller flere terapeutisk møter der du opplever at samtalen har vært av betydning for hvilken retning videre tilnærming/ behandlingen har tatt? (hva tror du er årsaken til det)

Tema 3. Endring

På hvilke måter opplever du at du kan hjelpe pasienter med ULS?

Hva er tilbakemeldinger fra pasienter med ULS som får PMF – hva fungerer / fungerer ikke?

Har du behandlingserfaringer hvor du særlig opplever å ha lykket?

Har du behandlingserfaringer hvor du har opplevd å komme til kort?

Hvilke utfordringer erfarer du som terapeut i møte med disse pasientene?

En ny NOU (Norges offentlige utredninger) om kvinners helse er under arbeid – hvilken betydning tror du den kan ha for kvinner med ULS?

I hvilken grad følger du med på debatter eller kunnskapsutvikling om ULS, og hva tenker du om den?

Ønsker du å tilføre noe?

- Hvilke historier deler pasientene med ULS om sine erfaringer /møter med annet helsepersonell?
- er det av betydning for hvilke undersøkelser du velger å foreta? Kan du si noe om nytteverdien av disse undersøkelsene? Og hvordan påvirker resultatet valg av tiltak du igangsetter ovenfor pasienten(e)

Hva observerer du/fanger du opp hos pasienten dersom du utfører en vaginal undersøkelse

Vil du delta i forskningsprosjektet

Livets port

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få mer kunnskap om psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med kvinner med underlivsplager. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet, og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en masteroppgave på studiet «Master i psykisk helsearbeid» ved Høgskolen i Innlandet. Sentralt i møte mellom pasient og helsevesenet er at pasientens ønske og behov blir møtt med faglige avgjørelser basert på forskningsbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap.

Mange kvinner med ULS oppsøker helsevesenet, men vi har lite kunnskap om hvordan helsevesenet selv opplever møtet med denne pasientgruppen. Jeg ønsker å finne ut hvilke erfaringer psykomotorisk fysioterapeut har i møte med disse kvinnene.

Din deltagelse vil være et viktig bidrag i kunnskapsutviklingen om hvordan kvinner møtes i helsetjenesten og psykomotorisk fysioterapeuters (PMF) erfaringer med denne pasientgruppen. Nytteverdien ligger i å fremme ny forståelse fra klinisk kunnskap om kvinnelidelser og kjønn, om hvordan helsevesenet forstår helse og helseplager og belyse dets muligheter til å løfte frem sammenhenger, egenverd og livskraft hos kvinner med ULS.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Innlandet er ansvarlig for prosjektet.

Forskningsprosjektet inngår i Kirstie Holmedals masteroppgave. Hun har driftsavtale med Asker kommune og jobber som privat praktiserende fysioterapeut ved Føyka Fysioterapi DA. Prosjektet vil bli veiledet av Hanne Kilen Stuen, som er Førsteamanuensis ved Fakultet for helse- og sosialfag.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget i prosjektet er psykomotorisk fysioterapeut, med bred erfaring med kvinner med underlivssmerter, enten fra primær eller spesialist helsetjenesten. Du er kontaktet da jeg har blitt tipset om at du jobber med pasientgruppen fra kollegaer av deg, eller funnet navn ditt i registeret til Faggruppen for psykomotoriske fysioterapeuter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Om du velger å delta i prosjektet innebærer det at du deltar i et semistrukturert intervju med en varighet på ca. 60 minutter. Videre vil det innebære

- at opplysninger vil bli samlet inn i overensstemmelse med en intervjuguide som forholder seg til tematikken som skal belyses.

- at intervjuet vil bli utført med lydopptak på en smarttelefon og beskyttet ved bruk av diktafon-appen og sendt til Nettskjema.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- All data vil bli lagret på OneDrive Office 365 FEIDE konto, en kryptert lagringsenhet.
- Det er kun Kirstie Holmedal som intervjuer og hennes veileder som har tilgang til notatene og opptakene.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data og datamateriale vil bli lagret på en sikker forskningsserver som er kryptert.
- All innsamlet data vil transkriberes og anonymiseres slik at de ikke vil kunne bli gjenkjent i den ferdige masteroppgaven.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes juni 2024. Alle opplysninger vil slettes når oppgaven er godkjent.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har NDS – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

- Student og Psykomotorisk fysioterapeut Kirstie Holmedal ved Føyka Fysioterapi. kirstie.holmedal@gmail.com eller mobilnummer: 41011560
- Veileder/prosjektansvarlig Hanne Kilen Stuen ved Høgskolen i Innlandet. hanne.stuen@inn.no eller mobilnummer: 90802719

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin (Personverntjenester) vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53211500.

Med vennlig hilsen

Hanne Kilen Stuen

Kirstie Holmedal

(Forsker/veileder)

Mastergradsstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i semistrukturert intervju.
- å delta prosjektet munner ut i en skriftlig masteroppgave.
- at ferdig prosjekt kan munne ut i en publisert tidsskriftartikkel, med full anonymisering.

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)