

Helsevitenskapelige fakultet

Bruk av prevensjon etter fødsel

Birgitte Falck

Masteroppgave i Medisin (MED-3950) Juni 2018

Hovedveileder: Finn Egil Skjeldestad, ISM, UiT Norges Arktiske Universitet

Bi-veileder: Elisabeth Ludvigsen, Kvinneklinikken, UNN

Forord

Jeg kom i kontakt med mine veiledere gjennom en følgevakt på gyn- og fødeavdelingen i Tromsø under 4. studieår. Der ble jeg kjent med biveileder Elisabeth Ludvigsen som fortalte om hennes pågående studie "Fødselsrelatert urininkontinens og vaginalt prolaps" (FRURIPRO), hvor deler av datamaterialet hennes var tilgjengelig for en eventuell masteroppgave. Jeg kontaktet videre hennes hovedveileder, Finn Egil Skjeldestad, som presenterte ideen om å studere prevensjonsbruk etter fødselen. Utformingen av selve oppgaven har foregått gradvis hvor jeg og hovedveileder har hatt jevnlig kontakt gjennom det siste halvannet året. Se vedlegg 1 for spesifisering av arbeidsoppgaver.

Jeg vil rette en stor takk til Elisabeth Ludvigsen som lot meg bruke deler av datamaterialet fra FRURIPRO-studien. Videre takk til medstudent Julie Ekman for gode diskusjoner og samtaler rundt prevensjonsemnet. Den største takken går til min hovedveileder Finn Egil Skjeldestad for utallige timer med diskusjon, litteraturevaluering, retting og tilbakemeldinger.

Dato: 29.05.18
Sted: Tromsø



Birgitte Falck
(forfatter)

Innholdsfortegnelse

Forord.....	I
Sammendrag.....	III
Forkortelser.....	IV
Innledning.....	1
Materiale og metode	2
Resultater	3
Diskusjon.....	4
Konklusjon.....	6
Referanser	7
Tabeller	10
Vedlegg	15
Vedlegg 1 – Spesifisering arbeidsoppgaver	
Vedlegg 2 – Spørreskjema (FRURIPRO)	
Vedlegg 3 – Artikkelevaluering	

Sammendrag

Introduksjon

Bruk av prevensjon etter fødselen er avhengig av kvinnens behov for prevensjon og prevensjonsmetodens potensielle effekt på amming og spedbarn. WHO fraråder bruk av østrogenholdige preparater under amming, mens det gis ingen restriksjoner for bruk av gestagenholdige preparater. Valg av type prevensjonsmetode varierer ut fra kvinnens alder og paritet. Formålet med masteroppgaven er å studere bruk av prevensjon etter fødselen.

Materiale og metode

Datamateriale ble innhentet via et spørreskjema sendt ut i forbindelse med FRURIPRO-studien, og fra kvinnes fødselsjournal (DIPS og CSAM PARTUS). Kvinner som fødte ved kvinneklinikken i Tromsø i 2011-2013 ble forespurt, 1491 (36.5%) av 4083 mulige deltok. Etter å ha ekskludert de som var gravide på nytt, planla å bli gravid eller ikke hadde behov for prevensjon etter forrige fødsel, ble 1190 kvinner inkludert i studien. Alle analyser ble utført i SPSS versjon 22.0 med Kvi-kvadrat test.

Resultater

84% oppga bruk av prevensjon etter fødselen. Hormonspiral (28%), kondom (14%) og m-pille (8%) var de hyppigst brukte metodene. P-piller var primært brukt blant de yngre kvinnene. Permanente metoder som tubeligering og vasektomi hos partner forekom nærmest utelukkende blant eldre kvinner. Majoriteten av de som brukte hormonelle prevensjonsmetoder startet før eller ved 6 måneder etter fødsel. Blant de som ikke brukte prevensjon, var forekomsten høyest blant eldre kvinner med ett barn. Frafallsanalysene viste ingen forskjell i paritet, mens de som deltok i studien var noe eldre, hadde høyere utdanning og bodde oftere i parforhold, sammenlignet med de som ikke svarte eller svarte "nei".

Konklusjon

Høy forekomst av bruk av prevensjon etter fødselen, hvor gestagenholdige metoder er de hyppigst brukte etterfulgt av kondom.

Emneord: fødsel, prevensjonsmetoder, hormonspiral, p-pille, m-pille, laktasjonsamenoré-metoden

Forkortelser

LAM	Laktasjonsamenoré-metoden
LH	Lutinerende hormon
FSH	Follikkelstimulerende hormon
GnRH	Gonadotropinfrigjørende hormon
WHO	Verdens helseorganisasjon
P-pille	Prevensjonspille med østrogen- og gestagenkomponent
P-plaster	Prevensjonsplaster med østrogen- og gestagenkomponent
P-ring	Prevensjonsring med østrogen- og gestagenkomponent
P-stav	Prevensjonsimplantat med kun gestagenkomponent
P-sprøyte	Prevensjonsinjeksjon med kun gestagenkomponent
M-pille	Prevensjonspille med kun gestagenkomponent
VTE	Venøs tromboembolisme
DIPS	Distribuert informasjons og pasientdatasystem i sykehus
CSAM PARTUS	Elektronisk journalsystem for svangerskap, fødsel og barsel

1 Innledning

I 2017 var det samlede fruktbarhetstallet i Norge 1.61 barn per kvinne, det laveste tallet registrert i nyere tid (1). Samtidig har alder blant førstegangsfødende økt fra 27.3 år i 2000, til 29.3 år i 2017 (2). Lavt fruktbarhetstall og økende alder for førstegangsfødende, i tillegg til økende bruk av prevensjon, gir uttrykk for at norske kvinner er bevisst rundt når de ønsker å få barn.

Både korte og lange intervaller mellom hvert svangerskap kan gi uheldig utfall for både mor og spedbarn (3-9). Lange intervaller, 5-10 år, er assosiert med økt risiko for pre-eklampsi hos mor (3-6), mens korte intervaller på mindre enn 6 måneder, er assosiert med økt risiko for maternal død og anemi (4). Risiko for lav fødselsvekt, for tidlig fødsel og neonatal død hos spedbarn øker desto kortere intervallene er mellom hvert svangerskap (7-9). Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler minst 24 måneder mellom hvert svangerskap, men kommer ikke med noen spesifikke anbefalinger rundt optimalt intervall mellom hvert svangerskap (10).

Tidspunkt for oppstart av prevensjon etter fødselen involverer flere hensyn, som kvinnens behov for prevensjon og prevensjonsmetodens potensielle effekt på mor og spedbarnet som blir ammet. Behov for prevensjon er blant annet avhengig av kvinnens evne til å bli gravid på nytt. I følge flere studier har laktasjonsamenoré-metoden (LAM) en 98% sikkerhet mot ny graviditet. Denne metoden gjelder for kvinner som fullammer og ikke har fått tilbake menstruasjonen, gitt at det er mindre enn 6 måneder siden fødselen (11-17). En nyere studie viser at kun 14% av norske kvinner fullammer 6 måneder etter fødselen (18). Den fysiologiske mekanismen bak LAM skyldes trolig ammehormonet prolaktin sin innvirkning på hypothalamus-hypofyse-gonade akse (19-22). Ovulasjon hos kvinner er regulert av hormonene LH og FSH som skilles ut fra hypofysens forlapp under stimulering av hypothalamushormonet GnRH (23). GnRH-utskillelsen påvirkes av det forhøyede prolaktinnivået i blodet som forekommer når kvinnen ammer. Dette forstyrrer utskillelsen av LH og FSH som således hindrer modningen av nye egg i ovariene (19-22).

Mellom 60-88% av kvinner starter raskt med prevensjon etter fødselen (24-26). Sammenhengen mellom tidspunkt for oppstart av prevensjon er assosiert med tilbakevendende menstruasjon (24, 25, 27) og ammestatus (24, 25, 28). Bruken av

prevensjon blant de som fortsatt har amenore, er lavere enn de som har fått tilbake menstruasjonen (25). Kvinner med flere barn begynner tidligere med prevensjon enn kvinner med færre barn (27). En amerikansk studie fra 2009 viste at yngre kvinner totalt sett har en høyere bruk av prevensjon etter fødselen enn eldre kvinner, uavhengig av prevensjonsmetodens sikkerhet mot ny graviditet. De yngre kvinnene hadde en høyere bruk av reversible metoder sammenlignet med eldre kvinner som oftere valgte permanente metoder som tubeligering eller vasektomi hos mannen (26). Kvinner med høyere utdanning velger oftere mer sikre prevensjonsmetoder oftere enn kvinner med lavere utdanning (29).

Bruk av kombinasjonspreparater blant ammende har vært et omdiskutert tema på grunn av usikkerhet rundt virkningen av østrogenet på melkeproduksjonen og/eller innvirkning på barnets vekst (30-34). Gestagenpreparater derimot er ikke kjent for å ha noen innvirkning på melkeproduksjonen (30). Midlertidig viser nyere studier ingen signifikant forskjell på vektøkning hos barnet eller melkeproduksjon blant kvinner som bruker kombinasjons- eller gestagenpreparater (33, 34). I Norge finnes det ingen nasjonale retningslinjer for bruk av prevensjon etter fødsel. WHO fraråder bruk av kombinasjonspreparater før 6 måneder etter fødsel blant ammende kvinner og før 3 uker hos ikke-ammende kvinner (35). Sistnevnte på grunn av økt risiko for venøs tromboembolisme (35). Det gis ingen restriksjoner mot bruk av gestagenpreparater (tabell 1) (35).

Prevensjonsbruken generelt i Norge har nylig blitt studert i en stor skandinavisk studie (36), men hvilke prevensjonsmetoder som brukes etter fødsel er ikke beskrevet. Formålet med denne masteroppgaven er å studere første bruk av prevensjon etter fødselen.

2 Materiale og metode

Oppgaven er basert på data fra et spørreskjema i studien "Fødselsrelatert urininkontinens og vaginalt prolaps" (FRURIPRO) (Vedlegg 2) og relevante data fra fødejournalen (DIPS og CSAM PARTUS). Spørreskjemaet ble sendt ut i juni 2015 til alle kvinner som fødte ved kvinneklinikken i Tromsø (UNN HF), samt fødestuene i Nordreisa og Finnsnes, i 2011, 2012 og 2013. Det var totalt 4302 fødsler. Etter oppdatering mot Folkeregisteret og eksklusjon av kvinner med ufullstendig personnummer (nye

landskvinner (n=36)), ble spørreskjema utsendt til 4 266 kvinner. 183 deltakere fikk aldri spørreskjemaet da de ikke bodde på oppgitt adresse fra Folkeregisteret. Femten kvinner nektet å delta i studien, mens 2 577 ikke svarte. Etter en purring forelå det svar fra 1 491 (36.5%) av 4 083 mulige deltakere.

Hovedutfallet i denne oppgaven var første bruk av prevensjon etter fødselen, hvor man ser på valg av type prevensjonsmetode ut i fra alder og paritet (26, 37, 38). Etter å ha ekskludert de som var gravide på tidspunktet for utsendelsen av spørreskjema (n =26), planla å bli gravid (n=113) eller ikke hadde behov for prevensjon etter forrige fødsel (n=146) ble 1190 kvinner inkludert i studien.

Spørsmål om respondenten har brukt prevensjon var innledet med svaralternativet "ja" eller "nei". Dersom de svarte "ja" måtte de angi hvilken prevensjonsmetode de først brukte etter fødselen og når de startet. De som oppgav to forskjellige prevensjonsmetoder ble kategorisert ut i fra den metoden som regnes som sikrest (39). Videre spørsmål om seksuell aktivitet hadde svaralternativene "ja" eller "nei" med oppfølgingsspørsmål om hyppighet. Utdanning ble kategorisert til "<=videregående skole" og ">videregående skole", sivilstatus i "bor alene" og "gift/samboer".

Prevensjonsmetodene omtales gruppevis som gestagenholdige (hormonspiral, m-pille, p-sprøyte og p-stav), østrogenholdige (p-pille og p-ring), mindre sikre (avbrutt samleie og sikre perioder i menstruasjonssyklus), sterilisering (tubeligering og vasektomi hos partner), kobber-spiral og kondom. Kvinner som ammet, ikke hadde fått tilbake menstruasjon og ikke brukte andre prevensjonsmetoder utgjorde brukerne av laktasjonsamenoré-metoden (LAM).

Alle statistiske analyser ble utført i SPSS versjon 22.0 med Kvi-kvadrat test.

Prosjektet er vurdert av REK Nord (saksnummer: 2103/1208) og Personvernombudet UNN (saksnummer: 2104/2505) godkjent for oppstart.

3 Resultater

Kvinnene var i gjennomsnitt 31.1 år (variasjon 18-46 år) og hadde født 1.90 barn (variasjon 1-7). Etter alder og paritet var det liten forskjell mellom studiegruppene for sivilstatus og seksuell aktivitet. Majoriteten hadde sivilstatus som samboende eller gift og 93% svarte bekreftende på at de hadde vært seksuelt aktive etter fødselen (tabell 2).

84% brukte prevensjon etter fødselen, hvorav hormonspiral, kondom og m-pille var de tre mest brukte metodene (tabell 3). Hos de som ikke hadde brukt prevensjon var andelen høyest blant kvinner over 30 år som kun hadde født ett barn.

Prevensjonsmetoder som kun inneholdt gestagener var de mest brukte, hvorav hormonspiral utgjorde 28.1% etterfulgt av m-pille 8.2%. De som hadde født to eller flere barn som i størst grad brukte hormonspiral. P-piller ble primært brukt blant de yngre kvinnene, der forekomsten var høyest blant de under 30 år med kun ett barn. Bruken av mindre sikre metoder som kondom, avbrutt samleie og sikre perioder i menstruasjonssyklusen var jevnt fordelt over studiegruppene. Tubeligering og vasktomi hos partner forekom nærmest utelukkende hos kvinner over 30 år med to eller flere barn. Kun 2.5% oppga LAM som sin første prevensjonsmetode.

Blant de kvinnene som brukte hormonelle prevensjonsmetoder, startet flertallet før eller ved 6 måneder etter fødselen (tabell 4). Samme tendens ble sett blant kobberspiral-brukere. Kvinnene i LAM-gruppen oppga ikke noe tidspunkt for start da metoden trer i kraft da kvinnene starter å amme. 70% av de som oppga avbrutt samleie, sikre perioder og sterilisering som første prevensjonsmetode hadde ikke oppgitt tidspunkt for start.

Mellom de som deltok i studien og de som ikke svarte eller svarte "nei" til deltakelse, viste frafallsanalysene ingen forskjell i paritet (tabell 5). De som deltok var noe eldre (≥ 30 år 60% vs. 50% ($p < 0.001$)), hadde høyere utdanning ($>$ videregående 64% vs. 41% ($p < 0.001$)) og bodde oftere i parforhold (94% vs. 91% ($p < 0.001$)) enn kvinne som ikke deltok.

4 Diskusjon

Studiepopulasjonen hadde en høy forekomst av bruk av prevensjon etter fødselen. Gestagenpreparatene var de hyppigst brukte etterfulgt av kondom. Flertallet av de som brukte hormonelle prevensjonsmetoder startet innen 6 måneder etter fødselen. Kvinnene over 30 år med to eller flere barn hadde høyest bruk av langtidsvirkende prevensjonsmetoder som hormonspiral og sterilisering, mens yngre kvinner hadde høyest forekomst av østrogenholdige metoder. Færre kvinner over 30 år med ett barn brukte prevensjon sammenlignet med kvinner som hadde ett barn og var under 30 år.

I Norge og de øvrige nordiske landene er p-pillen den hyppigst brukte type hormonelle prevensjonsmetoden generelt i befolkningen, etterfulgt av hormonspiral (36). Videre vet man at bruken av P-pille minsker med økende alder, mens bruk av hormonspiral øker (36). Etter fødsel oppgir kun 7.6% bruk av p-pille som første prevensjonsmetode, og i likhet med befolkningen generelt er det de yngste som oppgir høyest bruk. Lav bruk av østrogenholdige og høy bruk av gestagenholdige metoder etter fødsel er i tråd med internasjonale retningslinjer (35). Dette signaliserer bevissthet rundt valg av type prevensjonsmetode etter fødsel i forhold til allmenn kunnskap.

I en nyere studie fra USA ble kvinner forespurt 3 måneder etter fødselen om hvilken prevensjonsmetode de ønsket å bruke ved 6 måneder (37). Majoriteten ønsket bruk av sikre metoder som langtidsvirkende reversible (34.3%), korttidsvirkende hormonelle metoder (29.9%) og sterilisering (19.1%). 12.5% ønsket bruk av mindre sikre metoder som kondom, avbrutt samleie og lignende. De samme deltakerne ble forespurt 6 måneder etter fødselen om faktisk bruk. Sikre metoder var betydelig mindre brukt sammenlignet med ønsket metode (henholdsvis langtidsvirkende reversible 21.9%, korttidsvirkende hormonelle metoder 17.5% og sterilisering 17.5%). Videre utgjorde bruken av mindre sikre metoder hele 42.0%. I vår studie oppga nesten hver tredje kvinne at de ikke hadde brukt prevensjon, eller hadde brukt mindre sikre metoder. De over 30 år med ett barn hadde lavest bruk av prevensjon. Sett i relasjon til at 93% av kvinnene svarte bekreftende på at de var seksuelt aktiv, gir dette et uttrykk for ønske om en eventuell ny graviditet.

Laktasjonsamenoré-metoden har lav annerkjennelse som en sikker prevensjonsmetode etter fødsel, og utgår i mange studier. Dette på tross av høy sikkerhet mot ny graviditet (11-17). Sammenlignet med Pearl-indeks for p-pille og m-pille (39), gir LAM-metoden lik sikkerhet hvis anvendt korrekt. I en amerikansk studie om prevensjonsbruk etter fødsel oppga kun 0.3% bruk av LAM-metoden (38) tilsvarende 2.5% i denne studien. Manglende kunnskap blant helsepersonell og lite publisitet fra media kan være forklarende faktorer for hvorfor LAM er en av de minst brukte prevensjonsmetodene.

Tidspunkt for første ovulasjon etter fødsel varierer. Kvinner som ikke ammer har gjennomsnittlig sin første ovulasjon mellom dag 45 og 95 etter fødsel (40), senere hos de som ammer (12, 13). Helsedirektoratet anbefaler fullamning opp mot 6 måneder

(41), men kun 14% fullammer ved dette tidspunktet (18). Dette samsvarer med funn i vår studie, der flertallet av de som brukte hormonelle prevensjonsmetoder startet før eller ved 6 måneder. Blant de som oppga bruk av avbrutt samleie, sikre perioder og sterilisering, unnlot en stor andel å svare på når tid de tok i bruk metoden eller når sterilisering ble gjort. Årsaken til dette kan skyldes mindre bevissthet rundt oppstart ved bruk av de mindre sikre metodene, samt usikkerhet blant deltakerne omkring hvorvidt sterilisering regnes som en prevensjonsmetode.

Begrensninger med vår studie var en relativt lav svarprosent (36.5%). Resultatene kan derfor være mindre overførbar til den generelle befolkningen. Frafallsanalysene viste kvinnene som deltok var noe eldre, hadde høyere utdanning og bodde oftere i parforhold enn kvinne som ikke deltok. Dette kan ha ført til at vår studie overestimerer bruk av sikre og permanente metoder da høyt utdannede kvinner bruker sikrere metoder og eldre bruker permanente metoder i høyere grad (26, 29).

Bruk av prevensjon etter fødselen ble rapportert retrospektivt. Betydningen av dette er sannsynligvis begrenset da prevensjonsmetoder gjerne er noe som kvinner har et bevisst forhold til og gjerne bruker over lengre tid.

Norge har per dags dato ikke egne nasjonale retningslinjer for bruk av prevensjon etter fødselen. I dagens barselomsorg anbefales det at kvinner tilbys kontroll 4-6 uker etter fødselen hvor prevensjon er et av de aktuelle samtaletemaene (42). Under graviditeten blir kvinnen tilbudt mellom syv til ni svangerskapskontroller, flere for kvinner med risikosvangerskap og komplikasjoner. I de nasjonale faglige retningslinjene for hva hver svangerskapskontroll skal inneholde, uteligger samtale rundt prevensjonsbruk etter fødselen (43). Ved å inkludere samtale rundt prevensjonsbruk etter fødselen i svangerskapsomsorgen kan man bidra til en sikrere og mer tilrettelagt prevensjonsbruk for hver enkelt kvinne i forhold til individuelle ønsker om fremtidige barn.

5 Konklusjon

Høy forekomst av bruk av prevensjon etter fødsel. De gestagenholdige metodene var hyppigst brukt, etterfulgt av kondom. Majoriteten av de som brukte hormonelle prevensjonsmetoder startet før eller ved 6 måneder etter fødselen. Blant de som ikke brukte prevensjon var forekomsten høyest blant eldre kvinner som kun hadde født ett barn

6 Referanser

1. Samlet fruktbarhetstall, kvinner, etter region, statistikkvariabel og år: <https://www.ssb.no/statbank/table/04232/tableViewLayout1/?rxid=261e5079-3073-4c28-98ae-6c59d9525408> (6. april 2018).
2. Foreldrenes gjennomsnittlige fødealder ved første barns fødsel, etter statistikkvariabel og år: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte/aar/2016-03-09> (6. april 2018).
3. Basso O, Olsen J, Christensen K. Higher risk of pre-eclampsia after change of partner. An effect of longer interpregnancy intervals? *Epidemiology* 2001; 12: 624-9.
4. Conde-Agudelo A, Belizan JM. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study. *BMJ* 2000; 321: 1255.
5. Skjærven R, Wilcox AJ, Lie RT. The Interval between Pregnancies and the Risk of Preeclampsia. *NEJM* 2002; 346: 33-8.
6. Trogstad LIS, Eskild A, Magnus P, et al. Changing paternity and time since last pregnancy; the impact on pre-eclampsia risk. A study of 547 238 women with and without previous pre-eclampsia. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 1317-22.
7. Rutstein SO. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the demographic and health surveys. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 89: 7-24.
8. Gausia K. The Effects of Birth Spacing on Infant and Child Mortality, Pregnancy Outcomes, and Maternal Morbidity and Mortality in Matlab, Bangladesh. RAND Corporation Publications Department, 2004.
9. Zhu BP. Effect of interpregnancy interval on birth outcomes: findings from three recent US studies. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 89: 25-33.
10. Technical consultation on Birth Spacing: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/birth_spacing05/en/ (7. september 2016).
11. Kennedy KI, Rivera R, McNeilly AS. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception* 1989; 39: 477-96.
12. Israngkura B, Kennedy KI, Leelapatana B, et al. Breastfeeding and return to ovulation in Bangkok. *Int J Gynaecol Obstet* 1989; 30: 335-42.
13. Rivera R, Kennedy KI, Ortiz E, et al. Breast-feeding and the return to ovulation in Durango, Mexico. *Fertil Steril* 1988; 49: 780-7.
14. Shaaban MM, Kennedy KI, Sayed GH, et al. The recovery of fertility during breast-feeding in Assiut, Egypt. *J Biosoc Sci* 1990; 22: 19-32.
15. Khan T, Kennedy KI, Kazi A, et al. A study of breastfeeding and the return of menses and pregnancy in Karachi, Pakistan. *Contraception* 1989; 40: 365-76.
16. Savina G, Kennedy K. The effect of a breastfeeding education program on lactational amenorrhoea in the Philippines. *Stud in Fam Plann* 1989; 20: 203-14.
17. Benitez I, de la Cruz J, Suplido A, et al. Extending lactational amenorrhoea in Manila: a successful breast-feeding education programme. *J Biosoc Sci* 1992; 24: 211-31.
18. Størdal MK, Lundebj LK, Brantsæter AA, et al. Breast-feeding and Infant Hospitalization for Infections: Large Cohort and Sibling Analysis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017; 65: 225-31.
19. Brown RS, Herbison AE, Grettan DR. Effects of Prolactin and Lactation on A15 Dopamine Neurones in the Rostral Preoptic Area of Female Mice. *J Neuroendocrinol* 2015.

20. McNeilly A. Lactation and Fertility. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 1997; 2: 291-8.
21. McNeilly AS, Tay CCK, Glasier A. Physiological mechanisms underlying lactational amenorrhoea. *Ann N Y Acad Sci* 1994.
22. Tay CCK. Mechanisms controlling lactational infertility. *J Hum Lact* 1991; 7: 15-8.
23. Hall JE, Guyton AC. Guyton and Hall textbook of medical physiology, 12 ed: W B Saunders Co Ltd; 2011: 973-1017
24. Knodel J, Kamnuansilpa P, Chamrathirong A. Infant feeding practices, postpartum amenorrhoea, and contraceptive use in Thailand. *Stud Fam Plann* 1985; 16: 302-11.
25. Laukaran VH, Winikoff B. Contraceptive use, amenorrhoea, and breastfeeding in postpartum women. *Stud Fam Plann* 1985; 16: 293-301.
26. Whiteman M, Curtis K, Hillis S, et al. Contraceptive use among postpartum women - 12 states and New York city, 2004-2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2009; 58.
27. Salway S, Nurani S. Postpartum contraceptive use in Bangladesh: understanding users' perspectives. *Stud Fam Plann* 1998; 29: 41-57.
28. Pebley AR, Goldberg HI, Menken J. Contraceptive use during lactation in developing countries. *Stud Fam Plann* 1985; 16: 40-51.
29. Rojnik B, Kosmelj K, Andolsek-Jeras L. Initiation of contraception postpartum. *Contraception* 1995; 51: 75-81.
30. Jackson E. Controversies in postpartum contraception: when is it safe to start oral contraceptives after childbirth? *ThrombRes* 2011; 127 Suppl 3: 35-9.
31. Diaz S, Peralta O, Juez G, et al. Fertility regulation in nursing women: III. Short-term influence of a low-dose combined oral contraceptive upon lactation and infant growth. *Contraception* 1983; 27: 1-11.
32. Anonymous. Effects of hormonal contraceptives on breast milk composition and infant growth. World Health Organization (WHO) Task Force on Oral Contraceptives. *Stud Fam Plann* 1988; 19: 361-9.
33. Bahamondes L, Bahamondes MV, Modesto W, et al. Effect of hormonal contraceptives during breastfeeding on infant's milk ingestion and growth. *Fertil Steril* 2013; 100: 445-50.
34. Espey E, Ogburn T, Leeman L, et al. Effect of progestin compared with combined oral contraceptive pills on lactation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012; 119: 5-13.
35. Medical eligibility criteria for contraceptive use: http://who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/ (2. oktober 2016).
36. Lindh I, Skjeldestad FE, Gemzell - Danielsson K, et al. Contraceptive use in the Nordic countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017; 96: 19-28.
37. Potter JE, Coleman-Minahan K, White K, et al. Contraception After Delivery Among Publicly Insured Women in Texas: Use Compared With Preference. *Obstet Gynecol* 2017; 130: 393-402.
38. Starr KA, Martins SL, Watson S, et al. Postpartum Contraception Use by Urban/Rural Status: An Analysis of the Michigan Pregnancy Risk Assessment Monitoring System Data. *Womens Health Issues* 2015; 25: 622-7.
39. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2004; 70: 89-96.

40. Jackson E, Glasier A. Return of Ovulation and Menses in Postpartum Nonlactating Women: A Systematic Review. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 657-62.
41. Hvordan du ammer ditt barn:
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/hvordan-du-ammer-ditt-barn-noen-rad-den-forste-tiden> (22. mai 2018).
42. Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonale faglige retningslinjer for barselomsorgen:
<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/barselomsorgen/barselkvinnens-helse/kontroll-etter-f%C3%B8dselen> (27. mai 2018).
43. Svangerskapsomsorgen - Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen> (27. mai 2018).

7 Tabeller

Tabell 1 - WHO's anbefalinger for bruk av per orale hormonelle prevensjonsmetoder

Tilstand postpartum	P-pille/P-plaster	M-pille
Ammende kvinner		
< 6 uker	4	2
≥ 6 uker til ≤ 6 måneder	3	1
≥ 6 måneder	2	1
Ikke-ammende kvinner		
< 21 dager		
Uten andre risikofaktorer for VTE	3	1
Med andre risikofaktorer for VTE	4	1
≥ 21 til 42 dager		
Uten andre risikofaktorer for VTE	2	1
Med andre risikofaktorer for VTE	3	1
≥ 42 dager	1	1

1: bruk uten restriksjoner, 2: fordelene overveier de teoretiske eller beviste risikoene, 3: de teoretiske eller beviste risikoene normalt overveier fordelene, 4: ikke-akseptabel risiko

Kilde: WHO, "Medical eligibility criteria for contraceptive use" (35).

Tabell 2 – Karakteristika (%)

	≤29 år og 1 barn	≥30 år og 1 barn	≤29 år og ≥2 barn	≥30 år og ≥2 barn	Totalt
	n=269	n=179	n=192	n=550	n=1190
Karakteristika	%	%	%	%	%
Seksuelt aktiv etter forrige fødsel					
Ja	93.7	85.5	94.8	94.5	93.0
Nei	5.9	12.8	3.1	3.8	5.5
Opplysninger mangler	0.4	1.7	2.1	1.6	1.4
Sivil status					
Enslig	11.2	4.5	5.2	3.6	5.7
Samboer/gift	88.8	95.5	94.8	96.4	94.3
Utdanning					
≤videregående	61.3	15.1	56.3	22.5	35.6
>videregående	37.9	83.2	43.8	76.7	63.6
Opplysninger mangler	0.7	1.7	0.0	0.7	0.8

Tabell 3 - Første prevensjonsmetode etter forrige fødsel (%)

Metode	≤29 år	≥30 år	≤29 år	≥30 år	Totalt
	og 1 barn	og 1 barn	og ≥2 barn	og ≥2 barn	
	%	%	%	%	%
<u>Ikke brukt</u>	7.4	22.3	3.6	8.4	9.5
<u>Mindre sikre¹</u>	5.2	10.6	8.3	8.2	7.9
<u>Kondom</u>	16.4	12.3	11.5	13.3	13.5
<u>Gestagenholdige</u>					
M-pille	14.9	9.5	7.8	4.5	8.2
P-sprøyte	0.4	0.0	1.0	0.5	0.5
P-stav	3.7	0.6	2.1	2.2	2.3
Hormonspiral	20.1	20.7	30.2	33.6	28.1
<u>Østrogenholdige</u>					
P-pille	13.4	5.0	12.0	4.0	7.6
P-ring	3.0	0.6	1.6	0.5	1.3
<u>Kobber-IUD</u>	6.3	3.9	8.3	5.6	6.0
<u>Sterilisering²</u>	0.4	4.4	4.1	12.2	7.0
<u>LAM³</u>	2.2	6.1	1.0	2.0	2.5
Opplysninger mangler	6.7	3.9	8.3	4.9	5.7

¹ avbrutt samleie og sikre perioder i menstruasjonssyklus

² tubeligering og vasektomi

³ ammer og har ikke fått tilbake menstruasjonen

Tabell 4 - Tidspunkt for start av prevensjon etter fødsel (%)

Metode	<=6 mnd	>6 mnd	Ikke oppgitt
	%	%	%
<u>Ikke brukt</u>	-	-	-
<u>Mindre sikre¹</u>	19.1	10.6	70.2
<u>Kondom</u>	50.3	16.1	33.5
<u>Gestagenholdige</u>	67.9	25.2	6.9
<u>Østrogenholdige</u>	60.0	32.4	7.6
<u>Kobber-IUD</u>	67.6	29.6	2.8
<u>Sterilisering</u>	17.9	11.9	70.2
<u>LAM</u>	100.0	-	-
<u>Opplysninger mangler</u>	22.1	5.9	72.1
Totalt	46.6	18.7	34.7

¹avbrutt samleie, sikre perioder i menstruasjonssyklusen

Tabell 5 – Frafallsanalyse (%)

	Deltatt n=1475	Ikke deltatt n=2564	Totalt n=4039	p-verdi
Karakteristika	36.5%	63.0%	100%	
<hr/>				
<u>Alder</u>				<.001
≤29 år	37.7	49.9	46.2	
≥30 år	60.3	50.1	53.8	
<u>Paritet</u>				.298
1 barn	44.0	42.3	42.9	
2 eller flere barn	56.0	57.7	57.1	
<u>Sivilstatus</u>				<.001
Bor alene	5.8	9.3	8.0	
Gift eller samboer	94.2	90.5	91.8	
Opplysninger mangler	-	0.2	0.1	
<u>Utdanning</u>				<.001
≤videregående	35.4	54.8	47.7	
>videregående	63.9	41.3	49.6	
Opplysninger mangler	0.7	3.9	2.7	

8 Vedlegg

Vedlegg 1 – Spesifisering arbeidsoppgaver

Vedlegg 2 – Spørreskjema (FRURIPRO)

Vedlegg 3 - artikkelevaluering

Vedlegg 1 – Spesifisering arbeidsoppgaver

Se neste side.

Spesifisering arbeidsoppgaver

mellom stud. med. Birgitte Falck og
veiledere Finn Egil Skjeldestad, ISM, UiT/Elisabeth Ludvigsen, KK, KK3, UNN
for prosjektet

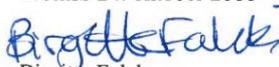
Oppstart av prevensjon postpartum

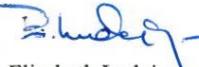
Tabellen angir arbeidsoppgaver avtalt mellom student og veiledere i oppstartsfasen av prosjektet.

Oppgave	Stud.	Veiledere
Idé		x
Litteratursøk	x	(x)
Litteraturevaluering	x	(x)
Prosjektbeskrivelse	x	(x)
Protokol	Inngår som delprosjekt	x
Søknad REK		x
Andre søknader; finansiering		x
Lage "case-report-form"	Ikke aktuelt	
Identifisere deltakere		x
Rammer for datainnsamling - logistikk		x
Datainnsamling		x
Korrektur, samordne sjekklister	Ikke aktuelt	
Dataregistrering	Ikke aktuelt	
Korrektur data		x
Analyseplan	x	(x)
Analysér	x	(x)
Rapport/hovedoppgave (alle faser)	x	((x))
Andre oppgaver		Ikke spesifisert
Birgitte Falck låner data, fra prosjektdatabasen «FRURIPRO» til mastergradsoppgaven. I utgangspunktet skal oppgaven publiseres i Tidsskr Nor Lægeforen eller internasjonalt tidsskrift. Oppgaveskriver er innforstått med at hun ikke har førsteforfatterskapsrettigheter uten at hun kvalifiserer for det gjennom dette arbeidet og senere omskriving til artikkel. Avtale om publisering gjøres etter at oppgaven er innlevert.		

Tegnforklaring: x:hovedansvarlig; (x):med hjelp; ((x)):med noe hjelp

Tromsø 24. oktober 2016


Birgitte Falck
Stud. med.


Elisabeth Ludvigsen
Bi-veileder


Finn Egil Skjeldestad
Hovedveileder

Vedlegg 2 – Spørreskjema (FRURIPRO)

Se neste side.



<Navn>
<Adresse>
<Pnr /Sted >

Til deg som har født ved en av fødeinstitusjonene ved UNN HF (Nordreisa, Tromsø, Finnsnes) i 2011, 2012 og 2013

Forespørsel om å delta i et forskningsprosjekt om helseplager etter fødsel

Formålet med studien

Mange kvinner har underlivsplager etter fødsel, med urin- eller avføringslekkasje og/eller problemer med samleie. Med dette prosjektet ønsker vi å studere forløp av svangerskap og fødsel som årsak til disse plagene og hva plagene betyr i hverdagen. Selv om du kanskje ikke er blant dem som har plager etter fødselen, er det svært viktig for studien å få vite om din situasjon for å kunne studere hva fødselen betyr for senere plager hos andre kvinner.

Du er registrert som en av vel 4300 kvinner som har født ved en av fødeinstitusjonene i Troms i 2011, 2012 og 2013. Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk for Nord-Norge (REK Nord) har godkjent forskningsprotokollen og gjennomføring av prosjektet.

Hva innebærer studien?

Vi ber deg fylle ut vedlagte spørreskjema som omhandler din generelle helse, sosiale situasjon omfattende arbeid og økonomi, normalisering av barseltiden og om du har plager som kan relateres til svangerskap og fødsel, og ev. hva disse plagene betyr for deg i hverdagen. Det tar ca. 12-15 minutter å fylle ut spørreskjemaet. *Prosjektet verdsetter den ekstra tiden du bruker på forskning på kvinnehelse med å trekke 10 gavekort à kroner 2 500.- blant deltakerne.*

Dersom du samtykker til deltakelse i prosjektet, gir du tillatelse til at prosjektet kobler journaldata for forløp av tidligere svangerskap og fødsel med data fra spørreskjemaet. Tillatelsen innbefatter at journaldata kan slås sammen med data fra vedlagte spørreskjema og fødselsrelaterte opplysninger som er registrert i Medisinsk fødselsregister for tidligere fødsler. Har du født flere ganger i perioden er det i hovedsak siste svangerskapet og tiden etterpå du skal svare for. Skulle du ha født barn i 2014 eller 2015, eller være gravid på nåværende tidspunkt, er vi like interessert i dine svar. Det er avsatt plass i spørreskjemaet for denne informasjonen.

Mulige fordeler og ulemper

Du har ingen umiddelbare fordeler eller ulemper av å delta i undersøkelsen. Dine erfaringer, oppsummert i journal og gjennom spørreskjema, kan komme andre kvinner til gode. På den måten er du med på å fremme kvinnehelse gjennom at prosjektet kan forbedre tilbudet til fødende kvinner. *Skulle svarene på spørreskjemaet indikere at du trenger utredning, vil studien gi et utredningstilbud til dem som ikke fra før er under utredning eller behandling.*



Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i formålet med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer.

Et prosjektnummer knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Sentio Research, Trondheim, gjennomfører spørreskjemaundersøkelsen. De arbeider etter samme krav til datasikkerhet og oppbevaring av data som gjelder forøvrig i prosjektet.

Navnelisten som knytter deg til prosjektnummeret oppbevares adskilt fra andre prosjektdata. Når alle data er innsamlet, slettes navnelisten. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Hvis du sier ”ja” til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene prosjektet har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger så lenge datainnsamlingen pågår. Når navnelisten er slettet er det ikke lenger mulig å trekke seg fra studien.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nederst på denne siden, og legger ved arket i vedlagte frankerte svarkonvolutt. Du har fått tilsendt to forespørsler om å delta i studien, den andre forespørselen beholder du om du på et senere tidspunkt skulle ønske å ta kontakt med prosjektet. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser om du skulle trenge videre behandling.

Vennligst bruk den ferdigfrankerte konvolutten når du sender inn skjemaet.

Hvis du foretrekker å svare via Internett, skriver du inn følgende nettadresse: <http://srgi.no>

Du kan også skanne inn QR-koden på dette arket med nettbrett/smarttelefon.



Benytt følgende brukernavn og passord for å åpne skjemaet:

Brukernavn: xxx

Passord: xxx

Etter at du har sagt ”ja” til deltakelse på skjemaets første side, kan du fortsatt trekke tilbake samtykket uten at det får noen konsekvenser for deg. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte:

Lege i spesialisering
Elisabeth Ludvigsen

E-mail: elisabeth.ludvigsen@unn.no

Telefon: 07766

Skulle du ønske utredning for dine plager, krysser du også av på skjemaets første side.

Med vennlig hilsen

Elisabeth Ludvigsen
Lege i spesialisering
Kvinneklinikken
UNN Tromsø

Margareta Verelst
Overlege dr.med.
Kvinneklinikken
UNN Tromsø

Finn Egil Skjeldestad
Professor, dr. med.
Inst. for samfunnsmedisinske fag
UiT Norges arktiske universitet
Tromsø



Spørreskjema om helseplager etter fødsel

INFORMERT SAMTYKKE

Les følgebrevet nøye før du krysser av. Du skal beholde følgebrevet og sende inn skjemaet når du er ferdig med utfylling.

Jeg samtykker til å delta i studien: Ja Nei

Jeg ønsker utredning for mine plager: Ja Nei

(navn blokkbokstaver)

Dato: / 2015

(underskrift)

1. Fødselsår:

--	--	--	--

2. Sosiale forhold:

- Gift/samboende Lever i partnerskap
 Bor alene Annet

3. Hva er din høyeste fullførte utdanning?

- ≤ videregående skole 3-5 år etter videregående skole
 1-2 år etter videregående skole > 5 år etter videregående skole
(for eks. embetseksamen)

5. Hvordan vurderer du de økonomiske forholdene i husholdningen

- meget gode gode dårlige meget dårlige

5. Høyde og vekt

Hvor høy er du
(hele cm)

--	--	--

cm

Vekt i dag (hele kg)

--	--	--

kg

Vekt før siste svangerskap og fødsel
(hele kg):

--	--	--

kg

6. Graviditeter/barn

Hvor mange ganger har du vært
gravid? (0=ingen)

--	--

Hvor mange barn har du født?
(0=ingen)

--	--

Jeg er på nåværende tidspunkt gravid, dato for siste
menstruasjon

--	--	--

Dag Måned År

Forventet termin etter ultralydundersøkelse

--	--	--

Dag Måned År

Har du født i 2014 eller 2015? Ja Nei

Hvis «ja», kryss av fødeavdeling eller skriv inn hvis annet sted
 Tromsø Finnsnes Nordreisa Annet sted:

--

Hvis du er gravid på nåværende tidspunkt eller har født i 2014 eller 2015, svarer du i resterende
spørreskjema på hvordan du har hatt det etter siste fødsel.

7. Menstruasjon

Har du fått menstruasjonen tilbake etter fødselen? Ja Nei

Hvis "ja" – når kom første menstruasjonen etter fødselen?

- ≤ 3 måneder 4-6 måneder 7-9 måneder
 7-9 måneder 10-12 måneder ≥13 måneder

Hvis "nei" (kan sette flere kryss)

- Er gravid Ammer Ammer ikke Innlagt hormonspiral

Annet:

--

8. Amming

Har du ammet etter siste fødsel? ja nei

- Hvis "ja", hvor lenge: ≤ 3 måneder 4-6 måneder 7-9 måneder
 10-12 måneder ≥13 måneder

9. Prevensjon

Har du brukt prevensjon etter fødselen i siste fødselen? ja nei

Hvis "ja" – når startet du med første prevensjon etter siste fødsel?

- ≤ 3 måneder 4-6 måneder 7-9 måneder
 10-12 måneder ≥13 måneder

Hvilken prevensjon startet du først med etter siste fødsel:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Er sterilisert | <input type="checkbox"/> Hormonspiral (Jaydess, Mirena) |
| <input type="checkbox"/> Mannen min er sterilisert | <input type="checkbox"/> Kobberspiral |
| <input type="checkbox"/> Har ikke hatt behov for prevensjon | <input type="checkbox"/> P-stav (Nexplanon) |
| <input type="checkbox"/> Kondom | <input type="checkbox"/> Nuvaring |
| <input type="checkbox"/> Minipille (f. eks. Cerazette, Conludag) | <input type="checkbox"/> P-sprøyte (Depot-Provera) |
| <input type="checkbox"/> P-pille (eks. Loette, Microgynon, Oralcom, Zoely, Yasminelle, Yasmin, Yas, Marvelon, Mercilon, Synfase, Qlara) | |

Hvilken prevensjon bruker du nå:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Er sterilisert | <input type="checkbox"/> Hormonspiral (Jaydess, Mirena) |
| <input type="checkbox"/> Mannen min er sterilisert | <input type="checkbox"/> Kobberspiral |
| <input type="checkbox"/> Har ikke hatt behov for prevensjon | <input type="checkbox"/> P-stav (Nexplanon) |
| <input type="checkbox"/> Bruker ingen, planlegger barn | <input type="checkbox"/> Nuvaring |
| <input type="checkbox"/> Sikre perioder/temperaturmåling | <input type="checkbox"/> P-sprøyte (Depot-Provera) |
| <input type="checkbox"/> Avbrutt samleie | <input type="checkbox"/> Pessar |
| <input type="checkbox"/> Minipille (f. eks. Cerazette, Conludag) | <input type="checkbox"/> Kondom |
| <input type="checkbox"/> P-pille (eks. Loette, Microgynon, Oralcom, Zoely, Yasminelle, Yasmin, Yas, Marvelon, Mercilon, Synfase, Qlara) | |

10. Bekkenbunnstrening

Har du fått instruksjon i bekkenbunnstrening etter siste fødsel? Ja Nei

Har du utført bekkenbunnstrening regelmessig (minst annenhver dag)? Ja Nei

Hvis «ja»: Hvor mange uker etter fødslene gjorde du bekkenbunnstrening?

--

11. Mosjon (f. eks. aktiv trening, treningsstudio, turer, ski, svømmer osv.)

Hvor ofte driver du mosjon? aldri sjeldnere enn en gang i uka
 en gang i uka 2-3 ganger i uka daglig

Hvor hardt mosjonerer du?

Tar det rolig uten å bli andpusten og svett.....

Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett.....

Tar meg nesten helt ut.....

Urinlekkasje

12. Var du nattevæter som barn (fra 4-5 årsalderen) ja nei vet ikke

13. Har du hatt 4 eller flere urinveisinfeksjoner i løpet av ett år: ja nei

Hvis «ja», kryss av i alle boksene som passer for deg

som barn som voksen i 1.graviditet i senere graviditeter

14. Har du hatt urinlekkasje før 1. graviditet: ja nei

15. Har du hatt urinlekkasje under tidligere graviditeter ? ja nei

Hvis «ja»:

i 1. graviditet i siste graviditet i flere graviditeter i alle graviditeter

Mange kvinner lekker urin av og til. Vi forsøker å finne ut hvor mange som lekker urin og hvor mye plager dette gir. **Vi vil gjerne vite hvordan du har hatt det i løpet av de SISTE 4 UKENE**

16. Hvor ofte lekker du urin? (et kryss)

- Aldri → Gå til spørsmål 31.
 Omtrent en gang i uken eller sjeldnere
 2-3 ganger i uken
 1 gang per dag
 Flere ganger om dagen
 Hele tiden

17. Hvor mye urin lekker du vanligvis (enten du bruker beskyttelse eller ikke)?

- Ikke noe
 En liten mengde
 En moderat mengde
 En stor mengde

18. Hvor mye påvirker urinlekkasje ditt hverdagsliv?

Vær vennlig, marker et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye).

Ikke i det hele tatt 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
svært mye

19a. Når lekker du urin? (kryss av alt som passer for deg)

- Lekker før jeg når toalettet Lekker når jeg er ferdig med å late vannet og har tatt på meg klærne
 Lekker når jeg hoster eller nyser Lekker uten noen opplagt grunn
 Lekker når jeg sover Lekker hele tiden
 Lekker når jeg er fysisk aktiv/trener

19b. I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?

Vær vennlig, marker et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad).

Ikke i det hele tatt 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
i stor grad

20a. Hvor mange ganger må du vanligvis tisse i løpet av natten?

- ingen en to tre fire eller flere

20b. I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?

Vær vennlig, marker et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad).

Ikke i det hele tatt 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
i stor grad

21a. Føler du en plutselig trang til å gå på toalettet for å tisse?

- aldri sjelden av og til som oftest alltid

21b. I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?

Vennligst kryss av for et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad).

Ikke i det hele tatt 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
i stor grad

22a. Har du urinveissmerter?

- aldri sjelden av og til som oftest alltid

22b. I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?

Vennligst kryss av for et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad).

Ikke i det hele tatt 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
i stor grad

23a. Hvor ofte tisser du i løpet av en dag?

- 1 til 6 ganger 7-8 ganger 9-10 ganger 11-12 ganger 13 ganger eller mer

23b. I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?

Vennligst kryss av for et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad).

Ikke i det hele tatt 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
i stor grad

24a. Må du sitte lenge på do før du klarer å tisse?

- aldri sjelden av og til som oftest alltid

24b. I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?

Vennligst kryss av for et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad).

Ikke i det hele tatt 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
i stor grad

25a. Må du anstrenge deg for å tisse?

aldri sjelden av og til som oftest alltid

25b. I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?

Vennligst kryss av for et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad).

Ikke i det hele tatt. 0 ... 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10 i stor grad

26a. Stopper og starter du mer enn en gang mens du tisser?

aldri sjelden av og til som oftest alltid

26b. I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?

Vennligst kryss av for et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad).

Ikke i det hele tatt. 0 ... 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10 i stor grad

27a. Lekker det urin før du når toalettet?

aldri sjelden av og til som oftest alltid

27b. I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?

Vennligst kryss av for et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad).

Ikke i det hele tatt. 0 ... 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10 i stor grad

28a. Har du urinlekkasje når du er fysisk aktiv, anstrenger deg, hoster eller nyser?

aldri sjelden av og til som oftest alltid

28b. I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?

Vennligst kryss av for et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad).

Ikke i det hele tatt. 0 ... 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10 i stor grad

29a. Opplever du urinlekkasje uten åpenbar grunn og uten å føle at du må tisse?

aldri sjelden av og til som oftest alltid

29b. I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?

Vennligst kryss av for et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad).

Ikke i det hele tatt. 0 ... 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10 i stor grad

30a. Opplever du urinlekkasje når du sover?

aldri sjelden av og til som oftest alltid

30b. I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?

Vennligst kryss av for et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad).

Ikke i det hele tatt. 0 ... 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10 i stor grad

Symptomer fra underlivet

Fremfall er en tilstand som skyldes svikt i bekkenbunnen som medfører at skjedeveggen og/eller bekkenorganer (livmor, blære, tarm) kommer ned til eller utenfor skjedeåpningen. Plagene blir vanligvis verre i stående stilling og ved anstrengelse. Vi forsøker å finne ut hvor mange kvinner som har fremfall etter fødsel, og hvor mye dette eventuelt plager dem. **Vi vil gjerne vite hvordan du har hatt det i løpet av de SISTE 4 UKENE.**

31. Plages du med nedpressfølelse eller tyngdefornemmelse i underlivet?

Aldri Av og til Noen ganger Ofte Alltid

32. Har du følelsen av at det kommer en kul ned i skjeden?

Aldri Av og til Noen ganger Ofte Alltid

33. Har du følelsen av at det er en kul i skjedeåpningen, slik at du enten kjenner eller ser den?

Aldri Av og til Noen ganger Ofte Alltid

34. Hender det at du må trykke med en finger inn i skjeden for å få tømt endetarmen?

Aldri Av og til Noen ganger Ofte Alltid

35. Føler du at skjeden er for trang?

Aldri Av og til Noen ganger Ofte Alltid

36. Har du en følelse av at skjedeveggen virker slapp?

Nei Litt En del Mye

37. Har du en følelse av redusert følsomhet i eller rundt skjeden?

Nei Litt En del Mye

38. Har du en følelse av tørrhet i skjeden?

Aldri Av og til Noen ganger Ofte Alltid

39a. Har du smerter eller ubehag på grunn av tørrhet i skjeden?

Ikke i det hele tatt Litt Moderat Svært meget

39b. I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?

Vennligst kryss av for et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad).

Ikke i det hele tatt ... 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 i stor grad

40. Har du gjenopptatt seksuell aktivitet etter siste fødsel?

Ja Nei, på grunn av symptomer fra underlivet → Gå til spørsmål 44
 Nei, av andre årsaker → Gå til spørsmål 44

Hvis «ja»: **Hvor ofte har du hatt samleie siste 4 uker?**

ingen 1-2 ganger 3-4 ganger mer enn 4 ganger

41a. Har du smerter under samleie?

Ikke i det hele tatt Litt Moderat Svært meget Har aldri samleie

41b. I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?

Vennligst kryss av for et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad).

Ikke i det hele tatt ... 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 i stor grad

42a. Har du urinlekkasje under samleiet?

Ikke i det hele tatt Litt Moderat Svært meget Har aldri samleie

42b. I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?

Vennligst kryss av for et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad).

Ikke i det hele tatt ... 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 i stor grad

43a. I hvilken grad synes du at ditt seksualliv er blitt påvirket av dine underlivsplager?

Ikke i det hele tatt Litt Moderat Svært meget

43b. I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?

Vennligst kryss av for et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (mye).

Ikke i det hele tatt ... 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Svært mye

44. Føler du at forholdet til din partner påvirkes av dine underlivsplager?

Nei Litt En del Mye

Avføringsplager

Vi vil gjerne vite om du har opplevd følgende symptomer i løpet av de **SISTE 4 UKENE**.

45. Lekkasje av fast avføring

Aldri Sjelden Av og til Ukentlig Daglig

46. Lekkasje av flytende avføring

Aldri Sjelden Av og til Ukentlig Daglig

47. Lekkasje av luft

Aldri Sjelden Av og til Ukentlig Daglig

48. Medfører avføringslekkasjen endring av livsstil

Aldri Sjelden Av og til Ukentlig Daglig

49. Behov for å bruke bind eller propp for avføringslekkasje Ja.... Nei

50. Bruk av forstoppelsesmedikamenter Ja.... Nei

51. Manglende evne til å utsette avføring i 15 min etter første følelse av trang..... Ja.... Nei

52. Hadde du avføringsplager før siste svangerskap/ fødsel..... Ja.... Nei

Generell helse og livskvalitet

53. Selvpolevd helse: Hvordan vurderer du din egen helse?

Meget god God Dårlig Meget dårlig

54. Hvordan opplever du helsen din i hverdagslivet?

Har du i løpet av den siste tiden.....

- | | | |
|---|--|---|
| a. ..vært i stand til å konsentrere deg (fullt ut) om alt du har gjort? | Bedre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mindre enn vanlig..... <input type="checkbox"/> |
| | Samme som vanlig.... <input type="checkbox"/> | Mye mindre enn vanlig.. <input type="checkbox"/> |
| b. ..ligget våken på grunn av bekymringer? | Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> | Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| | Ikke mer enn vanlig .. <input type="checkbox"/> | Mye mer enn vanlig..... <input type="checkbox"/> |
| c. ..følt at du tar del i ting på en nyttig måte? | Mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mindre nyttig enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| | Samme som vanlig.... <input type="checkbox"/> | Mye mindre enn vanlig.. <input type="checkbox"/> |
| d. ..følt at du er i stand til å ta bestemmelser? | Bedre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mindre enn vanlig..... <input type="checkbox"/> |
| | Samme som vanlig.... <input type="checkbox"/> | Mye mindre enn vanlig.. <input type="checkbox"/> |
| e. ..følt deg stadig under press? | Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> | Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| | Ikke mer enn vanlig .. <input type="checkbox"/> | Mye mer enn vanlig..... <input type="checkbox"/> |
| f. ..følt deg ute av stand til å mestre dine vanskeligheter? | Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> | Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| | Ikke mer enn vanlig .. <input type="checkbox"/> | Mye mer enn vanlig..... <input type="checkbox"/> |
| g. ..vært i stand til å glede deg over daglige gjøremål? | Mer enn vanlig..... <input type="checkbox"/> | Mindre enn vanlig..... <input type="checkbox"/> |
| | Samme som vanlig.... <input type="checkbox"/> | Mye mindre enn vanlig.. <input type="checkbox"/> |
| h. ..vært i stand til å møte dine problemer? | Mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mindre enn vanlig..... <input type="checkbox"/> |
| | Samme som vanlig.... <input type="checkbox"/> | Mye mindre enn vanlig.. <input type="checkbox"/> |
| i. ..følt deg ulykkelig og nedtrykt? | Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> | Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| | Ikke mer enn vanlig .. <input type="checkbox"/> | Mye mer enn vanlig..... <input type="checkbox"/> |
| j. ..mistet selvtilliten? | Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> | Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| | Ikke mer enn vanlig .. <input type="checkbox"/> | Mye mer enn vanlig..... <input type="checkbox"/> |
| k. ..tenkt på deg selv som en verdiløs person? | Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> | Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| | Ikke mer enn vanlig .. <input type="checkbox"/> | Mye mer enn vanlig..... <input type="checkbox"/> |

1. ..stort sett følt deg tilfreds
alt tatt i betraktning?

Mer enn vanlig Mindre enn vanlig.....
Omtrent som vanlig .. Mye mindre enn vanlig ..

Sosioøkonomiske forhold

55. Arbeidssituasjon

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 90-100% i arbeid | <input type="checkbox"/> Fødselspermisjon | <input type="checkbox"/> Arbeidsavklaring |
| <input type="checkbox"/> 50-89% | <input type="checkbox"/> Under utdanning | <input type="checkbox"/> Uføretrygdet |
| <input type="checkbox"/> 20-49% | <input type="checkbox"/> Arbeidssøkende | <input type="checkbox"/> Sykemeldt |
| <input type="checkbox"/> <20% | <input type="checkbox"/> Hjemmeværende | <input type="checkbox"/> Pensjonist |

56. Arbeidsbelastning

Er arbeidet ditt så fysisk anstrengende at du ofte er sliten i kroppen etter en arbeidsdag?

(Regn også med hjemmearbeid)

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aldri eller nesten aldri | <input type="checkbox"/> Ganske sjelden | <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt |
| <input type="checkbox"/> Ganske ofte | <input type="checkbox"/> Alltid eller nesten alltid | |

57. Hvor høy er bruttoinntekten totalt i husholdningen

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Under 150 000 kr | <input type="checkbox"/> 450 000 - 599 000 kr | <input type="checkbox"/> 900 000 - 1 199 000 kr |
| <input type="checkbox"/> 150 000 - 299 000 kr | <input type="checkbox"/> 600 000 - 749 000 kr | <input type="checkbox"/> 1 200 000 kr eller høyere |
| <input type="checkbox"/> 300 000 - 449 000 kr | <input type="checkbox"/> 750 000 - 899 000 kr | |

58. Har det i løpet av det siste året hendt at husholdningen har hatt vansker med å klare de løpende utgiftene til mat, strøm, transport, bolig eller lignende?

- | | | | |
|-----------------------------------|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte | <input type="checkbox"/> Ja, av og til | <input type="checkbox"/> Ja, en sjelden gang | <input type="checkbox"/> Nei, aldri |
|-----------------------------------|--|--|-------------------------------------|

59. Røyking

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Røyker daglig | <input type="checkbox"/> Røyker, men ikke daglig | <input type="checkbox"/> Har røkt tidligere, men har sluttet | <input type="checkbox"/> Har aldri røkt |
|--|--|--|---|

60. Bruk av snus

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Snuser daglig | <input type="checkbox"/> Snuser, men ikke daglig | <input type="checkbox"/> Har snuset tidligere, men har sluttet | <input type="checkbox"/> Har aldri snuset |
|--|--|--|---|

61. Alkohol

Drikker du alkoholholdige drikker?..... Ja Nei

Hvis "ja"- hvor mange dager i måneden drikker du vanligvis alkohol (unntatt lettøl)?

Skriv 0 hvis du drikker alkohol sjeldnere enn en dag per måned

dager

Eventuelle kommentarer du mener kan være relevante:

Takk for at du tok deg tid til å svare på dette spørreskjemaet!

Vedlegg 3 – Artiklevaluering

Se neste side.

Referanse: Potter JE, Coleman-Minahhan K, White K, Powers DA, Dillaway C, Stevenson AJ, et al. Contraception After Delivery Among Publicly Insured Women in Texas: Use Compared With Preference. Obstet Gynecol. 2017;130(2):393-402.		Design : Kohortestudie Dokumentasjonsnivå 11b Grade: 2-3	
Formål To assess women's preferences for contraception after delivery and to compare use with preferences.	Materiale og metode Datakilde: Intervju rett etter fødsel, videre telefonintervju 3 og 6 mnd etter fødselen. 8 sykehus i Texas. Inkludert: kvinner 18-44 med utsatt barneønske neste 2 år, singelton-fødsel, engelsk/spansk-talende, boende i Texas Grupper: (1) kvinner som ønsket flere barn (2) kvinner som ikke ønsket flere barn	Resultater 1700 inkludert, 80% fullførte 3- og 6-mnd intervjuet. Preferanse for bruk av hormonelle metoder, LARC og permanente metoder oversteg faktisk bruk. Over 1/3 av de som uttrykket preferanse for LARC ved 3 mnd brukte mindre effektive metoder ved 6 mnd.	Diskusjon/kommentarer Slekkliste: Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? IKKE PRESENTERT Er gruppene rekruttert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? JA Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon? JA Var studien prospektiv? JA Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig i de to gruppene? JA Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? JA Er det utført frafallsanalyser? JA Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? IKKE RELEVANT Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/gjennomføring? JA Er den som vurderte resultatene (endepunktene) blindet gruppetilhørighet? NEI
Konklusjon Limited use of long-acting and permanent contraceptive methods after delivery is associated with indicators of health care provider and system-level barriers. Expansion of immediate postpartum LARC provision as well as contraceptive coverage for undocumented women could reduce the gap between preference and use.	Endepunkt: - For kvinner som ønsket flere barn: (1) preferanse for LARC ved 3 mnd (2) bruk av LARC ved 6 mnd for de som hadde uttrykket preferanse om LARC. - For kvinner som ikke ønsket flere barn: (1) preferanse for LARC/permanente metoder ved 3 mnd (2) bruk av LARC/permanente metoder ved 6 mnd for de som hadde preferanse om LARC/permanente metoder Hovedeksponering: sykehus, sosiodemografiske karakteristika, prenatal omsorg, forsikringsstatus, sosialstatus Karakteritika: alder, paritet, etnisitet, utdanning, hvor kvinnen ble født	1700 inkludert, 80% fullførte 3- og 6-mnd intervjuet. Preferanse for bruk av hormonelle metoder, LARC og permanente metoder oversteg faktisk bruk. Over 1/3 av de som uttrykket preferanse for LARC ved 3 mnd brukte mindre effektive metoder ved 6 mnd.	Styrke Stor studiepopulasjon mtp. at det er en studie som omfatter prevensjonsbruk etter fødsel. Relativt lav "loss to follow-up". 1 til 1 intervju. Involverer 8 forskjellige sykehus.
USA Land	Kategorisering: - Mindre effektive metoder (kondom, avbrutt samleie, sæddrepende midler, rytme-metoden, abstinens) - Hormonelle metoder (p-pille, m-pille, p-sprøyte, p-ring, p-plaster) - LARC (levonogestrel-IUD, p-stav, cu-IUD) - Permanente metoder (kvinnelig sterilisering, vasektomi)	1700 inkludert, 80% fullførte 3- og 6-mnd intervjuet. Preferanse for bruk av hormonelle metoder, LARC og permanente metoder oversteg faktisk bruk. Over 1/3 av de som uttrykket preferanse for LARC ved 3 mnd brukte mindre effektive metoder ved 6 mnd.	Svakhet I 3 mnd intervjuet legger intervjuerne ekstra fokus på bruk av LARC og permanente metoder. Dette kan ha ført til høyere bruk av disse metodene sammenlignet med den generelle befolkningen.
År data innsamling Okt. 2014 – nov. 2016	Statistiske analyser: Mixed-effects logit.		

Referanse: Starr KA, Martins SL, Watson S, et al. Postpartum Contraception Use by Urban/Rural Status: An Analysis of the Michigan Pregnancy Risk Assessment Monitoring System Data. <i>Womens Health Issues</i> 2015; 25: 622-7.		Design: Tverrsnittstudie	
		Dokumentasjonsnivå	IIIa
		Grade:	3
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
We sought to examine rural/urban differences in postpartum contraceptive use, which are underexplored in the literature.	Datamaterialet: spørreskjema sendt ut mellom 2 til 4 måneder etter fødsel i forbindelse med MI PRAMS undersøkelsen + data om mor og barn fra statlige registre. Inkludert: 9400 av 631168 kvinner som fødte levende barn i perioden 2004-2008 i Michigan ble inkludert. Ekskludert: gestasjon >3, kvinner med redusert mental kapasitet, maternal død Hovedeksponering: bosted (landlig vs. urban) (1) urban (2) store tettsteder (3) små tettsteder (4) isolerte små tettsteder Forklaringsvariabler: alder, etnisitet, sivilstatus, forsikring, utdanning, paritet, gestasjonsalder, fødselsmåte, svangerskapskontroller, samtale om prevensjon prenatalt, vold under svangerskapet, uker siden fødsel, ammestatus, røykestatus, BMI, prevensjonsbruk ved indexsvangerskap, planlagt/ikke-planlagt indexsvangerskap	Response rate 79% (n=7427), etter eksklusjon av: gravid på nytt; prøver å bli gravid, homofil, ikke opplyst om prevensjonsmetode = n=7073. Endepunkter: (1) sterilisering 14.4% (2) LARC 6.7% (3) Orale 37.3% (4) Abstinens 3.2% (5) Mindre effektive/ingen metode 38.4% a. LAM 0.3% - Sterilisering: økende bruk med økende alder og økende paritet - LARC og orale: mest brukt av yngre kvinner - LARC: mest brukt blant paritet 2-3	Sjekkliste: Er problemstillingen klart formulert? JA Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? JA Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? JA Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? NEI Er svarprosenten høy nok? JA Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? JA Er datainnsamlingen standardisert? JA Er dataanalysen standardisert? JA Hva forteller resultatene? <i>Ingen forskjell mellom rural vs urban. Høyt forbruk av mindre effektive metoder.</i> Kan det overføres til praksis? Trengs flere studier
Konklusjon We did not observe strong variation in postpartum contraceptive use based on geography. Low uptake of highly effective contraception across rural and urban areas suggests a need for education and outreach regarding these methods.	Endepunkter: (1) sterilisering (2) LARC (IUD og implantat) (3) orale prevensjonsmetoder (p/m-pille, p-plaster, p-sprøyte, p-ring) (4) abstinens (5) mindre effektive (alle andre, inkludert ingen metode) Analyser: STATA 12.1, Pearsons X ²		
Land USA			
År data innsamling 2004-2008			
		Styrke Stor studiepopulasjon. Høy svarprosent. Spørreskjema sendt ut relativt tidlig etter fødsel, minsker recall-bias.	
		Svakhet Retrospektiv rapportering, ikke målt opp mot for eksempel reseptregister. Tar kun for seg kvinner i Michigan, kan derfor være mindre overførbart til resten av befolkningen.	

<p>Referanse: Bahamondes L, Bahamondes MV, Modesto W, Tilley JB, Magalhaes A, Pinto e Silva JL, et al. Effect of hormonal contraceptives during breastfeeding on infant's milk ingestion and growth. Fertil Steril 2013;100(2):445-50.</p>			
<p>Formål</p>	<p>Materiale og metode</p>	<p>Resultater</p>	<p>Diskusjon/kommentarer</p>
<p>To measure infants' breast milk intake and infant growth when their mothers initiated either combined oral contraceptive (COC), levonogestrel-releasing intrauterine system, or etonogestrel-releasing implant, or copper intrauterine device (IUD) as a reference group.</p>	<p>Datakilde: Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, University of Campinas, Campinas, Brazil.</p> <p>Deuterium i spytt – melkeinntak.</p> <p>Vekstsmål – høyde, vekt og tibialengde.</p> <p>Dagbok – antall amminger og våte bleier.</p> <p>Inkludert: Kvinner 18-44 år som fødte fra februar-oktober 2011. Friske, ukompliserte svangerskap, vaginal fødsel ved termin (>37 uker), tidligere amming, villig til å amme hele studieperioden, planlegger å bruke 1 av prevensjonsmetodene.</p> <p>Ekksklusjon: Lien for gestasjonsalder, stor medfødt anomalitet, WHO-kriterier for bruk av prevensjon.</p> <p>Endepunkt: Spedbarhets melkeinntak og vekst ved uke 9.</p> <p>Hovedeksponering: COC, LNG-IUS og ENG-implant.</p> <p>Konfunderende (?)bakgrunns faktorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alder - Antall svangerskap - BMI - Tidligere erfaring med amming - Fødselsvekt - Etnisitet - Gutte-spedbarn 	<p>Ingen signifikant forskjell i spedbarhets vekt eller lengde mellom gruppene.</p> <p>Tibialengdeveksten hos ENG-implant var signifikant kortere enn IUD (P=.030).</p> <p>Deuterium i spytt var lik mellom gruppene, med unntak av signifikant høyere i LNG-IUS vs IUD dag 45 (P=.020), og lavere i COC vs IUD dag 56 (P=.015).</p> <p>Anfall amminger var signifikant høyere hos COC vs IUD dag 48, 49, 50, 51, 52, 54 og 55 (P<.05), og høyere hos ENG-implant vs IUD dag 48, 49, 51 og 61 (P<.05). Ingen andre signifikante forskjeller.</p> <p>Våte bleier var signifikant høyere hos COC vs IUD dag 42 og 46 (P<.05), og høyere hos ENG-implant vs IUD dag 43, 44, 45, 46 og 49 (P=.05). Ingen andre signifikante forskjeller.</p>	<p>Sjekkliste: Var studien basert på et tilfeldig utvalg fra en egnet pasientgruppe? <i>NEI (ikke tilfeldig, var etter eget ønske) men egnet pasientgruppe.</i></p> <p>Var det sikret at utvalget ikke var selektert? <i>Ikke relevant</i></p> <p>Var inklusjonskriteriene for utvalget klart definert? <i>JA</i></p> <p>Er svarprosenten høy nok? <i>Ikke relevant</i></p> <p>Var alle pasientene i utvalget i samme stadium av sykdom? <i>JA, alle startet på dag 42 postpartum</i></p> <p>Var oppfølgningen tilstrekkelig (type/omfang/tid) for å synliggjøre endepunktene? <i>Usikker</i></p> <p>Ble objektive kriterier benyttet for å vurdere/validere endepunktene? <i>JA</i></p> <p>Ved sammenlikninger av pasientserier, er seriene tilstrekkelig beskrevet og prognostiske faktorer fordelt beskrevet? <i>JA</i></p> <p>Var registreringen av data prospektiv? <i>JA</i></p> <p>Styrke Sammenligner 3 forskjellige hormonpreparater med kobber-IUD. God metode for måling av brystmelkeinntak.</p> <p>Svakhet Liten studiepopulasjon. Ikke randomisert.</p>
<p>Use of a COC, the two progestin-only contraceptives, or copper IUD did not affect the amount of infant milk intake and growth up to 9 weeks of age. The incidence of full breastfeeding and breastfeeding continuation was similar with contraceptive hormonal use and no use.</p>	<p>Konklusjon</p>	<p>Statistiske analyser: Student t test, Mann-Whitney test (variasjoner mellom gruppene), Fisher exact test (småe tall).</p>	<p>111b</p> <p>2-3</p>
<p>Land</p>	<p>Brasil (USA)</p>		
<p>År data innsamling</p>	<p>2011</p>		

Referanse: Skjaerven R, Wilcox AJ, Lie RT. The Interval between Pregnancies and the Risk of Preeclampsia. NEJM 2002;346(1):33-8

Formål		Materiale og metode		Resultater		Design: Pasientserier	
To evaluate the effects on the risk of preeclampsia of both the interbirth interval and a change of partner.		Data: Norsk medisinsk fødselsregister, 1.8 millioner fødsler, 1967-1998.		Forekomst preeclampsia i forhold til partner:		IIIa	
		551 478 par med første- og andregangs enkeltfødsler: - 509 548 (92,4%) par, samme far - 31 683 (5,7%) par, forskjellig far - 10 247 (1,9%) par, mangler info om minst en av fødslene		- Første svangerskap: 3,9% - Følgende svangerskap med samme far: <ul style="list-style-type: none"> • Andre følgende: 1,7% • Tredje følgende: 1,8% Ekskluserte tidl preeclampsia: 1,3% av andre og tredje svangerskap. - Følgende svangerskap med bytte av far: <ul style="list-style-type: none"> • Andre følgende: 1,5% (OR 1,14) • Tredje følgende: 1,9% (OR 1,42) Justert for interfødsel intervall: effekten av partnerbytte ble eliminert!		IIIa	
Konklusjon The protective effect of previous pregnancy against preeclampsia is transient. After adjustment for the interval between births, a change of partner is not associated with an increased risk of preeclampsia.		209 423 par med første-, andre- og tredjegangs enkeltfødsler: - 158 284 (76%) par, samme far - 24 252 (11,6%) par, forskjellig far enten mellom 1 og 2, eller 2 og 3 fødsel - 26 887 (12,8%) par, mangler info om minst en av fødslene		Interfødsel intervall: Median mellom 1 og 2, og 2 og 3 henholdsvis 2,9 og 3,6 år. Økende risiko for preeclampsia ved følgende med økende interfødsel intervall, OR 1,16 pr økende år. De samme verdiene ble funnet for økende interfødsel intervall mellom 2 og 3 fødsel. OR 1,13 etter å ha justert for mors alder (ingen konfundende faktor), heller ikke tidsperiode eller subfertilitet endrer OR.		3-4	
Land Norge		Caser: spesifikk diagnose med preeclampsia og svangerskap med en kombinasjon av svangerskapsrelatert HT og proteinuria.				Ble objektive kriterier benyttet for å vurdere/validere endepunktene? <i>Nei</i>	
År data innsamling 1967 - 1998		Variabler: - Tidsperioder (1967-1976, 1977-1986, 1987-1998) - Alder (<20, 20-24, 25-29, 30-34, >35) - Interfødsels intervall (hele år, >10 år)		>10 år mellom 1 og 2 fødsel: lik risiko som ved første fødsel.		Ved sammenlikninger av pasientserier, er seriene tilstrekkelig beskrevet og prognostiske faktorens fordeling beskrevet? <i>Hjel befolkning</i>	
		Inkl: svangerskap som endte i registrerte fødsler og spontanabort/dødfødsler >16 uker.				Var registreringen av data prospektiv? <i>Ja</i>	
						Sværke Involverer en hel befolkning. Baserer seg på et folkeregister, ingen frafall.	
						Svakhet Mangler variabler som røykning, diabetes, HT, kronisk nyresykdom, vaskulære sykdom, familiehistorie, BMI.	

Referanse: Israngkura B, Kennedy KI, Leelapatana B, Cohen HS. Breastfeeding and return to ovulation in Bangkok. *Int J Gynaecol Obstet* 1989;30(4):335-42.

Design: Pasientserier	
Dokumentasjonsnivå	IIIB
Grade:	1-2

Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
To identify the predictors of the resumption of ovulation in lactating mothers.	Datakilde: Pramongkutkiao Army Hospital. Ovulasjon – 12 timers urinprøve hver uke. Ovulasjon definert som vedvarende pregnanediol-3-a-glucoronide pr gram kreatinin overstiger 1 mg, etterfulgt av vaginal blødning eller konsepsjon. Ammeregistrering – antall amminger og varighet. Inntro av suppl – retrospektiv registrering.	Både innføring av supplementær mat, menstruasjonsblødning og barnets alder var predikative faktorer for første ovulasjon pp blant ammende kvinner. - 70% hadde menstruasjonsblødning før ovulasjon - 81% hadde innført supplement før ovulasjon - 85% hadde et barn >3 mnd før ovulasjon Til sammen forutså disse 3 faktorene 93% av alle ovulasjonene. Ammefrekvens var ikke relatert til første ovulasjon.	Sjekkliste: Var studien basert på et tilfeldig utvalg fra en egnet pasientgruppe? <i>Nei og Ja</i> Var det sikret at utvalget ikke var selektert? <i>Nei</i> Var inklusjonskriteriene for utvalget klart definert? <i>Ikke relevant?</i> Er svarprosenten høy nok? <i>Ikke relevant</i> Var alle pasientene i utvalget i samme stadium av sykdom? <i>Nei?</i> Var oppfølgingen tilstrekkelig (type/omfang/tid) for å synliggjøre endepunktene? <i>Nei -> burde vært til 6 mnd</i> Ble objektive kriterier benyttet for å vurdere/validere endepunktene? <i>Nei</i> Ved sammenlikninger av pasientserier, er seriene tilstrekkelig beskrevet og prognostiske faktorer fordelt beskrevet? <i>Ja</i> Var registreringen av data prospektiv? <i>Ja (utenom supplement)</i> Styrke Hyppig oppfølging. Frafallet er gjort rede for. Svakhet Får få pasienter, ikke randomisert. Forskjell i gruppene; 8/9 ikke-ammende hadde ikke et levende barn, samt andre faktorer som bosted, utdanning og jobb. Utydelig hvor lenge gruppene ble fulgt opp. Udatert metode å måle ovulasjon? Bias? Tidspunkt for supplementær mat ble bestemt retrospektivt.
Konklusjon 93% of ovulations were pre-dicted by using the three signs simultaneously, namely supplementation, bleeding or the 3-month birthday.	Inkludert: kvinner 20-35 år, frisk, ingen gyn-historie, ikke tenkt å bruke prevensjon, termin fødsel 2 uker innen studiestart, amme 3 mnd. Endepunkt: Pregnanediol-3-a-glucoronide/kreatinin > 1 mg + vaginal blødning/konsepsjonens		
Land Thailand			
År data innsamling 1989			
	Hovedeksponering Amming, mat supplement, alder på barnet. Bakenforliggende faktorer: Alder, utdanning, bosted, arbeid		

Referanse:
Espey E, Ogburn T, Leeman L, Singh R, Ostrom K, Schrader R. Effect of progestin compared with combined oral contraceptive pills on lactation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012;119(1):5-13

Design: RCT	
Dokumentasjonsnivå	1b
Grade:	3
Formål	Materiale og metode
To estimate the effect of progestin-only compared with combined hormonal contraceptive pills on rates of breastfeeding continuation in postpartum women.	Datakilde: University of New Mexico Hospital. 2 og 8 uker postpartum: spørreskjema, vekstskjema på klinikken. Telefonintervju: ukentlig, uke 3-7 postpartum. Inkludert: Kvinner 15-45 år. Ekskludert: Kontraindikasjoner for COC, preterm in fødsel, liten for gestasjonsalder, stor for gestasjonsalder, stor medfødt anomali. Endepunkt: Antall ammende ved uke 8 postpartum. Ikke klart definert. Hovedeksponering: Type oral prevensjonspille: COC (1 mg norethindrone, 0.035 mg ethinyl estradiol), POP (0.35 mg norethindrone).
Konklusjon	Resultater
Choice of combined hormonal or progestin-only pills administered 2 weeks postpartum did not adversely affect breastfeeding continuation.	Ingen signifikant forskjell i antall ammende ved uke 8 i de to gruppene, 64.1% i COC gr og 63.5% i POP gr. COC gruppen hadde brukt oral prevensjon tidligere i større grad (P=.01), mens POP gruppen hadde ammet tidligere i større grad (P=.05). Ved endepunktet var det ingen signifikant forskjell mellom vekt (P=.56), lengde (P=.41) eller hodeomkrets (P=.79) hos spedbarn.
USA	
År data innsamling	Diskusjon/kommentarer
2005-2008	Sjekkliste: Er formålet med studien klart formulert? <i>JA</i> Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene med randomiseringsprose-dyret? <i>JA</i> Ble alle deltakerne gjort rede for på slutten av studien? <i>JA</i> Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? <i>JA</i> Var gruppene like ved starten? <i>Utenom tidl amming og p-pillebruk</i> Ble gruppene behandlet likt? <i>JA</i> Hva er resultatene? <i>Ingen forskjell</i> Kan resultatene overføres til praksis? <i>Må ha større studiepopulasjon</i> Ble alle utfallsmål vurdert? <i>JA</i> Er fordelene verdt ulemper/kostnader? <i>JA</i> Styrke <i>Dobbelblindet. Små forskjeller mellom studie-gruppene ved start.</i> Svakhet <i>Høy loss-to-follow-up. Liten studiepopulasjon. Dårlig dobbelt-blindet ettersom de på COC får menstruasjonsblødning. Ikke definert fullamning.</i>
Statistiske analyser: To-utvalgs t-test, logistisk regresjon.	
Konfunderende faktorer: Alder, utdanningsnivå, paritet, etnisitet, røyk.	

<p>Referanse: Rivera R, Kennedy KI, Ortiz E, Barrera M, Bhiwandiwala PP. Breast-feeding and the return to ovulation in Durango, Mexico. Fertil Steril 1988;49(5):780-7</p>		<p>Design: Pasientserier</p> <table border="1"> <tr> <td>Dokumentasjonsnivå</td> <td>IIIB</td> </tr> <tr> <td>Grade:</td> <td>2</td> </tr> </table>		Dokumentasjonsnivå	IIIB	Grade:	2
Dokumentasjonsnivå	IIIB						
Grade:	2						
<p>Formål</p> <p>To measure the time of the first postpartum ovulation and to assess the relationships of the onset of bleeding and infant food supplementation practices to this variable. (?)</p>	<p>Materiale og metode</p> <p>Case: ammende kvinner (n=29) Control: ikke-ammende kvinner (n=10) Rekruttering: via lokale jordmødre. Oppfølging: ukentlig hjemmebesøk av sykepleier,</p>	<p>Resultater</p> <p>Forskjeller mellom gruppene; bosted, alder, antall barn, arbeid og ønske om flere barn. Graviditet: 10% (n=3) av ammende og 40% (n=4) av ikke-ammende innen 1 år. Median første blødning: ammende dag 140 og ikke-ammende dag 46 (P=.02). Median første ovulasjon: ammende dag 259 og ikke-ammende dag 119 (P=.04). 3 mnd PP: 18% av ammende og 40% av ikke-ammende hadde fått ovulasjon. 6 mnd PP: 43% av ammende og 87% av ikke-ammende hadde fått ovulasjon.</p>	<p>Diskusjon/kommentarer</p> <p>Sjekkliste: Var studien basert på et tilfeldig utvalg fra en egnet pasientgruppe? <i>Tilfeldig – NEI. Egnert – Usikkert.</i> Var det sikret at utvalget ikke var selektert? <i>Ikke relevant</i> Var inklusjonskriteriene for utvalget klart definert? <i>NEI</i> Er svarprosenten høy nok? <i>Ikke relevant</i> Var alle pasientene i utvalget i samme stadium av sykdom? <i>JA</i> Var oppfølgingen tilstrekkelig (type/omfang/tid) for å synliggjøre endepunktene? <i>JA</i> Ble objektive kriterier benyttet for å vurdere/validere endepunktene? <i>Usikkert..</i> Ved sammenlikninger av pasientserier, er seriene tilstrekkelig beskrevet og prognostiske faktorer fordeling beskrevet? <i>JA</i> Var registrering av data prospektiv? <i>JA</i></p>				
<p>Konklusjon</p> <p>(Svarer ikke på formål..) Guidelines must be based on data from larger numbers of representative breast-feeders from a specific population.</p>	<p>Inklusjonskriterier: bor i et spesifikt landlig område, planlegger amming, ikke bruk av systemisk prevensjon, ingen samleie-tabu under amming, ingen infertilitet eller store gyn-problemer, langvarig oppfølging, informert om studien.</p> <p>Materiale: sugefrekvens pr dag/natt, type og frekvens av supplementær mat, vaginal blødning, maternal- og barnehelse, ukentlige pregnanediol nivåer i urin, seksuell aktivitet. Registreringskjema.</p>	<p>Første ovulasjon def: vedvarende >1.0 mg/l pregnanediol i urin etterfulgt av vaginal blødning eller konsepsjon.</p> <p>Endepunkt: Ovulasjon, se def.</p> <p>Sensurering: (1) start av prevensjon, (2) frafall</p> <p>Studieslutt – 1 år PP</p>	<p>Ammeffrekvensen hadde ikke signifikant effekt på ovulasjon. 24% av ammende og 10% av ikke-ammende fikk ovulasjon før første blødningsepisode. 22% av ammende fikk ovulasjon før første supplement.</p> <p>96% var anovulatoriske ved 6 mnd PP, hvis ikke vaginal blødning var tilbake og supplementær mat ikke var gitt.</p>				
<p>Mexico</p> <p>År data innsamling</p> <p>1981</p>	<p>Land</p>		<p>Styrke</p> <p>Hypptig oppfølging. Sammenligner to grupper. Sammenligner sin studie med hva andre har funnet ut.</p> <p>Svakhet</p> <p>Uklart hva formålet er. Diffuse inklusjonskriterier, står ikke om kontrollgruppen hadde samme inklusjonskriterier. Ikke beskrevet rekrutteringsprosessen godt nok. Subjektive registreringer, inkl vaginal blødning. Ikke-sammenlignbare grupper. Lite overførbart til andre populasjoner. Liten studiepopulasjon. Konkluderer ikke i forhold til formål/forskningsspørsmål.</p>				