

Ansträngningsinkontinens – en källa till maktlöshet eller något som ska accepteras efter graviditet?

Lisa Wahlberg
Hanna Hainsalo

Fysioterapeut
2019

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap

Tack till

Vi vill tacka alla fantastiska kvinnor som ställt upp och berättat om deras erfarenheter kring detta personliga ämne.

Vi vill även tacka vår handledare Jenny som stöttat oss genom denna resa och hjälpt oss att forma detta arbete.

Abstrakt

Bakgrund: Ansträngningsinkontinens innebär urinläckage vid fysisk aktivitet och cirka en tredjedel av alla kvinnor som genomgått en graviditet drabbas. Bäckbottenträning rekommenderas som första behandlingsinsats och det är viktigt med tydliga instruktioner. Urininkontinens kan leda till nedsatt livskvalité och att kvinnor undviker fysisk aktivitet. **Syfte:** Syftet var att beskriva kvinnors upplevelse av ansträngningsinkontinens vid fysisk aktivitet efter graviditet och hur detta påverkar livskvalité samt hur och vilken information de fått om bäckenbottenträning för att förebygga eller behandla inkontinens. **Metod:** En kvalitativ ansats ansågs som mest lämplig och studien genomfördes genom intervjuer med fyra kvinnor som upplevt ansträngningsinkontinens efter graviditet. Innehållsanalys av materialet skedde utifrån Graneheim och Lundman. **Resultat:** En huvudrubrik skapades ” Ansträngningsinkontinens – maktlöshet eller något som ska accepteras efter graviditet? ” med fyra underkategorier: ”En önskan om mer information från vården kring att förebygga och behandla ansträngningsinkontinens”, ”En bristande förmåga att hålla tätt och dess inverkan på livskvalitén”, ”Ansträngningsinkontinensen inverkan på fysisk aktivitet” och ”Upplevelsen av att inte ha tillräckligt stora problem”. **Konklusion:** Kvinnor som upplever ansträngningsinkontinens i samband med fysisk aktivitet upplever det som pinsamt, besvärande, frustrerande och begränsande. Kvinnors livskvalité kan påverkas av ansträngningsinkontinensen direkt eller indirekt. Beskrivning av upplevelse av ansträngningsinkontinens och dess påverkan resulterade i information om var vårdinsatserna brister idag och att det finns förbättringsmöjligheter för att främja hälsa hos kvinnor som genomgått graviditet där fysioterapeuters kunskaper kan bidra med en viktig roll.

Nyckelord: Ansträngningsinkontinens, Fysisk aktivitet, Information, Livskvalite.

Bakgrund

Ansträngningsinkontinens definieras som urinläckage vilket uppkommer när bukhältrycket ökar så mycket att trycket i urinblåsan blir högre än urinrörets högsta tryck samtidigt som det inte sker någon sammandragning i själva blåsmuskulaturen (Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering [SBU], 2000). Ansträngningsinkontinens innebär att urinläckage sker vid fysisk påfrestning såsom hosta, skratt, hopp eller tunga lyft. Symtomen kan vara allt från små skvättar av läckage till större läckage som uppstår utan föregående känsla av trängning (Hellström & Lindehall, 2006). Det är främst kvinnor som drabbas av ansträngningsinkontinens och speciellt efter graviditet och förlossning då det sker det en påverkan på bäckenbotten (Wallerstedt et al. 2012).

Bäckenbotten är en stor muskelplatta som består av flera lager muskler, bindväv och ligament vars uppgift är att stödja organen i underlivet. Den har en viktig återfjädrande och fixerande funktion vid ökat buktryck och en svag bäckenbotten medför svårigheter att hålla urin (Abrams, Cardozo, Khoury & Wein, 2013). Under en graviditet sker en påverkan på bäckenbotten och muskulaturen töjs ut och blir försvagad och en tredjedel av alla kvinnor drabbas av problem med ansträngningsinkontinens efter förlossningen (1177 Vårdguiden, 2018).

Bäckenbottenträning är viktigt vid alla typer av inkontinens men har visat sig ha bäst effekt vid ansträngningsinkontinens (Dumoulin, Hay-Smith, Habée-Séguin & Mercier, 2014). En litteratursammanställning visar att bäckenbottenträning är en effektiv metod för kvinnor med ansträngningsinkontinens och att det finns evidens för att bäckenbottenträning bör rekommenderas som ett förstahandsval vid behandling av ansträngningsinkontinens (Banumathy, Lee, Goh, Saw, Ng & Sivalingam, 2016). Något som har visat sig vara positivt för effekten av bäckenbottenträningen är om träningsinstruktioner ges i samband med gynekologisk-undersökning (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2006). Läkemedelsverket (2011) poängterar även vikten av tydliga instruktioner samt uppföljning då det finns en stor risk för felaktig träning.

Bäckenbottenträning är en del av fysioterapeutisk behandling och en av de vanligaste fysioterapeutiska insatserna för behandling av kvinnor med ansträngningsinkontinens (Dumoulin et al. 2014). Ett träningsprogram för bäckenbotten bör innehålla identifiering av bäckenbotten,

information om bäckenbottens anatomi och fysiologi, styrketräning genom uthållighetsträning samt submaximala- och maximala kontraktioner (Hellström & Lindehall, 2006).

Livskvalité handlar enligt en sammanställning av SBU (2012) om individens uppfattning av sin livssituation i rådande normer och kultur i förhållande till sina egna förväntningar, mål och intressen. Det är en personlig upplevelse som förändras vid omställningar i livssituationen och varierar med tiden. Inkontinensbesvär har ett samband med depression, ångest, minskad lust och utövande av sexuell aktivitet (Alappattu, Neville, Beneciuk & Bishop, 2016). Detta påverkar livskvalitén negativt och skapar svårigheter att leva ett normalt liv (Mørkved & Bø, 2013). Enligt SBU (2000) så finns det inte tillräckligt med vetenskapliga studier på hur livskvalitén påverkas av inkontinens och vilka faktorer ur livskvalitén som spelar störst roll. Det finns forskning som visar att fysisk aktivitet förbättrar livskvalitén (Gill et al. 2013).

Kvinnor som behandlas med bäckenbottenträning är mer benägna att rapportera förbättring i form av bättre livskvalitet med färre läckage episoder per dag (Dumoulin et al. 2014).

Fyss (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) (2016) definierar fysisk aktivitet som all kroppsrörelse som ökar energiförbrukningen utöver viloförbrukning. Fysisk aktivitet kan ske i hemmet, på jobbet, under transporter, på fritiden och i organiserade fysiska träningsgrupper. Ansträngningsinkontinens kan generellt sett göra att kvinnor avstår från tränings- och träningsaktiviteter som ger ett ökat tryck på bäckenbotten (Mørkved & Bø, 2013). Fysisk aktivitet har många hälsofördelar för kvinnor efter förlossning så som förbättrat humör, viktnedgång och ökad kondition (Larson-Meyer, 2002). Det är även associerat med minskad ångestnivå och minskad risk för urininkontinens (Lewis & Kennedy, 2011). Kvinnor rekommenderas att gradvis återgå till fysisk träning när kvinnorna är medicinskt, psykiskt och fysiskt redo för det (The American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee [ACOG], 2002).

Fysioterapeuter är i position att främja hälsa och livskvalitet hos patienter. Fysioterapeuter kan minska risken samt förebygga och behandla sjukdomar eller tillstånd som påverkar livskvalitén. Detta genom att bland annat ge patientinformation, behandla med fysisk aktivitet och träning samt utföra interventioner utifrån ett biopsykosocialt perspektiv (Bezner, 2015). Fysioterapeuter

arbetar hälsofrämjande och förebyggande av skador med fysisk aktivitet, samt utformar individuellt anpassad träning för personer så att de kan leva med bästa möjliga livskvalitet (Fysioterapeuterna, 2014). Detta examensarbete möjliggör ökad kunskap kring kvinnors upplevelse av ansträngningsinkontinens och vikten av att få tillräcklig information för att ha möjlighet att förebygga och behandla ansträngningsinkontinens. Detta arbete ger även ökad kunskap kring bäckenbottenträning i fysioterapeutiskt arbete.

Syfte

Syftet är att beskriva kvinnors upplevelse av ansträngningsinkontinens vid fysisk aktivitet efter graviditet och hur detta påverkar livskvalité samt hur och vilken information de fått om bäckenbottenträning för att förebygga eller behandla inkontinens.

Material

Urval

Till examensarbetet tillämpades urvalet genom att vända sig till kvinnor som kunde tänka sig ställa upp på intervju via kontakt på sociala nätverk. Totalt intervjuades fyra kvinnor.

Inklusionskriterier var att vara kvinna och ha genomgått minst en förlossning. Det skulle ha gått minst sex månader sedan förlossning och kvinnan skulle ha genomgått efterkontroll hos barnmorskan och att de skulle ha upplevt ansträngningsinkontinens i samband med fysisk aktivitet.

För att rekrytera intervjupersoner valde författarna att skriva inlägg i två olika grupper på Facebook som båda handlade om kvinnors hälsa samt mammaliv. I inlägget beskrevs examensarbetets syfte och innehåll. Därefter efterfrågade författarna frivilliga kvinnor som kunde tänka sig att delta i studien. Kvinnorna uppmanades till att ta personlig kontakt via Facebook, telefon eller mail. Författarnas kontaktuppgifter skrevs ut. Fyra kvinnor svarade via personligt meddelande på Facebook och i samband med detta skickade författarna ut ett informationsbrev som innehöll information om syftet med intervjun och att det var frivilligt att delta, samt att informanten närsomhelst kunde avbryta sitt deltagande i studien.

Informationsbrevet inkluderade kontaktuppgifter ifall deltagarna undrade något samt hur resultatet kommer användas och publiceras. Informationsbrevet finns i bifogad bilaga 1. Vidare

bestämdes tid och plats för när intervjuerna skulle ske enskilt med varje kvinna via kontakt på Facebook.

Metod

Vetenskaplig ansats

För att besvara uppsatsens syfte tillämpades en kvalitativ ansats. Den här typen av ansats syftar till att få en fullständig bild av kvinnornas upplevelse av ansträngningsinkontinensen genom att skapa en helhetsförståelse för kvinnornas situation. En kvalitativ ansats exemplifierar ett inifrånperspektiv, och forskaren får därmed en större insyn och förståelse av problemet som studeras.

Resultatet av intervjuerna grundar sig på ett litet antal kvinnor och går in på djupet gällande specifika omständigheter och upplevelser (Olsson & Sörensen, 2011). Kvalitativa studier relateras till hermeneutiken som inriktas på att tolka och förstå kvinnornas erfarenheter och situationer. För att få en fullständig bild genom att ta reda på kvinnornas upplevelser av ansträngningsinkontinens har denna inriktning på ansatsen ansetts mest lämplig (Olsson & Sörensen, 2011).

Design

Den studiedesign som valdes var kvalitativa intervjuer utifrån syftet att beskriva och förklara kvinnornas upplevelser av ansträngningsinkontinens (Ahrne, 2011). Genom kvalitativa intervjuer som design gavs möjlighet att utforska ämnet mer explorativt utifrån kvinnornas uppfattningar och subjektiva upplevelser av ansträngningsinkontinensen (Malterud, 2009).

Datainsamling

Insamlingen genomfördes genom kvalitativa intervjuer. Dessa skedde genom individuella möten som skapade större möjlighet för kvinnan att våga tala om sina egna erfarenheter och upplevelser av ansträngningsinkontinens. Totalt intervjuades två kvinnor via videokontakt, en genomfördes på ett fik och en intervju i ett grupprum på Luleå Tekniska Universitet. Kvinnorna fick själv välja tid, plats och hur mötet skulle gå tillväga. Genom att samtala individuellt med varje kvinna

skapade det förhoppningsvis en trygghet som gjorde att kvinnan vågade öppna upp sig och tala kring ämnet även fast det kunde vara känsligt och jobbigt att tala om (Larsson, 1986). Intervjun utgick från frågorna i intervjuguiden som utformades med låg grad av standardisering, det vill säga att med öppna frågor samt med en hög grad av strukturering för att öka möjligheten att den intervjuade höll sig till ämnet som studerades (Olsson & Sörensen, 2011). För att intervjuerna skulle ge så mycket information som möjligt till denna studie så gavs utrymme för följdfrågor efter frågorna i intervjuguiden. Följdfrågorna var inte specificerade utan ställdes för att komplettera eller utveckla huvudfrågorna vid behov. Författarna valde att inte definiera termer ur intervjuguiden så som ansträngningsinkontinens eller livskvalité då författarna ville ha kvinnornas subjektiva uppfattning kring termerna. Se bilaga 2 för intervjuguide.

Validitet och Reliabilitet

För att säkerhetsställa frågornas validitet fanns möjlighet att återberätta kvinnans svar under intervjun för att bekräfta att författaren tolkat individen rätt (Olsson och Sörensen, 2011). Säkerhetsställning av reliabiliteten skedde genom att kvalitén kontrollerades på ljudinspelare innan intervjuerna genomfördes samt genom att författarna hade en god förförståelse och kompetens för ämnet (Gunnarsson, 2002).

Dataanalys

Analysmetoden utfördes enligt beskrivning i Forskningsprocessen om kvalitativa insamlingsmetoder samt enligt Graneheim och Lundmans artikel (2004) om kvalitativ innehållsanalys. Det inspelade materialet från intervjuerna transkriberades genom att det skrevs ned ordagrant av båda författarna (Olsson & Sörensen, 2011). Det som skrevs ned lästes upprepade gånger i samband med att anteckningar och rubriker i texten markerades för att skapa öppna koder. Efter transkribering och urskiljning av öppna koder bearbetades och selekterades informationen vilket innebar att informationsmaterialet kortades ned samtidigt som textens innebörd bibehölls (Graneheim & Lundman, 2004). Det gav upphov till en meningskoncentrering genom omformulering av intervjupersonens meningar till färre ord. Materialet blev mer koncist i syfte att ta fram det mest relevanta innehållet från det som sagts av intervjupersonerna (Olsson & Sörensen, 2011) utifrån författarnas syfte. Sammanställning av ord eller uttalanden som syftade till samma centrala innehåll kallades för kodningsenhet. Det innebar

att de mest betydelsefulla meningarna som togs fram kodades till olika kategorier och därmed bildades olika ämnen och teman med centralt budskap som kunde urskiljas ur informationsmaterialet. En kod kunde vara ett eller två ord som i sin tur hade egenskaper och dimensioner som kunde vara både adjektiva och känslomässiga. Kodorden som skapades tydliggjorde vad informanterna kände, tänkte och tyckte samt vara en sammanhängande röst för det informanterna ville förmedla. Alla ord delades in i subkategorier för att därefter sättas in i en kategori som kunde generalisera för en större del av informanterna för att slutligen kategoriseras in under en huvudkategori. De applicerade huvudkategorierna gav en holistisk bild av informanternas upplevelser (Graneheim & Lundman, 2004).

Författarna började med att läsa igenom samma intervjuer, plockade ut meningsenheter, kondenseringar och koder var för sig och därefter diskuterades detta tillsammans fram tills konsensus nåddes och kategorier formades. Samtliga koder skrevs ut på papper och sedan satte författarna ihop de koder som ansågs höra ihop, därefter skapade författarna en kategori för varje grupp av koder som hörde ihop. Efter detta skapade författarna huvudkategorier och sedan satte författarna in varje kategori som tidigare gjorts under en av huvudrubrikerna. Koderna med tillhörande kategorier skrevs kontinuerligt in i en tabell i ett dokument och under den här tiden ändrades koder och kategorier eftersom författarna läste om texten ett flertal gånger. Totalt skapades en huvudrubrik och fyra underrubriker. Ett exempel på en kondensering och kodning illustreras i Tabell 1.

Tabell 1. Illustration av kondensering och kodning av en meningsenhet.

Meningsenhet	Koncentrerad meningsenhet	Kod
ja jag tänker ju att det hade inte skadat eller jag tänker ju att de är lättare om man på ett sätt får det serverat sådär (paus) än att behöva fråga runt själv o söka och veta vet jag nu allt som går att veta? Eller finns det saker jag missat eller sådär?	Jag hade önskat att jag hade fått informationen serverad än att själv aktivt behöva söka och fråga efter information. Nu känner jag mig osäker på om jag sett och fått all information som finns kring ämnet.	Önskan om mer information
ehh ja... det är ju att jag har svårt att hålla tätt när man	Svårt att hålla tätt vid ansträngning, speciellt om	Hålla tätt vid ansträngning

<p>anstränger sig, speciellt om man tar i eller alltså hoppar eller sådära. I början var det väl svårt när jag joggade och sådära men nu kan det fortfarande vara men oftast är det mera när man tar i alltså typ spurtar eller alltså att man ska liksom håller mer än normalt tempo eller vad man säger. Och när man nyser eller hostar</p>	<p>man tar i t.ex. hoppar. I början var det svårt när jag joggade vilket det fortfarande kan vara men oftast är det när jag tar i mer, t.ex. spurtar eller håller ett högre tempo än normalt. Även när jag nyser eller hostar.</p>	
---	--	--

Etiska överväganden

Riskerna med denna studie hade kunnat vara att intervjupersonerna mår dåligt under och efter intervjun då det kan vara ett känsligt ämne som påverkar deras liv i stor utsträckning. Nyttan med studien ansågs överväga riskerna då informationen som samlas in kan leda till ökad kunskap samt förståelse kring hur det påverkar kvinnor. Information gavs till intervjupersonerna att de när som helst kunde ta kontakt med författarna om frågor uppstod under eller efter intervjun kring deltagande eller andra frågor kring studien. Vid behov kunde kontakt med vårdcentral rekommenderas, det blev dock aldrig aktuellt.

För att ta till etiska överväganden vid urval av försökspersoner tillämpades fem etiska principer som beskrivs av Olsson och Sörensen (2011) genom att författarna skickade ut ett informationsbrev som bifogas i bilaga 1. Ingen etisk ansökan gjordes då det var frivilligt att delta i studien och intervjupersonerna kontaktades via frivilliga nätverk där de inte är kopplade till journaler eller annan sekretessbelagd information. Data som samlades in i studien hanterades konfidentiellt och med största hänsyn till intervjupersonernas integritet där inga obehöriga hade insyn. Intervjuerna som spelades in raderades efter transkribering och vid transkriberingen användes inga namn utan författarna skrev "intervjuperson 1" etc. Den transkriberade texten förvarades på en dator med lösenord.

Författarnas förförståelse

Innan studien påbörjades satte sig författarna in i ämnet och läste relevant litteratur för att få en god kunskap och uppfattning om ansträngningsinkontinens och hur de kan påverka en kvinna.

Författarna har även egen erfarenhet i form av att de träffat kvinnor i sin närhet som har upplevt ansträngningsinkontinens efter graviditet.

Resultat

Innehållsanalysen resulterade i en huvudkategori: Ansträngningsinkontinens – en källa till maktlöshet eller något som ska accepteras efter graviditet? samt fyra underkategorier som redovisas i Tabell 2. Informanterna i denna studie var kvinnor i 30-års åldern som fött ett till två barn de senaste 10 åren.

Tabell 2. Översikt av huvudkategori och underkategori.

Ansträngningsinkontinens – en källa till maktlöshet eller något som ska accepteras efter graviditet?
En önskan om mer information från vården kring att förebygga och behandla ansträngningsinkontinens
En bristande förmåga att hålla tätt och dess inverkan på livskvalitén
Ansträngningsinkontinensen inverkan på fysisk aktivitet
Upplevelsen av att inte ha tillräckligt stora problem

En önskan om mer information från vården kring att förebygga och behandla ansträngningsinkontinens

Kvinnorna beskrev att de fått information om knipövningar från barnmorska men att informationen upplevts som mycket bristfällig. Kvinnorna hade kännedom om att knipövningar bör göras, däremot framkom det inte om kvinnorna visste varför övningarna ska göras eller hur

de praktiskt ska gå tillväga för att utföra övningarna. Vidare råder osäkerhet om kvinnorna fått information från barnmorskan eller om de själva tagit reda på information.

Informationen kring hur knipövningarna ska utföras har till exempel beskrivits som “spänn bäckenet och räkna till tio” eller “gör knipövningar” utan mer ingående instruktion.

En av informanterna hade fått öva på knipövningar med barnmorska efter att hon genomgått en förlossningskomplikation men att uppfattningen kring tillvägagångssättet fortfarande hade upplevts som bristande.

“Jag vet inte om jag någonsin fått nån information om det överhuvudtaget... det enda som... det enda som var att man egentligen fick efter man fått barn var att man skulle göra typ knipövningar.”

-

“/.../ jag minns inte om jag fick information /.../ nä jag tror till och med att jag kollade upp det själv på nätet /.../.

Informanterna önskade ytterligare information kring hur ansträngningsinkontinens går att förebygga och behandla då informationen från vården hade upplevts som mycket liten. Eftersom somliga av kvinnorna själva fått leta reda på information, upplevde de att det hade varit bättre om informationen kommer direkt från vården. En kvinna beskriver oro för att hon kanske inte hade hittat all väsentlig information kring ämnet.

De anmärkte att ansträngningsinkontinens är ett vanligt problem och att detta är en av anledningarna till att de bör finnas mer information att tillgå och att vården hade kunnat fånga upp problematiken i ett tidigt skede utan att kvinnan själv behövt föra ämnet på tal.

“joo eftersom jag förstått att det är ganska ett vanligt problem så tycker jag att de ska va asså det ska finnas information om vad... hur man kan förebygga och sen vad man ska göra om man fortfarande problem.”

En bristande förmåga att hålla tätt och dess inverkan på livskvalitén

För samtliga kvinnor definierades ansträngningsinkontinens som en oförmåga att hålla tätt vid ansträngning såsom hopp, hosta och nysning.

“/.../ ja det är när man inte kan hålla tätt när man typ alltså rör på sig ja alltså att anstränger sig på olika sätt och så vidare.”

Upplevelsen av ansträngningsinkontinens medför tankar kring att vara i en sårbar situation i och med att som kvinna genomgått en förlossning och efteråt uppleva ett problem som hade kunnat fångas upp av vården bättre. Kvinnorna kunde tänka att det också var ett problem som bara skulle accepteras för att man är kvinna trots att åtgärder finns.

“/.../det hade ju varit skönt att liksom bli uppfångad av vården på ett annat sätt. Jag tänker att efter en förlossning så är man ju så sårbar som man är ändå eh och att det då hade varit bra att ehm få lite extra stöd i det /.../ Så mer att vården hade kunnat finnas med på ett annat sätt tänker jag”.

De intervjuade kvinnorna beskrev känslor såsom jobbigt, pinsamt, besvärande, begränsande och frustration när de upplever ansträngningsinkontinens. En kvinna redogjorde för att hon till en början känt panik men att det nu hade övergått i att hon kände sig less och frustrerad. En kvinna kunde tänka sig att om hon hade varit yngre så hade det upplevts som mer besvärande att ha ansträngningsinkontinens.

“eh ja men jo men det är ju pinsamt ehm man vill ju liksom bara gå hem (skratt) de är ju inte alltid man har ombyte liksom sådär liksom man vill ju man kan ju inte fortsätta liksom”.

“/.../ besvärande... oj vilka känslor.. nämen nu är det mer så att jag är lite less på det hela så nu är det kanske en frustration medans det från början var lite mer.. panik”

Gemensamt för alla fyra informanter var att de uttryckte att de kände sig påverkade av ansträngningsinkontinens och att det kunde frambringa hinder till att genomföra särskilda aktiviteter, till exempel hoppa studsmatta med sitt barn och att träna som de vill eller gå ut och

dansa. Ytterligare var det två av kvinnorna som ansåg att det hade inverkan på deras livskvalité, varav en uttryckte att det blev till en begränsning som senare ledde till en försämring av livskvalitén. Två av kvinnorna beskrev att de behövde kissa i förebyggande syfte samt avbryta aktivitet för att gå och kissa. Kissandet och avbrytandet av aktivitet i sig upplevde en kvinna inte som att det hade en särskilt stor inverkan på hennes livskvalité.

“nämen typ träning har ju alltid varit en stor del av mitt liv så det är ju jobbigt att inte kunna träna som man vill”

“Jamen de hare ju på det sättet att jag inte kan ehm jamen hoppa i studs mattan med barnen eller ehm (paus) göra det som jag tänker att jag skulle vilja eller så alla gånger. Eller det blir ju en begränsning eh och det blir ju i sin tur en försämring då tänker jag”

Ansträngningsinkontinensen inverkan på fysisk aktivitet

Begränsning vid hopp kan ses som ett hinder att utföra fysisk aktivitet som innebär hopp, till exempel hoppa studs matta, jogga eller dansa. En av kvinnorna beskrev att hon inte hade problem med jogging, dock kissade hon alltid flera gånger innan en joggingrunda. Två kvinnor beskrev att de kände sig begränsade när det gäller fysisk aktivitet då de inte längre kunde träna som tidigare. En annan kvinna beskrev att hon kunde göra den gymträning hon ville men att om hon skulle prova något mer högintensivt som Zumba så skulle hon känna sig begränsad.

“ /.../jamen nu tränar jag om jag tränar på gym så tränar jag ju inte jag tänker om man typ vill gå på zumba eller va man nu går på då hade jag nog känt mig mer begränsad.”

“ehm ja men ja kan ju som inte jag drar mig ju lite ifrån att typ hoppa i studs mattan med barnen jag kan liksom inte eh det blir ju ett hinder så ehm och ja det är ju inte så kul alltid näe.”

Upplevelsen av att inte ha tillräckligt stora problem

Två av kvinnorna upplevde att de inte hade tillräckligt stora problem för att söka vård. Att ha svårt att hålla tätt ses som något vanligt förekommande och något som kvinnor får acceptera efter ha fött barn. En kvinna beskriver att hon inte har reflekterat över

ansträngningsinkontinensen för att det är inget hon går och funderar på. Det råder fortfarande ett tabu kring ämnet och det är inget som kvinnorna pratar om för det anses pinsamt.

“/.../ ja har ju aldrig gått till nån läkare och sagt hej jag har ansträngningsinkontinens utan de är väl sådär hyshysh om de /.../ Sen känns det som att jag inte har så stora problem så att ja behöver asså hjälp på så vis kanske så jag vet inte.”

-

“/.../ lite ungefär att de är som det är och jag borde kanske knipa lite mer ja ha som inte ja reflekterade inte över de så mycket utan de är väl lite såhär jaha jag har fått barn också blev det såhär åsså jah jaja de gå väl säkert att göra nånting åt de men lite de där med att man är ju kvinna o de är sånt man får räkna med ungefär.”

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ ansats valdes av författarna för att skapa en tydlig bild av kvinnors upplevelse av ansträngningsinkontinens och för att få ett inifrånperspektiv och därmed en större förståelse och insyn av problemet. Detta för att skapa en förståelse för kvinnornas situation och därför ansågs en kvalitativ ansats vara mest lämplig. Intervjuer valdes som insamlingsdata och intervjuerna genomfördes enskilt med varje kvinna. Intervjuerna grundade sig på en intervjuguide med ett mindre antal frågor med låg grad av standardisering men hög grad av strukturering (Olsson & Sörensen, 2011). Under intervjuerna kunde följdfrågor ställas av författarna för att få ett mer utförligt svar relaterat till studiens syfte. Intervjuguiden bestod av få frågor men författarna anser att dessa frågor tydligt fångade in syftet med studien och därmed hade inga fler frågor varit önskvärda att addera till intervjuguiden. En svaghet med att ställa följdfrågor kan vara att författarna inte alltid ställde samma följdfråga vid intervjuerna vilket kan ha påverkat resultatet genom att kvinnorna inte fick samma möjlighet att utveckla deras svar. Det finns därmed en risk att viktigt material kan ha försumrats.

Totalt rekryterades fyra personer till studien och det är en svaghet med studien att om fler personer rekryterats hade givit ett bredare resultat. I samråd med handledaren godkändes dock antalet personer. Det är ett för de drabbade kvinnorna ett känsligt ämne och det kan vara en av anledningarna till att fler personer inte ville ställa upp på intervju. Kvinnorna som deltog i studien valde själva att höra av sig till författarna och eftersom att alla fyra uppfyllde inklusionskriterierna inkluderades de i studien. Trots det låga antalet anser författarna att det speglar verkligheten i form av upplevelsen hos kvinnor men det är svårt att säga om resultatet hade sett annorlunda ut med ett större antal deltagare. Detta eftersom att som tidigare beskrivit är upplevelser en subjektiv företeelse vilket ger ett varierat insamlingsdata dock vill författarna poängtera att tolkningen av resultatet visar på en samstämmighet mellan kvinnorna.

Pilottestning av frågorna gjordes inte i den här studien och det hade kunnat vara gynnsamt då det kan resultera i att författarna får ut mer information från deltagarna och även förbättrat sin intervjuteknik. Författarna genomförde två intervjuer var och båda författarna ansåg att det blev lättare att genomföra den andra intervjun eftersom att författarna då hade erfarenhet av att ställa

frågorna och hade hunnit fundera över relevanta följdfrågor (Carter, Lubinsky & Domholt, 2013).

De enskilda intervjuerna genomfördes på olika sätt vilket kan vara en svaghet med studien då det inte skapar samma förutsättningar. Två kvinnor intervjuades via videokontakt i deras egna hem, en kvinna intervjuades i ett grupprum och en kvinna på ett café. Dock är det svårt att påverka då kvinnorna själv valde var och hur intervjun skulle genomföras. Det är möjligt att en intervju på ett café med människor runt omkring kan leda till att intervjupersonen inte känner sig helt trygg och därför inte vågar prata om allt jämförelsevis med en kvinna som blir intervjuad i sitt eget hem.

Författarna reflekterade i efterhand om att det hade varit fördelaktigt att skicka ut intervjuguiden till kvinnorna på förhand då det skulle ge möjlighet till reflektion och tankar kring frågorna. På det sättet skulle intervjuerna hypotetiskt kunnat generera ett bredare resultat. Dock skulle det även kunnat leda till att kvinnorna börjat fundera så mycket på problematiken att det lett till obehag och jobbiga tankar kring det känsliga ämnet. Viktigt att nämna är att författarna alltid informerade om att kvinnorna när som helst kunde höra av sig till författarna vid eventuella funderingar, tankar eller känslor.

En styrka med studien är att validiteten automatiskt kontrollerades genom att författarna under intervjun regelbundet tänkte på att återberätta kvinnans svar, dock skedde det inte efter varje fråga. Reliabiliteten var god då ljudinspelaren alltid kontrollerades innan intervjun och samma ljudinspelare användes under samtliga intervjuer. Författarna hade innan intervjuerna satt sig in i ämnet vilket ledde till en god förförståelse som också förstärker reliabiliteten i studien.

Resultatdiskussion

Huvudkategorin ”Ansträngningsinkontinens - en källa till maktlöshet eller något som ska accepteras efter graviditet?” framkom genom att resultatet tydligt visade att kvinnorna upplevde bristfällig information för att behandla ansträngningsinkontinensen samtidigt som de även framkom att de upplevde att det är något man som kvinna som har fött barn får räkna med. Detta

leder till att kvinnorna får en minskad livskvalité samt kan uppleva sig begränsade vid fysisk aktivitet.

Det är viktigt att kvinnorna är fysiskt aktiva eftersom fysisk aktivitet har många hälsofördelar och inte bara efter graviditet utan även utifrån de generella råden kring fysisk aktivitet där alla över 18 år rekommenderas att vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 150 minuter i veckan (Fyss, 2011). Resultatet av denna studie visar att kvinnor efter förlossning upplever oförmåga att hålla tätt vid ansträngning såsom hopp, nysning eller hosta vilket i sin tur utgör hinder för fysisk aktivitet. Fysiska aktiviteter så som hopp, dans och löpning behöver ibland avbrytas eller åtgärdas i förebyggande syfte genom att kvinnorna behöver besöka toaletten flertalet gånger.

Tidigare studier visar att kvinnor med inkontinens väljer bort aktiviteter de tidigare tyckt om att göra på grund av inkontinensen (Hägglund & Ahlström, 2007; Wang, Chen, Jou & Tsao, 2011). Detta stämmer överens med resultatet av detta examensarbete som inkluderar en kvinna som beskriver att träning tidigare spelat en väsentlig roll i hennes liv, men att hon nu begränsas av att utföra träningen i den mån och på det sätt hon önskar.

Det finns få studier som belyser hur inkontinens påverkar kvinnors livskvalité (SBU, 2000). Den här studien visade att två av fyra kvinnor i denna studie upplever att ansträngningsinkontinensen har en negativ inverkan på livskvalitén. Dessutom pekar det här examensarbetet mot att kvinnorna upplever att de förväntas acceptera ansträngningsinkontinens som en naturlig del av att vara kvinna och ha fött barn. Den här inställningen kan ha påverkat resultatet, kvinnorna som inte uttryckte att det påverkade deras livskvalité kan ha tänkt att det är ett problem som ska accepteras eftersom att de är kvinnor. Det har tidigare framkommit i studier att urinläckage beskrivits av kvinnor som ”en del av att vara kvinna” och att detta är något som kvinnor förväntas klara av (Peake, Manderson & Potts, 1999). Dessutom beskrev de två kvinnorna som inte uttryckte att det påverkade livskvalitén att de ändå begränsades på olika sätt av ansträngningsinkontinensen.

Alappattu, Neville, Beneciuk & Bishop (2016) beskrev att uppfattningen av livskvalité bland annat förändras med tiden vilket stämmer överens med resultatet att en kvinna tänkte att hon

hade varit mer begränsad av ansträngningsinkontinensen om hon varit yngre. Uppfattningar om egna förväntningar, mål och intressen i sin livssituation är enligt SBU (2012) associerat med faktorer som påverkar en individs livskvalité. En kvinna beskrev tydligt att hon upplevde en försämring av livskvalitén och att hon inte kan göra allt det hon vill göra längre.

En viktig faktor att ta upp är studien av Dumoulin et al. (2014) som visade att om kvinnor får behandling i form av bäckenbottenträning rapporterar de oftare förbättring i form av ökad livskvalité, vilket kvinnorna i denna studie inte upplevt sig ha fått möjligheten att göra då de upplevt bristande information och instruktion kring ansträngningsinkontinens från vården. Instruktioner för att främja livskvalitet och individuellt anpassade träningsprogram kan utformas av fysioterapeut som är i position att arbeta för att främja hälsa och förbättra livskvalitén hos patienter (Fysioterapeuterna, 2014).

Resultatet av den information som har givits från vården för förebyggande och åtgärdande av ansträngningsinkontinens visar sig i detta examensarbete som mycket bristfällig. Enligt läkemedelsverket (2011) framgår det att det är viktigt att träningsinstruktioner är tydligt instruerade samt att det kombineras med uppföljning då det finns en stor risk för felaktig träning. Resultatet av detta examensarbete visar på liten kunskap hos kvinnor gällande förebyggande och åtgärdande av ansträngningsinkontinens i form av träningsupplägg och instruktioner då denna typ av information inte verkar ha givits.

En tidigare studie har visat att sjukvårdspersonal ofta har en bristande kunskap kring urininkontinens och därför ställs frågor kring urininkontinens sällan till kvinnor och ämnet förs inte på tal. Detta i sin tur leder till att det är liten sannolikhet för att finna en meningsfull behandling av urininkontinens inom sjukvården (Zeznock, Gilje & Bradway, 2009). Resultatet i detta examensarbete pekar mot samma resultat då den visar att kvinnorna sällan får information kring ansträngningsinkontinens, dessutom visade den att kvinnorna inte upplever att de har tillräckligt stora problem för att söka vård och om det är som enligt studien av Zeznock, Gilje & Bradway (2009) att sjukvårdspersonal inte ställer frågor kommer ämnet aldrig få en chans att belysas. Den information kvinnorna hade fått var primärt från kontakt med barnmorskan vid efterkontrollen efter förlossning. Enligt Hellström & Lindehall (2006) bör ett träningsprogram

för bäckenbotten i syfte att förebygga inkontinens innefatta identifiering av bäckenbotten, information om bäckenbottens anatomi och fysiologi, styrketräning genom uthållighetsträning samt submaximala- och maximala kontraktioner. Kvinnorna i detta examensarbete ansåg sig inte ha tillräcklig kunskap för att utföra bäckenbottenträning på ett korrekt och adekvat vis eller ens vara medvetna om varför knipövningar var så viktiga. Vidare belyser kvinnorna en önskan att få väsentlig information från vårdinsatser angående detta och att det finns behov av tydliga träningsinstruktioner för bäckenbottenträning från vården för behandling vid ansträngningsinkontinens efter förlossning.

Fysioterapeuter kan förebygga och behandla besvär med ansträngningsinkontinens hos kvinnor som genomgått förlossning. Detta genom att i tidigt skede instruera i träning och ge information kring dosering, intensitet och duration gällande bäckenbottenträning. Resultatet visar att detta eftersöktes av kvinnor som upplevde besvär. Författarna anser att fysioterapeuter borde ha en självklar roll i behandlingen av ansträngningsinkontinens och som en del i mödravården. Bäckenbottenträning är förstahandsval vid behandling av ansträngningsinkontinens och fysioterapeuten kan utforma individuella träningsprogram till kvinnorna. Viktigt är att fysioterapeuterna har kunskap om hur instruktionerna ska ges och även ge en grundläggande anatomisk och fysiologisk förklaring kring bäckenbotten och inkontinensproblematiken. Träningen bör ske regelbundet i två månader innan utvärdering av effekt ska göras och kvinnorna bör informeras om att använda bäckenbotten i vardagen. Hela behandlingsperioden bör vara under 4-6 månader för att kunna utvärderas (Torell, 2017). En reviewartikel av Ghaderi och Oskouei (2014) visade att effektiviteten av fysioterapeutisk behandling vid ansträngningsinkontinens ökar om den är baserad på riktlinjer gällande intensitet, duration, funktionella uppgifter och i vilken position som bäckenbottenträningen genomförs.

Resultatet i detta examensarbete pekar på att barnmorskorna sällan eller överhuvudtaget ger ut tillräckligt med information och instruktioner till kvinnorna. För att få en positiv effekt av bäckenbottenträning är det bra om träningsinstruktioner ges i samband med gynundersökning (NICE clinical guideline, 2006) och det är inte något som fysioterapeuter normalt gör. Det finns dock vidareutbildningar för fysioterapeuter med inriktning mot kvinnohälsa. Bedömning av bäckenbottenfunktion och muskelstyrkan är en viktig del i att identifiera om en kvinna kniper rätt

och hur stark muskulatur hon har. Det kan göras genom vaginal palpation eller med ultraljudsteknik och för att göra detta krävs vidareutbildning än bara grundutbildning (Bø , Berghmans & Van Kampen, 2007). Av intervjuerna i denna studie framgår det att kvinnorna känner sig osäkra kring bäckenbottenträning utifrån den information som givits och det råder osäkerhet kring riktlinjer och utförande för denna typ av träning.

Klinisk implikation

Eftersom bäckenbottenträning rekommenderas som det första alternativet vid behandling av ansträngningsinkontinens (Banumathy et al., 2016) är det enligt författarna inte acceptabelt att kvinnorna inte får tydlig information och instruktioner kring bäckenbottenträning av vården. Fysioterapeuter kan utgöra en viktig roll inom kvinnohälsan för att förebygga, behandla och göra uppföljningar vid ansträngningsinkontinens eftersom de har en god kompetens inom fysiologi, anatomi och träningslära.

Konklusion

Resultatet i detta examensarbete visar att kvinnor som upplever ansträngningsinkontinens i samband med fysisk aktivitet upplever det som pinsamt, besvärande, frustrerande och begränsande. Kvinnors livskvalité kan påverkas av ansträngningsinkontinensen direkt eller indirekt. Beskrivning av upplevelse av ansträngningsinkontinens och dess påverkan resulterade i information om var vårdinsatserna brister idag och att det finns förbättringsmöjligheter för att främja hälsa hos kvinnor som genomgått graviditet.

Referenser

Abrams P, Cardozo L, Khoury S & Wein A (2013). *Incontinence: 5th International Consultation on Incontinence* [internet]. Plymouth: 2013. Hämtad från

www.icud.info/PDFs/INCONTINENCE%202013.pdf

The American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee (ACOG) No. 267 (2002). Exercise during pregnancy and the postpartum period. *International Journal Of Gynaecology And Obstetrics: The Official Organ Of The International Federation Of Gynaecology And Obstetrics*, 77, 1, pp. 79-81, MEDLINE, EBSCOhost.

The American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee (ACOG) No.650 (2015). Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *International Journal Of Gynaecology And Obstetrics: The Official Organ Of The International Federation Of Gynaecology And Obstetrics*, 126, 6, pp. E135-e142. MEDLINE, EBSCOhost.

Ahrne, G. & Svensson, P. (2011) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Alappattu, M., Neville, C., Beneciuk, J. and Bishop, M. (2016). Urinary incontinence symptoms and impact on quality of life in patients seeking outpatient physical therapy services.

Physiotherapy Theory and Practice, 32(2), pp.107-112.

Banumathy, R., Lee, K., Goh, P., Saw, M., Ng, H. and Sivalingam, N. (2016). The Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Exercises in Treating Genuine Stress Incontinence in Women: A Systematic Review. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy - An International Journal*, 10(2), p.54.

Bezner, J. (2015). Promoting Health and Wellness: Implications for Physical Therapist Practice. *Physical Therapy*, 95(10), pp.1433-1444.

Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S. & Kampen, M. (n.d.). *Evidence-based physical therapy for the pelvic floor*.

Carter, R., Lubinsky, J. & Domholdt, E. (2013). Rehabilitation research [Elektronisk resurs]: principles and applications. (4. ed.) Elsevier Health Sciences

Dumoulin, C., Hay-Smith, J., Habée-Séguin, G. and Mercier, J. (2014). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: A short version Cochrane systematic review with meta-analysis. *Neurourology and Urodynamics*, 34(4), pp.300-308.

Fysioterapeuterna (2014). Fakta om fysioterapeuter. Stockholm: Fysioterapeuterna.
<https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/fakta-om-fysioterapeuter.pdf> [2018-09-14]

Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS). (2016). *Fysisk aktivitet - begrepp och definitioner*. http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/FA_Begrepp-och-definitioner_FINAL_2016-12.pdf [2018-09-10]

Ghaderi, F. & Oskouei, A. (2014). Physiotherapy for Women with Stress Urinary Incontinence: A Review Article. *Journal of Physical Therapy Science*, 26(9), pp.1493-1499.

Gill, D., Hammond, C., Reifsteck, E., Jehu, C., Williams, R., Adams, M., Lang, E., Becofsky, K., Rodriguez, E. and Shang, Y. (2013). Physical Activity and Quality of Life. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46(Suppl 1)(doi: 10.3961/jpmph.2013.46.S.S28)

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. doi-org.proxy.lib.ltu.se/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Gunnarsson, R. (2002). *Validitet och reliabilitet*. <http://infovoice.se/fou/bok/10000035.shtml> [2018-02-05]

Hellström, Anna-Lena & Lindehall, Birgitta (red.) (2006). *Uroterapi*. Lund: Studentlitteratur

Hägglund, D., & Ahlström, G. (2007). The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1946-1954. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01787.x

Larsson, S. (1986) *Kvalitativ analys - exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur.

Larson-Meyer, D. (2002). Effect of Postpartum Exercise on Mothers and their Offspring: A Review of the Literature. *Obesity Research*, 10(8), pp.841-853.

Wallerstedt, A., Carlsson, S., Nilsson, A., Johansson, E., Nyberg, T., Steineck, G. & Wiklund, N. (2012). Pad Use and Patient Reported Bother From Urinary Leakage After Radical Prostatectomy. *The Journal of Urology*, 187(1), pp.196-200.

Wang, Y-H., Chen, S-H., Jou, H-J., & Tsao, L-I. (2011). Doing the Best to Control: The Experiences of Taiwanese Women With Lower Urinary Tract Symptoms. *Nursing Research*, 60(1), 66-72. doi: 10.1097./NNR.0b013e3181ff72ec

Zeznock, D., Gilje, F., & Bradway, C. (2009). Living with urinary incontinence: experiences of women from 'The Last Frontier'. *Urologic Nursing*, 29(3), 157-185.

1177 Vårdguiden (2018). *Hemprogram efter graviditet och förlossning*.

<https://www.1177.se/Blekinge/Tema/Gravid/Forsta-tiden-efter-forlossningen/Efter-forlossningen/Hemprogram-efter-graviditet-och-forlossning/> [2018-01-29]

Bilaga 1



Institutionen för hälsovetenskap

Förfrågan om att delta i en studie om kvinnors upplevelse av ansträngningsinkontinens efter graviditet

***Till dig som har genomgått minst en graviditet
Information och förfrågan om deltagande i intervjustudie kring upplevelse av
ansträngningsinkontinens***

Ansträngningsinkontinens innebär att urinläckage sker vid ansträngning som hosta, hopp eller tunga lyft. Det är främst kvinnor som drabbas av ansträngningsinkontinens och speciellt efter graviditet och förlossning då det sker det en påverkan på bäckenbotten.

Syftet är att beskriva kvinnors upplevelse av ansträngningsinkontinens vid fysisk aktivitet efter förlossning och hur detta påverkar livskvalité samt hur och vilken information de fått om bäckenbottenträning för att förebygga eller behandla inkontinens.

Studien är ett examensarbete på grundnivå och är en del av utbildningen till fysioterapeut vid Luleå Tekniska Universitet. Studien kommer att genomföras med intervjuer under hösten 2018. Intervjun kommer att beröra din uppfattning/erfarenhet av ansträngningsinkontinens efter graviditet samt din upplevelse av tillräcklig information kring att förebygga och behandla detta samt hur detta påverkat livskvalitén. Intervjun beräknas ca 45 minuter, det är viktigt att intervjun sker i ostörd miljö, på en tid och plats som Du bestämmer. Intervjun kommer att spelas in och skrivas ut i text.

Den information som Du lämnar kommer att behandlas säkert och förvaras inlåst så att ingen obehörig kommer att få ta del av den. Redovisningen av resultatet kommer att ske så att ingen individ kan identifieras. Resultatet kommer att presenteras i form av en muntlig presentation till andra studerande samt i form av ett examensarbete. När examensarbetet är färdigt och godkänt kommer det att finnas i en databas vid Luleå Tekniska Universitet.. Inspelningarna och den

utskrivna texten kommer att förstöras när examensarbetet är godkänt. Du kommer ha möjlighet att ta del av examensarbetet genom att få en kopia av arbetet.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan när som helst avbryta din medverkan utan närmare motivering.

Vi ber dig kontakta oss via mail eller telefon om du vill delta i denna studie.

Har Du frågor om studien är Du välkommen att höra av dig till någon av oss:

Student

Lisa Wahlberg

Tel: 076 1349762

Mail: liswah-5@student.ltu.se

Student

Hanna Hainsalo

Tel: 070 4914791

Mail: hanhai-5@student.ltu.se

Handledare

Jenny Jäger

Tel: 0920 493904

Mail: jenny.jager@ltu.se

Bilaga 2

Intervjuguide

- Vad innebär ansträngningsinkontinens för dig?
 - Hur upplever du informationen från vården kring ansträngningsinkontinens?
 - På vilket sätt har du fått information kring att förebygga/behandla ansträngningsinkontinens?
 - Hur känner du inför fysisk aktivitet?
 - Vad skapar det för känslor hos dig när du upplever ansträngningsinkontinens?
 - Kan du berätta om du upplever att din livskvalité har påverkats av ansträngningsinkontinensen?

För att intervjuerna ska ge så mycket information som möjligt till denna studie så kommer vi ge utrymme för följdfrågor efter varje fråga i intervjuguiden.

Ex.

- hade du önskat mer information?
- kan du utveckla det?