



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

SAHLGRENSSKA AKADEMIN
ENHETEN FÖR FYSIOTERAPI

FYSIOTERAPI VID ENDOMETRIOS

En kvantitativ studie om fysioterapeutisk
behandling, dess förekomst samt inverkan på
kvinnors hälsorelaterade livskvalitet

Sara Andersson & Sofia Sens

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Fysioterapeutprogrammet, FYS 304
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT / 2020
Handledare:	Leg. specialist fysioterapeut, Docent Annelie Gutke
Examinator:	Leg. specialist fysioterapeut, Med. Dr Eva Holmgren

Abstrakt

Examensarbete:	15 hp
Program:	Fysioterapeut
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT / 2020
Handledare:	Leg. specialist fysioterapeut, Docent Annelie Gutke
Examinator:	Leg. specialist fysioterapeut, Med Dr Eva Holmgren
Nyckelord:	Endometrios, Fysioterapi, Livskvalitet, Kvantitativ

-
- Bakgrund:** Endometrios är en vanligt förekommande kronisk sjukdom som drabbar ca 10 % av kvinnor i fertil ålder. Sjukdomen innebär att livsmoderslemhinnevävnad växer utanför livmodern. Endometrios innebär såväl fysiskt som psykisk lidande för många kvinnor. Fysioterapeutisk behandling har visat sig ha symtomlindrande effekt, men har i dagsläget ingen självklar plats i endometriosrelaterad behandling.
- Syfte:** Syftet med studien var att kartlägga kvinnor med endometrios avseende erhållen fysioterapeutisk behandling. Studiens sekundära syfte var att jämföra hälsorelaterad livskvalitet mellan de som erhållit fysioterapi och inte.
- Metod:** En kvantitativ studie med en deskriptiv tvärsnittsdesign användes för att besvara studiens syfte. Datainsamling genomfördes via webbenkät. Respondenterna var kvinnor i åldrarna 20-50 som diagnostiserats med endometrios.
- Resultat:** Totalt inkluderades 178 svar i analysen. Av dessa hade 89 kvinnor (50%) erhållit fysioterapi, varav 62 kvinnor (69,7%) tyckte att det hade god effekt. Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) var den mest frekvent förekommande behandlingen (77 kvinnor, 86,5%). Det fanns ingen skillnad i skattad hälsorelaterad livskvalitet mellan de som erhållit fysioterapi och inte.
- Konklusion** Studiens resultat indikerar att relativt få kvinnor erbjuds fysioterapeutisk behandling. Även om resultatet enbart är representativt för en bråkdel av patientgruppen, vilket minskar dess generaliserbarhet, upplever 69,7% av de som testat någon form av fysioterapeutisk behandling att det har hjälpt. Det förefaller inte vara någon skillnad i skattad hälsorelaterad livskvalitet mellan de som erbjudits fysioterapeutisk behandling och inte. Ytterligare forskning krävs för att kunna utröna betydelsen av olika fysioterapeutiska behandlingsmetoder för att lindra endometriosrelaterade besvär.

Abstract

Bachelor thesis: 15 hp
Program: Physical therapist
Level: Bachelor
Term/year: Spring 2020
Supervisor: RPT, Associate professor Annelie Gutke
Examiner: RPT, PhD Eva Holmgren
Key words: Endometriosis, Physical therapy modalities, Quality of life, Quantitative

Background: Endometriosis is a common chronic disease characterized by endometrial tissue growing outside of the uterus, with a prevalence of about 10% among women of reproductive age. Endometriosis causes great suffering to many women, physical as well as psychological. Although physiotherapeutic treatments has shown to alleviate symptoms, it does not have a prominent role in treatment.

Aim: The aim of this study was to explore how many patients with Endometriosis that receives physiotherapy. Secondly this study aimed to compare health-related quality of life (HRQoL) in those who received and did not receive physiotherapy.

Methods: A quantitative study with a descriptive cross-sectional design was used in attempts to answer the study aim. Data was collected through an online survey. The participants were women diagnosed with Endometriosis, in the age of 20 to 50.

Results: The result was based on 178 answers. Out of these, 89 women (50 %) recieved physiotherapy and 62 women (69.7 %) thought it had a positive effect. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation was the most prevalent treatment (77 women, 86.5 %). No difference was found regarding HRQoL between the groups.

Conclusion This study indicates that relatively few women with endometriosis receive physiotherapy as treatment. Although this result only represents a small selection of women with endometriosis, which decreases generalizability, 69,7% of those who received physiotherapy considered it to have a positive effect. No difference was found regarding HRQoL between the two groups. More research is needed to investigate the effect of physiotherapy treatments in relieving symptoms related to endometriosis.

Bakgrund

Endometrios är en vanligt förekommande kronisk sjukdom som drabbar omkring 10% av kvinnor i fertil ålder, vilket motsvarar ungefär 250 000 kvinnor i Sverige (1). Endometrios är en sjukdom där livmoderslemhinnevävnad växer utanför livmodern. Cellerna medför inflammation i omkringliggande vävnad, vilket bland annat kan resultera i störd organfunktion och kraftiga smärtor. Vävnaden kan växa i olika delar av kroppen, men är vanligast förekommande i lilla bäckenet (pelvis minor). Endometrios förekommer i olika former: ytlig tillväxt på bukhinnan, tillväxt i livmodermuskeln samt djupare tillväxt där livmoderslemhinnan växer in i olika organ (2). I vissa fall kan det även bildas blodfyllda cystor, så kallade endometriom. Endometriom som fortsätter växa kan emellertid behöva opereras bort. För ungefär hälften av de drabbade kvinnorna innebär sjukdomen ett stort lidande, medan övriga har lindriga eller inga besvär (1). Endometrios räknas även till en av de vanligaste strukturella orsakerna till kronisk bäckensmärta (3).

Sjukdomen debuterar vanligen i tonåren och för de flesta är intensiv mensvärk det inledande symtomet (1). Utöver kraftiga menssmärtor är det vanligt med bäcken- och buksmärta, djup samlagssmärta (dyspareuni), problem med blåsa samt smärtsam tarmtömning. Sjukdomen är inflammatorisk och östrogenberoende, vilket innebär att majoriteten blir besvärsfria i samband med klimakteriet. Bäckebottenmuskulaturen är vanligen påverkad vid endometrios, då muskler som ligger nära områden med mycket smärta tenderar att få ökad spänning. Långvarig spänning i en muskel kan leda till minskad cirkulation och förkortad muskulatur vilket i sin tur medför ökad smärta(1, 4, 5).

Diagnostisering baseras delvis på anamnestagning och patientens symtombild, vilket sammantaget leder till misstanke om endometrios (1). För att fastställa diagnos krävs ett kirurgiskt ingrepp i form av titthålsoperation. Tidig diagnostisering är betydelsefullt för att minska frustrationen hos denna patientgrupp då de många gånger inte känner sig tagna på allvar. Det är viktigt att undvika normalisering av besvären så att tonåringar som söker för kraftiga menssmärtor bemöts med förståelse. Därmed är ökad kunskap hos vårdpersonal av stor betydelse för att kunna särskilja symtom vid endometrios från andra tillstånd (6).

Endometrios innebär som tidigare nämnt ett stort lidande för många kvinnor (6). Bland annat är dyspareuni och kronisk smärta faktorer som visat sig ha signifikant negativ inverkan på

livskvalitet (7). Sjukdomen påverkar kvinnor såväl fysiskt, psykiskt som socialt. Områden som påverkas negativt innefattar bland annat skola, arbete, relationer och sexuell hälsa (6). I en meta-analys framkom även att kvinnor med endometrios i högre grad utvecklar depressiva symtom jämfört med kontrollgrupper (8). Patienter med endometrios upplever sig många gånger misstrodda, isolerade och utvecklar ett undvikande beteende för sociala sammanhang (6, 9). Sjukdomen kan påverka fertilitet och ge långvarig smärtproblematik, vilket ytterligare bekräftar vikten av tidig diagnostisering och insatt behandling (1). Dessutom innebär endometrios stora samhällskostnader på grund av den sjukfrånvaro och andra mer direkta hälso- och sjukvårdskostnader som sjukdomen medför.

Behandling

Det saknas i dagsläget kunskap kring bakomliggande orsak till utveckling av endometrios samt vilka riskfaktorerna för att utveckla sjukdomen är (2). Det finns dock olika beprövade behandlingsmetoder för endometrios, vilka samtliga syftar till att minska smärta samt öka kvinnans fertilitet. Om en patient med endometrios söker på allmänna vårdsidor (10, 11) för att se vilka behandlingsalternativ som finns, benämns hormonbehandling, smärtstillande och operation som alternativ. Enbart på en av sidorna delges patienten information om att det kan finnas behov av kontakt med fysioterapeut vid svåra besvär. Det finns dock inget beskrivet kring vad en fysioterapeut kan hjälpa till med.

Behandling med läkemedel

Den hormonella behandlingen syftar till att göra kvinnan fri från menstruationer och ägglossning (2). Hormonbehandlingen gör att kvinnans östrogennivåer sänks och målet är att få nivåerna så låga som möjligt. Vanliga p-piller, mini-piller eller andra hormonpreparat som spiral, p-stav eller p-ring är andra möjliga behandlingsalternativ. Besvären går även att behandla med GnRH-agonist som försätter kvinnan i ett tillfälligt klimakterium. Vilket av hormonpreparaten som används och vad som krävs för att bli blödningsfri är individuellt. Ibland kan det behövas en kombination av olika preparat. Såväl vanliga gestagener som GnRH-agonist har visat sig ge smärtlindring, samtidigt har man sett att behandling med GnRH-agonist medför minskad bentäthet.

Behandling med kirurgi

Endometrioskirurgi innefattar en rad olika kirurgiska tekniker för att avlägsna så kallade endometrioshärdar eller endometriom (2). I de fall där det finns endometriom på äggstockar eller livmoder måste ställning tas till om kvinnan vill genomgå en graviditet eller inte, då dessa kan behöva opereras bort. Vid önskan om att genomgå graviditet är det inte möjligt att ta bort all förändrad vävnad. Ett kirurgiskt ingrepp vid endometriosis är dock komplicerat och kräver fortsatt postoperativ hormonbehandling för att motverka recidiv.

Behandling med fysioterapi

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid endometriosis rekommenderas fysisk aktivitet, transkutan elektrisk nervstimulering (TENS), akupunktur, basal kroppskänedom och rörelseanalys som fysioterapeutisk behandling i symtomlindrande syfte (1).

Enligt Socialstyrelsen kan fysioterapeutisk behandling innefatta justering av rörelsemönster, råd kring fysisk aktivitet, utbildning om fysisk aktivitet och smärtsystemet samt anpassad fysisk träning (1). Dessa behandlingsmetoder rekommenderas dock inte i de europeiska riktlinjerna för vård och behandling vid endometriosis då de inte anses tillräckligt studerade (12). Fysioterapi är emellertid vanligt förekommande som kompletterande behandling och har visat sig ha god effekt på smärta (1, 4, 5, 12-14).

I en systematisk översiktsartikel där studier som undersökt olika fysioterapeutiska insatser såsom fysisk aktivitet, TENS, akupunktur och yoga har granskats, visade sig samtliga ha symptomreducerande effekt för kvinnor med endometriosis (13). Vidare har studier på fysioterapeutiska åtgärder för behandling av bäckenbottensmärta och spänd bäckenbottenmuskulatur visat att träning och utbildning om bäckenbottenmuskulaturens funktion har lett till minskad spänning och smärta (4, 5, 14).

En kvasiexperimentell studie har visat att styrketräning höjer smärttröskeln direkt efter ett styrketräningspass hos friska individer (15). Samma typ av träning saknade effekt på patienter med endometriosis. Samtidigt har andra studier visat att fysisk träning, framförallt aerob, har god effekt på annan smärtproblematik och har en positiv inverkan på kroppens smärtmodulerande system (16). Det finns även en del psykologiska aspekter gällande patientens smärtupplevelse

där mötet med vårdpersonalen är en viktig del av behandlingen då bemötandet också kan ha en smärthämmande effekt. Även ökad kunskap inom ämnet kan minska oro och således även smärtupplevelsen då patienten får ökad förståelse kring orsaken bakom smärtan (17). Bland annat visade en tidigare interventionsstudie (17) att de som fick fysioterapi i form av utbildning och strukturerad individanpassad träning rapporterade signifikant lägre skattad smärta och högre livskvalitet jämfört med kontrollgrupp.

Kompletterande insatser för smärtreducering är en viktig del då andra behandlingsmetoder såsom kirurgi och läkemedelsbehandling sällan innebär att kvinnan blir smärfri (13). Fysioterapeutisk behandling skulle kunna medföra ytterligare smärtreducering och därmed ökad livskvalitet hos kvinnor med endometrios. Trots indikationer i positiv riktning behövs mer forskning för att utreda effektiviteten av kompletterande insatser för symtomreducering vid endometrios.

För att kvinnor med endometrios ska få tillgång till fysioterapeutisk behandling krävs dock att vårdpersonal som möter dessa patienter har god kunskap kring sjukdomen. Att utbilda fler inom området skulle medföra ökade samhällskostnader men samtidigt innebära minskade kostnader på lång sikt då färre skulle söka akutvård för sina besvär (1).

Problemformulering

Fysioterapeutisk behandling har visat sig ha symtomreducerande effekt hos patienter med olika smärttillstånd, däribland endometrios (4, 5, 13-15, 17, 18). I Socialstyrelsens riktlinjer (1) för behandling av endometrios beskrivs fysioterapi som kompletterande behandlingsmetod vid endometriosrelaterade besvär. Det har visat sig att en multimodal ansats kan vara effektiv vid behandling av endometriosrelaterade besvär (5, 14). Detta är dock något som enbart erbjuds vid ett fåtal endometrioscentrum med personal som besitter specialistkompetens inom ämnet. Rådande kunskapsbrist hos vårdpersonal gällande behandling av endometrios (1, 2) gör det relevant att fråga sig hur många patienter som i dagsläget erbjuds fysioterapi.

Tidigare studier har visat att fysioterapeutisk behandling haft positiv inverkan på livskvalitet hos patienter med olika smärttillstånd (17, 19). Det vore därmed intressant att undersöka om det finns någon skillnad i skattad livskvalitet hos patienter med endometrios som erhållit fysioterapi och de som inte har det.

Syfte

Syftet med studien var att kartlägga kvinnor med endometrios avseende erhållen fysioterapeutisk behandling. Studiens sekundära syfte var att jämföra hälsorelaterad livskvalitet mellan de som erhållit fysioterapi och inte.

Metod

Studiedesign

För studien föreföll en kvantitativ ansats med deskriptiv tvärsnittsdesign lämplig då författarna ämnade undersöka en grupp individer vid en given tidpunkt (20). Webbenkätundersökning valdes som metod för att underlätta insamling av data utifrån studiens tidsbegränsning.

Urval

Inklusionskriterierna för studien var kvinnor i åldrarna 18-50 år som medicinskt diagnostiserats med endometrios. Den nedre åldersgränsen valdes då minderåriga enligt samtyckeskravet behöver målsmans underskrift för att få delta (21). I västvärlden beräknas genomsnittsåldern för övergången till klimakteriet vara 51,3 år (22). Den övre gränsen sattes därmed till 50 år för att minska risken att kvinnor som kommit in i klimakteriet inkluderades, då det som tidigare nämnts ofta innebär att kvinnan blir besvärsfri (2).

Rekrytering

Respondenterna rekryterades via en endometriosgrupp på Facebook (Endometriosföreningen). Författarna kontaktade initialt administratörerna för endometriosgruppen för godkännande att dela länken till webbenkäten. Administratörerna godkände delning av länken bland gruppens medlemmar.

Datainsamling

Insamling av data genomfördes via webbenkät i Google forms. Innan datainsamlingen påbörjades utfördes en pilotstudie på fem kvinnor med endometrios. Därefter gjordes vissa

justeringar i enkätfrågorna. Vidare länkades webbenkäten i en endometriosisgrupp på Facebook av administratörerna för gruppen.

EQ-5D-5L (23) är det validerade instrument som låg till grund för enkätundersökningen. Instrumentet har visat sig vara reliabelt utifrån studier gjorda på andra patientgrupper (24-26). EQ-5D-5L är framtaget av internationella forskargruppen EuroQol för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Instrumentet innefattar fem olika dimensioner av hälsa: rörlighet, egenvård, vardagliga aktiviteter, smärta och oro. Ursprungligen fanns tre svarsalternativ, men sedan 2009 har forskargruppen utökat till fem svarsalternativ för varje dimension. Detta för att öka instrumentets sensitivitet som det tidigare fått kritik för (23). Varje svarsalternativ representerar en siffra som sammanställs till en hälsoprofil (femsiffrig kod) utifrån en tabell. Den femsiffriga koden har i sig inget eget värde, men kan omvandlas till ett index som sträcker sig från ett värde mindre än 0 upp till 1. Siffran 1 motsvarar "full hälsa", siffran 0 motsvarar en hälsoprofil som likställs med att vara död. Det går att få ett negativt värde, vilket då motsvarar en hälsostatus som anses värre än döden. Exempelvis indikerar koden 12345 att personen ej har några problem att röra sig, har lite problem med att tvätta och klä sig, måttliga svårigheter att utföra vardagliga aktiviteter, stora besvär av smärta samt extrem oro/nedstämdhet. Den femsiffriga koden räknas därefter ut till ett index i en kalkylator från EuroQol's hemsida (27). Instrumentets index-värden varierar utifrån vilket land som undersöks. Utöver de fem frågorna innefattar instrumentet även skattning hälsostatus med hjälp av en visuell analog skala (VAS). I den här studien fick deltagarna istället göra en hälsoskattning på en skala från 0-100, där 100 räknas som full hälsa.

Analysmetod

Enkäten låg tillgänglig under en veckas tid. När antalet respondenter var 222 valde författarna att stänga ned enkäten. Därefter överfördes data till ett exceldokument där interna bortfall exkluderades. De som svarat att de var självdiagnostiserade exkluderades då medicinsk diagnostisering var ett av studiens inklusionskrav. Eftersom en del respondenter både svarat hur länge de haft besvär samt tid sedan diagnostisering, valde författarna att utgå från besvärdebut. De som enbart svarat tid sedan diagnostisering exkluderades därmed. Även svar som antingen medförde stort utrymme för tolkning eller ej ansågs tolkningsbart såsom "besvär sedan tonåren" eller "besvär så länge jag kan minnas" exkluderades. Vidare avrundades svar kring besvärdebut till hela år. I de fall där ett intervall angetts, exempelvis "haft besvär i 15-

20 år” valdes högsta värdet. I de fall där intervall angivits vid hälsoskattning, valdes värdet mitt emellan. Slutligen exkluderades de enkäter där svar utelämnats i EQ-5D-5L-frågorna. Beslut om exkludering togs då det inte skulle vara möjligt att ge dessa respondenter en femsiffrig kod som är nödvändig för beräkning av index. Antal interna bortfall blev totalt 44 stycken. Kvar återstod 178 enkätsvar som inkluderades i analysen.

I frågan om vilken typ av behandling som erhållits, uppgav respondenterna flera likartade svar under alternativet “annat”. Dessa bedömdes av författarna ingå under manuella tekniker och slogs därför samman till en och samma kategori (totalt 7). Svaren som bedömdes likartade innefattade: “bindvävsbehandling invändig/utvändig” (n=1), “bäckenbottenterapi” (n=1), “massage” (n=1), “vaginal behandling av muskler” (n=1), “intern massage/bäckenbottenmassage” (n=2), “triggerpunktsbehandling utfört av fysioterapeut på gynekologmottagning” (n=1).

All data överfördes därefter till IBM SPSS Statistics version 26 och kodades. Då studiens data var på nominal- och ordinalnivå användes typvärde och median som centralmått och kvartilavstånd som spridningsmått (28, 29). För att kunna jämföra med andra studier som använt sig av medelvärde för hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D-index) och hälsoskattning (0-100), lades även medelvärde och standardavvikelse till för dessa variabler. För att besvara studiens primära syfte avseende hur många kvinnor med endometriosis som erbjuds fysioterapeutisk behandling samt vilken behandlingsmetod som är mest frekvent förekommande, användes korstabeller i SPSS. För att besvara studiens sekundära syfte, om det finns någon skillnad i skattad hälsorelaterad livskvalitet och hälsoskattning mellan de som erhållit respektive inte erhållit fysioterapi, användes Mann-Whitney U-test som lämpar sig vid gruppjämförelser på icke-parametriska data. I studien användes $p \leq 0,05$ som signifikansnivå. Samma test användes för att se om det fanns någon skillnad i skattad hälsorelaterad livskvalitet och hälsoskattning mellan de som ansåg att fysioterapeutisk behandling hjälpte och de som inte gjorde det.

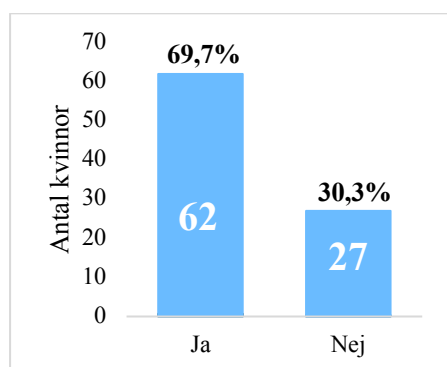
Resultat

Resultatanalysen grundar sig på 178 svar. Respondenterna var kvinnor mellan 20 och 50 år och medelåldern var 34,2 år (figur 1). Studiens resultat redovisas nedan.

Ålder	
Medelvärde	34,2 år
Median	34 år
Min	20 år
Max	50 år

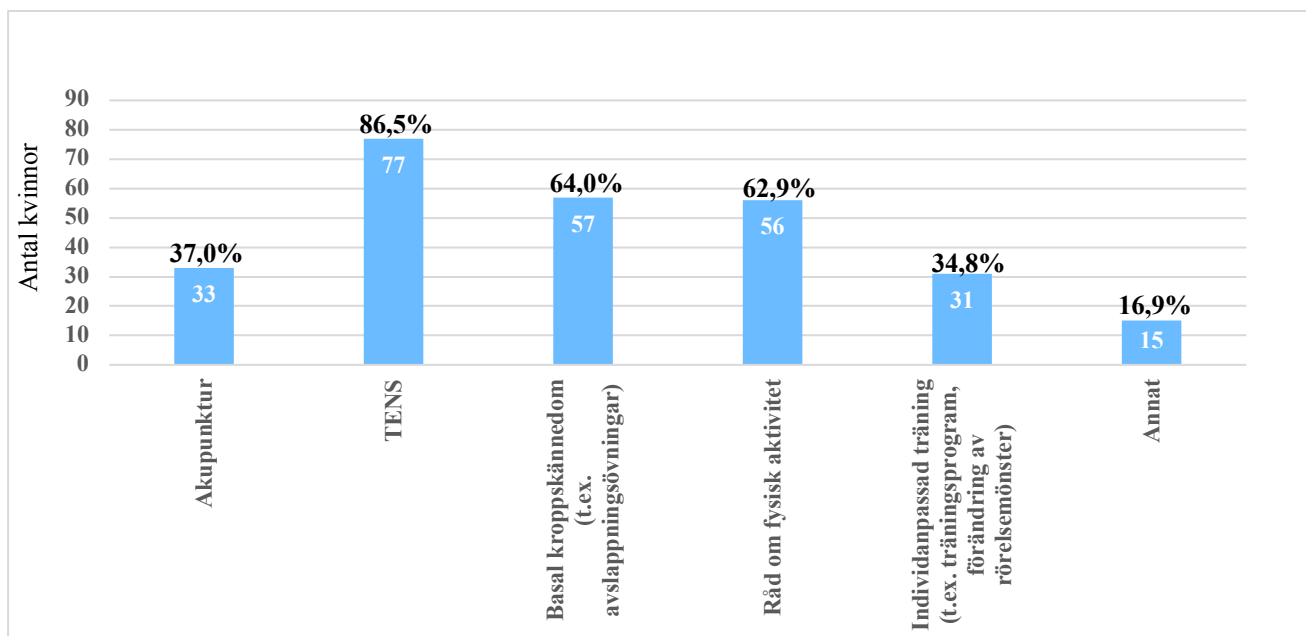
Figur 1. Respondenternas åldersfördelning

Av respondenterna hade 89 kvinnor (50%) erhållit fysioterapi. Fördelningen förhöll sig således jämn mellan grupperna. Majoriteten av de som erbjudits fysioterapi, 62 kvinnor (69,7%), ansåg att de blivit hjälpta av den fysioterapeutiska behandlingen (figur2).



Figur 2. Svartsfördelning angivet i antal och andel (%) på frågan om respondenterna som erhållit fysioterapeutisk behandling anser att det har hjälpt.

Frågan om vilken behandling respondenterna fått var en flervalfråga, därmed kan de ha valt fler än ett alternativ. Majoriteten av de som erbjudits fysioterapeutisk behandling, 77 kvinnor (86,5%), har testat TENS. De 15 respondenter som svarat "annat" (16,9%), har angivit följande typer av behandling: endometriosskola med fysioterapeut (n=1), kostförändring (n=1), vattengymnastik/varmvattengymnastik (n=2), yoga och pilates för endometriosis (n=1), samtal (n=1), bäckenbottenträning (n=1), egen ordnad akupunktur (n=1), manuell behandling av bäckenbotten/bindväv (n=7) (figur 3).



Figur 3. Frekvens av förekomst för olika typer av fysioterapeutisk behandling angett i antal och %. Frågan var en flervalsfråga.

Både medelvärde och median för hälsokattning var högre hos subgruppen som ej erhållit fysioterapeutisk behandling. Gruppjämförelser visade att det fanns en signifikant skillnad i hälsokattning mellan de som erhållit fysioterapi och de som inte hade det, där de som ej erhållit fysioterapi skattade högre ($p < 0,05$) (tabell 2).

Tabell 2 Medelvärde, median för hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D-5L-index) och hälsokattning (0-100), samt gruppjämförelse (p-värde) mellan de som erhållit fysioterapi och inte.

		Samtliga deltagare (n=178)	Erhållit fysioterapi		Gruppjämförelse (p-värde)
			Ja (n=89)	Nej (n=89)	
EQ5D5L index	Medelvärde (standardavvikelse)	0,40 (0,26)	0,39 (0,23)	0,42 (0,29)	P= 0,306
	Median (kvartilavstånd)	0,46 (0,14)	0,44 (0,32)	0,47 (0,34)	
EQ5D5L VAS	Medelvärde (standardavvikelse)	53,7 (20,4)	50,0 (19,0)	57,5 (21,1)	P= 0,007*
	Median (kvartilavstånd)	52,0 (30,0)	50,0 (25,0)	60,0 (35,0)	

Diskussion

Metoddiskussion

Den deskriptiva designen valdes då den ansågs lämplig utifrån studiens primära syfte. Vidare ansågs webbenkät vara en adekvat insamlingsmetod, då det möjliggör att nå ut till många samtidigt som det underlättar insamlingen av data. Enkäten var enbart tillgänglig för facebook-användare som är medlemmar i endometriosgruppen, vilket skulle kunna innebära selektionsfel då resterande kvinnor med endometriosis automatiskt har exkluderats. Vidare är det tänkbart att de som ansluter sig till sådana typer av Facebook-grupper är personer som aktivt söker kunskap kring sin sjukdom, vilket innebär att studiens urval ej är representativt för patientgruppen. En vidgad rekrytering hade å andra sidan varit mer tidskrävande och försvårat insamling av data. Utifrån studiens begränsade tidsram ansåg författarna därmed att det var en rimlig avgränsning.

EQ-5D-5L användes för att besvara studiens andra syfte att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Initialt var Endometriosis Health Profile (EHP-30) det instrument som föreföll bäst lämpat utifrån studiens syfte. Det är även det instrument som rekommenderas utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för kvinnor med endometriosis (1). EHP-30 är även det enda validerade instrumentet som är framtaget specifikt för att mäta hälsorelaterad livskvalitet hos patienter med endometriosis (30-32). Det krävdes dock licens för att använda sig av det, vilket på grund av ekonomiska skäl ledde till att författarna fick tänka om. EHP-30 är ett mer omfattande formulär vilket kanske hade gett ett mer rättvisande resultat då fler områden och frågor innefattas. Då EQ-5D-5L innehöll ett fåtal frågor kan det ha medfört att viktiga aspekter missats, vilket kan ha påverkat resultatet och medfört att felaktiga slutsatser dragits. Även om en mer omfattande enkät hade gett större möjlighet att inkludera fler områden av upplevd livskvalitet, hade det samtidigt inneburit en risk för lägre svarsfrekvens då det blir mer tidskrävande.

De skattningsskalor som används för att besvara i frågorna EQ-5D-5L, till exempel "Jag har måttliga svårigheter med att gå omkring" eller "Jag har stora svårigheter med att gå omkring" innebär en subjektiv bedömning som respondenten gör i stunden. Det är därmed viktigt att beakta att det kan finnas stor variation gällande vilken betydelse som tillskrivits orden när resultatet tolkas. Det innebär även en risk för felkällor vid retrospektiv skattning då exempelvis

minnesfel kan medföra att informationen förvrids (33). Livskvalitetsformulär är dock viktiga för att förstå patientens upplevelse av sin sjukdom och vilken inverkan den har på patientens vardag (34, 35). EQ-5D-5L tar hänsyn till såväl fysiska som psykologiska dimensioner vilket ger en indikation på hur endometrios påverkar kvinnornas liv.

En del av enkätfrågorna hade kunnat formuleras annorlunda för att underlätta analysen. Till exempel hade frågan "Hur fick du din diagnos?" kunnat delas upp till två slutna frågor, "är du självdiagnostiserad?" respektive "har du blivit diagnostiserad av en läkare?" med tillhörande ja- och nej-svar. Det hade dock inneburit att enkäten blivit mer omfattande.

På frågan "Hur länge har du haft endometrios?" svarade en del respondenter när de fick diagnosen medan andra svarade utifrån när besvären uppkom. För analysens skull hade det varit enklare ifall det specificerats i frågan om de skulle svara utifrån när besvären uppkom. Det hade även varit bra att förtydliga att svaret ska anges i antal år och inte text.

Utifrån frågan om vilken typ av fysioterapeutisk behandling som erhållits, framkom vilken som var vanligast förekommande. Det går dock inte att analysera effekten av varje enskild behandling då respondenterna haft möjlighet att välja flera. För att kunna uttala sig om vilken typ av behandling som haft effekt hade frågornas utformning behövt vara annorlunda. Det hörde dock inte till studiens syfte att undersöka detta.

Vidare kunde förtydligande gjorts huruvida hälsoskattning skulle baseras på besvärsperiod eller status just nu. Vissa respondenter angav en siffra för läget just nu och en för besvärsperioden vilka kraftigt skiljde sig från varandra. Initialt var tanken att skattningen skulle baseras på status just nu, men det kanske hade varit mer relevant att göra en hälsoskattning för besvärsperioden. Alternativt hade en skattning av status just nu och en ytterligare för när besvären är som värst kunnat göras för att möjliggöra jämförelse av skattningarna. Detta kan påverka studiens reliabilitet då det är omöjligt att veta utgångspunkten för respondenternas skattningar. För att kunna dra några slutsatser kring effekt av fysioterapeutisk behandling på hälsorelaterad livskvalitet och skattad hälsa hade en interventionsstudie eller kohortstudie varit nödvändig där deltagarna får göra en skattning före och efter erhållen fysioterapi. Medvetna avgränsningar gjordes dock utifrån studiens syfte och begränsade tidsram. Sammantaget är det dock viktigt att belysa att studiens metodval och enkätfrågor varit tillräckliga för att besvara studiens syfte.

Etiska överväganden

Frågeformuläret (bilaga 1) skickades ut via administratörer till en sluten Facebookgrupp för patienter med endometrios, vilket innebar att författarna inte har möjlighet att veta vilka som deltagit i studien. Vidare har inga personuppgifter angetts som kan kopplas till respondenternas identitet. Utifrån det förfarandet har hänsyn tagits gällande respondenternas anonymitet.

I enkätens inledning informerades respondenterna om frivilligt deltagande och att de ingick i en studie. Deltagarna informerades även om att de måste ha fyllt 18 år för att delta (bilaga 1), i enlighet med samtyckeskravet (20, 29). Det är dock svårt att säkerställa att respondenterna erhållit eller tagit till sig all tillgänglig information som kan behövas för att kunna ta ett beslut om deltagande eller inte.

Enkätfrågorna skulle kunna ha väckt oangenäma känslor hos respondenten, då områden som exempelvis grad av upplevd oro och smärta berördes. Genom frivilligt deltagande och att respondenten när som helst kunde välja att hoppa av har autonomiprincipen beaktats. Det förutsätter dock att respondenten kan redogöra exakt tid för genomförd enkät.

Sett till nyttan ur ett etiskt perspektiv har författarnas förhoppning varit att studien ska kunna utgöra en grund för fortsatt forskning inom ett ämne som i dagsläget inte är särskilt väl beforskat.

Resultatdiskussion

Det finns tidigare studier som har visat att fysioterapi haft effekt vid behandling av endometriosrelaterade besvär (4, 5, 13, 14). Denna studie går i linje med tidigare studier då resultatet visar att 69,7% av de som erhållit fysioterapi upplever att de blivit hjälpta. Det förefaller dock inte vara så att de som erhållit fysioterapi skattar högre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med övriga. En tänkbar anledning skulle därmed kunna vara att de som erhållit fysioterapi har haft större besvär före erhållen behandling, vilket skulle kunna innebära att deras till synes låga skattning ändå är betydligt högre än innan. Detta är enbart något som går att spekulera kring då studiens design inte gör det möjligt att titta på skillnader före och efter behandling. Det går inte heller att veta hur många av respondenterna som behandlas med hormonpreparat eller genomgått kirurgi för sin endometrios. Utifrån det faktum att hormonpreparat och kirurgi syftar till att minska besväret, skulle det rimligen kunna ha påverkat

hur de skattade hälsorelaterad livskvalitet och hälsa. Detta är viktigt att ha i åtanke då tidigare studier visat att operation och hormonbehandling gav minskad smärta och ökad livskvalitet (36, 37).

Utifrån studiens resultat kan vi se att endast hälften av respondenterna blivit erbjudna fysioterapi. Anledningen till att få erbjuds går enbart att spekulera kring. De som svarat på enkäten och som går med i den här typen av grupper är rimligen aktivt uppsökande av information samt möjliga behandlingsalternativ gällande sitt tillstånd. Det är därmed troligt att det finns ett potentiellt mörkertal, vilket kan leda till ett missvisande resultat. Detta genom att en större andel förefaller erbjudas fysioterapeutisk behandling än vad som är representativt för målgruppen. Vidare går det ej att veta om respondenterna självmant sökt sig till en fysioterapeut eller om de blivit hänvisade. Detta hörde dock inte till studiens syfte att undersöka, men det kan vara relevant för framtida studier att utforska vidare.

I aktuell studie framkom att TENS var den mest frekvent förekommande behandlingsmetoden. Vad det beror på går det dock inte att dra några slutsatser kring. TENS är en av de kompletterande behandlingar som nämns i Socialstyrelsens riktlinjer. Det är ett rimligt antagande att vårdpersonal därmed baserar sina rekommendationer på dessa. I flera artiklar benämns TENS som en vanligt förekommande behandlingsmetod vid långvarig smärta (38-40). Det finns tidigare studier där TENS visat sig ha positiv effekt olika på smärttillstånd (13, 41, 42), bland annat hos kvinnor med endometriosis (13, 43). Utifrån en Cochrane-översikt framkommer dock att det utifrån de artiklar som granskats finns låg evidens för att TENS faktiskt har en effekt (39).

Som tidigare nämnt så ansåg 69,7% av de som erhållit fysioterapeutisk behandling att det hjälpte. Det går dock inte att veta om det är på grund av en eller kombinationen av flera olika insatser som gett resultat bland de respondenter som angett att fysioterapeutisk behandling har hjälpt. Flera studier lyfter vikten av en multimodal ansats för effektiv behandling vid endometriosis (3, 5-7, 14, 44). I en prospektiv kohortstudie framkom att kvinnor som fått interdisciplinär vård hade förbättrad livskvalitet, minskad kronisk smärta och minskat antal vårdbesök efter ett års tid (45).

Generellt hade respondenterna lågt värde på såväl index (0,40) som hälsoskattning (53,7) jämfört med normalvärden. För Stockholm ligger medelvärdet för kvinnor (≥ 18 år) i normalpopulationen på 78,0 för skattad hälsostatus enligt VAS (46). När det gäller EQ5D-index finns enbart medelvärde för normalpopulation kvinnor i Europa (≥ 18 år), vilket uppges vara 0,805. Även om det inte fanns någon skillnad mellan de som erhållit fysioterapi och inte, kan studiens resultat därmed ändå indikera att endometriosis påverkar kvinnornas hälsorelaterade livskvalitet och upplevda hälsa. Sjukdomens inverkan på kvinnornas livskvalitet är även något som bekräftats av tidigare studier (6-8, 47).

Eftersom endometriosis påverkar kvinnor såväl psykiskt som fysiskt krävs att professioner med olika kompetens arbetar tillsammans för att kunna erbjuda effektiv vård. Behovet av individanpassad vård för kvinnor med endometriosis är också något som belysts i tidigare studier (44). Genom att starta upp fler endometriosiscentrum skulle den specialiserade vården göras mer lättillgänglig.

Betydelsen av utbildning, empowerment och träning vid behandling av kroniska smärttillstånd är något som lyfts upp i två artiklar (17, 48). Då patientens förståelse kring vad som händer med kroppens smärtsystem vid långvarig smärta har betydelse för patientens smärthantering (48), är det tänkbart att ökad kunskap är en viktig del av behandlingen. Utifrån författarnas vetenskap har det inte tidigare genomförts några studier för att utforska olika vårdprofessioners (t.ex. fysioterapeuter, läkare, sjuksköterskor, gynekologer) kunskap och föreställning kring fysioterapi som behandling vid endometriosis. Kunskapsläget hos vårdpersonal utgör ett viktigt område för vidare forskning då deras kunskap kan ha avgörande betydelse för vilken behandling som erbjuds. Denna studies resultat bekräftar behovet att undersöka detta, då endast hälften av kvinnorna erbjudits fysioterapi. Det är även viktigt att fysioterapeuter besitter kunskap kring sjukdomen samt att olika typer av fysioterapeutisk behandling kan ge smärtlindring för att på ett bättre sätt kunna möta behovet i denna patientgrupp. Vidare behövs det studier som följer patienter över tid för att kunna mäta förändring i skattad hälsorelaterad livskvalitet och även effektivitet av olika fysioterapeutiska behandlingar över tid.

Konklusion

Studiens resultat indikerar att relativt få kvinnor erbjuds fysioterapeutisk behandling. Även om resultatet enbart är representativt för en bråkdel av patientgruppen, vilket minskar dess

generaliserbarhet, upplever 69,7% av de som testat någon form av fysioterapeutisk behandling att det har hjälpt. Det förefaller inte vara någon skillnad i skattad hälsorelaterad livskvalitet mellan de som erbjudits fysioterapeutisk behandling och inte. Ytterligare forskning krävs för att kunna utröna betydelsen av olika fysioterapeutiska behandlingsmetoder för att lindra endometriosrelaterade besvär.

Referenslista

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid endometrios - Stöd för styrning och ledning [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. [Citerad 15 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-12-27.pdf>
2. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Endometrios – Diagnostik, behandling och bemötande. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2018. [Citerad 15 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvardeerar/endometrios--diagnostik-behandling-och-bemotande/>
3. Ball E, Khan K. Recent advances in understanding and managing chronic pelvic pain in women with special consideration to endometriosis. *F1000Research*. 2020;9(83).
4. Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Goldfinger C, Pukall CF, Chamberlain S. Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *J Sex Med*. 2010;7(2 Pt 2):1003-22.
5. Jia X, Rana N, Crouss T, Whitmore KE. Gynecological associated disorders and management. *Int J Urol*. 2019;26(1):46-51.
6. Grogan S, Turley E, Cole J. 'So many women suffer in silence': a thematic analysis of women's written accounts of coping with endometriosis. *Psychol Health*. 2018;33(11):1364-78.
7. De Graaff AA, D'Hooghe TM, Dunselman GA, Dirksen CD, Hummelshoj L, Consortium WE, et al. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Hum Reprod*. 2013;28(10):2677-85.
8. Gambadauro P, Carli V, Hadlaczky G. Depressive symptoms among women with endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *AJOG*. 2019;220(3):230-41.
9. Moradi M, Parker M, Sneddon A, Lopez V, Ellwood D. Impact of endometriosis on women's lives: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2014;14:123.
10. Olovsson M. Endometrios Internetmedicin.se: Internetmedicin; 2018 [updaterad 8 Mars 2018; citerad 15 Januari 2020]. Hämtad från: <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=3079>.
11. 1177 Vårdguiden. Endometrios: 1177 Vårdguiden, nationella redaktionen; 2018 [updaterad 5 mars 2018; citerad 15 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.1177.se/Halland/sjukdomar--besvar/konsorgan/klada-och-smarta-i-underlivet/endometrios/>.

12. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod.* 2014;29(3):400-12.
13. Mira TAA, Buen MM, Borges MG, Yela DA, Benetti-Pinto CL. Systematic review and meta-analysis of complementary treatments for women with symptomatic endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;143(1):2-9.
14. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Int Urogynecol J.* 2018;29(5):631-8.
15. Poli-Neto OB, Oliveira AMZ, Salata MC, Cesar Rosa ESJ, Machado DRL, Candido-Dos-Reis FJ, et al. Strength exercise has different effects on pressure pain thresholds in women with endometriosis-related symptoms and healthy controls: A quasi-experimental study. *Pain Med.* 2019.
16. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. FYSS 2017 : fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. [Internet] 3 rev. uppl. . Stockholm: Läkartidningen förlag AB; 2016. Hämtad från: <http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/Sm%C3%A4rttillst%C3%A5nd-1%C3%A5ngvariga-utbredda.pdf?fbclid=IwAR361V0MX35sQdUnFI6qVKk5rnAVwmc-56by8XYS118Lwzls0CXR9rTihKI>
17. Jonsson T, Ekvall Hansson E, Thorstensson CA, Eek F, Bergman P, Dahlberg LE. The effect of education and supervised exercise on physical activity, pain, quality of life and self-efficacy - an intervention study with a reference group. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2018;19(1):198.
18. Svantesson U, Dahlström A. Effekter av fysisk träning vid olika sjukdomstillstånd. Stockholm: SISU idrottsböcker; 2007.
19. Mannerkorpi K, Ahlmen M, Ekdahl C. Six- and 24-month follow-up of pool exercise therapy and education for patients with fibromyalgia. *Scand J Rheumatol.* 2002;31(5):306-10.
20. Bryman A. Samhällsvetenskapliga metoder. 3 rev. uppl. Stockholm: Liber; 2018.
21. Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) [Internet]. Stockholm: Utbildningsdepartementet [citerad 19 maj 2020]. Hämtad från: <http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2003:460>
22. McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner JG. The normal menopause transition. *Maturitas.* 2008;61(1-2):4-16.
23. EuroQol Research Foundation. EQ-5D-5L User Guide. [Internet]. Rotterdam: EuroQol Research Foundation; 2019. [Uppdaterad september 2019; citerad 25 januari 2020]. Hämtad från: <https://euroqol.org/wp-content/uploads/2019/09/EQ-5D-5L-English-User->

[Guide_version-3.0-Sept-2019-secured.pdf?fbclid=IwAR2Ycia-Ov9rVMpI_geHMQtzkb9HZBTtlzOBQ_VT0WNVY4NDIP_HZJYkzqo.](#)

24. Sakthong P, Sonsa-Ardjit N, Sukarnjanaset P, Munpan W. Psychometric properties of the EQ-5D-5L in Thai patients with chronic diseases. *Qual Life Res.* 2015;24(12):3015-22.
25. Kim TH, Jo M-W, Lee S-i, Kim SH, Chung SM. Psychometric properties of the EQ-5D-5L in the general population of South Korea. *Qual Life Res.* 2013;22(8):2245-53.
26. Bilbao A, García-Pérez L, Arenaza JC, García I, Ariza-Cardiel G, Trujillo-Martín E, et al. Psychometric properties of the EQ-5D-5L in patients with hip or knee osteoarthritis: reliability, validity and responsiveness. *Qual Life Res.* 2018;27(11):2897-908.
27. Foundation ER. EQ-5D-5L | Valuation | Crosswalk Index Value Calculator 2020 [Hämtad från: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/valuation-standard-value-sets/crosswalk-index-value-calculator/>].
28. Björk J. Praktisk statistik för medicin och hälsa. 1. rev. uppl. Stockholm: Liber; 2011.
29. Ejlertsson G. Statistik för hälsovetenskaperna. 3. rev. uppl. Lund : Studentlitteratur; 2019.
30. Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The endometriosis health profile-30. *Obstet. Gynecol.* 2001;98(2):258-64.
31. Bourdel N, Chauvet P, Billone V, Douridas G, Fauconnier A, Gerbaud L, et al. Systematic review of quality of life measures in patients with endometriosis. *PLoS ONE.* 2019;14(1):e0208464.
32. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Evaluating the responsiveness of the endometriosis health profile questionnaire: The EHP-30. *Quality of Life Research.* 2004;13(3):705-13.
33. Sundell K, redaktör. Att göra effektutvärderingar. 1. rev. uppl. Stockholm: Gothia; 2012.
34. Lin X-J, Lin IM, Fan S-Y. Methodological issues in measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Medical Journal.* 2013;25(1):8-12.
35. Guyatt GH, Ferrans CE, Halyard MY, Revicki DA, Symonds TL, Varricchio CG, et al. Exploration of the value of health-related quality-of-life information from clinical research and into clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings.* 2007;82(10):1229-39.
36. Giudice LC. Endometriosis. *N Engl J Med.* 2010;362(25):2389-98.
37. Byrne D, Curnow T, Smith P, Cutner A, Clark T. Laparoscopic excision of deep rectovaginal endometriosis in BSGE endometriosis centres: a multicentre prospective cohort study. *BMJ Open.* 2018;8(4).

38. DeSantana J, Walsh D, Vance C, Rakel B, Sluka K. Effectiveness of transcutaneous electrical nerve stimulation for treatment of hyperalgesia and pain. *Current Rheumatology Reports*. 2008;10(6):492-9.
39. Gibson W, Wand BM, Meads C, Catley MJ, O'Connell NE. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain - an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(4).
40. Sikiru L, Shmaila H, Muhammed SA. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) in the symptomatic management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a placebo-control randomized trial. *Int Braz J Urol*. 2008;34(6):708.
41. Keskin EA, Onur O, Keskin HL, Gumus II, Kafali H, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation improves low back pain during pregnancy. *Gynecol Obstet Invest*. 2012;74(1):76-83
42. Sharma N, Rekha K, Srinivasan J. Efficacy of transcutaneous electrical nerve stimulation in the treatment of chronic pelvic pain. *J Midlife Health*. 2017;8(1):36.
43. Mira TAA, Giraldo PC, Yela DA, Benetti-Pinto CL. Effectiveness of complementary pain treatment for women with deep endometriosis through Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS): randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol*. 2015;194:1-6.
44. Chapron C, Marcellin L, Borghese B, Santulli P. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nat Rev Endocrinol*. 2019;15(11):666-82.
45. Allaire C, Williams C, Bodmer-Roy S, Zhu S, Arion K, Ambacher K, et al. Chronic pelvic pain in an interdisciplinary setting: 1-year prospective cohort. *AJOG*. 2018;218(1):114.e1-.e12.
46. Juan C, Bas J, Agota S. Self-reported population health: An international perspective based on EQ-5D. [Internet]. 2014 ed. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. [Citerad: 30 mars 2020]. Hämtad från: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-94-007-7596-1.pdf?fbclid=IwAR0Vwi4Jla95VxOVPrRE8_eQ9htR97pNAUI7BiX0Q6zikhMbMHhu09W979k
47. Hummelshoj L, Prentice A, Groothuis P. Update on Endometriosis: 9th World Congress on Endometriosis, 14–17 September 2005, Maastricht, the Netherlands. *Women's Health*. 2006;2(1):53-6.
48. Semmons J. The role of physiotherapy in the management of chronic pain. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 2016;17(9):445-7.

Bilaga 1

ENDOMETRIOS OCH FYSIOTERAPEUTISK BEHANDLING

Formuläret riktar sig till dig som har blivit diagnosticerad med endometrios av läkare.

*Obligatorisk



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

INFORMATION OM STUDIEN

Vill du delta i vår studie?

Vi är två Fysioterapeutstudenter som läser sista terminen på Fysioterapeutprogrammet vid Göteborgs Universitet. Under våren 2020 kommer vi att skriva vår kandidatuppsats. Studien syftar till att kartlägga fysioterapins utbredning och inverkan på hälsorelaterad livskvalitet hos kvinnor med endometriosis.

Vad söker vi?

Vi söker kvinnor mellan 18-50 år som diagnosticerats med endometriosis av läkare. Du ska inte ha upplevt klimakteriesymtom.

Risker och fördelar:

Vissa av frågorna i formuläret kan uppfattas som personliga eller av känslig natur, men vår erfarenhet är att så inte är fallet. Resultaten av studien kan vägleda oss och komma till nytta genom att få en överblick hur många patienter med endometriosis som erbjuds fysioterapi och kan förhoppningsvis bidra till utökad forskning inom området för att fler ska bli erbjudna fysioterapi som behandling. Ingen ersättning betalas för deltagande i studien.

Hantering av data och sekretess:

All information som samlas in om dig behandlas enligt Dataskyddsförordningen, 2018:218 (DSF/GDPR). De personuppgifter som hanteras är de uppgifter du själv lämnar i studien. Data kommer att avidentifieras och alla resultat kommer att presenteras på gruppnivå så att ingen information kommer gå att härleda till dig som person. Ansvarig för dina personuppgifter är Göteborgs universitet. Enligt Dataskyddsförordningen har du rätt att kostnadsfritt ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta Sara, Sofia eller Annelie (se kontaktuppgifter nedan).

Dataskyddsombud är Kristina Ullgren tel. 031-786 1092, dataskydd@gu.se. Om du är missnöjd med hur dina uppgifter hanteras har du möjlighet att inge klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet. Dina svar och resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Data kommer att förvaras i stöld- och brandsäkra skåp på institutionen för Neurovetenskap och Fysiologi, enheten för Fysioterapi. Redovisning av resultat sker på gruppnivå och därmed kommer inte du som enskild individ att kunna identifieras.

Frivillighet

Deltagande i studien är frivilligt och du har full rätt att när helst du önskar, dra dig ur studien utan att ange något skäl. Du måste dock själv hålla reda på datum och EXAKTA tidpunkt då du lämnade in dina svar.

Har du frågor om studien eller vill ta del av dina data kan du vända dig till:

Sara Andersson; gusandsaax@student.gu.se

Sofia Sens; gussenso@student.gu.se

Annelie Gutke (handledare); annelie.gukte@gu.se

Tack på förhand!

Fysioterapeutstudent
Sofia Sens

Fysioterapeutstudent
Sara Andersson

1. Jag samtycker till att delta i studien och jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas så som beskrivet i deltagarinformationen *

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej *Sluta fylla i det här formuläret.*

2. Ålder? *

3. Hur fick du din diagnos? *

Markera endast en oval.

- Självdiagnostiserad (läst på själv och tycker att du stämmer in på symtom) *Sluta fylla i det här formuläret.*
 Diagnosticerad av läkare

4. Hur länge har du haft endometrios?

5. Har du klimakteriebesvär?

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej

Fysioterapi

6. Har du blivit erbjuden fysioterapi som behandling?

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej *Fortsätt till frågan 9.*

Fortsättning fysioterapi

7. Vilken typ av fysioterapeutisk behandling?

Markera alla som gäller.

- Akupunktur
- TENS
- Basal kroppskännedom (t.ex. avslappningsövningar)
- Råd om fysisk aktivitet
- Individanpassad träning (t.ex. träningsprogram, förändring av rörelsemönster)
- Övrigt: _____

8. Tyckte du att det hjälpte?

Markera endast en oval.

- Ja
- Nej

EQ-5D-5L

Hälsoenkät

9. Rörlighet

Markera endast en oval.

- Jag har inga svårigheter med att gå omkring
- Jag har lite svårigheter med att gå omkring
- Jag har måttliga svårigheter med att gå omkring
- Jag har stora svårigheter med att gå omkring
- Jag kan inte gå omkring

10. Personlig vård

Markera endast en oval.

- Jag har inga svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har lite svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har måttliga svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har stora svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag kan inte tvätta mig eller klä mig

11. Vanliga aktiviteter (t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- eller fritidsaktiviteter)

Markera endast en oval.

- Jag har inga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter |
- Jag har lite svårigheter att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har måttliga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har stora svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag kan inte utföra mina vanliga aktiviteter

12. Smärtor/besvär

Markera endast en oval.

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har lätta smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär
- Jag har extrema smärtor eller besvär

13. Oro/nedstämdhet

Markera endast en oval.

- Jag är varken orolig eller nedstämd
- Jag är lite orolig eller nedstämd
- Jag är ganska orolig eller nedstämd
- Jag är mycket orolig eller nedstämd
- Jag är extremt orolig eller nedstämd

14. Om du skulle skatta din tänkbara hälsa på en skala från 1 - 100, där 100 är den bästa tänkbara hälsa du kan tänka dig och 1 är den sämsta hälsa du kan tänka dig. Vad skulle du skatta den till? Skriv din siffra i rutan.
