



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN
ENHETEN FÖR FYSIOTERAPI

Kniper du rätt så håller du tätt

- En enkätstudie om hur välinformerade gravida kvinnor är om förebyggande av urininkontinens samt träningsvanor av bäckenbotten

Madeleine Pripp och Linda Jönsson

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Fysioterapeutprogrammet, FYS 304
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Termin 6 /2018
Handledare:	Doktor, Leg Fysioterapeut Annelie Gutke
Examinator:	Doktor, Leg Fysioterapeut Eva Holmgren

Abstrakt

Examensarbete:	15 hp
Program:	Fysioterapeut
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Termin 6 / 2018
Handledare:	Doktor, Leg Fysioterapeut Annelie Gutke
Examinator:	Doktor, Leg Fysioterapeut Eva Holmgren
Nyckelord:	Fysioterapi, urininkontinens, urinläckage, bäckenbottenträning, graviditet

Bakgrund: För flertalet gravida kvinnor är urininkontinens/urinläckage ett problem som kan ha stor inverkan på det vardagliga livet. Tidigare studier visar att genom träning av bäckenbottenmuskulaturen är det möjligt att förebygga och minska risken för urininkontinens.

Syfte: Utforska om gravida kvinnor fått någon information om träning av bäckenbottenmuskulaturen under sin graviditet och varifrån. Ett ytterligare syfte var att utforska om de som fått informationen tränat sin bäckenbottenmuskulatur mer och läckte mindre.

Metod: En kvantitativ studie genomfördes med en webbaserad enkät, med 62 deltagare. Inkluderingskriterier var gravid, över 18 år och utan urininkontinens före sin första graviditet. Den data som samlades in analyserades med Chi-Square tester, Pearson Chi-Square samt Fisher's Exakt Test.

Resultat: Kvinnor i större ort/stad var mer välinformerade om bäckenbottenträning ($p=0,004$), än kvinnor i mindre ort/stad. Även de kvinnorna med universitet- eller högskoleutbildning var mer välinformerade ($p=0,014$) än kvinnor med lägre utbildning. Studien visar att 40% av kvinnorna tränade bäckenbottenmuskulaturen enligt rekommendationer.

Konklusion: Majoriteten utav gravida kvinnor fick information om bäckenbottenträning, men mindre än hälften tränade enligt rekommendationer. Detta indikerar på ett behov av en ökad kunskap och kännedom inom detta område för gravida kvinnor. Här kan en fysioterapeut hjälpa till med hur de ska träna och även informera om potentiella positiva effekter denna träning kan ge.

Abstract

Bachelor thesis:	15 hp
Program:	Physical therapist
Level:	Bachelor
Term/year:	Term 6 / 2018
Supervisor:	Doctor, Leg Physiotherapist Annelie Gutke
Examiner:	Doctor, Leg Physiotherapist Eva Holmgren
Key words:	Physiotherapy, urinary incontinence, urinary leakage, pelvic floor training, pregnancy

Background: For the majority of pregnant women, urinary incontinence/urine leakage is an issue which can have a large impact on daily life. Previous studies show that pelvic floor training, can prevent and decrease the risk for urinary incontinence.

Purpose: Examine if pregnant women got any form of information regarding training of the pelvic floor muscles during their pregnancy and where they received it from. An additional purpose was to explore if women, who received the information did the exercise more frequently and had less leakage.

Method: A quantitative study was conducted based on an online survey with 62 participants. The inclusion criterias were pregnant, over 18 years old and without urinary incontinence prior to her first pregnancy. The collected data was analysed with Chi-Square tests, Pearson Chi-Square and Fisher's Exact Test.

Result: Women living in larger places/cities were more well informed regarding pelvic floor training ($p=0.004$) than women in smaller places/cities. Also, women with a university education were more well informed ($p=0.014$) than women with lower education. The study shows that 40% of the women trained the pelvic floor muscles according to recommendations.

Conclusion: The majority of pregnant women received the information regarding pelvic floor training, however less than half executed the training in accordance with recommendations. This indicates a need of increased knowledge and attention for pregnant women within this field. Here, a physiotherapist can be able to assist how to train and inform about the potential positive effects the training may have.

Bakgrund

Urininkontinens/urinläckage är vanligt förekommande under och efter en graviditet (1). En studie visar att prevalensen för urininkontinens under graviditet varierar från 18,6 % till 75% och den ökar med ökad graviditetsålder (2). En norsk studie visar på att 31% av förstföderskor har urininkontinens sex månader efter förlossning (1). Det finns även en studie som visar på att 21% av förstföderskor blev urininkontinenta efter förlossningen (3). Många kvinnor upplever en minskad livskvalité vid urininkontinens (4), ju svårare symtom med täta läckage desto större påverkan på livskvalitén (5). Det anses vara ett stressfullt, otrevligt tillstånd och till följd av urininkontinens blir kvinnor begränsade i sina aktiviteter och vilket kan innebära att de isolerar sig och får ett minskat socialt liv (6). Tidigare forskning visar även att urininkontinens kan leda till ökad risk för nedstämdhet och depression (7, 8).

Definitionen av urininkontinens är ofrivilligt läckage av urin (9). Det finns olika former av urininkontinens, där ansträngningsinkontinens är den vanligaste formen av urininkontinens under och efter graviditet. Ansträngningsinkontinens kallas även stressinkontinens (10), och innebär att man läcker vid ökat buktryck såsom exempelvis vid träning, hosta/nys och krystning (9).

Risikfaktorer för urininkontinens hos kvinnor är ålder, att man tidigare fött barn, inkontinens före och under graviditet, samt övervikt (11). Forskning visar att vaginal förlossning ger en ökad risk för urininkontinens (12). Vid en vaginal förlossning trycker barnets huvud på bäckenbottenmuskulaturen, bindväv och nerver så att de sträcks ut och kan skadas (13) vilket kan ge stora bristningar. Detta resulterar i att bäckenbottenmuskulaturen ej orkar hålla ihop sig tillräckligt mycket för att hålla tätt (14). Vid användning av tänger och/eller sugklocka, vid analsviktsrupturer och episiotomi (klippt i mellangården) (13, 15) ökar även riskerna för att drabbas av urininkontinens (13), liksom att föda ett barn över 4,5kg (14, 16).

I 22 studier med sammanlagt 8485 kvinnor visar resultatet att efter intensiv träning av bäckenbottenmuskulaturen var kvinnorna mindre benägna att rapportera urininkontinens efter graviditet (17). Bäckenbottens funktion är bland annat att hålla de inre organen i bäckenet på plats samt att hindra de inre organen att pressas ner vid ökat buktryck då man hostar nyser

eller på annat sätt ökar buktrycket. Själva bäckenbotten bildar en botten i bäckenet. Diafragma pelvis är den största muskelgruppen i bäckenbotten och är en trattliknande muskelplatta. Den övre breda delen ligger intill sidoväggarna i övre delen av bäckenet. Den smala delen pekar neråt och omsluter då den nedre delen av ändtarmen. Diafragma pelvis består av två muskler som heter M. levator ani och M. coccygeus. M. levator ani finns hos kvinnans öppningar för slida, urinrör och analkanal. M levator ani är den muskel som har en stor roll vid tarmtömning då den lyfter bäckenbotten runt ändtarmen samt klämmer ihop kanalen. Denna muskel påverkas vid förlossning då den kraftigt sträcks ut. Det är framförallt denna muskeln som man kan kontrahera i underlivet med hjälp av knipövningar (18).

Flera studier visar att mer än 30% av kvinnor inte kunde utföra en korrekt kontraktion av bäckenbottenmuskulaturen vid första konsultationen (19-21). Det vanligaste felet kvinnorna gjorde var att de istället kontraherade abdominal-, gluteal- eller höftmuskulatur (20). Studier visar att 20% av kvinnorna krystade istället för att kontrahera musklerna (21). Det finns forskning som visar att träning av bäckenbottenmuskulatur hade en positiv påverkan av ansträngningsinkontinens men även alla andra former av inkontinens (22). Tidigare studier kring vilken information som ges ut till gravida angående förebyggande av urininkontinens saknas, liksom om det rekommenderas träning och i så fall om den utförs. Då det finns forskning som visar att träning av bäckenbottenmuskulatur skulle kunna hjälpa kvinnor att förebygga och behandla urininkontinens, finns det här ett behov av fysioterapeuters kunskap. I Sverige erbjuds man som gravid att regelbundet träffa en barnmorska på en barnmorskemottagning eller mödravårdscentral (MVC), ungefär sex till tio gånger om graviditeten är utan komplikationer. Besöken görs för att se hur mamman och fostret mår, men även för att förbered sig inför förlossningen (23). I det medicinska basprogram som används på BVC med syfte att upptäcka komplikationer i samband med graviditet och identifiera riskfaktorer som kan ge komplikationer, står det att barnmorskan ska erbjuda en gynekologisk undersökning efter förlossningen för att bedöma de eventuella skador som uppkommit 6–12 veckor efter förlossningen. Det ska även ingå instruktioner kring bäckenbottenträning med lämpliga knipövningar för att minska risken för urininkontinens. Det fanns även där information kring hur man gjorde en bedömning av bäckenbottenmuskulaturens struktur och funktion (24). Det saknas information kring förebyggande träning av bäckenbottenmuskulaturen under graviditeten. Tidigare studier visar

att man kan förebygga ansträngningsinkontinens efter förlossningen om kvinnorna under graviditeten fick diagnostiserad svag bäckenbotten eller en stor blåshalsvinkel (25). I studier kan man se att de som tränar sin bäckenbotten förebyggande i minst 28 dagar inför förlossningen i mindre grad drabbas av urininkontinens efter förlossning jämfört med de som inte tränat (26). Då komplikationer som urininkontinens, analinkontinens och prolaps (framfall) kan räknas inom de områden som är tabubelagt att prata om kan det enligt Fridén, Nordberg och Åhlund göra att kvinnor väljer att inte söka hjälp (10). Genom information under graviditeten skulle detta kunna motverkas förslagsvis med hjälp av en fysioterapeut.

I Sverige träffar den gravida kvinnan ingen fysioterapeut på rutin utan endast då hon har besvär, exempelvis med graviditetsrelaterad rygg- och bäckenproblematik eller urin- och analinkontinens (27). Fysioterapeuter kan hjälpa till att sprida kunskap, information och träning inom detta område. Fysioterapeut är sedan 2014 en ny skyddad yrkestitel för sjukgymnaster och innebär att endast den som har legitimation utfärdad av Socialstyrelsen får använda titeln. Fysioterapeuter utför professionella individuella bedömningar och har unik kunskap kring fysisk aktivitet, rörlighet och hälsa. Arbetet som fysioterapeut är baserat på en vetenskaplig grund och handlar om att hjälpa människor med att stärka sin hälsa, förebygga eller rehabilitera sjukdomar och skador utefter personens behov och mål (28). En studie visade att handled träning gav ett bättre resultat av träning av bäckenbottenmuskulaturen än endast muntliga instruktioner (26).

I Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) som är en evidensbaserad handbok och lärobok för dem som arbetar med att främja fysisk aktivitet finns det inga rekommendationer kring dos av träning av bäckenbottenmuskulaturen. Det står att man med hjälp av bäckenbottenträning under graviditet och efter förlossning kan förebygga och behandla urininkontinens men utan tydliga rekommendationer. Det står även att om man har problem att ”hitta” bäckenbottenmuskulaturen är det bra att kontakta en fysioterapeut (29). De rekommendationer som finns är från American College of Sport Medicin (ACSM). Enligt ACSM ligger den rekommenderade mängden för bäckenbottenträning på 2–3 ggr per vecka, 1–3 set, 8–12 ggr. De ska utföras med en långsam till moderat hastighet och med en styrka näst intill en maximal kontraktion. Detta är en rekommendation för att bibehålla den styrka som redan finns (30).

Problemformulering

Tidigare forskning visar att man med hjälp av träning av bäckenbottenmuskulatur kan minska risken för urininkontinens under och efter graviditet. Forskning saknas dock kring hur patientgruppen får information om denna typ av träning. Utöver detta saknas även forskning gällande följsamheten till de övningar för bäckenbotten som rekommenderas till gravida. Våra frågeställningar är: Får gravida kvinnor information om hur de kan minska risken för urininkontinens? Var får de informationen ifrån? De kvinnor som har fått information, utför de övningarna, i så fall hur ofta och läcker de mindre?

Syfte

Syftet med denna studie var att utforska om gravida kvinnor fått någon information om träning av bäckenbottenmuskulaturen under sin graviditet och varifrån. Ett ytterligare syfte var att utforska om de som fått informationen tränat sin bäckenbottenmuskulatur mer samt läckte mindre.

Metod

Design

En kvantitativ tvärsnittsstudie genomfördes i form utav en webbenkät (31).

Urval

Studiepopulationen var gravida kvinnor. Inklusionskriterierna var att kvinnorna var gravida och över 18 år. Exklusionskriterierna var att kvinnorna hade haft urininkontinens före sin första graviditet. För att på enklaste möjliga sätt och för att få in så många svar som möjligt under kort tid valdes metoden bekvämlighetsurval som det sätt att samla in data på (32). I studien behövdes minst 50 deltagare för att kunna göra en statistisk analys men för att stärka resultatet ytterligare önskades så många som möjligt. Med detta i åtanke söktes de största grupperna med gravida kvinnor i Sverige upp på Facebook. Även mammagrupper som kunde tänkas bestå av gravida kontaktades. Sammanlagt var det 24 grupper som kontaktades och sex utav dem gav sitt godkännande att dela i gruppen. (De resterande 18 svarade ej.) Dessutom

delades enkäten (bilaga 2) som ett offentligt inlägg via forskarnas privata sidor på Facebook. Tillsammans med enkäten fanns en länk till deltagarinformation (bilaga 1), där det informerades om samtycke, frivillighet, anonymitet och hantering av insamlade data, publicering av resultat samt kontaktuppgifter (33).

Datainsamling

Studiens syfte var att få en överblick av forskningsområdet därför ansågs en studie med enkäter vara mest relevant. Författarna sökte efter validerade enkäter men fann ingen som kunde användas i dess helhet och som fyllde studiens syfte. Utifrån detta bestämdes att en egen enkät skulle konstrueras med inspiration från tidigare validerade enkäter om urininkontinens. De som användes för inspiration var International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire (ICIQ) (34) som är en validerad enkät om urininkontinens, tät.nu ett forskningsprojekt kring urininkontinens (35) och ett frågeformulär gällande urininkontinens från Primärvården Örebro landsting (36). I enkäten användes även tidigare använda frågor om inkontinens gällande kvantitet och frekvens (37).

Enkäten inleddes med en introduktion om studien där den beskrevs kortfattat. Där fanns även information om inklusionskriterier, exklusionskriterier, anonymitet, frivillighet, hur deltagarna kunde få ta del av resultatet, kontaktuppgifter samt en länk till fullständig deltagarinformation. Webbenkäten innehöll frågor om bakgrund såsom kvinnans ålder, utbildningsnivå, var de var bosatta, graviditetsvecka, antal födda barn och fortsatte med frågor om tidigare förlossningar, träning och urininkontinens. Enkäten utformades på Google formulär på internet. Innan enkäten skickades ut genomfördes en mindre pilotstudie för att stärka enkätens validitet. Den testades på fem personer och därefter gjordes korrigeringar efter de kommentarer som kom in och som ansågs vara relevanta för att förtydliga enkäten. Det som ändrades var formulering av frågor och tillägg eller borttagning av svarsalternativ. Datainsamlingen pågick mellan den 27 februari till 19 mars.

Dataanalys

Ifrån Google Formulär hämtades data och fördes över till programmet Microsoft Excel. Därefter exporterades data från Microsoft Excel till statistikprogrammet IBM SPSS Statistics version 25 (SPSS). SPSS användes för att bearbeta statistiken och analysera insamlade data

(38). I samma program skapades diagram och tabeller för att redovisa resultatet för relevanta frågor och det gjordes även korrelationer, Chi-Square tester, Pearson Chi-Square, för att jämföra grupper och upptäcka möjliga skillnader mellan olika variabler. Då något av de förväntade frekvenserna i en fyrstegstabell understeg 5 användes resultatet från Fisher's Exakt Test vid redovisningen.

Efter att data var insamlad delade författarna in de svar där det fanns ett öppet svarsalternativ i olika kategorier. Ålder delades in i femårsintervall (20–24, 25–29, 30–34, 35–39) och graviditetsvecka i trimester (trimester 1 vecka 1–12, trimester 2 vecka 13–27 eller trimester 3 vecka 28 tills barnet är fött). Var deltagarna var bosatta delades in i två grupper "bosatt i en glesbygd blev sammansatta med "ort/stad med mindre än 50 000 invånare "och den andra gruppen var ""mer än 50 000 invånare. På frågan om deltagarna tagit emot information om träning av bäckenbottenmuskulaturen under graviditeten, där svarsalternativet "vet ej" angavs räknades de svaren in i "nej" eller "ej fått information". Där deltagarna angav var de fick information om bäckenbottenträning delades svaren in i en källa, två eller fler. Där ett intervall hade angetts som svar, exempel 8–12, beräknades resultatet på den lägsta siffran.

För att få reda på om deltagarna kom upp i rekommenderad dos vid bäckenbottenträning gjordes beräkningar av frekvens och duration. Det togs ej hänsyn till hur knipet utfördes vid bäckenbottenträningen, exempelvis långsamma eller snabba knip. Den rekommenderade dosen av bäckenbottenträning som jämfördes med var 1-3 set 8-12 repetitioner 2-3 gånger per vecka (39). I fråga 10 och 11 där skalor hade angetts som svarsalternativ, står 1 för "inte alls" eller "inte viktigt alls" och 10 för "våldigt mycket" eller "våldigt viktigt". Alla svar omvandlades sedan till siffror. Signifikansnivån valdes till $p < 0,05$.

Resultat

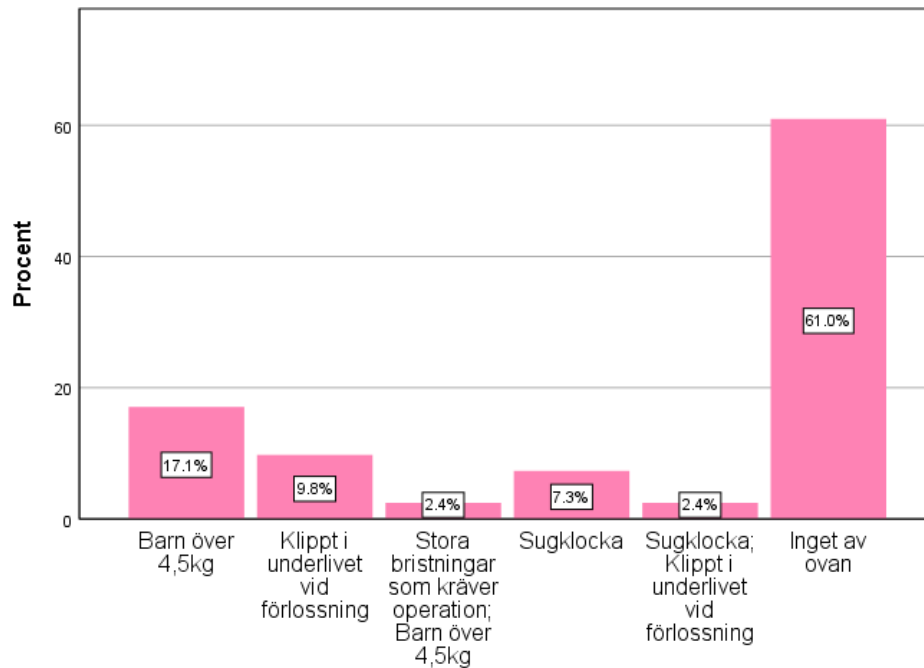
Enkätundersökningen resulterade i data från 68 deltagare, varav 6 deltagare exkluderades då de ej var gravida eller ej hade fyllt i vilken graviditetsvecka de var i. Det gav slutligen användbara data från totalt 62 deltagare, se tabell 1.

Tabell 1. Deskriptiv data över deltagarna i studien(n=62)

Information om kvinnorna	Andel
Ålder år, medel*(SD**) (åldersspann)	30,0 (3,0) (24–37)
Utbildning n (%)	
▫ Grundskola eller 7–9 års skolgång	0 (0,0)
▫ Gymnasium/yrkesskola=10–12 års skolgång	15 (24,2)
▫ Universitet eller högskola	47 (75,8)
Bosatt n (%)	
▫ I glesbygd	6 (9,7)
▫ I en ort/stad med mindre än 50 000 invånare	18 (29,0)
▫ I en ort/stad med 50 000 till 1 miljon invånare	38 (61,3)
Graviditetsvecka median (åldersspann)	28,5 (7–40)
Antal barn n (%)	
▫ Väntar första barnet/barnen	20 (32,3)
▫ 1 barn	26 (41,9)
▫ 2 barn	8 (12,9)
▫ 3 eller fler	8 (12,9)
Tidigare förlossningar n (%)	
▫ Vaginal	41(66,1)
▫ Kejsarsnitt	1 (1,6)
▫ Ej fött barn tidigare	20 (32,3)

*medel=medelvärde **SD=standarddeviation (vilken storlek på denna text)

I studien angav 39% (n=16/41) av deltagarna som tidigare hade genomgått en vaginal förlossning att de hade upplevt någon av de faktorer som ökar risken för urininkontinens, se figur 1. Bland de 42 kvinnor som tidigare varit gravida var förekomsten av kända förlossningsskador 9,5% (n=4/42).



Figur 1. Visar procentuell fördelning över faktorer som förekom vid deltagarnas tidigare vaginala förlossningar och som ökar risken för urininkontinens (n=41).

Sammanlagt hade 74% (n=46/62) av deltagarna tagit del av information om bäckenbottenträning under graviditeten. Skillnaden i om deltagarna tagit del av information skiljde sig signifikant ($p=0,004$) beroende på var de var bosatta. Kvinnorna i stad/ort med mer än 50 000 invånare hade i större grad tagit del av information om bäckenbottenträning. Det fanns även en signifikant skillnad ($p=0,014$) beroende på om kvinnorna hade universitet-/högskoleutbildning eller ej, se tabell 2.

Tabell 2. Visar hur mottagen information om bäckenbottenträning skiljer sig beroende på var kvinnorna var bosatta, utbildningsnivå, graviditetsvecka, ålder och antal födda barn.

Variabler	Fått information	Ej fått information	P-värde*
Bosatta n (%)			
▫ I stad/ort mindre än 50 000 invånare	13 (28,3)	11 (68,8)	0,004
▫ I stad/ort med 50 000 till 1 miljon invånare	33 (71,7)	5 (31,2)	
Utbildning n (%)			
▫ Gymnasium/yrkesskola eller 10–12 års skolgång	7 (15,2)	8 (50,0)	0,014
▫ Universitet eller högskola	39 (84,8)	8 (50,0)	
Graviditetsvecka n (%)			
▫ 1: a trimester (1–12)	8 (17,4)	1 (6,3)	0,338
▫ 2: a trimester (13–27)	12 (26,1)	7 (43,8)	
▫ 3:e trimester (28-förlossning)	26 (56,5)	8 (50)	
Ålder i år n (%)			
▫ 20–24	1 (2,2)	0 (0,0)	0,924
▫ 25–29	19 (41,3)	8 (50,0)	
▫ 30–34	23 (50,0)	7 (43,8)	
▫ 35–39	3 (6,5)	1 (6,2)	
Antal barn			
▫ 0 väntar första barnet/barnen	17 (37,0)	3 (18,8)	0,517
▫ 1	18 (39,1)	8 (50)	
▫ 2	5 (10,9)	3 (18,8)	
▫ 3 eller fler	6 (13)	2 (12,5)	

*Gruppjämförelse

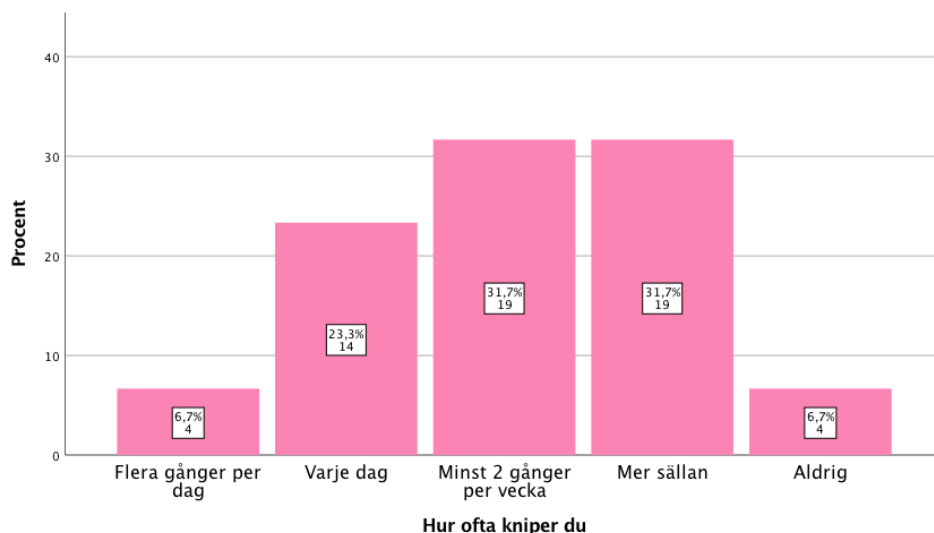
Studien visar att 58,3% (n=28/48) utav kvinnorna fått information om bäckenbottenträning via MVC och 18,8% (n=9/48) av deltagarna hade tagit del av informationen via en fysioterapeut. Den största andelen utav kvinnorna som hade tagit del av information om bäckenbottenträning hade fått den ifrån två eller flera olika källor 68,8% (33/48).

Tabell 3. Resultattabell som visar på antal och procentuell fördelning över varifrån deltagarna fick informationen, hur deltagarna visste om de använde rätt teknik för att få till ett bäckenbottenknip samt hur många som tränade bäckenbotten enligt rekommenderad dos.

Bäckenbottenträning	Antal/Procent
Information om bäckenbottenträning n (%) (Flera svarsalternativ möjliga per deltagare)	n=123*
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Fysioterapeut (sjukgymnast) ▫ Mödravårdscentralen (MVC) ▫ Sexleksaker butik ▫ Under min utbildning till fysioterapeut ▫ Bok eller tidning ▫ Vänner eller familj ▫ Internet från faktasidor ▫ Internet från sociala medier ▫ App (Applikation) ▫ Ej info under graviditet, läst på själv innan ▫ Utbildad gravidyogalärare ▫ Är själv fysioterapeut 	<ul style="list-style-type: none"> 9 (7,3) 28 (22,9) 1 (0,8) 1 (0,8) 14 (11,4) 18 (14,6) 17 (13,8) 19 (15,4) 13 (10,6) 1 (0,8) 1 (0,8) 1 (0,8)
Rätt teknik till ett bäckenbottenknip n (%) (Flera svarsalternativ möjliga per deltagare)	n=94**
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Någon har lärt mig att hitta knipet ▫ Du har utfört ett test genom att stoppa strålen när du kissar ▫ Du har utfört ett test genom att knipa runt dina egna fingrar ▫ Du använder dig utav Geishakulor, knipkulor ▫ Har ej hittat knipet ▫ Vet ej ▫ Har kunnat hitta knipet i åratat ▫ Vid efterkontrollen efter förlossning talade barnmorska om att jag gjorde rätt 	<ul style="list-style-type: none"> 35 (37,2) 30 (31,9) 14 (14,9) 7 (7,4) 1 (1,1) 5 (5,3) 1 (1,1) 1 (1,1)
Bäckenbottenträning n (%)	n=60
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Tränar under rekommendation*** ▫ Tränar enligt rekommendation eller över ▫ Tränar aldrig 	<ul style="list-style-type: none"> 32 (53,3) 24 (40,0) 4 (6,7)

*123 svar från 48 deltagare, **94 svar ifrån 57 deltagare, ***1–3 set 8–12 repetitioner 2-3ggr/v, enligt ACSM.

I studien uppgav 61,7 % (n=37/60) att de tränar sin bäckenbottenmuskulatur minst 2 gånger per vecka eller mer, se figur 2.



Figur 2. Visar antal och den procentuella fördelningen av hur ofta deltagarna utförde bäckenbottenknip (n=60).

Majoriteten av deltagarna 93,3% (n=56/60) tränade bäckenbottenmuskulaturen och utav dem var det 40,0% (n=24/60) som tränade enligt rekommendation eller över, se tabell 3. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan gruppen (p=0,093) av deltagare som fått information och huruvida de tränade under eller över rekommenderad dos av bäckenbottenträning, se tabell 4. Det fanns inte heller någon skillnad mellan deltagarna som fått information eller ej och om de hade besvär av urininkontinens (p=1,0) se tabell 4.

Tabell 4. Jämförelser mellan grupperna av de som fått information och de som ej fått information om bäckenbottenträning och huruvida de tränade enligt rekommendation samt om de hade urininkontinens.

Fått information	Ja	Nej	P-värde
Bäckenbottenträning n (%)			
▫ Under rekommenderat	23 (51,1)	9 (81,8)	0,093
▫ Rekommenderat eller över	22 (48,9)	2 (18,2)	
Urinläckagebesvär n (%)			
▫ Ja	12 (26,1)	4 (25,0)	1,000
▫ Nej	34 (73,9)	12 (75,0)	

Studien visade att det inte heller var någon skillnad (p=1,0) vad gäller urininkontinens om deltagarna fått information via MVC och/eller Fysioterapeut, som är legitimerad

vårdpersonal, jämfört med om de fått information på annat vis. När man tittade på de som fått information av den legitimerade vårdpersonalen kunde man inte heller se att de tränade bäckenbottenmuskulaturen mer ($p=1,0$).

Vad gäller hur deltagarna utförde bäckenbottenknip blev svaren mycket olika och svåra att tyda vilket gjorde att de inte kunde redovisas.

I undersökningen uppgav 25,8 % ($n=16/62$) av deltagarna att de hade besvär av urininkontinens under sin graviditet. Det var 5,9 % ($n=1/17$) som besvärades av dagligt läckage, 35,3% ($n=6/17$) hade läckage någon gång per vecka och 58,8% ($n=10/17$) någon gång per månad. Av deltagarna uppgav 58,8% ($n=10/17$) att urinläckagemängden var några droppar och 41,2% ($n=7/17$) läckte en skvätt. Av de deltagarna som angav att de hade besvär av urinläckage angav de att urinläckaget påverkade det dagliga livet med en median på 3, på en skala från 1–10 ($n=14$). På frågan om hur viktigt alla deltagare i undersökningen trodde/ansåg att bäckenbottenträning var för en god hälsa svarade 35,6% ($n=21/59$) en 10: a på en skala från 1 till 10, medianen var 8.

Diskussion

Resultatdiskussion

Studiens resultat visade på att nästintill tre av fyra deltagare hade fått information kring bäckenbottenträning under sin graviditet. Den visade även att det inte fanns någon skillnad mellan grupperna av kvinnor som fått information om bäckenbottenträning och de som ej fått information huruvida de drabbats av urininkontinens eller ej och om de tränade bäckenbotten mer eller mindre. Detta var ett överraskande resultat då förväntningarna var att de som inte hade fått någon information om bäckenbottenträning skulle vara de som hade urinläckage då de inte hade någon information om den träning som skulle kunna förebygga. En tanke gällande detta resultat var ifall det skulle kunna bero på att de som hade urininkontinens då skulle ha varit benägna att uppsöka information för att motverka detta. Ytterligare förväntning var att de som hade fått information om träning av bäckenbottenmuskulaturen skulle träna mer än de som inte hade tagit del av någon information, vilket inte var fallet.

I studien uppmärksammades att det fanns en signifikant skillnad som visade att kvinnor i ort/stad med mer än 50 000 invånare samt kvinnor med universitet- eller högskoleutbildning i större utsträckning hade tagit emot information kring bäckenbottenträning. Orsaken till det skulle kunna vara att det skiljer sig mellan större ort/stad och mindre ort/stad hur man ger ut information till de gravida. Det skulle även kunna vara så att de i större städer var mer benägna att ta emot information. Det går även att fundera på hur det kommer sig att de med högre utbildning i större utsträckning tagit emot information kring bäckenbottenträning för att minska risken för urininkontinens. Andra studier tyder på att de som hade högre utbildning även hade en bättre hälsa. Det visades på att faktorer som påverkade hälsan så som livsvillkor och levnadsvanor förbättrades gradvis med stigande utbildningsnivå (40). Det kunde hänga ihop med att de som hade högre utbildning hade ett större förtroende för exempelvis vården och kanske sökte information för att bättre ta hand om sig. Med en högre utbildning är du van vid att söka information och att ifrågasätta och reflektera över det du får fram och blir presenterad inför. Det kan även vara så att informationen presenterades på ett sätt som var mer lättillgängligt att ta till sig för dem med högre utbildning. Här bör det funderas över om informationen bör spridas på ett annat sätt och även bör ges i förebyggande syfte som en rekommendation under graviditeten för allas rätt till lika vård. Betydelsen av ordet information är just att utbilda och undervisa. I Nationalencyklopedin beskrivs information som ”generell beteckning för det meningsfulla innehåll som överförs vid kommunikation i olika former” (41).

Alla människor tar till sig information på olika sätt och det finns ett antal variabler som påverkar hur väl olika individer tar till sig den information som ges till dem. Exempel på dessa variabler är ålder, kön och nationalitet. För olika människor har också situationer och miljöer påverkan på hur de tar till sig informationen, exempelvis ljud och temperatur i rummet samt om de är ensamma eller i grupp vid informationstillfället. En annan faktor som spelar stor roll är personers olika perceptionsförmågor, det vill säga hur de tar till sig information från omgivningen. Olika personer föredrar oftast ett sätt som de lär sig lättast på och tar till informationen som bäst. Det är antingen genom synen (det visuella), genom hörsel och tal (det auditiva), genom beröring (det taktila) eller genom att själva vara delaktiga och känna och uppleva (det kinestetiska) (42). Detta är något som bör tänkas över då det ges ut information. Vikten av att använda sig utav så många metoder som möjligt då information

ges för att alla ska ha lika stor möjlighet att ta den till sig. En annan aspekt att ta i beaktning är att dagens samhälle är ett informationssamhälle. Möjligheten till att söka information och att vara uppdaterad på det som händer är oändligt. Det blir väldigt mycket information om allt möjligt och det finns inte en möjlighet att kunna ta till sig allt. Därför är repetering av information en viktig del och som nämnt tidigare kan situationens utformande vara en stor del till hur och om personen tar till sig informationen. Ena dagen kanske passar bättre än den andra för att ta till sig just denna typ av information. Som blivande mamma, framför allt om det är för första gången, är det mycket nytt att ta in och det kan det vara andra saker man tänker mer på att ta till sig än just information om bäckenbottenträning. Därför är upprepning en viktig del och möjligheten till information på flera sätt.

I studien angav 25,8 % att de hade besvär av urinläckage vilket går i linje med tidigare studier (1-3). Det man även kan se i tidigare studier var att livskvalitén påverkades av urininkontinens (4, 5). I vår studie skattade deltagarna påverkan på livskvalitén liten, det kan dock bero på att få av deltagarna i studien hade mycket läckage. Samtliga som läckte svarade att de läckte endast några droppar eller en skvätt och ingen av deltagarna svarade att de läckte så att trosan blev helt blöt. Att läcka så trosan blir helt blöt skulle troligen kunnat ge en större påverkan på livskvalitén, vilken kan styrkas med tidigare forskning som visade att ju svårare symtom med oftare förekommande läckage desto större påverkan på livskvalitén (5).

Forskning visar på att vaginalförlossning ger en ökad risk för att drabbas av urininkontinens (16) så i undersökningen frågades det därför efter riskfaktorer för urininkontinens vid vaginal förlossning. Resultatet redovisades i frekvens men då antalet deltagare som svarat på frågan var för få kunde inga beräkningar göras eller slutsatser dras av detta resultat.

Många av kvinnorna svarade att de hade fått information om bäckenbottenträning via MVC tillsammans med andra källor. Något som var anmärkningsvärt var att inte alla som hade barn, tidigare hade fått information från MVC. De som hade minst ett barn, kan man tycka någon gång borde fått information om bäckenbottenträning som kunde minska risken för att drabbas av urininkontinens. Det skulle vara intressant att veta hur den information som gavs via MVC och fysioterapeuter såg ut och om det nämndes något om rekommenderad träning för bäckenbottenmuskulaturen eller om det endast berördes som något som var bra att göra. Det

gick att finna hur riktlinjerna såg ut för eftervården (24), men då FYSS (29) granskades hittades endast information om bäckenbottenträning men det saknades rekommenderad träningsdos. För att hitta en rekommenderad dos som kunde användas för att jämföra deltagarnas träning med var det ACSM:s rekommendationer (30) som användes. Dessa rekommendationer skulle förslagsvis kunna finnas med i FYSS för att skapa en tydligare rekommendation för vad den gravida kvinnan bör träna under sin graviditet.

En fundering kring antalet informationskällor och att de flesta hade angivit två eller fler kan vara att om man har fått lite information någonstans så söker man själv vidare för att få mer. Då det var väldigt få som hade fått information av en fysioterapeut ställde vi oss frågan om de gravida kvinnorna visste om vad en fysioterapeut kan bistå dem med. Ytterligare frågor är vilket syfte de hade med sitt besök hos fysioterapeuten. Om det var just angående bäckenbottenträning och urininkontinens eller om de hade fått med sig informationen när de ändå var där men kanske från början gällande något helt annat.

Ett problem med vår fråga kring om de hade fått information under graviditeten gällande bäckenbottenträning var att vi inte kunde vara säkra på att de fått informationen i samband med graviditeten. De kan även vara så att de faktiskt tidigare i andra sammanhang blivit informerade. De som hade barn sen tidigare kan eventuellt ha fått informationen på tidigare efterkontroller.

Resultatet i studien visade att majoriteten av kvinnorna i studien tränade bäckenbotten men i för låg dos. Detta kan ha berott på att de inte visste om det rekommenderade antalet eller för att ork ej fanns till detta. Då en median på 8 av en skala 1–10 på hur viktigt kvinnorna ansåg att bäckenbottenträning var för en god hälsa var det ändå endast 40,0% (n=24/60) som tränade enligt rekommendationen. Det kan ha varit en slump att de tränade enligt rekommendation eftersom det inte nämns något om detta i FYSS. Den bristfälliga information om vad som rekommenderades för bäckenbottenträning kan då ha varit anledningen till att ej fler tränade enligt rekommendation.

Vid frågan hur deltagarna vet att de knep rätt, diskuterades efteråt kring om hur de gravida verkligen avgjorde om de knep rätt eller om de i samband med enkäten gick och tog reda på

om de knep rätt, exempelvis genom att stoppa strålen när de kissade. Enligt tidigare studier var det 30% (19-21) av kvinnorna som inte kunde hitta knipet eller krystade istället när de trodde att de gjorde ett bäckenbottenknip. Av de kvinnor som deltog i vår studie var det 12% som inte visste ifall de hade hittat det rätta bäckenbottenknipet. Frågan då var ifall de som sa sig veta att de gjorde rätt, hade blivit undersökta av någon professionell eller om de bara antog att de gjorde ett knip. För som det var i tidigare studier trodde de kvinnor som krystade att de gjorde ett bäckenbottenknip tills de blev undersökta. De som kryssade i att någon hade lärt dem att hitta knipet skulle vara intressant att veta vem det var. Det som kan tänkas var att information ifrån en vårdpersonal kunde se annorlunda ut än om exempelvis en familjemedlem lärde ut. Dock visade denna studie att det inte fanns någon skillnad på om kvinnorna som fått information ifrån vårdpersonal tränade enligt rekommendation för bäckenbottenträning och om de läckte mindre jämfört med dem som fått information ifrån annat håll. Frågan är om det betyder att vårdpersonal ej vet om de rekommendationer som finns eller att de kvinnor som fick informationen ej tog den till sig.

Att få som var gravida hade träffat en fysioterapeut var förståeligt då man som gravid i regel inte träffar en fysioterapeut om man ej har besvär under sin graviditet. Vi ställde oss frågan om gravida vet om att de kan söka hjälp hos en fysioterapeut för att förebygga och/eller träna bäckenbotten under sin graviditet. Det kan vara så att vår yrkeskår behöver bli mer tydliga med vad vi kan hjälpa människor med.

Metoddiskussion

I denna studie valdes en kvantitativ forskningsmetod med en webbaserad enkät för att få en bredare bild av vilken information om bäckenbottenträning gravida kvinnor får för att förebygga urinläckage. För att få en djupare bild av individers erfarenheter hade även en kvalitativstudie med intervjuer varit en möjlighet men den kvantitativa metoden fyllde bättre syftet med studien.

Urval:

En webenkät gjordes i förhoppning om att fler skulle vilja svara då de kunde besvara den när det passade dem själva som bäst. Detta kan ha varit en av anledningarna till att antalet

deltagare inte blev så många som önskvärt. Enkäten kunde bläddras förbi med en tanke på att göra det senare och sedan glömdes den bort.

Något som ej kan säkerställas är om samma person har svarat flera gånger då enkäten var helt anonym. Detta skulle varit under större kontroll om enkäten hade delats ut i handen till kvinnorna. Hade frågor uppstått hade det även då gått att förtydliga mer i detalj vad som efterfrågades.

Då syftet med själva studien var att få fram om information gavs till kvinnor under själva graviditeten begränsades urvalet till dem som var gravida just nu. För att öka möjligheten till fler svar hade även kvinnor som varit gravida under de tre senaste månaderna kunnat inkluderas. De hade då troligtvis kommit ihåg om de hade tagit del av information om bäckenbottenträning under sin graviditet. Sedan behöver det även tas i beräkning att det finns risk att deltagare på nätsidorna inte är representativa för samtliga gravida kvinnor. Dessutom bör det tas hänsyn till att de som väljer att svara på enkätundersökningar kan vara de som har ett intresse av just det ämnet som berörs. Däremot kunde det konstateras att frekvensen av urininkontinens hos de gravida i denna studie låg inom samma frekvens som tidigare studier visat (2).

Enkät:

Då det inte fanns en färdigställd enkät som passade syftet valdes det att sammanställa en egen enkät. Det är dock att föredra en redan testad och validerad enkät för att säkerställa enkätens reliabilitet. Då en sådan enkät ej hittades togs beslutet att göra en egen. För att styrka det nyutformade frågeformulär genomfördes därför en pilotstudie och ett flertal olika enkäter gällande urininkontinens granskades. Ett utav dessa var ICIQ som till en början övervägdes att användas. Det visade sig senare att detta formulär var tvunget att användas i sin helhet och då hela formuläret ej ansågs motsvara studiens syfte valdes det därför bort. Dock gav frågeformuläret bra inspiration till den egna enkäten, likväl som ett frågeformulär på tät.nu. Att utforma en egen enkät resulterade i att mycket arbete fick läggas på att hitta och formulera frågor som gav svar på det som just önskades undersökas. Det gav en lärdom kring hur svårt det är att ställa rätt fråga för att ge svar som gick att bearbeta. Under bearbetningen av data framkom att det var många frågor som hade kunnat omformuleras för att få ett tydligare svar, tagits bort och frågor som saknades. Ett exempel är frågan om var kvinnorna var bosatta, där

det hade räckt med två svarsalternativ. På Statistiska Centralbyrån fanns en indelning av invånare i Sverige 2017 där ungefär hälften av invånarna (47,7%) bodde i en tätort med färre än 49 999 invånare och hälften (52,3%) bodde i en tätort med mer än 50 000 invånare (43). I efterhand valdes det därför att vid Chi-analys dela in deltagarna efter dessa två grupper.

I enkätundersökningen valdes det att ej ha obligatoriska frågor för att få fler besvarade enkäter. Fördelen med detta var att deltagarna ej behövde känna sig pressade till svar men det gjorde att deltagare valde att hoppa över att besvara vissa frågor som hängde ihop vilket gav svårigheter vid bearbetningen av data. Det valdes att redovisa så som deltagarna svarat även om det hade varit mer optimalt om alla deltagarna svarat på alla frågor. Vid sammanställningen av enkäterna upptäcktes det även att det hade varit till fördel att bara haft flersvaralternativ istället för de öppna frågor med kort svar som ställdes. På fråga 6a föll texten "fler alternativ går att kryssa i" bort. Det sista svarsalternativet "ej fött barn" hade kunnat tas bort då frågan ställdes på ett sätt så att om man inte tidigare varit gravid skulle man hoppa vidare i enkäten.

Gällande information om bäckenbottenträningen hade det varit mer optimalt att ställa frågan, "varifrån har du fått din huvudsakliga information ifrån". Individen hade då själv fått bedöma varifrån hon fått den viktigaste information om bäckenbottenträning som hade störst betydelse för henne. En fråga gällande om deltagarna visste vad rekommendationerna för bäckenbottenträning för att bibehålla sin funktion var skulle varit användbart. För att se om deltagarna tränade sin bäckenbottenmuskulatur enligt rekommenderad dos valdes att sammanställa frekvens och antal. Det valdes att bortse från vilken typ av knip de utförde då rekommendationen säger att knipen "ska utföras med en långsam till moderat hastighet med en styrka näst intill en maximal kontraktion" (30) och det blev svårt att dra en slutsats om att det var rätt. Med andra svarsalternativ på den frågan hade det blivit tydligare att kunna se om de utförde knipet enligt rekommendation.

I frågan 9c, läcker du, om ja hur stort, hade svarsalternativet "läcker ej" kunnat tas bort. På frågan varifrån deltagarna hade fått information om bäckenbottenträning gick det ej att urskilja ifall de sökt eller fått information i hopp om att förebygga urinläckage eller för att de faktiskt redan hade urinläckage vid det tillfället.

Intern och extern etik

Undersökningen var anonym så deltagarna inte kunde identifieras. Känsliga uppgifter så som urininkontinens behandlades i studien men kunde ej spåras till en specifik deltagare. Deltagandet var frivilligt och de hade rätt att avbryta sin medverkan utan förklaring eller orsak. Inget fysiskt ingrepp på deltagarna gjordes då de endast svarade på en enkät och projektet medförde inga ökade risker för deltagarna. Undersökningen kan ha påverkat deltagarna både psykiskt och fysiskt då den kan ha väckt tankar och oro kring urininkontinens under och efter graviditet. Önskan var dock att öka medvetandet kring vad man själv kan göra för att förebygga urininkontinens under och efter graviditet och förhoppningsvis få fler att träna bäckenbottenmuskulaturen och inse vikten utav detta. Information om att forskningsresultatet kommer att publiceras på Göteborgs Universitetsbibliotek gavs till deltagarna via det informationsbrev de fick tillsammans med enkäten. Då undersökningen utfördes med hjälp av enkäter fanns det risk för att det blev en felaktig bearbetning och analys. Frågorna skulle vara ställda på ett sådant sätt att det inte gick att tolka dem fel men det finns alltid en att deltagarna kan ha tolkat dem annorlunda än hur de var tänkt. Det finns även en risk att deltagarna svarade snabbt på enkäten om de haft för bråttom, vilket kan ha givit ett felaktigt svar då de inte tog sig tid till att läsa frågorna ordentligt eller tid till att tänka efter på vad och hur de egentligen gjorde. Utöver detta kunde registrering, bearbetning och redovisning av resultat bli fel på grund av den mänskliga faktorn.

Tillämpning av resultaten

Med denna studie som bas finns det skäl till att låta alla gravida träffa en fysioterapeut minst en gång under sin graviditet, då det i fysioterapeutens beskrivning står att de ska arbeta förebyggande för att undvika sjukdom och skada (28). Studien visar att kvinnor tränar sin bäckenbotten under graviditeten men många i för låg dos och utan att vara helt säkra på att de gör rätt. Detta pekar på att gravida kvinnor behöver mer information avseende förebyggande rekommendationer för träning av bäckenbottenmuskulatur för att undvika urininkontinens både under och efter graviditet. De har även behov av att få information om träningsdos och guidning till utförande av korrekt knip. Det finns troligen för lite resurser inom sjukvården för att ta emot alla gravida men en satsning skulle troligen spara pengar på längre sikt då dessa

kvinnor senare återkommer inom sjukvården och dessutom minska lidandet för de kvinnor som drabbas.

Förslag på fortsatt forskning

En större studie med samma syfte behövs för att se hur informationen till gravida kvinnor kring bäckenbottenträning ser ut. Studien behöver även titta på varifrån denna information kommer för att visa på ett generaliserbart resultat. Det skulle ge mer kunskap kring hur man skulle kunna förebygga risken för urininkontinens under och efter graviditet och ge fysioterapeuten en större betydelse i den förebyggande vården av urininkontinens hos gravida kvinnor. Detta skulle även kunna visa på vikten av en allmän rekommendation av bäckenbottenträning för den gravida kvinnan, då det idag bara finns information om att man bör träna men ej hur mycket. Det skulle även vara intressant att titta på hur de gravida som fått information kring bäckenbottenträning kan utföra sin träning. En större studie skulle även kunna se tydligare samband med vad som påverkar hur välinformerade gravida kvinnor är kring träning av bäckenbotten för att förhindra urininkontinens. Ett annat förslag är en intervjustudie för att bättre förstå/få djupare kunskap om hur gravida ser på den information de fått under sin graviditet.

I Belgien får den gravida kvinnan inför en förlossning en remiss av sin gynekolog eller barnmorska till att träffa en fysioterapeut totalt 9 gånger innan och efter förlossning. Det skrivs dessutom ofta ut en remiss vilket gör att den gravida kvinnan kan träffa en fysioterapeut 9 gånger innan förlossning och 9 gånger efter förlossningen. I de fall kvinnorna har besvär efter förlossningen kan ytterligare en remiss på 18 gånger skrivas ut. Utöver detta är ofta en fysioterapeut med vid själva förlossningen samt träffar den nyförlösta kvinnan på BB för att där ge råd och komma igång med bäckenbottenträning efter förlossningen. I Belgien arbetar man inte lika strukturerat med vetenskaplig uppföljning av arbetet som i Sverige, det gör att man inte säkert kan veta vad det här arbetet fyller för funktion för kvinnan. Det behövs forskning i Belgien inom detta området (44). Går det att styrka arbetet i Belgien skulle det tydligt kunna visa på fysioterapeutens roll för gravida och ett arbetssätt att implementera i Sverige. Skillnaden mot den svenska vården är att i Belgien får man träffa en fysioterapeut som visar och förklarar vikten av träning av bäckenbottenmuskulatur för att undvika urininkontinens. I Sverige ges ofta bara en skriftlig påminnelse efter förlossning (44)

trots att forskning visar att träning av bäckenbottenmuskulatur kan minska risken för urininkontinens i samband med graviditet (45).

Konklusion

Denna studie visade på att flertalet gravida fick information om bäckenbottenträning för att förebygga urininkontinens i samband med graviditeten. Den visade dock att inte alla kvinnor som var gravida eller har fött barn hade fått information via MVC eller av en fysioterapeut under och efter graviditet om bäckenbottenträning. Studien visade även att kvinnor i större ort/stad med mer än 50 000 invånare samt de med högre utbildning, högskola/universitet var mer välinformerade gällande bäckenbottenträning än de kvinnorna i mindre ort/stad samt med lägre utbildning.

Via studien framkom även att många gravida tränade sin bäckenbottenmuskulatur men att inte alla kom upp i rekommenderad dos för att underhålla muskulaturen. Kvinnor vet inte om de tränar korrekt när de utför sina knip under bäckenbottenträningen. Det visar på vikten av individuell hjälp av exempelvis en fysioterapeut som är en yrkesgrupp som har stor kunskap gällande muskulatur och träning.

Tack

Ett tack riktas till de som deltog i denna studie och bidrog till denna uppsats.

Referenslista

1. Milsom I AD, Lapitan MC, Nelson R, Sillén U, Thom D. Epidemiology of Urinary (UI) and Faecal (FI) Incontinence and Pelvic Organ Prolapse (POP). In: Abrams P CL, Khoury S, Wein editor. Incontinence. 4th ed. 4th International Consultation on Incontinence: Health Publication Ltd; 2009. p. 35-111.
2. Schreiner L CI, de Oliveira JM, Nygaard CC, Dos Santos TG. Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;178:27-34.
3. Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *BJOG.* 2009;116(5):700-7.
4. Oliveira C, Seleme M, Cansi PF, Consentino RF, Kumakura FY, Moreira GA, Berghmans B. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. *Rev Assoc Med Bras.* 2013;59(5):460-6.
5. Shaw C, Gupta RD, Bushnell DM, Assassa RP, Abrams P, Wagg A, Mayne C, Hardwick C, Martin M. The extent and severity of urinary incontinence amongst women in UK GP waiting rooms. *Fam Pract.* 2006;23(5):497-506.
6. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002;21(2):167-78.
7. MacArthur C, Glazener CM, Wilson PD, Lancashire RJ, Herbison GP, Grant AM. Persistent urinary incontinence and delivery mode history: a six-year longitudinal study. *BJOG.* 2006;113(2):218-24.
8. Ternent L, Vale L, Buckley B, Glazener C. Measuring outcomes of importance to women with stress urinary incontinence. *BJOG.* 2009;116(5):719-25.
9. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology.* 2003;61(1):37-49.
10. Fridén C, Nordgren B, Åhlund S. Bäckebotten. Graviditet, hälsa och träning. 1 ed. Lund: Studentlitteratur; 2011. p. 113-28.
11. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. *Urol Int.* 2013;90(1):1-9.
12. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med.* 2003;348(10):900-7.

13. van Delft K, Sultan AH, Thakar R, Schwertner-Tiepelmann N, Kluivers K. The relationship between postpartum levator ani muscle avulsion and signs and symptoms of pelvic floor dysfunction. BJOG. 2014;121(9):1164-71; discussion 72.
14. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Behandling av förlossningsskador som uppkommit vid vaginal förlossning – en kartläggning av systematiska översikter Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016 [uppdaterad 2016-04-29; citerad 2018-05-22]. SBU-rapport nr 250:[Hämtad från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kartlagger/behandling-av-forlossningsskador-som-uppkommit-vid-vaginal-forlossning--en-kartlaggning-av-systematiska-oversikter/>].
15. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Analsfinkterskador vid förlossning [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016 [uppdaterad 2016-04-29; citerad 2018-05-22]. SBU-rapport nr 249:[Hämtad från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/analsfinkterskador-vid-forlossning/>].
16. Gyhagen M BM, F. Nielsen T, Ian Milsom I. The prevalence of urinary incontinence 20 years after child birth: 4 a national cohort study in one-para women after vaginal or cesarean delivery. 2008.
17. Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Morkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women: a short version Cochrane review. Neurourol Urodyn. 2014;33(3):269-76.
18. Bjålie JG. Människokroppen: Fysiologi och anatomi. 1 uppl. Stockholm: Liber; 1998. s. 262-263.
19. Benvenuti F, Caputo GM, Bandinelli S, Mayer F, Biagini C, Sommovilla A. Reeducative treatment of female genuine stress incontinence. Am J Phys Med. 1987;66(4):155-68.
20. Bo K, Larsen S, Oseid S, Kvarstein B, Hagen R, Jorgensen J. Knowledge about and ability to correct pelvic floor muscle exercises in women with urinary stress incontinence. Neurourol Urodyn. 1988;7(3):261-2.
21. Bump RC, Hurt WG, Fantl JA, Wyman JF. Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. Am J Obstet Gynecol. 1991;165(2):322-7; discussion 7-9.
22. Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Mac Habee-Seguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2014(5):Cd005654.
23. Persson R. Besök på barnmorskemottagningen under graviditeten [Internet]. 1177 Vårdguiden; 2017 [uppdaterad 2017-02-22; citerad 2018-05-22]. Hämtad från: <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tema/Gravid/Graviditeten/Pa-modravardscentralen/Besok-pa-barnmorskemottagningen-under-graviditeten>.

24. Andersson-Ellström A. Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa [Internet]. 2008 [uppdaterad 2016; citerad 2018-05-22]. Hämtad från: <http://www.lul.se/Global/Kunskapsbanken/Sjukv%C3%A5rd/M%C3%B6drah%C3%A4lsaov%C3%A5rden/Information%20till%20barnmorskor/ModravadSexuellReproduktivHlsa2016.pdf>.
25. Reilly ET, Freeman RM, Waterfield MR, Waterfield AE, Steggles P, Pedlar F. Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. BJOG. 2002;109(1):68-76.
26. Reilly ET, Freeman RM, Waterfield MR, Waterfield AE, Steggles P, Pedlar F. Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. BJOG. 2014;121 Suppl 7:58-66.
27. Fysioterapeuterna. Kvinnors hälsa [Internet]. [Hämtad från: <https://www.fysioterapeuterna.se/Om-forbundet/Sektioner/Kvinnors-halsa/>].
28. Fysioterapeuterna. Fakta om fysioterapeuter [Internet]. Fysioterapeuterna; 2014 [citerad 2018-05-01]. Hämtad från: <https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/broschyrer-nytt-2014/fakta-om-fysioterapeuter.pdf>.
29. Josefsson A, Haakstad LAH, Bö K. Rekommendationer om fysisk aktivitet vid graviditet [Internet]. Järna: Yrkesföreningar fysisk aktivitet; 2016–12 [Citerad 2018-05-22]. Hämtad från: http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/FYSS-kapitel_FA_Graviditet_FINAL_2016-12.pdf.
30. Bo K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M. Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor-E-Book: Bridging Science and Clinical Practice: Elsevier Health Sciences; 2014.
31. Eliasson A. Kvantitativ metod från början. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur AB; 2013. s. 28-29.
32. Eliasson A. Kvantitativ metod från början. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur AB; 2013. s. 50.
33. Eliasson A. Kvantitativ metod från början. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur AB; 2013. s. 42.
34. International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire. ICIQ Structure Short Form [Internet] ICIQ: Bristol Urological Institute; 2014 [citerad 2018-05-22]. Hämtad från: <http://www.iciq.net/ICIQ-UIshortform.html>.
35. Tät.nu. [Internet]: Umeå Universitet; [citerad 2018-05-22]. Hämtad från: <http://xn--tt-via.nu/>.

36. Primärvården, Örebro läns landsting. Frågeformulär vid urinläckage hos kvinnor [Internet] 2003 [citerad 2018-05-22]. Hämtad från: <https://www.regionorebrolan.se/Files-sv/%C3%96rebro%20l%C3%A4ns%20landsting/V%C3%A5rd%20och%20h%C3%A4lsa/F%C3%B6r%20v%C3%A5rdgivare/V%C3%A5rdpaxis/Dokument/Urologi/FrageformKVIN NORinkontinens03.pdf>.
37. Gutke A. Pelvic girdle pain and lumbar pain in relation to pregnancy [doktorsavhandling på internet]. Linköping: Linköpingsuniversitet; 2007 [citerad 2018-05-24] Hämtad från: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:17602/FULLTEXT01.pdf>.
38. Eliasson A. Kvantitativ metod från början. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur AB; 2013. s. 111-136.
39. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, Heath GW, Thompson PD, Bauman A. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116(9):1081-93.
40. Folkhälsomyndigheten. Utbildningsnivå och hälsa – hur hänger de ihop? [Internet] 2015 [citerad 2018-05-22]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/u/utbildningsniva-och-halsa-hur-hanger-de-ihop/>.
41. Nationalencyklopedin. Information [Internet] [citerad 2018-06-11]. Hämtad från: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/information>.
42. Boström L. Effects of Learning-Style Responsive Versus Traditional Approaches on Grammar Achievement [Internet]. [citerad 2018-06-11]. 2011; 1. Available from: https://www.researchgate.net/publication/267976383_Effects_of_Learning-Style_Responsive_Versus_Traditional_Approaches_on_Grammar_Achievement.
43. SCB. Fortsatt ökning av befolkning i tätorter Stockholm: Statistiska Centralbyrån; 2018 [citerad 2018-04-15]. Hämtad från: <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/miljo/markanvandning/tatorter-arealer-befolkning/pong/statistiknyhet/befolkning-i-tatorter-2017>.
44. Asplund-Catot C. Fysioterapi centralt när belgiskor föder barn. *Fysioterapi*. 2014;4:14-21.
45. Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Morkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:Cd007471.

Bilagor

Bilaga 1



Informationsbrev till deltagare om studien

GRAVIDA KVINNORS KUNSKAP OM FÖREBYGGANDE TRÄNING AV URININKONTINENS I SAMBAND MED GRAVIDITET

Syfte

Kvinnor kan drabbas av urininkontinens/urinläckage i samband med graviditet vilket i sin tur kan påverka kvinnors livskvalitet. Forskning har visat att genom bäckenbottenträning kan man förebygga urinläckage under och efter graviditet. Syftet med denna studie är att undersöka gravida kvinnors kännedom om bäckenbottenträning genom en enkätstudie.

För att delta i den nätbaserade enkätstudien ska du vara en gravid kvinna över 18 år. Krav är att du inte haft problem med inkontinens före din första graviditet. Deltagande i studien får endast ske en gång och det tar ungefär 5 minuter att genomföra frågeformuläret.

Eventuella risker och fördelar

Projektet medför inga ökade risker för dig som deltagare men kan komma att väcka vissa tankar kring urininkontinens under och efter graviditet. Detta kan också vara till nytta för dig genom att din medvetenhet om träning för bäckenbottenmuskulaturen ökar. Genom att delta i denna studie kan det ge dig en möjlighet att reflektera över din egen kunskap inom detta område och även hur din egen träning ser ut. Vissa utav frågorna skulle kunna uppfattas som personliga eller av känslig natur, men deltagandet är helt anonymt. Ingen ersättning betalas ut till deltagarna men möjlighet att ta del av resultat ges.

Resultatet av enkäten kommer att presenteras i en kandidatuppsats av två fysioterapeutstudenter vid Göteborgs Universitet.

Frivillighet

Medverkan i studien är helt frivilligt, och du har rätt att när helst du önskar, dra dig ur studien genom att låta bli att svara. Svaren kommer att behandlas helt anonymt och inga personuppgifter kommer att registreras. Genom att besvara enkäten lämnas godkännande till att använda svaren i studien. Forskargruppen kan komma att publicera resultaten i vetenskapliga tidskrifter.

Hantering av data och sekretess

Allt material från enkäten kommer att hanteras av ansvariga utan att obehöriga kan komma åt det och raderas i samband med att kandidatuppsatsen är färdig. Studiens resultat kommer att redovisas enbart på gruppnivå vilket innebär att ingen enskild persons svar kommer att kunna identifieras.

Vill du ta del av resultatet?

Studien beräknas vara klar våren 2018. Är du intresserad av att ta del av resultatet, skicka då din mejladress till lindaomadde@gmail.com

För mer information eller frågor är du välkommen att kontakta:

Madeleine Pripp och Linda Jönsson, fysioterapeutstudenter

E-postadress: lindaomadde@gmail.com

Ansvarig projektledare: Annelie Gutke, Medicin Doktor, Leg. fysioterapeut

E-postadress: annelie.gutke@neuro.gu.se

Telefon: 031-7865747

Bilaga 2

Bäckenbottenträning vid graviditet - en enkätstudie

I och med denna enkät undersöks gravida kvinnors kännedom om bäckenbottenträning. Det är helt frivilligt att delta i studien och deltagandet är anonymt.

Det tar ca 5 min att svara på frågorna.

För att vara med i studien ska du vara en gravid kvinna över 18 år. Krav är att du inte haft problem med urininkontinens/urinläckage före din första

graviditet. Kontaktuppgifter vid frågor: lindaomadde@gmail.com

Studien beräknas vara klar våren 2018 och resultatet kommer att användas i en kandidatuppsats på fysioterapeutprogrammet vid Göteborgs universitet. Är du intresserad av att ta del av resultatet, skicka då din mejladress till oss via ovanstående mejladress.

Tack för din medverkan!

Här hittar du fullständig deltagarinformation:

<https://docs.google.com/document/d/1EoK8relz8q9QL63AGHHYFbpiqURdhKEI8VOgOV6GByg/edit?usp=sharing>

1. Hur gammal är du? (ange antal år):

2. Vilken är din högsta utbildningen? Om du studerar nu ange den utbildning du går.

- Grundskola eller 7-9 års skolgång
- Gymnasium/yrkesskola eller 10-12 års
- skolgång Universitet eller högskola

3. Var bor du?

- I glesbygd
- I en ort/stad med mindre än 50 000
- invånare I en ort/stad med 50 000 till 1 miljon invånare

4. I vilken graviditetsvecka är du?

Kort svartext

5. Hur många barn har du?

- 0 väntar första barnet/barnen
- 1
- 2
- 3 eller fler

6a. Om du fött barn tidigare, vilken typ av förlossning genomgick du?

- Vaginal
- Kejsarsnitt
- Ej fött barn tidigare, hoppa till fråga 7a.

6b. Om du genomgått en vaginal förlossning, förekom då något av följande? Fler än ett alternativ går att kryssa i.

- Sugklocka
- Stora bristningar som kräver operation
- Klippt i underlivet vid förlossning
- Barn över 4,5kg
- Inget av ovan

6c. Har du några kända skador efter tidigare förlossning/ar?

- Ja
- Nej

7a. Har du tagit del av någon information om träning av bäckenbottenmuskulatur under din graviditet?

- Ja
- Nej
- Vet ej

7b. Om du svarat ja på frågan innan, varifrån har du tagit del av informationen? Fler än ett alternativ går att kryssa i.

- Fysioterapeut (sjukgymnast)
- Mödravårdscentral (MVC)
- Bok eller tidning
- Vänner eller familj
- Internet från faktasidor
- Internet från sociala medier
- App
- Annat: _____

7c. Om du tränar bäckenbotten, hur vet du att du gör det på rätt sätt och att det blir ett bäckenbottenknip? Fler än ett alternativ går att kryssa i.

- Någon har lärt mig hur jag ska hitta knipet
- Du har utfört ett test genom att stoppa strålen när du kissar
- Du har utfört ett test genom att knipa runt dina egna fingrar
- Du använder dig utav Geishakulor, knipkulor
- Har ej hittat knipet
- Vet ej
- Annat: _____

7d. Hur ofta tränar du din bäckenbotten?

- Flera gånger per dag
- Varje dag
- Minst 2 gånger per vecka
- Mer sällan
- Aldrig

7e. Antal knip per träningstillfälle?

Kort svartext

7f. Hur kniper du?

- Snabba och korta
- Långsamma med håll
- Långsamma utan håll
- Det varierar
- Annat: _____

8a. Utför du någon annan typ av träning nu under din graviditet? Exempelvis löpning, yoga. Beskriv gärna detaljerat.

Kort svartext

8b. Hur ofta tränar du?

Kort svartext

8c. Hur länge tränar du vid varje tillfälle?

Kort svartext

8d. Vilken intensitet har du under ditt träningspass?

- Väldigt
- lätt Lätt
- Måttlig
- Ansträngande
- Mycket ansträngande
- Maximal
- Det varierar

9a. Har du besvär av urinläckage?

- Ja
- Nej

9b. Om Ja, hur ofta?

- Någon gång per månad
- Någon gång per vecka
- Dagligt läckage

9c. Om Ja, hur stort?

- Läcker ej
- Några droppar
- En skvätt
- Helt blöt i trosan

10. Hur mycket uppskattar du att urinläckage påverkar ditt dagliga liv?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inte alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Väldigt mycket

11. Hur viktig tror/anser du att bäckenbottenträning är för en god hälsa?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inte viktig alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Väldigt viktig

