



Kvinnor och bäckenbottenträning

En teoretisk studie med fokus på information och motivation

Laura Jaatinen

Linda Södergran

Examensarbete för barnmorske (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2013



EXAMENSARBETE

Författare: Laura Jaatinen och Linda Södergran

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Barnmorskearbete

Handledare: Eva Matintupa

Titel: Kvinnor och bäckenbottenträning. En teoretisk studie med fokus på information och motivation.

09.12.2012 Sidantal 49 Bilagor 4

Sammanfattning

Syftet med detta examensarbete är att beskriva den information som ges åt kvinnor angående bäckenbottenträning samt hur kvinnor motiveras till denna träning. Genom att ta reda på detta vill respondenterna komma fram till hur man bäst informerar kvinnor om bäckenbottenträning samt får dem motiverade att träna. Det övergripande syftet är att kunna ge svar som leder till förbättrad information och vård då det gäller bäckenbottenträning.

Datainsamlingen skedde genom en litteraturstudie och respondenterna har gjort en sammanställning av den tidigare forskningen inom området med hjälp av en översiktsartikel. De resultat som kom fram i artiklarna analyserades med hjälp av innehållsanalys. Respondenternas teoretiska utgångspunkter bestod av egenvård enligt Orem (1991) och Lindström (1994), lärande enligt Eriksson (1987) och Henderson (1982) samt motivation enligt Maslow (1987) och Bandura (1986).

Av resultatet framkom det att kvinnorna oftast får information om bäckenbottenträning av vårdpersonal. Ofta sker det i samband med graviditet och förlossning. Ibland är informationen bristfällig eller så finns det problem i förståelsen av den. Även kvinnornas medgörlighet till träning ställer ofta till problem. Kvinnornas egna förväntningar och tilltro är viktiga i sökandet av motivation till bäckenbottenträning. Hälsoproblem samt förbättring och symtomlindring är motivationskällor. Individuell vårdplanering och uppföljning är viktiga redskap. Även ålder, utbildning och ekonomi har betydelse.

Språk: Svenska Nyckelord: Bäckenbottenträning, information, motivation, medgörlighet



OPINNÄYTETYÖ

Tekijät:	Laura Jaatinen ja Linda Södergran
Koulutusohjelma ja paikkakunta:	Hoitotyö, Vaasa
Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot:	Kätilötyö
Ohjaaja:	Eva Matintupa
Nimike:	Naiset ja lantionpohjanlihasharjoittelu. Teoreettinen tutkimus koskien informaatiota ja motivaatiota.

09.12.2012

Sivumäärä 49

Liitteet 4

Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kuvailla naisille annettavaa tietoa lantionpohjanlihasharjoittelusta sekä naisten harjoittelumotivaatiota. Respondentit haluavat saada selville kuinka parhaiten informoida naisia lantionpohjanlihasharjoittelusta sekä saada heidät motivoitumaan harjoitteluun. Yleistavoitteena on pyrkiä antamaan vastauksia, jotka auttavat parantamaan tiedonantoa ja hoitoa lantionpohjanlihasharjoittelua koskien.

Tiedonkeruu tapahtui kirjallisuustutkimuksena ja respondentit ovat tehneet yhteenvedon alalla aikaisimmin tehdyistä tutkimuksista laadullisen sisällönanalyysin avulla ja taulukointia apuna käyttäen. Teoreettisina lähtökohtina toimivat Oremin itsehoitoteoria (1991) ja Lindströmin (1994) ajatukset itsehoidosta, opettaminen Erikssoniin (1987) ja Hendersoniin (1982) pohjautuen sekä Maslowin (1987) ja Banduran (1986) motivaatioteoriat.

Tuloksista käy ilmi että naiset saavat useimmiten informaation lantionpohjanlihasharjoittelusta hoitohenkilökunnalta. Usein se tapahtuu raskauden ja synnytyksen yhteydessä. Joskus tieto on puutteellista tai sen ymmärtämisessä on ongelmia. Myös ohjeiden noudattamisessa ilmenee usein ongelmia. Naisten omat odotukset sekä luottamus harjoittelun hyödyllisyyteen ovat tärkeitä motivaation etsinnässä. Terveysongelmat, paraneminen tai oireiden lievittyminen toimivat motivaation lähteinä. Yksilöllinen hoidon suunnittelu sekä seuranta ovat tärkeitä työkaluja. Myös iällä, koulutustasolla ja taloudellisella asemalla on merkitystä.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: Lantionpohjanlihasharjoittelu, informaatio, motivaatio,
ohjeiden noudattaminen



BACHELOR'S THESIS

Authors: Laura Jaatinen and Linda Södergran

Degree Programme: Health care, Vaasa

Specialization: Midwifery

Supervisor: Eva Matintupa

Title: Women and pelvic floor muscle exercises. A theoretical study with focus on information and motivation.

Date 09.12.2012 Number of pages 49 Appendices 4

Summary

The purpose of this theoretical study is to describe the information that women are given concerning pelvic floor muscle exercises and how they are motivated to exercise. The respondents aim to find out the best way to inform women about pelvic floor muscle exercises and to get them motivated to exercise. A general goal is to give answers that lead to better information and care concerning pelvic floor muscle exercises.

The data was collected through document studies and the respondents have conducted an overview of previous research in the field with the use of review articles. The results were analyzed with the help of content analysis. As theoretical framework are self-care by Orem (1991) and Lindström (1994), teaching by Eriksson (1987) and Henderson (1982) and motivation by Maslow (1987) and Bandura (1986).

The results show that women in most cases receive information on pelvic floor muscle exercises from health care staff. It often happens during pregnancy and after labour. Sometimes the information is incomplete or the women have trouble understanding it. Compliance, the lack of it, is often a problem. The expectations of the women and their belief in the benefits of exercising are fundamental motivators. Health problems, recovering or symptom ease raise motivation. Individual care planning and follow-up are important tools. Even age, the level of education and economy are meaningful factors

Language: Swedish Key words: Pelvic Floor Muscle Training, Information, Motivation, Compliance

Innehåll

1. Inledning.....	1
2. Syfte och problemprecisering.....	2
3. Teoretiska utgångspunkter.....	2
3.1 Egenvård.....	2
3.2 Lärande.....	4
3.3 Motivation.....	5
4. Teoretisk bakgrund.....	6
4.1 Bäckenbottens muskler och uppgifter.....	6
4.2 Upprätthållande av bäckenbottenmuskulaturen.....	7
4.2.1 Träning av bäckenbottenmuskulaturen.....	7
4.2.2 Problem med bäckenbottenträning.....	8
4.2.3 Undersökning och hjälpmedel.....	8
4.3 Riskgrupper.....	9
5. Metod.....	10
5.1 Datainsamlingsmetod.....	10
5.2 Dataanalysmetod.....	10
5.2.1 Översiktsartikel.....	10
5.2.2 Innehållsanalys.....	11
5.3 Undersökningens praktiska genomförande.....	13
6. Resultatredovisning.....	15
6.1 Information.....	16
6.1.1 Vårdpersonal informerar.....	16
6.1.2 Bristfällig information.....	18
6.1.3 Information i samband med graviditet.....	21
6.1.4 Förståelse av informationen.....	23
6.1.5 Medgörlighet.....	24

6.2.	Motivation	27
6.2.1	Egna förväntningar och tilltro.....	28
6.2.2	Problem.....	29
6.2.3	Förbättring och symtomlindring	31
6.2.4	Individuell vårdplanering och uppföljning	33
6.2.5	Ålder, utbildningsnivå och ekonomi.....	35
7.	Tolkning.....	36
7.1	Tolkning av information.....	36
7.2	Tolkning av motivation	38
8.	Kritisk granskning.....	39
9.	Diskussion.....	41

Litteratur

Bilagor

1. Inledning

Enligt Kaplan (2009) är välfungerande bäckenbottenmuskler en förutsättning för att kvinnans hälsa och välmående ska vara optimal. Med vältränade bäckenbottenmuskler blir det sexuella utbytet vid samlag bättre, urinläckage förhindras samt prolaps förebyggs. (Kaplan, 2009, s.651) Också Finlands Barnmorskeförbund tog upp i en rekommendation år 2009 att man kan förbättra den sexuella njutningen genom bäckenbottenträning. (Barnmorskeförbundet 2009). Det är viktigt att få kvinnan motiverad till bäckenbottenträning. En faktor som påverkar motivationen är ifall ett hälsoproblem upplevs hota möjligheten att kunna fungera i vardagen eller inte. Ett hälsohot kan bedömas realistiskt eller orealistiskt. (Granum, 1994, 30-31).

I samband med graviditet och förlossning blir de flesta kvinnor medvetna om vikten av en god bäckenbottenmuskulatur. De hormonförändringar som sker med stigande ålder leder till försämrad kontinens och senast då är det dags att ta itu med att sköta sina bäckenbottenmuskler. Det är aldrig för sent! Det idealiska vore naturligtvis att alla kvinnor från ung ålder skulle veta hur och varför man ska träna sina bäckenbottenmuskler. (Heittola, 1996, 32 – 38).

Respondenterna är barnmorskestuderande, och dessutom flerbarnsmammor, som vill få fram mera fakta om betydelsen av bäckenbottenträning. Alla kvinnor borde få tillräcklig information och kunskap om vikten av att hitta, träna och upprätthålla bäckenbottenmuskulaturen. Den informationen borde man få redan i ungdomen som en del av den hälsofostran som ges i skolorna. En ung kvinna kan uppleva att bäckenbottenträning inte är aktuellt i det skedet i livet. Inkontinens och prolaps känns som avlägsna problem i den åldern. Även unga, vältränade kvinnor kan drabbas av sådana problem ifall de inte är medvetna om att bäckenbottenmusklerna alltid måste tränas i samband med annan träning som ökar trycket i bukhålan. (Heittola, 1996, 36).

2. Syfte och frågeställning

Syftet med detta examensarbete är att beskriva den information som ges åt kvinnor angående bäckenbottenträning samt hur kvinnor bäst motiveras till denna träning. Genom att ta reda på detta vill respondenterna komma fram till hur man bäst informerar kvinnor om bäckenbottenträning samt får dem motiverade att träna. Det övergripande syftet är att kunna ge svar som leder till förbättrad information och vård då det gäller bäckenbottenträning.

Frågeställning

1. Av vem och på vilket sätt får kvinnor information om bäckenbottenträning?
2. Hur få kvinnor motiverade till bäckenbottenträning och hur upprätthålls motivationen?

3. Teoretisk utgångspunkt

Att träna och upprätthålla bäckenbottenmuskulaturen är varje enskild kvinnas ansvar och det är alltså frågan om egenvård. Därför passar Orem's (1991) egenvårdsteori bra som teoretisk utgångspunkt i detta arbete. Henderson (1982) har en teori om lärande och menar att till vården hör även undervisning. Även Erikssons (1987) teori om ansande, lekande och lärande känns aktuellt, speciellt delen om lärandet. En förutsättning för egenvård är att kvinna blivit tillräckligt informerad och förstår och kan använda den informationen i praktiken. Dessutom behövs motivation för att påbörja egenvård, i detta fall bäckenbottenträning, samt fortsätta med den.

3.1 Egenvård

Orem's (1991) teori om egenvårdsbalans består av tre delteorier: teorin om egenvårdsbrist, teorin om egenvård samt teorin om omvårdnadssystem. Respondenterna har i det här arbetet använt sig av teorin om egenvård. När det gäller bäckenbottenträning handlar det om just egen motivation och aktivitet, alltså egenvård. (Orem, 1991, 66).

Egenvård är lärd, målorienterad aktivitet utförd av individen själv. Orem menar att egenvård är aktiviteter som en enskild människa själv tar initiativ till och utför. Syftet med aktiviteten är att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Beteendet existerar i det verkliga livet utförd av personer som genom sitt agerande försöker reglera de faktorer som påverkar den egna utvecklingen. Livet, hälsan och välbefinnandet gynnas av detta beteende. (Orem, 1991, 64).

Teorins centrala idé grundas på fyra premisser. Den första är att människor har potential att utveckla intellektuella och praktiska förmågor samt att upprätthålla den motivation som behövs för egenvård. Vidare menar Orem att hur behoven tillfredsställs bygger på kulturella faktorer och varierar från individ till individ och mellan större grupper. Egenvård är en medveten handling och utförandet är beroende av individens egen handlingsförmåga under olika omständigheter. Att identifiera och beskriva de återkommande behoven av egenvård leder till att individen utforskar och utvecklar olika sätt att möta kända behov och forma vårdvanor. (Orem, 1991, 69).

Vidare består teorin om egenvård av sex påståenden. Egenvård är något människan utövar medvetet med en viss grad av fullständighet och effektivitet. Egenvård utförs som en medveten och målinriktad handling enligt människans egen uppfattning och förståelse av hur människan fungerar och utvecklas och hur detta upprätthålls. Egenvård innebär att individen använder materiella resurser och energi för att inombords fungera och utvecklas samt skapa ett nödvändigt och säkert förhållande till de faktorer och krafter som finns i omgivningen. Utåtriktad egenvård kan observeras genom de praktiska handlingarna. Inåtriktad egenvård kan inte observeras av andra.

Egenvård som är utförd under en längre tid kan ses som egenvårdssystem. Egenvårdssystemet är uppbyggt av olika uppsättningar av egenvårdsåtgärder som behövs för att använda giltiga och utvalda metoder. (Orem, 1991, 69-70).

Enligt Orem utförs egenvård av mogna och mognande individer som har utvecklat en förmåga att ta hand om sig själva beroende på den omgivningen de lever i. De personer som utför egenvård har de förmågor som behövs. De har förmågan att agera medvetet på ett sådant sätt som påverkar den egna funktionsförmågan och utvecklingen. I termen *egenvård* menas med ordet *egen* den helhet som individen är. Den som utför vårdhandlingen är även den som har nytta av den. Egenvård är en vuxen människas fortlöpande bidrag till den egna fortsatta existensen, hälsan och välmåendet.

Egenvård har ett syfte och när den utförs effektivt bidrar den till människans utveckling. (Orem, 1991, 117).

Lindström (1994) skriver att självvård (=egenvård) är en del av den naturliga vården. Att människan själv tar initiativ till ansning, lekande och lärande i syfte att ha hälsa är vad självvård är. Patientens egna vårdaktiviteter och ansvarskännande är i relation till hans/hennes egen hälsa. Enligt Lindström är självvård en krävande vårdform. Självvård förekommer inom all vård; från grundvård till specialvård, i upplysande syfte samt vid rehabilitering. (Lindström, 1994, 118 – 120)

3.2 Lärande

Henderson (1982) menar att när en sjukdom ska förebyggas eller botas innebär det att patienten måste lära sig något nytt. Resultatet blir bäst om patienten får vara med och delta i vårdplaneringen. Effektiviteten ökar i förhållande till patientens eget initiativtagande. Vårdplanering ska göras individuellt för varje patient. Till vårdpersonalens uppgifter hör att leda, träna och undervisa patienterna. Detta kan ske medvetet eller omedvetet, planmässigt eller slumpvis, genom upprepning eller skapande verksamhet. (Henderson, 1982, 52 – 55).

Enligt Eriksson (1987) är att ansa, leka och lära en del av vårdandet. Med det kan man åstadkomma tillit och tillfredsställelse samt kroppsligt och andligt välbehag. Angående hälsoprocesserna uppstår en känsla av utveckling, och syftet med den är att förändra själva hälsoprocessen. Syftet med att ansa, leka och lära är att befrämja hälsan. (Eriksson, 1987, 21). Att lära innebär att utvecklas och förändras. Det finns olika syften och mål med lärandet och det kan ske på olika sätt. En del av den naturliga vården är just det naturliga lärandet och det hör samman med lekandet. Eriksson menar att det är av vikt att lärandet inom vården även innebär lek. Det allra bästa är om orsaken till det naturliga lärandet är de behov människan har. (Eriksson, 1987, 30-32).

Enligt Henderson (1982) är det sjukskötarens uppgift då det gäller att hjälpa en patient att lära sig något att vara ett komplement till den behandlingsplan som patienten fått av läkaren. Tidigare har många sjukskötare, speciellt inom den öppna vården, varit rädda för att inträffa på läkarens befogenhetsområde.

Då det gäller hälsorådgivning är sjukskötarens ansvar ofrånkomligt, hon eller han är tvungen att undervisa. En sjukskötare undervisar patienten genom exempel och genom de svar hon ger på de frågor som ställs. (Henderson, 1982, 52 – 55).

3.3 Motivation

Enligt Maslow (1987) kan man inte studera motivation utan att utgå från människans yttersta mål, önskningar och behov. Maslow beskriver människans behov i en hierarkisk ordning. Först och främst måste de fysiska behoven tillgodoses; luft, vatten, mat, vila, att få vara utan sjukdomar och funktionsnedsättningar. (Maslow, 1987, 5, 17 – 26). (Se bild i bilaga 1.)

Motivation till funktion väcks enligt Bandura (1986) när man ser att en viss aktivitet ger nytta eller när frånvaro av aktivitet straffar sig. Denna följd måste vara betydande för att leda till aktion. Tron att man själv är kunnig att fullfölja aktiviteten måste finnas hos människan annars blir inte aktionen genomförd. (Bandura, 1986, 301).

Med vältränade bäckenbottenmuskler minskar risken för problem med t.ex. inkontinens och prolaps. Men det är inte bara de fysiska aspekterna av en människa som problem med bäckenbotten påverkar. Även det sociala livet påverkas. Självkänslan kan påverkas av de negativa följder som kan orsakas av brist på bäckenbottenträning. Att sakna motivation och på så sätt försumma egenvård kan negativt påverka hur en människas behov uppfylls. (Heittola, 1996, 7-11).

4. Teoretisk bakgrund

I detta kapitel ges grundläggande fakta om bäckenbottenmuskulaturen, hur de bäst upprätthålls och tränas samt de problem som kan uppstå.

4.1 Bäckenbottens muskler och uppgifter

Den främsta funktionen som bäckenbottenmusklerna har är att hålla bäckenets inre organ på plats. Med hjälp av dessa muskler pressas inte urinblåsa, livmoder, slida och ändtarm nedåt när trycket i buken ökar. Trycket ökar exempelvis när man nyser, hostar eller krystar. Bäckenbottenmusklerna är ställvis förstärkta av bindväv. I bäckenbotten finns även viktiga slutarmuskler runt urinrör och ändtarm. (Bjålie, 1998, 213). Bäckengördeln bildar en ring som ger stöd åt buk- och bäckenområdets organ från sidorna och bakåt. Underifrån är det bäckenbotten som ger stöd som ett golv.

Bäckenbotten består av två muskelplattor *diaphragma pelvis*, även kallad levatorplattan, och *diaphragma urogenitale*. Bäckenbottenmusklerna deltar i kontrollen av uriner och avföring. Kontrahering och avslappning av dessa muskler påverkar samlag och inre tryck i bukhålan. (Paananen, 2007, 101–105).

Diaphragma pelvis är den största muskelgruppen i bäckenbotten. Den är formad som en tratt; den bredaste delen av tratten är riktad uppåt och är placerad intill lilla bäckenets sidoväggar. En smalare del av muskelplattan går neråt och omsluter ändtarmen. Diaphragma pelvis är uppbyggd av två parvis ordnade skelettmuskler. Musculus levator ani är den största. Bakom den finns den lilla m. Coccygeus. Diaphragma pelvis täcker hela bäckenutgången förutom en spalt för urethra, vagina och anus. Då denna muskel dras ihop smalnar levatorspalten och sluter den yttre analmuskeln. Runt analkanalen finns ytterligare en viljestyrd ringmuskel.

Diaphragma urogenitale är en kraftig muskel och bindvävsplatta som är belägen framtill; runt slidan och urinröret. Diaphragma urogenitale är utspänd på båda sidorna om os pubis.

Runt urinröret finns dessutom en viljestyrd slutarmuskel. (Bjålie, 1998, 213-214). (Se bild i bilaga 2.)

4.2 Upprätthållande av bäckenbottenmuskulaturen

Genom att upprätthålla bäckenbottenmuskulaturen kan en kvinna själv effektivt förebygga funktionsstörningar av sina bäckenbottenorgan. Sådana funktionsstörningar kan undvikas med bäckenbottenträning, genom att hålla normalvikt, via motion och att undvika förstoppning. En god hållning, rätt lyftteknik samt rökstopp är bra. Eventuella grundsjukdomar måste skötas om, t ex kronisk hosta. (Heittola, 1996, 108).

4.2.1 Träning av bäckenbottenmuskulaturen

Bäckenbottenmuskulaturen tränas genom så kallade knipövningar. Det är viktigt att hitta de rätta musklerna. Man kan prova att stoppa urinstrålen genom att knipa. Detta gör man endast för att försäkra att man hittat de rätta musklerna annars kan man störa den reflexmässiga tömningen av urinblåsan.

Man kan även föra in ett finger i slidan och känna efter medan man kniper. En bra ställning är liggande på rygg med böjda och lätt särade ben. Rygg, skinkor, ben och mage ska vara avslappnade. Spänner man lår och skinkor har man inte hittat rätt muskler. Man börjar med att knipa ihop muskeln runt ändtarmen. Sedan ska man knipa framåt och uppåt. Spänn musklerna runt urinröret och slidan. Man ska fortsätta att hålla knipningen och försöka dra uppåt.

Man ska träna bäckenbottenmusklernas styrka, uthållighet och snabbhet. Styrkan tränar man genom att knipa så hårt man orkar i fem till sex sekunder, vila lika länge och sedan upprepas två till tre gånger. Senare ökas styrketräningen till cirka tio gånger. Som förebyggande träning rekommenderas att man övar två gånger per dag. Uthålligheten tränar man genom att knipa så länge man bara kan med ungefär hälften av maximal kraft. Denna övning kan man göra någon per dag. Snabbhet är viktigt när man t ex nyser. Snabbheten tränas genom korta, snabba knipövningar tio åt gången. När man blivit van med bäckenbottenträningen blir det lättare att utföra den i vardagen lika bra stående och sittande. (Åkerblom 2011).

Bäckenbottenmuskelträning borde ingå i allas träningsprogram. Fastän en person är vältränad betyder det inte att bäckenbottenmuskulaturen är stark. Tvärtom kan bäckenbotten ha blivit felbelastad och på så vis förslappad. Resultat av bäckenbottenträning märker vissa kvinnor redan efter ett par veckor. Detta beror inte på att muskelmassan har ökat utan att hon har lärt sig att träna funktionellt. Innan man märker ett verkligt resultat krävs det cirka tre månader med träning av både styrka och uthållighet. För att få bäckenbottenträningen till en rutin är det bra att utföra den i samband med dagliga aktiviteter. Man kan träna när man t ex borstar tänderna, står i kö eller kör bil. Var och en måste hitta de tillfällen som fungerar bäst för just dem. (Holen 2012).

4.2.2 Problem med bäckenbottenträning

I likhet med annan fysioterapi är ett problem gällande bäckenbottenträning att kvinnorna inte utför övningarna. Undersökningar har visat att mellan 60 till 80 % av patienter som har träningsprogram för hemmabruk inte utför dessa övningar enligt föreskrifterna. Övningarna utförs endast delvis eller lämnas helt och hållet bort. (Engström & Öberg, 2005).

Undersökningar visar att kvinnor som vårdats för urininkontinens och endast fått enkel muntlig eller skriftlig information om bäckenbottenträning inte lyckas med den eftersom de inte hittar de rätta musklerna. En kvinna som för första gången ska träna bäckenbottenmuskulaturen klarar inte av detta utan utförligare information samt biofeedback. Med biofeedback kan kvinnan se i hurudant skick bäckenbottenmuskulaturen är samt hur den förbättras med träning. Kvinnor är medvetna om att man borde träna bäckenbottenmuskulaturen för att undvika framtida problem med inkontinens och prolaps. Även ryggproblem och sexuella problem är en följd av dåliga bäckenbottenmuskler. Ändå är denna träning något som ofta glöms bort. (Heittola, 1996, 49 – 52).

4.2.3 Undersökning och hjälpmedel

Biofeedback är ett viktigt verktyg när man vill undersöka bäckenbottenmuskulaturens kondition och underlättar för kvinnan när hon ska hitta de rätta musklerna. Med denna metod kan man mäta bäckenbottenmuskulaturens styrka, träna muskelstyrkan, ge information

om hur träning påverkar musklernas kontraktionskraft samt motivera patienten. Elektrostimulans kan användas i kombination med biofeedback. Med elektrostimulans stimuleras nerver i bäckenbotten och musklerna kontraheras. Detta är speciellt bra att använda när en kvinna precis ska börja med bäckenbottenträning. Det största problemet med träningen är då att hitta de rätta musklerna.

Som hjälpmedel vid bäckenbottenträning kan man använda träningskuler. Träningskulorna kan användas som en del av det individuella träningsprogrammet som en fysioterapeut gett eller annars i förebyggande träning. Ett annat sätt att träna bäckenbottenmuskulaturen är att kvinnan kniper under samlag. Hur båda parterna upplever muskelkontraktionerna berättar om bäckenbottenmuskulaturens kondition. Dessutom förstärker övningarna musklerna. I muskelskiktet i vagina finns många nervändor. Dessa musklers kondition påverkar den sexuella lusten och känslan samt orgasmen. (Heittola, 1996, 29 – 31, 53 – 56).

4.3 Riskgrupper

Det är speciellt viktigt att effektivisera bäckenbottenträningen under graviditet och amning. Ytterst viktigt är det hos flerföderskor som är gravida och ammar i flera år. Hormonförändringar under graviditet och amning, långvarigt tryck uppifrån under graviditeten samt extrem töjning vid förlossning belastar kvinnans bäckenbottenmuskulatur. Krystningsposition under förlossningen borde ske helst i upprätt ställning då tyngdkraften hjälper till naturligt och liggande läge borde undvikas. När kvinnan krystar i ”uppförsbacke” orsakas stor belastning på bäckenbotten. Reflektoriska muskelsammandragningar i bäckenbottenmuskler i samband med hosta, nysning och skrattande försvagas efter förlossningen när kvinnans kropp skyddar de ömma, skadade områdena. För att återställa bra funktion av musklerna borde övningar börjas inom 24 timmar efter förlossningen.

Klimakteriet innebär stora hormonförändringar som gör att slemhinnorna tunnas ut, musklerna och bindvävnad försvagas. Dessa åldersförändringar försvagar muskelstyrkan även i bäckenbotten och risken för inkontinens och prolaps av olika slag uppkommer. Andra riskfaktorer i olika skeden i kvinnans liv är övervikt, förstoppning, för stort fysiskt ansträngande arbete/belastning, kronisk hosta, tobaksrökning och operationer i bäckenområdet. När flera riskfaktorer finns för en kvinna ökar risken för funktionshinder i bäckenbotten betydligt. (Heittola, 1996, 33-38).

5. Metod

I detta kapitel beskrivs den datainsamlingsmetod och dataanalysmetod som använts i studien. Vidare beskrivs studiens praktiska genomförande. Undersökningen är en kvalitativ litteraturstudie. Respondenterna har först gjort en översiktsartikel över alla artiklar. Sedan har en innehållsanalys genomförts med hjälp av en analysstam.

5.1 Datainsamlingsmetod

Denna forskning har utförts som en kvalitativ litteraturstudie. En kvalitativ metod är en forskningsstrategi som passar bra när man vill beskriva och analysera kvaliteter, t.ex. egenskaper, hos de fenomen som forskningen rör. Det material forskningen grundar sig på är text. Med kvalitativa metoder kan man analysera, beskriva och förstå olika slags fenomen. (Malterud, 1998, 33- 34).

Kvalitativ forskning använder sig sällan av statistik och siffror när resultatet ska redovisas. Istället är fokus på att tolka och skapa mening och förståelse. I kvalitativ forskning är det oerhört viktigt att analysen genomförs noggrant eftersom verkligheten är komplex. Man kan inte förstå helheten ifall man bara analyserar vissa delar. (Forsberg & Wengström, 2008, 62–64). En litteraturstudie används ofta som metod vid examensarbeten. Man använder sig av litteratur som insamlingsdata (informationskälla). I detta arbete utgör 30 vetenskapligt granskade artiklar insamlingsdata. En litteraturstudie måste genomföras med en noggrannhet och trovärdighet som motsvarar de ursprungliga källorna. (Olsson & Sörensen, 2011, 144 - 145).

5.2 Dataanalysmetod

Vetenskapligt granskade artiklar har samlats in och sammanställts i en översiktsartikel. Artiklarna har analyserats utgående från en innehållsanalys med hjälp av en analysstam.

5.2.1 Översiktsartikel

De artiklar som samlats in för forskningen kan redogöras för enskilt. För varje artikel

redogörs titel, författare, årtal då artikeln skrevs, undersökningens syfte, urval och metod samt resultat.

En matris kan göras, antingen lodrätt eller vågrätt, med en kolumn där syfte, metod och resultat framkommer. På grund av det begränsade utrymmet i en sådan matris måste texten vara kort och koncis. En sådan redogörelse underlättar senare när resultatdel och diskussion ska skrivas. (Olsson & Sörensen, 2011, 144 -145).

Kirkevold (1996) menar att en översiktsartikel kan se ut på olika sätt samt skrivas utifrån olika syften. En fördel med en översiktsartikel är att den är ger en snabb översikt över den information som samlats in. Med hjälp av den får läsaren på ett lättillgängligt sätt ta del av forskningarna som ligger till grund utan att själv behöva läsa dem alla.

Det är viktigt att påpeka att en översiktsartikel bara är så bra som författarnas val av forskningslitteratur, arbetsprocess och grundlighet. Det är viktigt att läsa översiktsartiklar med en kritisk blick. Är frågorna som ställts väsentliga? Är forskningslitteraturen väsentlig? (Kirkevold, 1996).

Enligt Backman (2008) kan en översikt variera i syfte, inriktning, perspektiv och omfattning. Ett syfte kan vara att urskilja centrala områden eller punkter. En forskningsöversikt har ofta flera inriktningar, det kan gälla resultat och tillämpningar eller metoder och resultat. En översikt har ofta ambitionen att vara heltäckande och gälla allt publicerat material gällande ett visst område. Detta gäller dock inte alla översikter, vissa studier kan vara representativa eller selektiva. Perspektivet på översikten kan vara neutralt eller ställningstagande. En forskningsöversikt passar bra i utbildningssammanhang. Då har översikten en dubbel funktion, dels som redogörelse för det insamlade vetenskapliga kunskapsmassan och dels som kunskaps- och lärandematerial. (Backman, 2008, 81).

5.2.2 Innehållsanalys

Innehållsanalys är en process som används för att systematiskt och objektivt analysera dokument. Syftet med innehållsanalysen är kategorisera, beskriva och kvantifiera innehållet. Analysen kan göras utgående från materialet, induktivt eller deduktivt och då styrs analysen av en analysstam som grundar sig på tidigare information. En

innehållsanalys passar utmärkt till ostrukturerat material såsom artiklar. (Kygäs & Vanhanen, 1999, 3-11).

En innehållsanalys är till hjälp när man ska analysera innehållet i ett dokument. Den kan användas på skriven text, bilder och ljud. Med innehållsanalysens hjälp kan man kvantifiera innehållet. Enligt Denscombe (2009) följer innehållsanalysen en procedur som är relativt logisk och enkel. Till exempel först väljer man ut en text enligt ett klart formulerat urvalskriterium. Sedan bryter man ner texten i mindre enheter. En enhet kan t ex bestå av hela stycken, rubriker, meningar eller samtliga ord. Även bilder och illustrationer kan bilda en analysenhet.

Efter att man valt ut analysenheter ska man utarbeta kategorier som är relevanta för dataanalysen. Det är viktigt att ha en tydlig bild av vilka olika kategorier, frågor och idéer som är intressanta för forskningen och sedan se i texten hur dessa framträder.

Man kan även använda sig av nyckelord. Sedan ska enheterna kodas så att de överensstämmer med kategorierna. Texten ska gås igenom mycket omsorgsfullt så att man hittar de ord och meningar som är relevanta. Dessa kodas sedan genom att skriva in koder och hänvisningar direkt i texten. Att enheterna är kodade underlättar analysen. En innehållsanalys avslöjar vad som är relevant i texten genom att mäta innehållet; t ex speciella ord. Vidare kan man se vad som prioriteras i texten genom att se i vilken ordning och hur ofta de förekommer.

De värderingar som kommer fram i texten kan man mäta genom de positiva och negativa åsikter som finns. Det går även att se hur idéer hänger samman genom logiska associationer och närheten mellan idéerna i texten man analyserar. En fördel med innehållsanalysen är att då innehållet i texten kvantifieras kan även andra forskare upprepa den. En begränsning med den är att det lätt händer att enheterna och dess betydelse lyfts ut ur den egentliga kontexten. En innehållsanalys innebär även svårigheter att förstå sådant som är underförstått i texten. (Denscombe, 2009, 307-309).

Enligt Forsberg och Wengström (2008) kännetecknas det grundläggande arbetet i en innehållsanalys av systematisk och stegvis klassificering av data. Detta underlättar identifikationen av mönster och teman. Det finns olika modeller av innehållsanalys som kan användas för att systematiskt analysera data. En innehållsanalys som gjorts på ett

systematiskt sätt leder till en beskrivning och kvantifiering av specifika fenomen. (Forsberg & Wengström, 2008, 150-151). För att underlätta innehållsanalysen kan man använda sig av en analysstam.

I analysstammen ställer man de frågor man söker svar på. Frågorna kudas och dessa koder kan lätt skrivas in i marginalerna när artiklarna analyseras. En analysstam kan vara styrd av det ämne eller tema som forskningen berör. Den information som finns från tidigare är grund till de kategorier som analysstammen består av. Från materialet söks svar på de frågor eller bekräftelse på de antaganden som ställts upp i analysstammen. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 3-11).

Enligt Bell (2006) finns det två olika tillvägagångssätt vid litteraturstudier. Dels en *källorienterad* inriktning där källorna styr forskningen. Då finns inga förutbestämda frågeställningar vid starten av källgranskningen, dessa kommer efterhand beroende på innehållet i källorna. En annan och vanligare inriktning kallas *problemorienterad*. Då formulerar man först frågeställningar och avgränsar forskningsområdet innan man börjar läsa källorna som forskningen bygger på. Fler frågor kan formuleras under forskningens gång då kunskapen ökar. (Bell, 2006, 123 - 124).

5.3 Undersökningens praktiska genomförande

Examensarbetet är grunden till ett utvecklingsarbete som ska skrivas under ett senare skede i utbildningen. Utvecklingsarbetet är ett beställningsarbete som kommer att resultera i antingen en broschyr eller en föreläsning riktad till vårdpersonalen rörande hur kvinnors bäst informeras och motiveras till bäckenbottenträning. Lärdomsprovet är en kvalitativ studie som presenteras i skriftlig form. Som datainsamlingsmetod har litteraturstudie använts av respondenterna.

Litteratursökningen till arbetet har främst gjorts i databaserna CINAHL och EBSCO, men även manuell sökning av artiklar har gjorts i biblioteket vid Yrkehögskolan Novia. Tidsskrifter som respondenterna sökt i är *Journal of Midwifery & Women's health* årgång 2005 – 2012, *Vård i Norden* årgång 2006 – 2012 samt *Journal of Advanced Nursing* årgång 2006 – 2011. I databaserna har vetenskapligt granskade artiklar sökts med bland annat följande sökord: Kegel exercise, pelvic muscles, pelvic floor, pelvic training, motivation, information, physical therapy, self-care, compliance, women samt olika kombinationer av

dessa sökord. I början av arbetets gång, innan forskningsfrågorna var helt fastställda, söktes även många artiklar där sökorden pregnancy och post-partum ingick.

Det har inte varit brist på material, med de flesta sökord kom det många träffar och respondenterna var noga med att söka relevant forskning. Tyvärr inriktades sökningen i början lite för mycket på graviditet och inkontinens kontra kontinens. I en senare sökning togs även sökorden adherence, motivational interviewing samt health promotion med. Som grund för forskningen valdes 30 vetenskapligt granskade artiklar ut. Alla artiklar är skrivna på engelska. Respondenterna har valt sådana artiklar som är relevanta med tanke på forskningens frågeställning. Vissa artiklar har förkastats då de varit allt för gamla eller skrivna på spanska och franska. En artikel som verkade mycket lovande visade sig senare vara produktreklam fastän den söktes enligt alla konstens regler i databasen CINAHL.

Artiklarna har granskats utgående från innehållsanalysen och med analysstammen som stöd har respondenterna sökt svar på forskningsfrågorna. Kraven på artiklarna var att de skulle vetenskapliga och relevanta för forskningen. Förutom det har respondenterna inte begränsat undersökningen att endast gälla specifika länder.

Således finns det i forskningen artiklar från bland annat Australien, Nya Zeeland, Storbritannien, USA, Frankrike, Danmark och Korea. Material rörande Finland söktes men ingenting som kunde användas i denna forskning hittades. Respondenterna utgick från att bäckenbottenträning är något som berör alla kvinnor oberoende av hemland.

När artiklarna var utvalda sammanställdes de i en översiktsartikel med vars hjälp det blev det lättare att få en överblick av innehållet. För att underlätta arbete med innehållsanalysen gjorde respondenterna upp en analysstam. Frågorna i den var grunden till de svar som söktes ur materialet.

Analysstam

- 1 Hur informeras kvinnor om bäckenbottenträning?
 - 1.1 Varifrån / av vem får kvinnor information om bäckenbottenträning?
 - 1.2 Hurudan information ges?
 - 1.3 När / i vilken ålder får kvinnor denna information?
 - 1.4 Hur förstår kvinnor informationen de får?

- 1.5 På vilket sätt kunde informationen ges för att den skulle vara tillräcklig, förebyggande och i positiv anda?
- 2 Hur få kvinnor motiverade till bäckenbottenträning och hur upprätthålls motivationen?
- 2.1 Hurdan insikt och motivation har kvinnorna gällande bäckenbottenträning?
- 2.2 Vilka olika aspekter motiverar kvinnor?
- 2.3 Vilken betydelse har positiv motivering (= upprätthållande av kontinens, förbättrat sexuellt utbyte mm.) versus framtida, kanske långt borta upplevda, hotande problem (=inkontinens och prolaps mm.)?
- 2.4 Vilken nytta kan kvinnorna få direkt / snabbt (t.ex. lindring till ryggsproblem) och hur motiverar detta dem?
- 2.5 På vilket sätt ändras kvinnans motivation till bäckenbottenträning i samband med graviditet och förlossning?

Under analyseringen av artiklarna skrev respondenterna upp i marginalen koder från analysstammen. Exempelvis ifall det i artikeln framkom vilka olika aspekter som motiverar kvinnor blev koden 2.2, eftersom detta var svaret på fråga 2.2 i analysstammen. När alla artiklar var genomgångna kunde man lätt söka upp svaren till analysstammens alla frågor med hjälp av koderna i marginalerna. Med hjälp av koderna utkristalliserades de kategorier som resultatredovisningen bygger på.

6. Resultatredovisning

I detta kapitel redovisas resultatet av de artiklar som analyserats. För att få fram resultatet har respondenterna gjort en översiktsartikel (se bilaga 4) för att på så vis få ett mer överskådligt format. Artiklarna har analyserats med hjälp av innehållsanalys och med hjälp av analysstammen har olika kategorier plockats ut. Som huvudkategorier har respondenterna valt information och motivation. Under båda huvudkategorierna finns **kategorier** som är märkta med fet stil. De utgör underrubrikerna. Kategorierna kan i sin tur ha *underkategorier* och dessa är skrivna med kursiv stil. För en mer överskådlig bild över kategorierna se bilaga 4.

6.1 Information

Under huvudkategorin information finns fem kategorier; **Vårdpersonal informerar, Bristfällig information, Information i samband med graviditet, Förståelse av informationen** samt **Medgörlighet**.

6.1.1 Vårdpersonal informerar

Som underkategori till **Vårdpersonal informerar** finns: *sjuuskötare, barnmorskor, sjuuskötare som arbetar inom den öppna vården, alla vårdare och fysioterapeuter*.

Det framkommer att de som oftast informerar kvinnor om bäckenbottenträning är *sjuuskötare* och att informationen ges i samband med urininkontinens. Under utbildningen till sjuuskötare fås en grund gällande inkontinensvård. Senare borde alla sjuuskötare få en vidareutbildning gällande ämnet som är lämplig för just deras område.

Sjuuskötare som har större insikt i upprätthållande av kontinensen, t ex sjuuskötare som specialiserat sig i kontinensvård och sjuuskötare som arbetar inom urologin, kan ge råd åt andra vårdare. Sjuuskötare bör även vid behov kunna hänvisa till fysioterapeuter som är specialiserade på kontinensvård. (Haslam, 2003, 32 - 40). Specialistsjuuskötarna i kontinensvården kan självständigt utveckla, designa och erbjuda täckande kontinensprogram för de flesta typer av blåsdysfunktioner. (Bernier, 2002, Part I, 378-390).

När det gäller vården av inkontinens finns det många olika behandlingsalternativ, allt från konservativa metoder till operation och medicinering. Därför är det viktigt att sjuuskötare inte bara förstår vad (stress)inkontinens är och innebär för en patient, utan även känner till de olika behandlingsmetoder som finns. Det är troligt att alla sjuuskötare som sköter kvinnor kommer i kontakt med urininkontinens. Sjuuskötare inom den primära hälsovården samt *barnmorskor* är bra lämpade att upptäcka kvinnor med problem. *Alla vårdare* bör vara medvetna om sin egen kunskap på området och kunna hänvisa vidare vid behov. För att upptäcka problem kan vårdpersonal fråga patienterna frågor så som: ”Läcker du urin någon gång?” Det är viktigt att vårdpersonalen har tillräcklig kunskap och vet vart de ska hänvisa patienterna för en mer specialiserad vård. Alla sjuuskötare bör vara medvetna om de lokala remissvägarna. (Haslam, 2003, 32 - 40). Personalen i hälsovården borde ta upp ämnet och fråga unga idrottande kvinnor om inkontinensproblematik istället

för att de själva behöver börja diskussion om problemet. (Rivalta, 2010, 435-443).

Sjukskötare som arbetar inom den öppna vården har en nyckelroll när det gäller den primära vården och är lämpliga att driva fram en förändring då det gäller bedöma tillstånd, koordinera enkla test samt ansvara för grundvården gällande bäckenbottenproblem.

Det som först och främst behövs gällande bedömning av problem med bäckenbotten är ordentligt med tid, avancerade kunskaper i att lyssna och intervjua samt att terminologin är bekant. Eftersom saken är komplex räcker det inte alltid med bara med ett möte där endast det största problemet diskuteras. För tillfället finns det inga standardiserade verktyg för att bedöma problem med bäckenbotten.

Många vårdare utvecklar sina egna metoder gällande bedömning och informationsinsamling. Detta kan kopplas till användandet av motivational interviewing som tas upp senare i resultatredovisningen. Som en del av bedömningen rekommenderas en undersökning av bäckenbotten. Både en visuell och digital palpation av vagina och/eller rektum bör utföras av en skicklig utförare. (Davis, 2010, 340 - 346).

Att använda sig av en standardiserad terminologi och patientcentrerad vård när det gäller bedömning är nödvändigt när man sköter om bäckenbottenproblem. Sjukskötare i den öppna vården är idealiska när det kommer till att starta processen, att göra en första bedömning, förespråka bäckenbottenträning, ge råd om olika behandlingsalternativ, initiera den första konservativa behandlingen samt koordinera vården. Att lära sig om samt upprätthålla bäckenbottenmuskulaturen är en viktig faktor då det gäller att minimera problem med bäckenbotten i en högre ålder. Patienter med bäckenbottenproblem har skötts av vårdpersonal från både den primära, sekundära och tertiära vården. Detta har lett till att vården inte varit lika överallt. Det har visat sig vara stor skillnad på vården. (Davis, 2010, 340 - 346).

En specialutbildning gällande bäckenbottenmusklerna kunde ge *fysioterapeuten* nödvändig information de behöver för att lära postpartumkvinnor bäckenbottenträning. (Hermansen m.fl., 2010, 171 - 174). Det finns många olika behandlingsmöjligheter. Åt många kvinnor som lider av stressinkontinens rekommenderas i första hand bäckenbottenträning som behandling. Exempelvis i Frankrike får alla nyblivna mödrar en kupong från staten som berättigar till behandling för att återfå konditionen av bäckenbottenmuskulaturen efter en

förlossning. I Singapore blir alla kvinnor som haft en instrumentell förlossning automatiskt hänvisade till fysioterapi. Instruktioner gällande bäckenbottenträning ges på ad hoc basis och möter oftast inte de rekommendationer som gjorts i litteraturen. (Mason m.fl., 2010, 2777 - 2786).

Beröring används av fysioterapeuter som hjälpmedel vid informationsgivning samt att få information av patienten. (Roger, 2002, 170-186). Före en kvinna klär av sig inför en vaginalundersökning bör man förklara åt henne hur undersökningen går till samt ge henne en beskrivning av anatomin. Även instruktioner gällande hur man kontraherar bäckenbottenmuskulaturen bör ges. (Haslam, 2003, 32 - 40).

Biofeedback är användbart när det gäller att lära ut korrekt kontraktionskontroll samt visualiserar muskelaktiviteten. Många kvinnor är inte medvetna om hur de på ett korrekt sätt ska kontrahera bäckenbottenmuskulaturen och behöver motiveras. En relativt kortvarig intervention med bäckenbottenträning och biofeedback verkar vara till hjälp när det gäller att underlätta symtom av SUI hos premenopausala kvinnor. (Rett, Simoes, Herrmann, Pinto, Marques & Morais, 2007, 136 - 142).

Idealiskt vore om en gravid kvinna som lider av stressinkontinens uppmärksammas av sin barnmorska. En utvärdering bör göras och kvinnan ska få råd och instruktioner gällande bäckenbottenträning. Ifall det är nödvändigt bör vidare vård erbjudas från en fysioterapeut som är specialiserad på kvinnohälsa. Barnmorskan bör ha tillräcklig kunskap och expertis för att kunna ge de initiala råden. (Haslam, 2003, 32 - 40).

6.1.2 Bristfällig information

Underkategorier till kategorin **Bristfällig information** är *brist på information, avsaknad av långsiktiga råd och rekommendationer, begränsad kunskap, vårdpersonal som inte informerar tillräckligt och undermålig information.*

Brist på information är största orsaken till att kvinnor inte tränar bäckenbottenmuskulaturen. (Chen, 2009, 83-91). Många postpartumkvinnor får en otillräcklig information gällande bäckenbottenträning. Vårdpersonal har ett tillfälle att förbättra sin praxis gällande detta område. (Hermansen m.fl., 2010, 171 - 174). Kvinnor behöver få hög kvalitativ information och individuella behandlingar, allt från enkel

hälsorådgivning till specialvård t ex fysioterapi. (Davis, 2010, 340 - 346).

Biofeedback och elektrisk stimulering är bra metoder och ger information om bäckenbotten musklernas tillstånd både till vårdpersonal och till kunden och har blivit populära i bäckenbottendiagnostisering och -vård. (Rivalta, 2010, 435-443).

Bäckenbottenträning är effektiv för kvinnor i alla åldrar som lider av urininkontinens. Däremot har inte ett enskilt träningsprogram blivit standard. Över tid har många delar från tidiga bäckenbottenträningsprogram fallit bort på grund av andra hälsorisker.

T.ex. rekommenderas inte längre övningar som innebär att man ska stoppa urinstrålen eftersom detta kan leda till urinvägsinfektion. (Joanna Briggs Institute, 2006, 46 - 50). Det *saknas långsiktiga råd och rekommendationer* gällande hur kvinnan ska fortsätta träna sina bäckenbottenmuskler efter en intervention. Detta skulle behövas för att fysioterapeuten skulle kunna ge optimala rekommendationer och med detta kunna underlätta för patienten. (Borello-France, 2008, 1545-1553).

Vårdpersonal vet att de bör rekommendera bäckenbottenträning, men har *begränsad kunskap* om den höga risken att drabbas av urininkontinens efter en förlossning och tänker därför inte på att ge denna information till kvinnor rutinmässigt. Dessutom, ifall vårdpersonal ser bäckenbottenträning och urininkontinens som två skilda saker, kan patienten kanske inte förstå vikten av bäckenbottenträning för att undvika urininkontinens. (Hermansen m.fl., 2010, 171 - 174).

Det har visat sig att endast muntlig och skriftlig information gällande bäckenbottenträning inte är tillräckligt för att avgöra om bäckenbottenträningen utförs på ett adekvat sätt. Bäckenbottenträning är grunden till alla konservativa behandlingsformer och en vaginal undersökning är nödvändig för att bestämma ett lämpligt träningsprogram. Genom undersökningen får man reda på hur länge patienten kan hålla bäckenbottenmusklerna kontraherade samt hur många snabba, korta kontraktioner hon klarar av. När detta är klarlagt kan ett ”recept på träning” vidare förklaras åt patienten och godkännas av henne. (Haslam, 2003, 32 - 40).

Enligt nationella rekommendationer i Danmark ska alla kvinnor postpartum få instruktioner gällande hur man ska träna bäckenbottenmuskulaturen. Däremot finns ingen

rekommendation om huruvida dessa kvinnor ska informeras om risken att utveckla urininkontinens efter förlossningen. Detta innebär att *vårdpersonal inte tillräckligt informerar* kvinnor om hur graviditet och förlossning kan leda till urininkontinens och ej heller betonar vikten av att delta i undervisning i bäckenbottenträning. (Hermansen m.fl., 2010, 171 - 174).

Fastän läkare, barnmorskor och sjukskötare är idealiska när det gäller att ge information gällande urininkontinens och hur den ska skötas får ändå de som lider av urininkontinens *undermålig information* eller ingen alls. Vårdpersonal brukar oftast inte ta upp ämnet urininkontinens med patienterna. Det är oftast patienter som tar upp ämnet urininkontinens istället för läkaren. Det är tydligt att många kvinnor inte får några medicinska råd om hur de ska sköta sin urininkontinens. Vårdpersonal borde erbjuda information åt kvinnor postpartum om sannolikheten att få urininkontinens samt effektiva metoder att slippa problem. Kvinnor uppgav att de fått information gällande urininkontinens och bäckenbottenträning från många olika ställen och personer inom vården.

Det framkom att kvinnor anser att urininkontinens är ett privat ämne och de föredrar att diskutera saken med sjukskötare och barnmorskor. Det vore bra om dessa yrkesgrupper kunde ta ansvar för att kvinnor får information om bäckenbottenträning och urininkontinens som en del av postpartumvården. (Hermansen m.fl., 2010, 171 - 174).

Undersökningar via buken eller vagina är nödvändiga för att utesluta påverkande faktorer såsom prolaps och förstoppning. Även för att komma fram till den rätta vårdmetoden behövs en sådan undersökning. Undersökningen kan göras av en läkare initialt, men alla vårdare som ger forskrifter om bäckenbottenträning bör göra en vaginal undersökning. Biofeedback är ett viktigt komplement när det gäller bäckenbottenträning. Ifall en kvinna inte klarar av att kontrahera sina bäckenbottenmuskler kan man använda sig av elektrisk stimulans. (Haslam, 2003, 32 - 40).

Hälsovårdspersonal kan behöva uppdatera sina kunskaper gällande graviditet, bäckenbottenträning och urininkontinens så att de kan ge rätt information till kvinnorna. (Hermansen, O'Connell & Gaskin, 2010, 171 - 174). Vanligen får kvinnor som har postpartum urininkontinens ett kort instruktionshäfte med bäckenbottenövningar att göra hemma på egen hand. Dessa självutförda övningar har visat sig inte vara effektiva. Mera önskat resultat nås med träning under uppsikt av en specialist. Fortsättningsvis är övningar

som utförs av kvinnan själv nödvändiga. (Kim, 2011, 132-141).

De flesta kvinnor har fått information om urininkontinens av barnmorskor på sjukhuset efter förlossningen. (Hermansen m.fl., 2010, 171 - 174).

6.1.3 Information i samband med graviditet

Kvinnor får vanligen information om bäckenbottenträning efter en förlossning. Men även unga, hårt idrottande kvinnor som inte varit gravida behöver få sådan information. Unga idrottande kvinnor bör få information om risken för inkontinens samt primärt förebyggande, istället för sekundär prevention alltså diagnostisering och vårdåtgärd i ett tidigt skede, åtgärder i form av bäckenbottenträning. Unga idrottande kvinnor borde informeras om risken för analinkontinens i samband med intensivt sportande.

Förebyggande metoder som bäckenbottenmuskelträning borde utvecklas och kunde rekommenderas för unga idrottande kvinnor som enligt denna studie är en riskgrupp för analinkontinens. (Vitton, 2011, 757-763).

Bäckenbottenträning är effektivt när det gäller att lindra inkontinenssymtom och i vissa fall leder träningen till temporär eller permanent tillfrisknande. Däremot finns inga klara bevis på bäckenbottenträningens effektivitet gällande att förhindra stressinkontinens. Trots det rekommenderar många barnmorskor, läkare och sjukskötare i Storbritannien bäckenbottenträning under graviditet för att förhindra inkontinens postpartum. (Mason m.fl., 2010, 2777 – 2786).

Det vore bra ifall bäckenbottenträning togs upp redan på mödrarådgivningen. En majoritet av kvinnorna i en undersökning hade redan från början av graviditeten en styrka på bäckenbottenmuskulaturen som klassificerades som ”slight” eller ”moderate”. En orsak till detta kan vara kvinnornas svårighet att identifiera bäckenbottenmusklerna samt att de inte tränat dem. Kvinnor borde undervisas vad försvagade bäckenbottenmuskler kan leda till. Ett program där kvinnan med hjälp av vårdaren lär sig ett träningsprogram som stärker bäckenbottenmuskulaturen och lär sig att identifiera sina bäckenbottenmuskler bör implementeras i mödrarådgivningen. (de Souza Caroci m.fl., 2010, 2424 – 2433).

För att säkerställa att kvinnor får information om risken med urininkontinens efter en graviditet bör hälsovårdsföreskrifterna förnyas så att de uppmuntrar vårdpersonal att diskutera detta med kvinnor under och efter graviditet. (Hermansen m.fl., 2010, 171 - 174). Lite mer än hälften av kvinnorna mindes att de fått information om förekomst av urininkontinens efter förlossningen.

Nästan alla mindes att de fått information om bäckenbottenträning. De flesta kvinnor mindes att de fått information från mer än ett ställe. De flesta kvinnor hade fått information om bäckenbottenträning på sjukhuset efter förlossningen och i drygt hälften av fallen var det barnmorskor som gav informationen. Kvinnor kan få icke-adekvat information om möjligheten att utveckla urininkontinens under postpartumperioden.

Kvinnor som lider av urininkontinens tre månader postpartum och utför bäckenbottenträning har 21 % lägre risk att fortfarande ha urininkontinens 12 månader postpartum i jämförelse med kvinnor som inte tränar bäckenbottenmuskulaturen. Multidisciplinära team bör satsa mer på att utveckla och koordinera vården när det gäller att informera gravida och postpartumkvinnor om urininkontinens och bäckenbottenträning. (Hermansen m.fl., 2010, 171 - 174).

Det finns flera riskfaktorer som associeras med urininkontinens postpartum. Dessa är urininkontinens under graviditeten, övervikt, stora skador i perineum på grund av t.ex. utdraget andra skede under förlossningen, instrumentell förlossning, bristningar i perineum, barnets storlek samt antal tidigare förlossningar. Det finns inte klara bevis för att alla dessa faktorer kan leda till urininkontinens (t.ex. storleken på barnet) men något som forskarna är ense om är att kvinnor bör få råd om hur man förebygger och får bukt med urininkontinens under graviditeten och postpartum. I dessa råd ska det ingå undervisning i hur man tränar bäckenbottenmuskulaturen. (Joanna Briggs Institute, 2006, 46 - 50).

Kvinnor som lider av urininkontinens ännu tre månader efter förlossningen av sitt första barn har en hög risk att få långvariga symtom. Urininkontinens kan förbättras och gå om, men kvinnor som nyss fött barn måste få en adekvat information om hur detta tillstånd ska behandlas. Det finns begränsat med fakta om varifrån och av vem kvinnor får information om urininkontinens och om de tycker att informationen är användbar. (Hermansen m.fl.,

2010, 171 - 174).

6.1.4 Förståelse av informationen

Det är väl etablerad fakta att om man ber en person, vare sig det gäller patienter eller kontrollgrupper, att kontrahera bäckenbottenmuskulaturen så är inte det säkert denna person har förmåga att på ett korrekt sätt kontrahera sina muskler.

Inte ens hälften av alla kvinnor klarar av att genomföra en korrekt kontraktion av bäckenbottenmusklerna med hjälp av endast verbala eller skriftliga instruktioner. (Whittaker, 2004, 44 - 49). Kvinnor lider brist på information och detaljerad kunskap hur de ska träna sina bäckenbottenmuskler. (Kim, 2011, 132-141).

Sättet på vilket man ger instruktioner till en kvinna gällande bäckenbottenträning har mer och mer börjat anses som viktigt. Enbart muntliga instruktioner räcker inte till åt många kvinnor för att de ska klara av att utföra bäckenbottenträning framgångsrikt. En individualiserad träning och stöd av biofeedback, minneshjälp och övningsdagböcker kan förbättra utförandet och frekvensen av bäckenbottenträningen. (Joanna Briggs Institute, 2006, 46 - 50).

Utan ordentliga instruktioner är många kvinnor oförmögna att kontrahera bäckenbottenmusklerna på begäran eftersom musklerna är belägna på bäckenbotten och sällan används medvetet. Mer än 30 % av alla kvinnor kontraherar inte sina bäckenbottenmuskler på ett korrekt sätt när de är på sin första konsultation, fastän de fått en grundlig individuell instruktion. Det vanligaste felet är att andra muskler än PFM (Pelvic Floor Muscles) kontraheras. Vissa kvinnor slutar andas eller försöker överdriva inandningen istället för att kontrahera PFM. Det har visat sig att många kvinnor spänner sig och orsakar att PFM faller ner istället för att knipa och lyfta PFM uppåt. För att lyckas med en korrekt kontraktion av bäckenbottenmusklerna krävs noggrann träning med lämplig övervakning och feedback. (Bö & Sherburn, 2005, 269 - 282).

När man ser på effektiviteten av bäckenbottenträning under graviditet måste det klargöras huruvida kvinnorna verkligen kan kontrahera bäckenbottenmusklerna på rätt sätt. Det är sannolikt att upp till en fjärdedel av alla kvinnor gör ineffektiva kontraktioner. (Mason m.fl., 2010, 2777 - 2786). PFD (Pelvic Floor Dysfunction) är en term som används flitigt

men som ofta missuppfattas.

PFD har blivit synonymt med urininkontinens, som är den mest kända dysfunktionen, fastän det är en term som omfattar många olika och ofta komplexa symtom. (Davis, 2010, 340 - 346).

Av medelålders kvinnor med urininkontinensproblematik sökte endast lite över hälften av dem hjälp för sina problem. De andra skämdes över ämnet eller var rädda att de skulle måste opereras på grund av sitt tillstånd. Detta tyder på att kvinnor inte alltid förstår informationen som finns att få om dessa besvär. (Lee, 2005, 11-16).

Kvinnors uppfattning om nyttan av information om bäckenbottenträning är i allmänhet aningen högre än nyttan av informationen om urininkontinens. Informationen gällande både bäckenbottenträning och urininkontinens som gavs av fysioterapeuter uppskattades mest. Den information som gavs av läkare uppskattades minst. En förklaring till varför fysioterapeuterna fick så hög uppskattning gällande information kan vara att de oftast koncentrerar sig på postnatala övningar, medan den övriga vårdpersonalen fokuserar på ett större område gällande allt från moderns till barnets hälsa. (Hermansen m.fl., 2010, 171 – 174).

6.1.5 Medgörlighet

För att säkerställa motivation och medgörlighet gällande bäckenbottenträning bör informationen vara realistisk. Kvinnan bör få veta att 15-20 veckor av bäckenbottenträning är nödvändig för att uppnå god effekt. Med hjälp av en vaginal undersökning kan kvinnan få feedback och uppmuntran medan bäckenbottenmuskulernas kontraktioner palperas av vårdaren. Det kan även vara lämpligt att undervisa patienten hur hon kan undersöka sig själv (self-digital assessment), men man bör minnas att endast 30 % av äldre kvinnor med urininkontinens känner sig bekväma att röra om sitt underliv.

Förebyggande intervention för kvinnor som bedöms ha hög risk att utveckla urininkontinens efter förlossning har lett till lägre urininkontinenssiffror, men det finns lite evidensbaserad kunskap om att likadan preventiv intervention skulle fungera hos andra grupper av kvinnor. Ändå ses det meningsfullt att lära alla vuxna kvinnor, oberoende om de är symptomfria eller har milda tillfälliga besvär, att livet genom träna sina

bäckenbottenmuskler. På så sätt kan man få en minskad grupp kvinnor som lider av urininkontinens senare i livet och förbättra kvinnornas livskvalitet. (Lee, 2005, 11-16).

Det är inte helt klart varför, men upp till hälften av kvinnor som har besvärande bäckenbottenproblem drar sig för att söka hjälp. Därför är det viktigt att kvinnor inte bara erbjuds möjlighet att bli medvetna om den optimala bäckenbottenträningen, utan att de också snabbt får tillgång till specialvård när de får problem. (Davis, 2010, 340 - 346).

Fysioterapeuten måste överväga patientens belastning och minimera den i upprätthållningsprograms planering och samtidigt göra den optimalt effektiv. (Borello-France, 2008, 1545-1553).

Bäckenbottenträning förbättrar förmågan att få orgasm hos kvinnor med dålig muskeltonus i bäckenbotten och som ej får orgasm. Bäckenbottenträning förbättrar den sexuella lusten, prestationsförmågan samt förmågan att få orgasm. Ibland utesluts ett positivt samband mellan muskelstyrka i bäckenbotten och sexuell tillfredsställelse. (Dean, Wilson, Herbison, Glazener, Aung & MacArthur, 2008, 302 – 311).

Kvinnor indikerade att de skulle föredra att få hjälp med inkontinens från kontinensskötare samt vanliga sjukskötare eller från läkare. Vissa skulle föredra att få information från självhjälp broschyrer. Den minst föredragna källan till hjälp var grupper ledda av en fysioterapeut på sjukhuset. Gruppundervisning, gällande bäckenbottenträning, var den hjälp de minst föredrog. Det bästa vore ifall vårdpersonal kunde ta upp ämnet urininkontinens vid privata rådgivningstillfällen med gravida och postpartumkvinnor. (Hermansen m.fl., 2010, 171 - 174). Vissa fall av stressinkontinens kan botas om kvinnan får information, är motiverad samt medgörlig. (Haslam, 2003, 32 - 40). Stressinkontinens kan vara ett hinder till regelbunden fysisk aktivitet hos kvinnor. Detta kan i sin tur hota kvinnors allmänna hälsa och välmående eftersom regelbunden, moderat fysisk aktivitet är viktigt för att undvika osteoporos, obesitet, diabetes, högt blodtryck, hjärtsjukdomar, bröst- och coloncancer samt depression och ångest. (Bö & Sherburn, 2005, 269 - 282).

Kunskaper om bäckenbottenträning påverkar direkt och positivt hur kvinnor tränar sina bäckenbottenmuskler. (Chen, 2009, 83-91). Det är signifikanta skillnader i hur bäckenbottenträning utförs bland de kvinnor som deltar i ett program jämfört med kvinnor som får vanlig vård. De olika komponenterna i ett träningsprogram kunde påverka hur

frekvent kvinnorna utförde träning av bäckenbottenmusklerna.

Av speciellt intresse var antalet instruktionssessioner, ifall sessionerna var individuella eller i grupp, huruvida kvinnorna fick feedback gällande hur effektiva deras muskelkontraktioner var, erbjöds det informationsmaterial och fanns där hjälpmedel för att uppmuntra följsamhet till bäckenbottenträningsprogrammet. (Dean m.fl., 2008, 302-311).

Patienten behöver själv ta ansvar för och delta i rehabiliteringsprocessen för kontinensstatus. Vården av patienter med inkontinens innebär att sjukskötaren erbjuder utbildning i stödande miljö och förstärker behovet av patientens självvårdsaktivitet i helheten. (Bernier, 2002, Part II, 384-390). Människor får en förebild gällande egenvård hemifrån och från andra människor. På samma sätt kan egenvård av bäckenbotten läras av modeller. (Mendias, 2011, 233-242).

Graden av urininkontinens påverkade kvinnor direkt så att allvarligare symtom motiverade till aktivare träning. Att ha kunskap förutser deltagande och aktivitet i bäckenbottenträning hos äldre vuxna. Det är rimligt att anta att attityder mot bäckenbottenträning påverkar direkt och positivt i deltagande i bäckenbottenträning. Att ha en kompis att träna med påverkar positivt hos de äldre. Att träna bäckenbottenmusklerna i samband med sexuellt umgänge med sin partner föreslås som metod att förbättra kvinnans sexuella njutning och orgasmförmåga. Kvinnor upplever detta motiverande. Korttids deltagande/aktivitet i bäckenbottenträning förutser långtids deltagande. (Chen & Tzeng, 2009, 83-91).

Kvinnor tenderar att vara mer mottagliga för hälsobudskap under graviditeten. Screening och rådgivning under graviditeten kunde minska riskfyllt beteende och förbättra kvinnans samt hennes familjs hälsa. (Lee m.fl., 2012, 178-186). Bäckenbottenträning kan vara till nytta under graviditeten och skulle vara ett användbart och billigt tillägg till vården under graviditeten. När bäckenbottenmusklerna samt området runt vagina tränas regelbundet ökar deras förmåga att töjas ut och dras ihop. Under förlossningen reduceras de skador i muskler som kan leda till inkontinens efter förlossningen. Det finns en myt som säger att starka bäckenbottenmuskler kan leda till en svårare och mer utdragen förlossning. Kvinnor som utför intensiv bäckenbottenträning under graviditeten har en lägre grad av utdraget

andra skede av förlossningen. Träning av bäckenbotten och starka bäckenbottenmuskler underlättar förlossningen. (Herbruck, 2008, 173 - 185).

När det gäller gravida kvinnors motivation till bäckenbottenträning kan man fråga sig ifall möjligheten till personliga träningsprogram med instruktioner och en hög följsamhet är nödvändig för att uppnå de goda resultat som forskning faktiskt visar; det vill säga att bäckenbottenträning under graviditet kan förebygga stressinkontinens postpartum. Ifall det är så kan goda resultat bli svåra att uppnå i praktiken om inte bäckenbottenträning inte värderas. Vilken orsaken än är till dålig följsamhet indikerar forskning att många kvinnor inte kunde eller ville delta i undervisning i bäckenbottenträning, de tränade inte bäckenbottenmusklerna tillräckligt ofta under graviditeten, men önskade ändå undvika hotande inkontinens.

Mer forskning behövs för att undersöka problem med följsamhet och den effekt bäckenbottenträning under graviditeten har på urininkontinens. Få kvinnor var motiverade att delta i undervisning gällande bäckenbottenträning eller att själv träna under graviditeten i en sådan utsträckning att det skulle förhindra kommande inkontinens. Detta trots att dessa kvinnor fick en speciell undervisning gällande bäckenbottenträning. Hälsovårdspersonal bör hitta på sätt att ge instruktioner och motivation till kvinnor så att de tränar sina bäckenbottenmuskler under och efter graviditeten. Individuella instruktioner från en fysioterapeut, barnmorska eller sjukskötare kan leda till att en kvinna blir mer motiverad och följsam gällande att följa ett program som utformats åt henne. Vårdpersonal måste hitta på sätt att instruera och motivera kvinnor att utföra bäckenbottenträning regelbundet under graviditet samt postpartum. (Mason m.fl., 2010, 2777 - 2786).

6.2. Motivation

Under huvudkategorin motivation finns fem kategorier; **Egna förväntningar och tilltro, Problem, Förbättring och symtomlindring, Individuell vårdplanering och uppföljning** samt **Ålder, utbildning och ekonomi**.

6.2.1 Egna förväntningar och tilltro

Kvinnans egen tilltro att hon kan träna är en viktig faktor som påverkar huruvida hon utför sin bäckenbottenträning. (Borello-France, Burgio, Goode, Markland, Kenton, Balasubramanyam & Stoddard, 2010, 1493-1505). Patienter kan inte tvingas att följa en livsstil som dikteras av andra.

Patient empowerment (möjliggörande) och self-management (självbestämda) är viktiga när det gäller att säkerställa att patienterna vet att de fortfarande har kontroll över sina egna liv och är motiverade att bli engagerade partners med skötarna och andra medlemmar av vårdteamet. Patient empowerment baseras på self-determination teorin som påstår att individer naturligt är motiverade att förbättra sitt eget välmående. Teorin förutsäger förbättrade resultat bland de patienter som närmar sig regleringen av sin egen hälsa utifrån perspektivet autonom självreglering, kompetens, kontroll och självbestämmande. Teorin har upprepade gånger bekräftats av studier som visar att patienter är mycket mer benägna att vara följsamma till de rekommenderade terapeutiska förhållningssätten ifall de har internaliserat behovet av beteendeförändring och uppskattar det personligen än om andra försöker tvinga dem att bete sig på ett sådant sätt som är mot deras egen natur.

En praktisk metod för att främja patient empowerment och engagement är Motivational interviewing-metoden. Konceptet Motivational interviewing utvecklades på 1980-talet för att förbättra beteendet hos patienter med drogproblem. Studier gällande patienter med olika kroniska sjukdomar, så som diabetes, hjärtsjukdomar, blodtryckssjukdomar och astma, har visat att Motivational interviewing kan hjälpa till att förbättra patient resultaten inklusive värdelementen psykologiska, fysiologiska samt livsstilsförändringar. Motivational interviewing använder sig av ett rådgivande tillvägagångssätt som effektivt engagerar patienter och vårdpersonal i ett gemensamt partnerskap som grundas på self-management och att patienten sätter mål. Med hjälp av motivational interviewing kan vårdpersonalen hjälpa patienten att uttrycka sina skäl för och emot beteende förändring och hur ett nuvarande beteende kan påverka de personliga hälsomålen eller hur hälsotillståndet påverkar förmågan att uppnå dessa mål. Motivational interviewing hjälper även patienten att erkänna och komma tillrätta med sin ambivalens över förändring. (McCarley, 2009, 409 – 413).

Patienters deltagande i ett fysioterapiprogram som var individuellt utformat undersöktes (individens egna förväntningar om möjligheter att göra de livsstilsförändringar som

behövs, egen aktivitet, vilka erfarenheter av hot och sårbarhet från sjukdomen upplevdes, hjälp som patienten fått och vilka hindrande faktorer fanns påverkade). Möjligheten att själv välja vårdform istället för att bli hänvisad samt saknad av tilltro att fysioterapi kan påverka patientens tillstånd, kan resultera till att fysioterapin avbryts. (Oldfors Engström & Öberg, 2005, 11-18).

Kvinnor var medvetna om egenvård och dess positiva påverkan på den egna hälsan och nyttan för hela familjen; en mor som mår bra orkar med sin egenvård bättre och är gladare samt är god förebild för barnen. Samtidigt upplevde kvinnorna saknad av socialt stöd, och hinder i form av familjeansvar och -uppgifter som passerade deras egna behov och hälsofrämjande. (Mendias, Clark, Guevara & Svrcek, 2011, 233-242).

Det har visat sig att smärta under eller efter övningar påverkade övningsessionernas effektivitet när det gäller fysioterapi. Tilltro på sig själv och de förväntade resultaten kunde förändras på grund av smärta under övningar, även omedvetet, och detta påverkade deltagandet i fysioterapiprogrammet. (Tijou, Yardley, Sedikides & Bizo, 2010, 231-247).

Kvinnornas egen utvärdering av de resultat de nådde med bäckenbottenträning var väldigt positiv. (Lee, Johnson & Chiarelli, 2005, 11-16). Tro hos patienten att hon kan själv främja och bevara hälsan samt förebygga problem väcker, upprätthåller och styr aktivitet och deltagande. Vad kostar det mig – vilken nytta får jag- avvägande bestämmer hur patienten väljer att följa rekommenderat fysioterapiprogram och det är individuellt påverkat av känslor. Motivationen finns, men det finns oöverkomliga hinder som gör att kvinnor inte tränar: svårt att ta tid från arbete, trötthet och familjens behov. (Grindley, Zizzi & Nasypany, 2008, 1529-1538).

6.2.2 Problem

Uppskattningsvis en fjärdedel av alla kvinnor och mer än en tredjedel av de som fyllt 65 år kommer att lida av någon sorts problem med bäckenbotten under sin livstid. En kvinna av nio blir tvungen att genomgå invasiva åtgärder mot urininkontinens eller/och får prolaps innan 80 års ålder. Beslut om behandling grundar sig på patienten och dennes syn på de egna symtomen, värderingar och behandlingsalternativ. (Davis, 2010, 340 - 346).

Med bäckenbottenträning förbättras livskvaliteten för kvinnor med urininkontinens. (Borello-France, Zyczynski, Downey, Rause & Wister, 2006, 974-986). Medelålders kvinnor som själv hade sökt vård för urininkontinens antas ha bra motivation till bäckenbottenträning. Kvinnor i fruktsam ålder, som kanske inte lider av urininkontinens, verkar ha mindre motivation till bäckenbottenträning än menopausala kvinnor.

Kvinnor som sökt vård för urininkontinens fick nytta av träningen snabbt. (Chen & Tzeng, 2009, 83-91).

Kvinnor med SUI (stressurininkontinens) var mycket motiverade att träna sina bäckenbottenmuskler för att förbättra livskvaliteten. Fastän motivationen fanns, avgjorde begränsningar i patientens muskulär-skeletala systemet och livsstil ifall patienten skulle fortsätta träningen. (Borello-France m.fl., 2006, 974-986). Kvinnorna som har abnormal funktion i bäckenbottenmuskulatur, vilket kan bero på brist av medvetenhet om sin bäckenbotten, kan leda till brister i neuromuskulär koordination. (Rivalta, Sighinolfi, Micali, De Stefani, Torcasio & Bianchi, 2010, 435-443).

Fastän prevention kunde bespara kvinnor den fysiska och psykiska påverkan som stressinkontinens leder till, samt en eventuell framtida operation, undrar forskarna om skillnaden att göra en intervention eller inte är tillräckligt stor för att vara relevant. Faktum är att kvinnorna inte verkade uppleva risken för inkontinens postpartum som ett verkligt problem att motverka. De verkade inte se sambandet med bäckenbottenträning och förhindrad inkontinens så att de skulle aktiveras. Det är nödvändigt att förstå kvinnors ovilja till att delta i undervisning gällande bäckenbottenträning eller själv träna bäckenbotten och gäller för hälsovårdspersonalen att hitta på sätt att ge instruktioner och motivation till kvinnor så att de utför träningen regelbundet. (Mason, Roe, Wong, Davies & Bamber, 2010, 2777 - 2786).

Många kvinnor drabbas av stressurininkontinens i samband med graviditet. Av förstföderskor rapporterar 31 % och 42 % av omföderskorna att urininkontinens förekommit under graviditeten. Fastän symtomen försvinner spontant för många kvinnor är det troligt att problem med urininkontinens återkommer. Urininkontinens kan vara plågsamt och leder ibland till isolering. Inkontinensproblematik påverkar det sexuella och sociala livet samt komplicerar fysisk aktivitet. Många kvinnor känner skam och förlägenhet. Trots det söker få kvinnor hjälp. Många tror att urininkontinens är en normal

konsekvens av graviditeten och att det inte finns något att göra åt problemet. Andra söker inte vård eftersom de är allt för förlägna att erkänna att de lider av inkontinens eller vill inte prata om det med vårdpersonal. De som söker hjälp väntar ofta ett år eller mer efter att inkontinensen utvecklats. Som en konsekvens av detta blir många kvinnor utan behandling fastän det finns många olika behandlingsmöjligheter. (Mason m.fl., 2010, 2777 - 2786).

Fastän många postpartum kvinnor är medvetna om behovet att utföra bäckenbottenträning är det endast hälften av kvinnorna som vet att bäckenbottenträning var något de borde fortsätta med resten av livet. En tredjedel av kvinnorna hade dålig tilltro till sin förmåga att utföra bäckenbottenträningen på ett korrekt sätt. (Hermansen m.fl., 2010, 171 - 174).

6.2.3 Förbättring och symtomlindring

Bäckenbottenträning rekommenderas som behandlingsmetod åt motiverade, kognitivt intakta kvinnor (med urininkontinens). Bäckenbottenträning kan läras ut både med och utan bio-feedback. Båda metoderna är effektiva då det gäller att förbättra urininkontinens, men studier har visat att det är ambivalent vilken metod som är bättre. Frågan om huruvida det är mer effektivt att lära ut bäckenbottenträning med hjälp av bio-feedback än utan är viktigt av flera orsaker.

Bio-feedback kräver dyr utrustning och personal som är utbildade att använda den. Vissa kvinnor kan uppleva bio-feedbackundersökningen med vaginala/rektala prober samt elektroder, som invasiv och obekvä. Enbart bäckenbottenträning är mindre invasivt, behöver ingen utrustning, kostar mindre samt kan förbättra eller bota urininkontinens. Bio-feedback är bara försvarbart om det kan visas att det är mer effektivt än enbart bäckenbottenträning. Dock är det många kvinnor som, fastän de deltar i en intervention som lär ut bäckenbottenträning, inte blir bättre av behandlingen. Då är frågan: beror deras brist på förbättring på att bäckenbottenträning är en olämplig behandlingsmetod eller utförs övningarna inte enligt föreskrifterna? När följsamhet till behandlingen har undersökts har det visat sig att de individer som hade högst nivå av följsamhet även visade mest förbättring. (Kincade, Dougherthy, Busby-Whitehead, Carlson, Nix, Kelsey, Smith, Hunter & Rix, 2005, 353 - 363).

Mätningar visar förbättring (liten, mellan eller stor) efter ett bäckenbottenträningsprogram för kvinnor. (Hung, Hsiao, Chih & Lin, 2011, 1030-1038). Kegel, som var den förste att

rapportera om bäckenbottenträning som en effektiv metod mot inkontinens hos kvinnor. Bäckenbottenträning är mer effektiv än ingen behandling alls eller placebo gällande urininkontinens. (Bö & Sherburn, 2005, 269 - 282). Bara lite forskning om prevention av inkontinens finns från tidigare.

Medelålders kvinnor upplever problem i sociala och rollrelaterade aktiviteter på grund av deras symtom och tidig intervention, bland annat innehållande bäckenbottenträning, visar signifikanta positiva långtidspåverkan på dessa kvinnors livskvalitet. Intervention vid högriskkvinnor i samband med förlossning visar minskade inkontinenssiffror bland dessa kvinnor. En förlängd period av kontinens kan vara en följd av interventionerna. (Lee, Johnson & Chiarelli, 2005, 11-16).

Kvinnor med urininkontinens rapporterade en signifikant symtomförbättring efter gjorda livsstilsförändringar grundade på informationen från kontinenssjukskötaren och de upplevde en överväldigande förbättring av livskvaliteten. (Bernier (Part I), 2002, 378-390).

Kvinnor som för tillfället utför bäckenbottenträning får högre poäng än majoriteten på de frågor som gäller sexuella funktioner. Det tros att PFME (=Pelvic Floor Muscle Exercise) ska påverka en kvinnas sexuella funktioner positivt men det finns få bevis som stöder det. Det finns ett väldokumenterat samband mellan urininkontinens och sexuell dysfunktion. Det finns flera orsaker som kan förklara varför inkontinens kan bidra till sexuell dysfunktion. Orsakerna sträcker sig från psykologiska faktorer såsom rädsla för inkontinens under samlag vilket leder till minskad tillfredsställelse, lust och upphetsning. Mer mekaniska faktorer kan leda till ökad sexuell smärta. Kvinnor med urininkontinens som för tillfället utför PFME medger lite mer problem med sexuell smärta än de kvinnor som inte utför PFME.

Detta kan bero på att de kvinnor som tränar sina bäckenbottenmuskler har starkare muskler och eftersom de är osäkra på ifall de ska läcka urin under samlaget kan de ha en sorts vaginal spasm eller kontraktion för att förhindra detta och det kan då leda till obehag eller smärta. Å andra sidan tenderar kvinnor som är kontinenta och utför PFME tenderar att ha mindre sexuell smärta. Bäckenbottenträning kan associeras positivt med de flesta sexuella funktioner, dock har urin och avföringsinkontinens en större negativ inverkan på alla aspekter av den sexuella funktionen. (Dean, Wilson, Herbison, Aung & MacArthur, 2008, 302 - 311).

En aspekt som motiverade många kvinnor var en förbättrad livskvalitet när symtomen (inkontinens) minskade. (Bernier (Part 1), 2002, 378-390). Bäckebottenträning kan vara till nytta mot andra dysfunktioner i bäckenbotten än endast urininkontinens.

Även avföringsinkontinens, problem med att tömma blåsan, prolaps, smärta och sexuella problem kan förbättras. (Bö & Sherburn, 2005, 269 - 282).

6.2.4 Individuell vårdplanering och uppföljning

Motivation och självstyrt deltagande är i huvudroller när kvinnor ska behandlas för urininkontinens. Fysioterapeutens stöd och råd kan göra att kvinnorna försöker sitt bästa. (Kim, Kim & Oh, 2011, 132-141). Vårdformen fysioterapi som behandling är mer effektiv än endast träning hemma. Det har visat sig att övervakad träning med uppföljning är en bra och motiverande träningsform. Motivation och medgörlighet till träning verkar ha störst samband med positiva resultat. Vartefter patientens förmåga utvecklas, gällande bäckenbottenträning, bör motivation och medgörlighet med träningen upprätthållas. (Haslam, 2003, 32 - 40). Veckovis uppföljning hos terapeuten ses som motiverande. Rekommendationer från terapeuten för att minimera hinder för att göra PFME kan vara t.ex. att länka ihop övningar med tandborstning eller tv-tittandet. (Borello-France m.fl., 2006, 974-986). Fortsatt bäckenbottenträning med varierande frekvens verkar signifikant förbättra kontinensen 12 månader postpartum hos kvinnor som tidigare deltagit i ett intensivt bäckenbottenmuskelträningsprogram. (Borello-France, Downey, Zyczynski & Rause, 2008, 1545-1553).

Med undantag för rökstopp och våld inom hemmet har det inte forskats mycket gällande barnmorskors åsikter och erfarenheter om andra viktiga delar av hälsofrämjande så som alkoholmissbruk, droganvändning, mental hälsa, dåliga matvanor, obesitet och fysisk inaktivitet. Den forskning som finns pekar alla på samma sak: problem att närma sig klienterna, under rapportering av riskfyllda beteenden, behovet av mer skolning, avsaknad av förtroende och problem med de resurser som finns tillgängliga till stöd. Forskning indikerar att barnmorskorna ofta tar på sig en hälsofostrande roll snarare än den som en hälsofrämjare. Hälsofostran kan leda till att några gravida kvinnor ändrar sitt beteende, men många behöver mer stöd för att kunna ta kontroll över och förändra sin hälsa. (Lee, Haynes & Garrod, 2012, 178 – 186).

För att mäta följsamheten till bäckenbottenträning hos kvinnor användes en datalogger (biobehavioral data logger for urinary incontinence) som kan manövreras med ena handen. Apparaten har utvecklats av ett Nursing Biobehavioral Lab på ett universitet i USA. Kvinnorna uppmanades att använda dataloggern för att registrera sin bäckenbottenträning. En knapp på datalogger ska tryckas ned under tiden som kvinnan kontraherar bäckenbottenmusklerna. Sedan kan data analyseras och man ser hur följsam kvinnan varit då det gäller bäckenbottenträningen. Kvinnorna uppmanades att utföra 45 kontraktioner av bäckenbottenmusklerna per dag. 15 kontraktioner gånger tre i olika positioner (sittande, liggande, stående på alla fyra). De individer som hade högsta nivå av följsamhet visade även mest förbättring. (Kincade m.fl., 2005, 353 - 363).

Under studieperioden deltog de flesta kvinnor i bäckenbottenmuskelträning, men aktivitet minskade över tiden. Att hjälpa kvinnor komma ihåg träningen och att koppla den till det vardagliga livet vore användbart för att befrämja långtidsdeltagande. (Borello-France m.fl., 2010, 1493-1505). Åt kvinnor gavs magneter med påminnelse om vätskeintag och bäckenbottenträning. Kvinnorna uppmanades att sätta upp dessa på ställen som badrum, kylskåp och andra platser för att stimulera medvetenheten om dessa aspekter.

Ett av problemen då det gäller bäckenbottenträning som behandlingsmetod av urininkontinens är att kvinnor inte fortsätter med träningen då behandlingsperioden är över. Dessutom har det funnits få tillförlitliga metoder att mäta följsamhet gällande bäckenbottenträning. En datalogger erbjuder en signifikant fördel, den kan användas till att motivera kvinnor att träna sina bäckenbottenmuskler samt stimulera dem att fortsätta med träningen i det långa loppet. (Kincade m.fl., 2005, 353 – 363).

Textmeddelanden förseslås som påminnelse åt patienterna för att komma ihåg att göra sina bäckenbottenövningar som ett effektivt och billigt alternativ för att främja övning fortgående under lång tid. Ett annat alternativ vore att få med bäckenbottenövningar i kommunala och privata träningscentralers allmänna program. (Borello-France m.fl., 2010, 1493-1505). Rekommendationer som terapeuten ger kan motivera att göra PFME, t.ex. länka ihop övningar med tandborstning eller tv-tittande. (Borello-France m.fl., 2006, 974-986). Kunskap om bäckenbottenträning och urininkontinens ledde till medgörlighet till bäckenbottenmuskelträning hos 30 antenatala och 26 postnatala förstagångsgravida

kvinnor. Ändå var det ingen garanti för deltagande aktivitet; lite över hälften av kvinnorna uppfyllde målet under graviditeten.

Kvinnorna hade kanske inte urininkontinensproblematik och kunde därför sakna motivation. (Chen & Tzeng, 2009, 83-91). Bland en grupp kvinnor med postpartum urininkontinens verkade motivationen för bäckenbottenträning vara bra. Fast de var kallade till att delta studien, alltså inte själva sökt vård, fortsatte 18 av 20 i studien tills den blev avslutad av forskarna. (Kim m.fl., 2011, 132-141).

6.2.5 Ålder, utbildning och ekonomi

Medelålders kvinnor som själv hade sökt vård för urininkontinens antogs ha bra motivation till bäckenbottenträning. Kvinnor i fruktsam ålder verkade ha mindre motivation än de menopausala kvinnor. Primipara kvinnor som inte led av urininkontinens antenatalt och postnatalt saknade motivation för bäckenbottenträning fast de fick mera kunskap om samband mellan dem. De led kanske inte av urininkontinens och var därmed inte motiverade till bäckenbottenträning. De som sökt vård för urininkontinens fick nytta av träningen snabbt. (Chen & Tzeng, 2009, 83-91). Dåligt deltagande i bäckenbottenträning bland gravida kvinnor indikerar motivationsbrist hos kvinnor i fruktsam ålder. Kvinnor verkade inte uppleva hotet av inkontinens och möjligheten att förhindra inkontinens postpartum som så verkligt att de skulle göra något åt det. (Mason m.fl., 2010, 2777-2786).

Tidig intervention för kvinnor med inkontinensproblematik visade att det var de högutbildade kvinnorna som valde att delta fast broschyrer om möjligheten att delta i studien delades ut så att alla hade tillgång. Mera forskning om hur de mindre utbildade kunde motiveras behövs. Medan resultat för de som deltog var goda, finns allmän ovilja att förstå betydelsen av den preventiva nivån i bäckenbottenvård. De flesta deltagare ville försäkra sig om att studien var konfidentiell - denna sekretess kanske hindrar sökandet av vård samt den preventiva aktionen. Mera forskning om möjligheter att förbättra den preventiva vården av bäckenbottenmuskler behövs. (Lee m.fl., 2005, 11-16). Tilltron till att kunna göra övningar och det förväntade resultatet styr ens deltagande i

fysioterapiövningar. Tilltro har även betydelse i uthålligheten under övningssessioner. En patient som själv söker information och åtgärder för att få tillbaka en normal kontinens status har motivation. (Bernier (Part 2), 2002, 384-390).

7. Tolkning

I detta kapitel kommer respondenterna att analysera och tolka resultatet. Tolkningen kommer att ske utifrån de två huvudkategorierna information och motivation. Arbetets teoretiska utgångspunkter har varit egenvård enligt Orem och Lindström, lärande enligt Erikson och Henderson samt motivation enligt Maslow och Banduras och mot dem kommer tolkningen i huvudsak att ske. Även arbetets teoretiska bakgrund kommer att vägas in.

7.1 Tolkning av information

Det är oftast vårdpersonal som informerar kvinnor om bäckenbottenträning samt sköter om inkontinenta. Hälsovårdspersonal kan behöva uppdatera sina kunskaper gällande graviditet, bäckenbottenträning och urininkontinens så att de kan ge rätt information till kvinnorna. Det har framkommit att kvinnor önskar att sjukvårdspersonalen tar upp bäckenbottenträning till diskussion.

I en undersökning indikerade kvinnorna att de helst skulle få hjälp av sjukskötare följt av läkare, självhjälpsbroschyrer och grupper ledda av en fysioterapeut. Brist på information är största orsaken till att kvinnor inte tränar bäckenbottenmuskulaturen.

Orem menar att egenvård utförs av mogna och mognande individer som har utvecklat en förmåga att ta hand om sig själva beroende på den omgivning de lever i. De personer som utför egenvård har de förmågor som behövs. Egenvård är aktiviteter som en enskild människa själv tar initiativ till och utför i syftet för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Människor har potential att utveckla intellektuella och praktiska förmågor samt att upprätthålla den motivation som behövs för egenvård. Hur behoven tillfredsställs bygger på kulturella faktorer och varierar från individ till individ och mellan större

grupper. Egenvård är en medveten handling och utförandet är beroende av individens egen handlingsförmåga under olika omständigheter. (Orem, 1991, 117)

Kvinnor bör få information om bäckenbottenträning om inte förr så i samband med graviditet. Det vore bra ifall bäckenbottenträning togs upp redan på mödrarådgivningen. Ett program där kvinnan med hjälp av vårdaren lär sig ett träningsprogram som stärker bäckenbottenmuskulaturen och lär sig att identifiera sina bäckenbottenmuskler bör implementeras i mödrarådgivningen. Det har framkommit att kvinnor behöver undervisas om de faktorer som försvagade bäckenbottenmuskler kan leda till. Vårdpersonal måste hitta på sätt att instruera och motivera kvinnor att utföra bäckenbottenträning regelbundet under graviditet samt postpartum.

Sättet på vilket man ger instruktioner till en kvinna gällande bäckenbottenträning har mer och mer börjat anses som viktigt. Enbart muntliga instruktioner räcker inte till för många kvinnor för att de ska klara av att utföra bäckenbottenträning framgångsrikt. För att en kvinna ska kunna träna sina bäckenbottenmuskler krävs en förståelse av den information som hon fått. Det är på vårdpersonalens ansvar att kunna undervisa patienterna på ett sådant sätt att de tar till sig informationen. Henderson (1982) menar att när en sjukdom ska förebyggas eller botas innebär det att patienten måste lära sig något nytt. Effektiviteten ökar i förhållande till patientens eget initiativtagande. Vårdplanering ska göras individuellt för varje patient. Till vårdpersonalens uppgifter hör att leda, träna och undervisa patienterna. (Henderson, 1982, 52 – 55) Enligt Eriksson (1987) är att ansa, leka och lära en del av vårdandet. Och syftet är att befrämja hälsan. Att lära innebär att utvecklas och förändras. (Eriksson, 1987, 21)

En lyckad bäckenbottenträning kräver mer än att kvinnan ges tillräckligt med information och hon faktiskt förstår den information som hon får. För att få en kvinna att utföra träningen krävs både motivation och medgörlighet. För att säkerställa motivation och medgörlighet bör informationen vara realistisk.

Med vältränade bäckenbottenmuskler minskar risken för problem med t.ex. inkontinens och prolaps och de negativa följderna som dessa för med sig. Att sakna motivation och på så sätt försumma egenvård kan negativt påverka en människa. (Heittola, 1996, 7-11). Att ha den förmåga som behövs betyder när det gäller bäckenbottenträning att kvinnan fått

tillräckligt med information och faktiskt kan utföra egenvården. Var en kvinna bor påverkar den information och stöd som hon får gällande bäckenbottenträning.

Lindström (1994) menar att är självvård en krävande vårdform. Med självvård menas att människan själv tar initiativ till ansning, lekande och lärande i syfte att vara hälsa. Självvård förekommer inom all vård, i såväl upplysande syfte samt som rehabilitering. (Lindström, 1994, 118 – 120). En patient behöver själv ta ansvar för och delta i rehabiliterings processen för kontinensstatus. Sjukvårdpersonal bör erbjuda utbildning gällande bäckenbottenträning i en stödande miljö.

7.2 Tolkning av motivation

Vad det gäller motivation för att vårda sin hälsa och göra bäckenbottenträning kom respondenterna fram till följande: kvinnans motivation är grundad på egna förväntningar och tilltro, motivationen förstärks när problem i hälsan uppkommer, förbättring i hälsan samt individuell vårdplanering och uppföljning inom vården upprätthåller motivationen. Även faktorer som kvinnans ålder, utbildningsnivå och ekonomi har betydelse för motivationen att vårda sin hälsa.

Patienter kan inte tvingas att följa en livsstil som dikteras av andra. Tro hos patienten att hon själv kan främja och bevara hälsan samt förebygga hälsoproblem väcker och upprätthåller medgörlighet. Patientens medgörlighet är individuell och påverkas av känslor. Beslut om behandling grundar sig på patienten och dennes syn på de egna symtomen, värderingar och behandlingsalternativ. Att patienten har tilltro att hon kan utföra övningarna och att goda resultat är att vänta påverkar deltagandet i fysioterapi och motiverar till effektiv träning.

Vissa kvinnor menade att motivationen fanns men det fanns oöverkomliga hinder som gjorde att de inte tränade. Dessa hinder var: svårt att ta tid från arbetet, trötthet samt familjens behov. Som orsak till misslyckad träning nämnde kvinnor i en annan undersökning tidsbrist, ointresse samt att dagliga rutiner störde.

Maslow (1987) menar att man inte kan studera motivation utan att utgå från människans yttersta mål, önskningar och behov. Först och främst måste de fysiska behoven tillgodoses; luft, vatten, mat, vila, att få vara utan sjukdomar och funktionsnedsättningar. (Maslow,

1987, 5, 17 – 26). Motivation till funktion väcks enligt Bandura (1986) när man ser en viss aktivitet ge nytta till någon annan eller frånvaro av aktivitet straffar sig. Denna följd måste vara betydande för att ge aktion.

Tron att själv vara kapabel att fullfölja aktiviteten måste finnas hos människan annars blir inte aktionen genomfört. (Bandura, 1986, 301).

I många undersökningar framkom det att inkontinenta kvinnor upplevde en förbättring i livskvaliteten när de tränade bäckenbottenmuskulaturen. I en studie rapporterade patienterna signifikant symtomförbättring efter gjorda livsstilsförbättringar grundade på information från kontinenssjukskötaren och upplevde en överväldigande livskvalitetsförbättring. Medelålderskvinnor med urininkontinens upplevde att en tidig intervention hade en stor, positiv långtidspåverkan på deras livskvalitet.

Bäckenbottenträning kan vara till nytta även mot andra dysfunktioner i bäckenbotten än endast urininkontinens. Även avföringsinkontinens, problem med att tömma blåsan, prolaps, smärta och sexuella problem kan förbättras. Individuella instruktioner från en fysioterapeut, barnmorska eller sjukskötare kan leda till att en kvinna blir mer motiverad och följsam individuellt utformade program. Bäckenbottenträning skulle vara ett billigt och användbart tillägg till vården under graviditeten. Kvinnor tenderar att vara mer mottagliga för hälsobudskap under graviditeten. Kvinnor i fruktsam ålder verkade ha mindre motivation än menopausala kvinnor.

8. Kritisk granskning

När man forskar ska man ta hänsyn till vissa kvalitetskriterier. Respondenterna granskar dessa enligt Larsson (1994). **God struktur** innebär att arbetet är överskådligt och inte komplext, att man siktar till största möjliga enkelhet. Respondenterna har gjort strukturen på examensarbetet så enkel som möjligt för att det skulle vara lättläst och att läsaren inte skulle tappa intresset för ämnet för komplexitetens skull. Respondenterna anser att examensarbetet är lättöverskådligt och har en bra struktur. Resultatet är skrivet på ett lättläst språk och olika definitioner och förkortningar förklaras. I den teoretiska bakgrunden beskrivs bäckenbottenmuskulaturen och dess funktion samt hur man bäst tränar dessa muskler. Vidare belyses eventuella problem som kan uppstå samt de

hjälpmedel som finns att tillgå. Respondenterna anser att den teoretiska bakgrunden ger en bra förståelse för vikten av att upprätthålla en god bäckenbottenmuskulatur.

Intern logik betyder att forskningsfrågor, datainsamling och analysteknik samspelar. Som metod har respondenterna använt sig av en kvalitativ litteraturstudie. Översiktsartikel och kategorisering samt bilder förtydligar innehållet för läsaren. Forskningsfrågor blev ställda i början av studien och när datainsamlingen blev utförd fick respondenterna en stor mängd av artiklar. Respondenterna har försökt välja artiklar som varit vetenskapliga och relevanta för forskningen samt inte var för gamla. Dessutom har respondenterna försökt hitta forskning från hela världen istället för att koncentrera sig på bara ett land. Tyvärr hittades inte en enda finsk artikel. Det var inte så lätt att hitta just exakt det som söktes. Detta upplevde respondenterna inte vara på grund av fel i forskningsfrågor utan att detta ämne borde forskas mera. Analystekniken passade bra till detta tunga material. Förutom forskningsfrågorna gjorde respondenterna även upp en analysstam i vilken frågor till materialet ställdes. Analysstammen var bra verktyg när alla artiklarna analyserades. Kategoriseringen gick logiskt med hjälp av den. Med hjälp av en översiktsartikel fick respondenterna en bra överblick över allt insamlat material.

Medvetenhet av perspektiv, att förförståelse sker genom perspektiv, gör att den alltid ligger bakom tolkning och det skall inte undanhållas läsaren. Respondenterna påbörjade examensarbetet med att söka och läsa litteratur som berörde ämnet.

En del av förförståelsen för ämnet har respondenterna fått genom att båda har barn och har i första hand upplevt på vilket sätt kvinnor informeras om bäckenbottenträning i samband med och efter en graviditet. Detta upplyser läsaren om respondenternas perspektiv som ligger bakom tolkningen. I examensarbetet har respondenterna fördjupat sig i ämnet kvinnor och bäckenbottenträning. Intresseområdet har varit information och motivation. Syftet med arbetet har varit att ta reda på vem som informerar kvinnor om bäckenbottenträning samt på vilket sätt denna information ges och ifall kvinnorna förstår informationen. Dessutom har vi sökt svar på hur man ska få kvinnor motiverade till bäckenbottenträning och hur motivationen upprätthålls.

Larsson (1994) menar att det **heuristiska värdet** är av stor vikt när man ska bedöma kvaliteten hos en kvalitativ studie. Det innebär att studien har lett till nya perspektiv och nya kunskaper. I respondenternas litteraturstudie om information och motivation av kvinnor gällande bäckenbottenträning kategoriserade respondenterna informationsaspekter i fem nya kategorier som kan användas i planering av den bästa informationsgivning till kvinnor gällande bäckenbottenträning.

Motivationsaspekter ordnades till fem kategorier som kan användas i vårdplanering för kvinnor som ska motiveras till bäckenbottenträning. Respondenterna tror att detta examensarbete kan leda till nya insikter gällande kvinnor och bäckenbottenträning. För att på ett bra sätt informera och motivera kvinnor till bäckenbottenträning krävs mer än att dela ut en broschyr i samband med förlossning. (Larsson, 1994, 164 – 177)

Validitet och reliabilitet är viktiga kvalitetskriterier och respondenterna granskar dem enligt Grenness (2005). Grenness förklarar att en undersökning skall vara valid och reliabel för att vara trovärdig. Det är termer som uttrycker att den som har gjort undersökningen har dokumenterat så att resultaten är pålitliga och giltiga. Validiteten är bra när undersökningen mäter vad den faktiskt är avsedd att mäta. Reliabiliteten innebär att man kan lita på resultaten; handlar om exakthet och precision. Reliabilitet är ingen garanti för validitet; noggranna mätningar med ett opassligt verktyg ger inte ett meningsfullt resultat. Respondenterna har försökt enligt bästa förmåga välja materialet och metoder samt arbeta systematiskt och noggrant för att kraven för validiteten och reliabiliteten skulle uppfyllas. Analysstam med frågor gjorde det lätt att hitta de sökta svaren i artiklarna. Undersökningen kunde upprepas med samma verktyg och samma resultat skulle nås. (Grenness, 2005, 90-91).

9. Diskussion

Syftet med detta examensarbete var att genom en teoretisk studie försöka få svar på varifrån kvinnor får information gällande bäckenbottenträning och hur motivationen till träning ser ut. Det övergripande syftet är att öka vårdpersonalens insikt i vikten av god information och motivering av kvinnor gällande bäckenbottenträning. Dessutom vill vi väcka tankar hos vårdpersonalen hur de kunde utveckla det preventiva arbetet.

Det som överraskade oss i början av forskningsprocessen var hur lite det fanns skrivet i de fysiologi-, barnmorske- och obstetrikböcker som vi läste om just bäckenbottenträning. Kan detta vara ett tecken på att det inte läggs tillräckligt med vikt på detta? Till exempel lade vi märke till att det står mycket om ryggproblem men att dessa problem i princip aldrig kopplas ihop med bäckenbotten. Det är oroväckande att bäckenbottenmuskulaturen inte får mer uppmärksamhet i litteraturen och forskningen.

Senare när vi sökte vetenskapliga artiklar till vårt examensarbete upptäckte vi att när man använde sökordet bäckenbottenmuskler bestod resultatet till största delen av inkontinensrelaterade artiklar. Väldigt få artiklar handlade om kontinensvård. När vi sökte artiklar som rörde motivation i samband med bäckenbottenmuskelträning hittade vi inga direkta resultat. Istället koncentrerade vi oss på motivation i samband med fysioterapi. Forskning visade att överraskande få faktiskt följer fysioterapeutens anvisningar.

Vi anser att det borde satsas mycket mera på kontinensbevarande vård. Idag lider många av inkontinens och detta påverkar hela deras liv. Många är omedvetna om vikten av en välfungerande bäckenbottenmuskulatur. De flesta kvinnor har hört om bäckenbottenträning någon gång och är medvetna om att de borde träna.

Det verkar tyvärr som om många kvinnor inte vet tillräckligt om bäckenbottenträning och inte klarar av att utföra en korrekt kontraktion av bäckenbottenmuskulaturen. Resurser kunde omfördelas; istället för att satsa allt på inkontinensvård kunde man redan i tidig ålder göra flickor medvetna om bäckenbottenmuskulaturens betydelse. Praktiskt kunde detta genomföras på så sätt att bäckenbottenträning får bli en naturlig del av den sexual- och hälsofostran som ungdomarna får. Även i gymnastikundervisningen kunde det ingå eftersom speciellt hårt idrottande unga kvinnor är i riskzonen då det gäller problem med bäckenbottenmuskulaturen. Det ideala vore ifall man på alla gym och i samband med all muskelträning skulle informera om och ta hänsyn till denna muskelgrupp.

I vårdpersonalens utbildning borde det ingå mera om bäckenbottenträning. Alla vårdare borde inse vikten av att informera alla kvinnor om detta. En allmän rekommendation gällande bäckenbottenträning borde finnas och tillämpas av alla vårdare. Dessutom borde alla vårdare vara medvetna om hur svårt det kan vara att motivera kvinnor till bäckenbottenträning samt upprätthålla motivationen. Individuell vårdplanering i samförstånd med kvinnan samt uppföljning är att rekommendera.

Tack vare detta examensarbete har respondenterna lärt sig mycket och fått nya kunskaper. En större förståelse för behovet av en genomtänkt, preventiv strategi när det gäller kvinnor och bäckenbottenträning har väckts. Bäckenbottenträning var redan före detta examensarbete intressant för respondenterna och vi ser framemot att fortsätta denna forskning i vårt utvecklingsarbete. I vårt kommande yrke som barnmorskor kommer vi att försöka informera och motivera kvinnor på ett bra sätt då det gäller bäckenbottenträning.

Litteratur

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Barnmorskeförbundets pressmeddelande 15.9.2009. [online]

Tillgänglig: http://members.suomenkatiloliitto.fi/meddelande_september_09.pdf

(hämtat: 14.2.2012)

Bell, J. (2005). *Introduktion till forskningsmetodik*. Danmark: Studentlitteratur AB.

Bernier, F. (2002). Applying Orem`s Self-Care Deficit Theory of Nursing To Continence Care: Part 2. *Urologic Nursing*, 22 (6), 384-390.

Bernier, F. (2002). Relationship of a Pelvic Floor Rehabilitation Program for Urinary Incontinence to Orem`s Self-Care Deficit Theory of Nursing: Part 1. *Urologic Nursing*, 22 (6), 378-390.

Bjålie, J.G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ö.V., Toverud, K.C. (1998). *Människokroppen. Fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber AB.

Borello-France, D., Burgio, K.L., Goode, P.S., Markland, A.D., Kenton, K., Balasubramanyam, A. & Stoddard, A-M. (2010). Adherence to Behavioral Interventions for Urge Incontinence When Combined With Drug Therapy: Adherence Rates, Barriers, and Predictors. *Physical Therapy*, 90 (10), 1493-1505.

Borello-France, D., Downey, P.A., Zyczynski, H.M. & Rause, C.R. (2008). Continence and Quality-of-Life Outcomes 6 Months Following an Intensive Pelvic-Floor Muscle Exercise Program for Female Stress Urinary Incontinence: A Randomized Trial Comparing Low- and High_Frequency Maintenance Exercise. *Physical Therapy* 88 (12), 1545-1553.

Borello-France, D.F., Zyczynski, H.M., Downey, P.A., Rause, C.R. & Wister, J.A. (2006). Effect of Pelvic-Floor Muscle Exercise Position on Continence and Quality-of-Life Outcomes in Women With Stress Urinary Incontinence. *Physical Therapy*, 86 (7), 974-986.

Bö, K. & Sherburn, M. (2005). Evolution of female pelvic-floor muscle function and strenght.

Physical Therapy, 85 (3), 269 – 282.

Chen,S.-Y. & Tzeng, Y.-L. (2009). Path Analysis for Adherence to Pelvic Floor Muscle Exercise Among Women With Urinary Incontinence. *Journal of Nursing Research*, 17 (2), 83-91.

Davis, K. (2010). Pelvic floor dysfunction: causes and assessment. *Practice Nursing*, 21 (7), 340 – 346.

Dean, N., Wilson, D., Herbison, P., Aung, T. & MacArthur, C. (2008). Sexual function, delivery mode history, pelvic floor muscle exercises and incontinence: A cross-sectional study six years post-partum. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2008 (48), 302 – 311.

Denscombe, M. (2010) *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur AB.

De Souza Caroci, A., Gonzalez Riesco, M.L., da Silva Sousa, W., Cotrim, A.C., Sena, E.M., Rocha, N.L. & Caroci Fontes, C.N. (2010). Analysis of pelvic floor musculature function during pregnancy and postpartum: A cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 2010 (19), 2424 – 2433.

Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Norstedts Förlag

Fejes, A. & Thornberg, R. (red.). (2009). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber AB.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering*,

analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur.

Granum, V. (1994). *Att undervisa i en vårdssituation – en självständig omvårdnadsfunktion*. Lund: Studentlitteratur.

Grenness, T. (2005). *Hur kan du veta om något är sant?* Malmö: Liber AB.

Grindley, E.J., Zizzi, S.J. & Nasypany, A.M. (2008). Use of Protection Motivation Theory, Affect, and Barriers to Outpatient Rehabilitation. *Physical Therapy*, 88 (12). 1529-1540.

Haslam, J. (2004). Nursing management of stress urinary incontinence in women. *British Journal of Nursing*, 13 (1), 32 – 40.

Heittola, S. (1996). *Lantionpohjan lihaksilla laatua naisen elämään*. Tampere: Seija Heittola ja Kirjayhtymä Oy.

Henderson, V. (1982). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Stockholm: LiberTryck.

Herbruck, L.F. (2008). The impact of childbirth on the pelvic floor. *Urologic Nursing*, 28 (3), 173 – 185.

Hermansen, I.L., O'Connell, B. & Gaskin, C.J. (2010). Are postpartum women in Denmark being given helpful information about urinary incontinence and pelvic floor exercises? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55 (2), 171 – 174.

Holen, K. (2012) *Bäckenbottenträning*. Skånes Universitetssjukhus. [online]

Tillgänglig: http://www.skane.se/sv/Webbplatser/SUS_Malmo/Verksamheter-A-O/Kvinnokliniken/Inkontinens-249887/Backenbottentraning/ (hämtat: 12.03.2012)

Hung, H.-C., Hsiao, S.-M., Chih, S.-Y. & Lin, H.-H. (2011). Effect of Pelvic-Floor Muscle Strengthening on Bladder Neck Mobility: A Clinical Trial. *Physical Therapy*, 91 (7), 1030-1038.

Höfler, H. (2001). *Lantionpohjan jumppaa*. München: BLV Verlagsgesellschaft mbH.

Joanna Briggs Institute. (2006). A pelvic floor muscle exercise programme for urinary incontinence following childbirth. *Nursing Standard*, 20 (33), 46 – 50.

Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (red.) (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur AB.

Kim, E.-Y., Kim, S.-Y. & Oh, D.-W. (2011). Pelvic floor muscle exercises utilizing trunk stabilization for treating postpartum urinary incontinence: randomized controlled pilot trial of supervised versus unsupervised training. *Clinical Rehabilitation*, 26 (2), 132-141.

Kincade, J.E., Dougherty, M.C., Busby-Whitehead, J., Carlson, J.R., Nix, D.T., Kelsey, D.T., Smith, F.C., Hunter, G.S & Rix, A.D. (2005). Self-monitoring and pelvic floor muscle exercises to treat urinary incontinence. *Urologic Nursing*, 25 (5), 353 – 363.

Kirkevold, M. (1996). *Oversiktsartikler – et middel for å fremme intergrasjon av sykepleieforskning*. Ingår i: Bjerkreim, T., Mathisen, J. & Nord, R. (red) (1996). *Visjon, viten og virke*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). *Sisällön analyysi*. *Hoitotiede*. Vol. 11 No. 1/1999

Lee, C., Johnson, C. & Chiarelli, P. (2005). Women`s Waterworks: evaluating an early intervention for incontinence among adult women. *Australian and New Zealand Continence Journal*, 11 (1), 11-16.

Lee, D.J., Haynes, C.L. & Garrod, D. (2012). Exploring the midwife`s role in health promotion practice. *British Journal of Midwifery*, 20 (3), 178 – 186.

Lindström, U.Å. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Falkköping: Liber Utbildning AB.

Malterud, K. (1996) *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Maslow, A.H. (1987). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row Publishers Inc.

- Mason, L., Roe, B., Wong, H., Davies, J. & Bamber, J. (2010). The role of the antenatal pelvic floor muscle exercises of postpartum stress incontinence: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 2010 (19), 2777 – 2786.
- McCarley, P. (2009). Patient empowerment and motivational interviewing: Engaging patients to self-manage their own care. *Nephrology Nursing Journal*, 36 (4), 409 – 413.
- Mendias, E.P., Clark, M.C., Guevara, E.B. & Svrcek, C.Y. (2011). Low-income Euro-American Mother's Perceptions of Health and Self-care Practices. *Public Health Nursing*, 28 (3), 233-242.
- Oldfors Engström, L. & Öberg, B. (2005). Patient adherence in an individualized rehabilitation programme: A clinical follow-up. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2005 (33), 11-18.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011) *Kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing concepts of practice*. St. Louis, Missouri: MosbyYear Book, Inc.
- Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen, Äimäla (red.) (2007). *Kätilötyö*. Helsingfors: Edita Publishing Oy.
- Rett, M.T., Simoes, J.A., Herrmann, V., Pinto, C.LB., Marques, A.A. & Morais, S.S. (2007). Management of stress urinary incontinence with surface electromyography-assisted biofeedback in women of reproductive age. *Physical Therapy*, 87 (2), 136 – 142.
- Rivalta, M., Sighinolfi, M.C., Micali, S., De Stefani, S., Torcasio, F. & Bianchi, G. (2010). Urinary Incontinence and Sport: First and Preliminary Experience With a Combined Pelvic Floor Rehabilitation Program in Three Female Athletes. *Health Care for Women International*, 2010 (31), 435-443.
- Roger, J., Darfour, D., Dham, A., Hickman, O., Shaubach, L. & Shepard, K. (2002) Physiotherapists' use of touch in inpatient settings. *Physiotherapy Research International*, 7 (3), 170-186.

Starrin, B. & Svensson, P.G. (red.). (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Tijou, I., Yardley, L., Sedikides, C. & Bizo, L. (2010). Understanding adherence to physiotherapy: findings from an experimental simulation and an observational clinical study. *Psychology and Health*, 25 (2), 231-247.

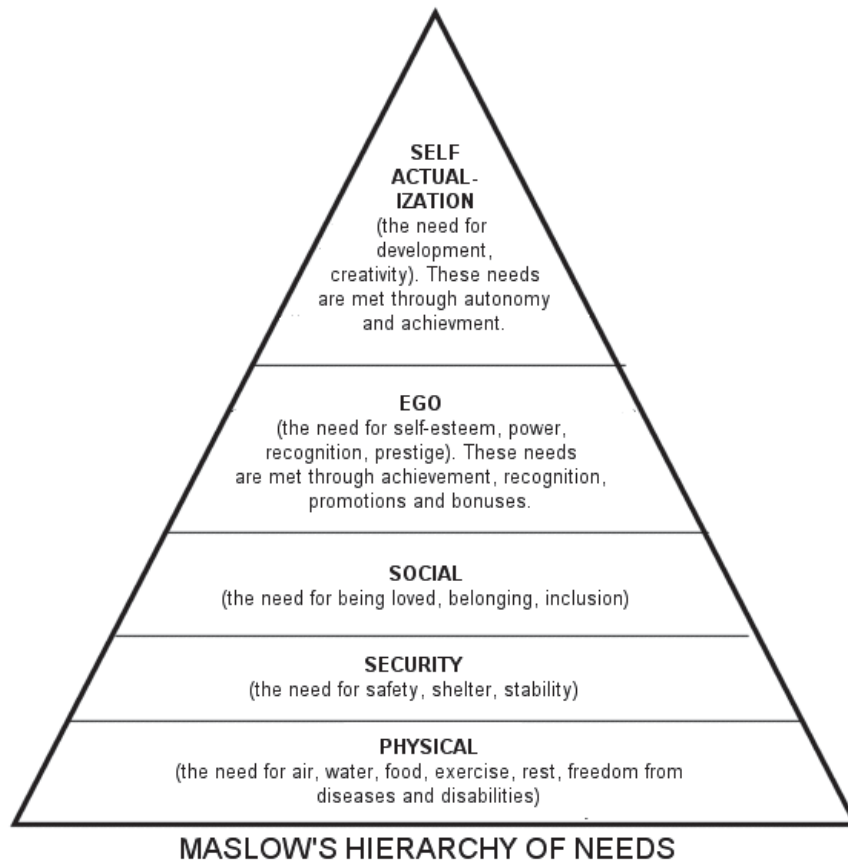
Vitton, V., Baumstarck-Barrau, K., Brardjanian, S., Caballe, I., Bouvier, M. & Grimaud, J.C. (2011). Impact of High-level Sport Practice on Anal Incontinence in a Healthy Young Female Population. *Journal of Women`s Health* 20 (5), 757-763.

Whittaker, J. (2004). Abdominal ultrasound imagining of pelvic floor muscle function in individuals with low back pain. *The Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 12 (1), 44 – 49

Åkerblom, E. (2011). *Bäckenbottenträning*. 1177. [online]

Tillgänglig: <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Behandlingar/Backenbottentraning/>

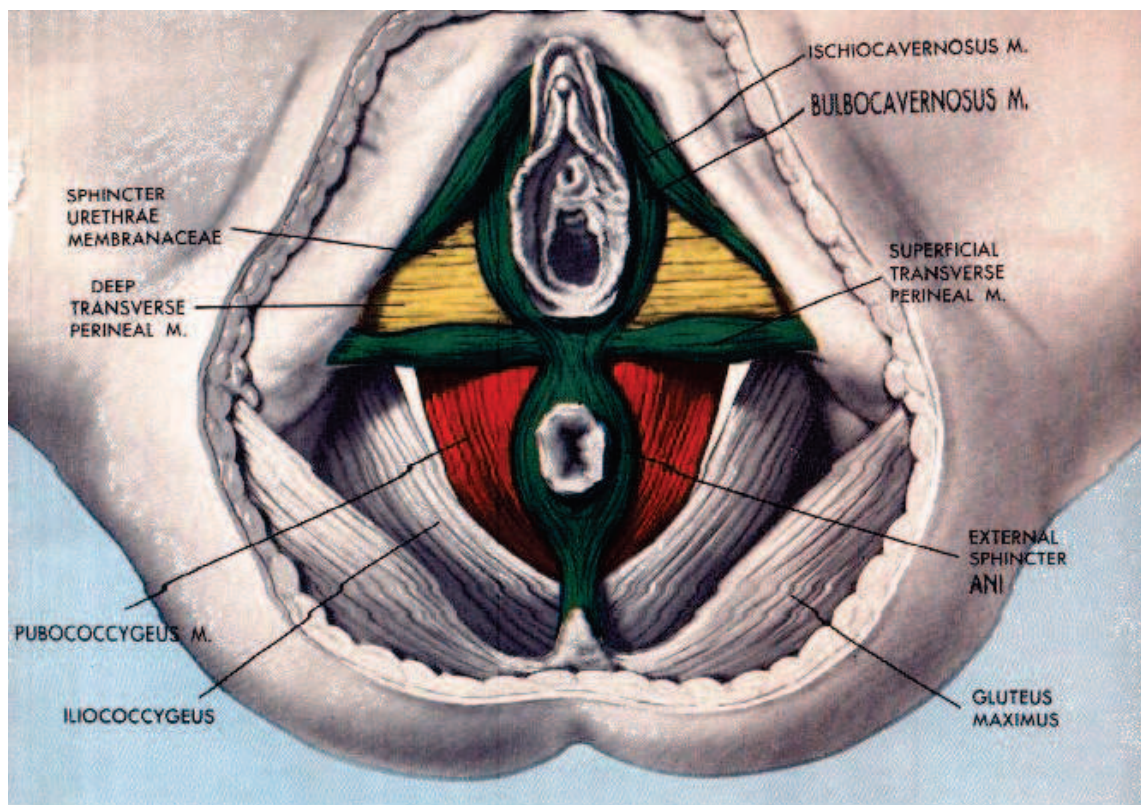
(hämtat: 12.03.2012)



<http://www.google.co.uk/imgres>

På bilden visas bäckenbottenmusklerna. De rödfärgade musklerna är m. Pubococcygeus som är en del av diaphragma pelvis. De guldfärgade musklerna är diaphragma urogenitale och de grönfärgade visar de yttre sfinktermusklerna.

<http://www.incontinet.com/kegelpix.htm>



HUVUDKATEGORIER, kategorier och underkategorier

INFORMATION

Vårdpersonal informerar

sjuuskötare, barnmorskor, läkare, sjuuskötare som arbetar inom den öppna vården, alla vårdare och fysioterapeuter.

Bristfällig information

brist på information, saknas långsiktiga råd och rekommendationer, begränsad kunskap vårdpersonal inte tillräckligt informerar och undermålig information.

Information i samband med graviditet

Förståelse av informationen

Medgörlighet

MOTIVATION

Egna förväntningar och tilltro

Problem

Förbättring och symtomlindring

Individuell vårdplanering och uppföljning

Ålder, utbildningsnivå och ekonomi

Författare och utgivningsår	Syfte	Metod	Resultat
Bernier, F. 2002. Part 1.	Studera hur Orems självvårdsteori kan användas i praktik i vården av patienter med inkontinens.	Orems självvårdsteoris passlighet i vården av patienter med inkontinens bedömdes baserat på 5 studier. Hon tog upp komponenterna i kontinensvården och demonstrerade deras relation till Orems självvårdsteori i vården av patienter med inkontinens.	Orems självvårdsteori anpassat i praktik i vården av patienter med inkontinens gör det betydelsefullt; täcker helheten istället för att rutinmässigt sköta enstaka vårdåtgärder. Detta hälsoproblem kan inte botas av vårdaren utan kräver en stark självvårdsmotivation av patienten och förmedling av detta uppkommer i denna teori.
Bernier, F. 2002. Part 2.	Studera hur Orems självvårdsteori kan användas av sjukskötarna i praktik i helhetsvården av patienter med inkontinens.	MSN F. Bernier (också RN och doktorand i universitet i Virginia, USA) bedömde refererad i 2 studier hur Orems självvårdsteori hjälper sjukskötarna att definiera och applicera i verkligheten helhetsvård av patienten i samarbete med andra i vården och med detta förbättra vården av patienter med inkontinens.	Metoden för praktik i vården av patienter med inkontinens är ännu inte väldefinierad av sjukskötarna. De kan få hjälp med denna definiering och praktiska genomförande av Orems självvårdsteori.
Borello-France, D. 2010.	Studera bäckenbottenmuskelträning och patientbaserade träningshinder samt prediktörer av träningsaktivitet i vården av kvinnor med UUI. Fysioterapiövningar för problem med urinering kombinerat med läkemedelsvård.	307 kvinnor med UUI delades i två grupper: första grupp behandlades med mediciner under 10 veckor och den andra gruppen fick samma 10 veckors medicinvård samt beteendeintervention i form av fysioterapiövningar för att förskjuta urinering. I denna studie rapporteras grupp 2:s patienter. Undersökningar gjordes under studieperiod och ett år efteråt.	81 % av kvinnor gjorde övningar 5-6 gånger per vecka under studien och minst 30 PFM kontraktioner per dag. 92 % kunde använda urinträningstrategi framgångsrikt. Uppföljning efter ett år resulterade i att 32 % av kvinnorna tränade minst 5-6 gånger per vecka och 56 % gjorde 15 eller flera övningar per dag de tränade. Vanligaste träningshinder var svårigheten att minnas träning samt att hitta tiden för att träna.

Bilaga 4

Borello-France, D. F. 2006.	Studera om träningsposition har betydelse för effektiviteten av PFM övningar	44 kvinnor, slumpmässigt valda till olika positionsgrupper, fick göra PFM övningar antingen enbart liggande på rygg eller både liggande och stående position. Undersöktes PFM styrka, förbättring av livskvalitet, blåsdagböcker uppföljdes samt urodynamisk test gjordes.	Träningsposition påverkar inte resultaten. Kvinnor fick 67,9% minskade SUI episoder samt förbättring i andra studerade aspekter.
Borello-France, D. F. 2008.	Uppfölja kontinens och livskvalitet av kvinnor med SUI 6 mån. efter terapi och bestämma om låg- eller högfrekventa upprätthållningsprogram är lika effektiva.	39 kvinnor som avslutat intensiv PFM träningsprogram valdes slumpmässigt till upprätthållningsprogram (1 resp. 4 träningsgångar/vecka). Urinläkning per vecka, urinmängden, livskvaliteten, PFM styrkan och uppkomsten av urodynamisk stress inkontinens undersöktes.	Båda upprätthållningsprogram fungerade på samma sätt för att upprätthålla postintervention status.
Bö, K. & Sherburn, M. (2005)	Syftet med artikeln är att ge en överblick av de metoder som finns för att utvärdera bäckenbottenmuskulaturens (PFM) funktion och styrka samt att diskutera hur pålitliga och valida de data man får fram med dessa metoder är.	Litteraturöversikt.	Att utvärdera PFM funktionen och styrkan är nödvändigt dels för att kunna lära ut och ge feedback gällande kvinnors förmåga att kontrahera bäckenbottenmusklerna samt för att kunna dokumentera förändringar i samband med intervention. Att bedöma PFM funktionen är inte lätt och när artikeln publicerades fanns det ingen metod som klarar av att mäta musklernas båda funktioner; elevations och kompressions styrka. De flesta metoder som används påverkas av subjektiv bedömning. Skicklighet och klinisk erfarenhet spelar således en stor roll när resultatens reabilitet och validitet bedöms. Fysioterapeuter bör vara medvetna om fördelar och nackdelar med den nuvarande teknologin och bli mindre beroende av enbart manuell palpation.

Bilaga 4

Davis, K. (2010)	Termen bäckenbotten dysfunktion (pelvic floor dysfunction - PFD) kan omfatta många olika, ofta komplexa, problem. I artikeln ges en överblick över orsaker, konsekvenser och bedömning.	Artikeln är en översikt över den forskning som bedrivits på området gällande problem med bäckenbotten.	Att lära sig hur man upprätthåller bäckenbottens funktion är en viktig faktor då det gäller att minimera problem med bäckenbottenfunktion. Det finns fortfarande mycket att lära om bäckenbottens patofysiologi och mer forskning behövs. Användandet av en standardiserad terminologi och ett patient-centrerat arbetssätt är nödvändiga ifall behandlingen av PFD ska bli framgångsrik. Sjukskötare inom den öppna vården är idealiska att påbörja processen.
de Souza Caroci, A., Gonzales Riesco, M.L., da Silva Sousa, W., Cotrim, A.C., Sena, E.M., Rocha, N.L. & Carcoi Fontes, C.N. (2010)	Syftet med studien var att mäta styrkan på kvinnors bäckenbottenmuskler under graviditeten samt postpartum. Graviditet och förlossning kan påverka bäckenbottenmuskulaturen och bäckenbotten samt orsaka skada i genitalierna och urineringsproblem.	Från början var det totalt 226 kvinnor (primipara) deltog i undersökningen som genomfördes i Brasilien från februari 2007 till augusti 2008. Undersökningen bestod av fyra olika stadier; först undersöktes kvinnorna i vecka 12, sedan i vecka 36 till 40. Undersökningens tredje stadie utfördes inom 48 h efter förlossningen och slutligen undersöktes kvinnorna 42 till 60 dagar efter förlossningen. Istadie 1, 2 och 4 utvärderades bäckenbottenmuskulaturens styrka genom perineometri och digital vaginal palpation. I den sista undersökningen deltog 110 kvinnor.	Enligt de resultat som undersökningen kom fram till förändras inte bäckenbottenmuskulaturens styrka signifikant under graviditet eller efter förlossning. Inte heller kvinnornas ålder, hudfärg, äktenskaplig status, dyspareunia, avföringskaraktär, förlossningssätt samt perineums kondition. En interaktion mellan moderns nutrition status och den nyföddas vikt kan påverka bäckenbottenmuskulaturens styrka. Som en slutsats av denna undersökning dras konklusionen att graviditet och förlossning inte reducerar bäckenbottenmuskulaturens styrka signifikant.

Dean, N., Wilson, D., Herbison, P., Glazener, C., Aung, T. & MacArthur, C. (2008)	Att undersöka sambandet mellan sexuell funktion med förlossningssätt, bäckenbottenmuskel träning och inkontinens.	Studien är en cross-sectional postundersökning. En enkät sändes till kvinnor i tre olika distrikt i England sex år postpartum som deltagit i en tidigare enkät.	Förlossningssätt tycks ha en minimal effekt på den sexuella funktionen, med undantag av kvinnors uppfattning om den vaginala tonusen är bättre hos kvinnor som endast fött med kejsarsnitt när det jämförs med kvinnor som haft åtminstone en vaginal förlossning. Den här studien understöder inte kejsarsnitt som ett sätt att skydda den sexuella funktionen. Pågående PFME har ett positivt samband med de flesta aspekter av den sexuella funktionen. Fler studier behövs för att undersöka förhållandet mellan förlossningssätt och sexuell funktion. Även forskning gällande den effekt PFME har på den sexuella funktionen både hos kontinenta och inkontinenta kvinnor behövs.
Eun-Young, K. 2011.	Jämfördes 2 grupper kvinnor med urininkontinens som fick bäckenbottenmuskelövningar för att stabilisera bälgen. Grupp 1 övade på egen hand efter handledning och grupp 2 under fysioterapeutens övervakning.	2 grupper kvinnor med urininkontinens började bäckenbottenövningar för att stabilisera bälgen. Kvinnor fyllde i en blankett samt tog vaginal funktionstest, 2 gånger = före och efter träningsperioden. Grupp 1 övade på egen hand efter handledning och grupp 2 under fysioterapeutens övervakning.	Grupp 2, den övervakade gruppen, fick större förbättringar på alla variabler jämfört till den icke-övervakade gruppen. Också grupp 1 som tränade på egen hand efter handledning förbättrade sina resultat från före- till efter-test.
Grindley, E.J. 2008.	Studera och förutse patienternas deltagande/aktivitet beteende hos en grupp patienter med ortopediska tillstånd utgående från PMT = Protecion Motivation Theory.	229 nya patienter som fick 4-8 veckors rehabiliteringsprogram hos fysioterapist studerades för deltagande i programmet.	107 av 229 deltog perfekt. 75 drop-out under studien. Drop-out grader var högre hos deltagarna i åldersgruppen 26-55 år. De andra grupper var 18-25 år och lika eller över 55 år. Rädsla för smärta eller ytterligare obehag vara oftare rapporterad inom åldersgrupp 26-55 år. Högre självkunnighet var kopplat ihop med vårdffektivitet samt en allmän tro för individens kunskap att möta rehabiliteringens krav och effektivitet. Patienter kanske inte förstod helt vilka negativa följder avbrytande av fysioterapi har så som framtida obehag, dålig rörelseförmåga eller ny skada.

Bilaga 4

Haslam, J. (2003)	Artikeln beskriver hur stressinkontinens hos kvinnor sköts om och vilken roll sjukskötaren har.	Litteraturstudie.	I artikeln framkommer att förekomsten av stressinkontinens är hög bland kvinnor. De drabbas oftare än män på grund av anatomin, barnafödande och hormonförändringar. Stressinkontinens kan lindras eller botas med rätt behandling. Alla patienter förtjänar att få en vård som är både effektiv och lämplig. Framst borde en konservativ vård (t ex bäckenbottenträning) förespråkas och patienterna bör få information av vårdpersonal som har en passande utbildning.
Herbruck, L.F. (2008)	Artikeln undersöker hur barnafödande påverkar bäckenbotten.	Litteraturstudie.	Det konstateras att det behövs mer forskning om samband mellan inkontinens och kejsarsnitt samt samband mellan vaginala förlossningar och problem med bäckenbotten. Resultatet visar att undvika vaginala förlossningar för att slippa problem med bäckenbotten är inte vedertaget.
Hermansen, I.L., O'Connell, B. & Gaskin, C.J. (2010)	Att ta reda på hur mycket kvinnor postpartum minns om var och av vem de fått information gällande urininkontinens och bäckenbottenträning. Vidare undersöktes om informationen de fick var till nytta. Även på vilket sätt och varifrån kvinnorna föredrog att få hjälp med urininkontinens undersöktes.	Åt 439 kvinnor som fött barn på danska sjukhus under en tremånaders period skickades en enkät tre till sex månader postpartum. I enkäten ställdes bland annat frågan om kvinnorna har fått information om bäckenbottenträning.	Undersökningen hade en svarsprocent på 61 %. Nästan alla kvinnor mindes att de fått information om bäckenbottenträning. Hälften av dem mindes att de fått information om urininkontinens. De vårdare som oftast gett denna information var barnmorskor. Kvinnorna uppfattade i allmänhet att den information som de fått var till nytta, speciellt information som fysioterapeuter gett fick de högsta betyg gällande att vara till nytta. Undersökningen gav en indikation om att kvinnorna helst skulle få hjälp av en kontinenssjukskötare eller en vanlig sjukskötare ifall de fick problem med urininkontinens.

Hsiu-Chuan, H. 2011.	Studera PFM förstärkandets effekter på urinblåshalsens rörlighet på kvinnor med SUI eller MUI.	23 kvinnor genomgick 4 mån. PFM förstärkningsprogram. Läget av blåshalsen undersöktes, PFM styrka mättes före och efter, tillståndets svårighet samt egna upplevelser av förbättring.	Efter interventionen nåddes högre lyft med PFM kontraktion. Vid hostning eller Valsalva manöver märktes ingen förändring i rörlighet av blåshalsen. PFM styrkan och den maximala vaginala knipstyrkan blev förbättrade och patienterna rapporterade minskning av inkontinens.
Joanna Briggs Institute (2006) Haddow, G., Watts, R. & Robertson, J. (2005)	Artikeln baseras på rapporten "The Effectiveness of a Pelvic Floor Muscle Exercise Program on Urinary Incontinence Following Childbirth (Haddow et al 2005) och ger med den som grund information och råd om bäckenbottenträning efter en graviditet.	Systematisk översikt (review)	Artikeln som publicerats i <i>Nursing Standard</i> sammanställer den information som kommit fram gällande bäckenbottenträning efter en graviditet i syfte att lindra/undvika urininkontinens. Råd hur bäckenbottenmuskulaturen ska tränas under och efter en graviditet går igenom, vidare diskuteras olika program för bäckenbottenträning. Även rekommendationer samt praktiska råd ges.
Kincade, J.E., Dougherty, M.C., Busby-Whitehead, J., Carlson, J.R., Nix, W.B., Kelsey, D.T., Smith, F.C., Hunter, G.S. & Rix, A.D. (2005)	Syftet med artikeln är att beskriva studiedesign, urvalsplan och de interventioner som används i en pågående klinisk undersökning för att bedöma hur effektivt självövervakning (self-monotoring) och biofeedback är när det gäller att behandla kvinnor med urininkontinens.	En klinisk undersökning med pretest-posttest design som ska utvärdera hur effektivt det är med självövervakningsmetoder innan deltagarna i forskningen ska delas in i två olika kontrollgrupper som ska följas under ett år.	Urininkontinens är ett vanligt problem bland kvinnor som kan påverka livskvaliteten. I studien beskrivs ingående olika interventioner samt tekniker för att öka följsamheten gällande bäckenbottenträning och den denna information kan användas av personer som arbetar med kvinnor som lider av urininkontinens. Ett stort problem med bäckenbottenträning är följsamhet. Många kvinnor slutar träna när interventionen avslutas. Enligt denna undersökning har det hittills varit svårt att undersöka följsamhet i samband med bäckenbottenträning, men ett hjälpmedel; biobehavioral data logger for urinary incontinence, som användes i forskningen ger en fördel. Det är en liten dosa på vilken kvinnan ska trycka på en knapp för varje knipövning. Sedan kan man via en logg se hur flitigt hon tränat. En sådan datalogg behöver inte kosta mycket och motiverar kvinnor till bäckenbottenträning under en längre tid.

Lee, C. 2005.	En studie där 2 grupper kvinnor jämförs för att se vilka resultat nås med specialist bedömning och bäckenbottenmusketräning i vården av kvinnor med liten eller minimal urininkontinens.	Kvinnor med urininkontinens delades i 2 grupper: den ena var kontrollgrupp och den andra gruppen fick bedömning, bäckenbottenmuskelträning, blåsträning och 3 individuella besökstider. I studien mättes bäckenbottens styrka, hållbarhet och kontraktilitet, självrapporterat inkontinens svårighetsgrad och blåsfunktion samt kvinnornas egen utvärdering av studien.	Resultaten på alla områden var signifikant positiva i den gruppen som fick behandling samt de behandlade kvinnors egna erfarenheter var överväldigande positiva.
Lee, D.J., Haynes, C.L. & Garrod, D. (2012)	Syftet med studien var att på ett kvalitativt sätt undersöka barnmorskors syn på sin roll som hälsofrämjare, praktik och åsikter samband med olika psykosociala riskfaktorer såsom rökning, alkoholmissbruk, droganvändning, dåliga matvanor, obesitet och fysisk inaktivitet.	Först genomfördes en litteraturöversikt gällande barnmorskors attityder och åsikter gällande de psykosociala riskfaktorerna. Sedan valdes 15 barnmorskor ut från tre olika distrikt i Nordvästra England ut till intervjuer. Semi-strukturerade intervjuer användes för att få information.	På senaste tid har det lyfts fram att barnmorskan ska vara en hälsofrämjare, men i verkligheten är barnmorskans roll främst hälsouppfostrande. Barnmorskor borde få en fortgående vidareutbildning efter examen som skulle fokusera på folkhälsoaspekter. Inkluderat i utbildningen borde en förbättring av kunskap och praktiska färdigheter gällande evidens-baserade förändrings tekniker, så som <i>motivational interviewing</i> tekniker läras ut. Barnmorskor borde också erbjudas tillräckligt med tid och stöd för att kunna delta i undervisning samt kunna arbeta hälsofrämjande i verkligheten. Barnmorskor är i en optimal position för att främja hälsa, inte bara åt gravida, utan åt hela familjen.

<p>Mason, L., Roe, B., Wong, H., Davies, J. & Bamber, J. (2010)</p>	<p>Syftet med studien är att via en randomiserad kontrollerad undersökning ta reda på hur effektiv bäckenbottenträning under graviditeten är som en förstahands prevention mot postpartum stress inkontinens hos primipara kvinnor.</p>	<p>Gravida kvinnor rekryterades från två sjukhus i England och delades slumpvis in i en undersökningsgrupp (n=141) och en kontrollgrupp (n=145). Kvinnorna i undersökningsgruppen fick komma på fyra lektioner med bäckenbottenträning under graviditeten samt uppmanades att träna bäckenbottenmusklerna hemma två gånger per dag. Som en del i träningen ingick undersökningar för att säkerställa att kvinnorna kunde utföra korrekta bäckenbottenmuskelkontraktioner. Kvinnorna i kontrollgruppen samma vård och information gällande bäckenbottenträning som alla gravida får.</p>	<p>Från början var 311 kvinnor med i undersökningen. Vid vecka 20 och 36 samt tre månader postpartum fick kvinnorna fylla i enkäter samt föra dagbok i tre dagar. Undersökningen visade att kvinnorna i undersökningsgruppen var mer benägna att träna bäckenbottenmusklerna vid vecka 36 samt tre månader postpartum än kvinnorna i kontrollgruppen. Undersökningen kunde inte visa på några signifikanta skillnader mellan de båda grupperna gällande inkontinens episoder och graden av besvär postpartum.</p>
<p>McCarley, P. (2009)</p>	<p>Artikeln undersöker vikten av att stärka dialyspatienter, inklusive användningen av patientcentrerade motivational interviewing tekniker för att engagera patienterna att internalisera sina mål samt acceptera ansvar för självhjälp</p>	<p>Litteraturöversikt.</p>	<p>Sjukskötare använder en stor del av sin tid till att försöka övertyga patienter om att ändra på potentiellt skadliga beteenden. Forskning har visat att beteenden inte kan framgångsrikt förändras ifall patienten själv sätter upp egna mål och internaliserar behovet av förändring. Med motivational interviewing respekteras patientens självbestämmanderätt, erkänns patientens autonomi samt förstås att det är patienten själv som måste bestämma huruvida och hur beteendet ska förändras. Motivational interviewing kan inkorporeras i ett normalt samtal med patienten. Användandet av den här tekniken kan hjälpa till att engagera och ge kraft åt patienten och genom att etablera en skötare-patient kompanjonskap kan patienten hjälpas att nå sina personliga mål.</p>

Bilaga 4

Mendias, E. 2011.	Studera hur hälsofrämjande aktiviteter kan minska uppkomsten av sjukdomar och belastning av hälsovårdssystemet.	10 låginkomst kvinnor, mammor, 25-43 år, deltog i studien. Denna grupp konsumerar mera sjukvårdsservice än De beskrev själva sin upplevelse av hälsa/välmående, självvårdsaktiviteter, nytta och hinder av självvårdsaktiviteter samt interpersonella påverkan på deras självvård.	Alla kvinnor var medvetna om vad egenvård innebär och dess positiva påverkan på dem själva och familjen. Egenvård var lärd i första hand i barndomen från de egna föräldrarna. Hinder för egenvård var identifierade av de flesta. Stöd för egenvård upplevdes begränsat. Mera forskning om hurdan stöd skulle fungera bäst för att förbättra studiens kvinnors möjligheter till egenvård och med detta minska deras behov för sjukvårds begränsade resurser.
Oldfors Engström, L. 2005.	Studera patienter med långvarig smärta och beskriva orsaker till ofullständighet (avbrytande/oregelbundet) i deltagande i fysioterapi.	Patienter fyllde frågeformulär före fysioterapin inleddes. Resultaten baserar sig på denna och patienternas färdigställande eller avbrytande av sina fysioterapiprogram samt träningsfrekvensen av dem som färdigställde sina program.	De patienter som avbröt sin fysioterapi upplevde hårdare smärta, högre Oswestry score (= funktionshinder orsakade av smärta i lågryggen), sämre allmän hälsa än de som färdigställde sina fysioterapiprogram. De som övade en eller färre gånger per vecka värdesatte hälsovårdens betydelse lägre, fick intensivare smärtupplevelser, hade högre Oswestry score, sämre allmän hälsa, flera smärtställen, lägre förväntningar, var yngre och nästan enbart kvinnor i jämförelse till de som övade oftare. Mera forskning krävs om orsaker till ofullständigande av fysioterapi samt varför det är mest kvinnor, de som upplever sämre hälsa, har högre smärta, flera smärtpunkter, mera funktionshinder och mindre tilltro till fysioterapi som vårdform. Individens tilltro till vårdformen har betydelse till deltagande.

<p>Rett, M.T., Simoes, J.A., Herrmann, V., Pinto, C.LB., Marques, A.A. & Morais, S.S. (2007)</p>	<p>På senare tid har ett ökat intresse visats för konservativ behandling av stressutlöst urininkontinens istället för kirurgi. Syftet med studien är att testa hur ett träningsprogram för bäckenbottenmusklerna tillsammans med biofeedback kan påverka symtomen hos premenopausala kvinnor med urininkontinens. Ett träningsprogram som kan leda till positiva resultat på ett begränsat antal sessioner ska utvärderas.</p>	<p>I undersökningen deltog 26 kvinnor med stress urininkontinens. De blev behandlade med bäckenbottenträning med biofeedback. Alla deltagare fick 12 individuella tränings-sessioner (40 minuter - 2 ggr/vecka). Resultatet utvärderades med hjälp av en 7-dagars utsöndringsdagbok (?), ett 1-timmes pad test, mätningar av muskelstyrkan i bäckenbotten, biofeedback, ett index över urinläckage och ett frågeformulär gällande livskvalitet. Dessa undersökningar gjordes både före och efter de 12 tränings-sessionerna.</p>	<p>En relativt kort period med bäckenbottenträning assisterat av biofeedback verkar hjälpa att underlätta de symtom som uppstår vid stress urininkontinens. En signifikant förbättring märktes gällande urineringsfrekvens, urineringsbehov nattetid samt antalet behövda bindor. 61,5 % av kvinnor blev botade (objective cure). En signifikant förbättring av livskvalitet samt styrka på bäckenbottenmusklerna var ett annat resultat. En slutsats av undersökningen är att bäckenbottenträning och biofeedback hjälper till att på relativt kort tid förbättra situationen för premenopausala kvinnor med urininkontinens.</p>
<p>Rivalta, M. 2008.</p>	<p>Studera hur kombinerad bäckenbottenmuskelrehabilitation i form av biofeedback, elektrisk stimulering, bäckenbottenmuskelträning och vaginala kulor påverkar i vården av tre kvinnliga atleter med diagnostiserad urininkontinens.</p>	<p>Tre kvinnliga nullipara atleter, 29-33 år, BMI 21-21,7, sportgren volleyboll, med urininkontinens i samband med träning och dagliga aktiviteter var undersökta. Urogenital undersökning gjordes, bäckenbottenmusklernas funktion och styrka mättes, elektrisk stimulering gavs 20 min/vecka i 3 månader, bäckenbottenmuskelövningar gjordes på egen hand enligt Kegel protokoll samt med vaginalkulor med olika vikt placera inne i kulor. Studien pågick under 4 månader med ett kontrollbesök veckovis.</p>	<p>Alla 3 deltagare följde programmet noggrant. Alla 3 deltagare rapporterade bra kontinens både i dagliga aktiviteter och sport efter programmet. Kombinerade program verkar effektivt i vården av inkontinens hos unga idrottande kvinnor.</p>

Roger, J. 2002.	Studera beröringens betydelse i fysioterapi.	15 fysioterapeuter videofilmades och de själv förklarade efteråt typer av beröring de använde i vården av sina patienter.	Användning av olika typer av beröring berättar om fysioterapeutens sensitivitet för patientens behov och tillhänstagande av dem. (De vanligaste typer av beröring är assisterande beröring, förberedande beröring, informationsgivande åt patienten, beröring, caring beröring, terapeutisk intervention beröring och information för vårdaren beröring. De olika typerna av beröring användes också i 33 olika kombinationer.) Mera forskning om ämnet ur patientens synvinkel behövs.
Shu-Yueh, C. 2009.	Studeras faktorer som påverkar deltagande i bäckenbottenmuskelövningar hos kvinnor med urininkontinens.	106 kvinnor med SUI, UII eller MUI studerades under tre års tid. Kvinnor som var i vård av inkontinens frågades med i studien. De var lärdes bäckenbottenmuskelträning hos fysioterapeut, tränade hos terapeuten varje eller varannan vecka, hade fortsatt i minst 6 veckor när studien avslutades samt fyllt ett frågeformulär där utvärderades deltagande/antal övningar gjorda, kunskaper i bäckenbottenträning, attityden/självkunnigheten till att träna, kohesion/samband av två faktorerers påverkan, uppnådd nytta med träning samt svårighetsgraden av urinläckage.	Självkunnigheten var tydligt största faktoren påverkande deltagande i bäckenbottenmuskelträning. Ålder hade påverkan = de postmenopausala kvinnor var mer aktiva än kvinnor i fruktsam ålder i bäckenbottenträning samt svårighetsgraden av inkontinens påverkade aktiviteten = de som led av svårare symtom tränade mer än de med mildare besvär.

Tijou, I. 2010.	2 grupper forskades för deras tilltro i sig själv och sina möjligheter att göra fysioterapiövningar och nå ett önskad resultat samt en störande faktorer påverkan på deltagande, också omedvetet. Detta störande, obehagliga faktoren var i grupp 1 hårt ljud och i grupp 2 smärta.	Grupp 1 var frivilliga studerande som gjorde "övningar" med datorn och det kom störande faktor, hårt ljud, och studerandes resultat att göra övningar oberoende bedömdes. Grupp 2 var äkta fysioterapipatienter med varierande symtom som övade hemma. De fyllde i blanketter före, under och efter fysioterapiperioden. Deras störande faktor var smärta orsakad av övningar.	Tilltro till att kunna göra övningar och förväntningar om resultat som man når med övningar bestämmer hur övningarna görs. Störande faktor, hårt ljud/smärta påverkar dessa även omedvetet. Mindre obehag i början av programmet ger ett bättre resultat i slutet i båda grupper.
Whittaker, J. (2004)	Forskning visar att många som lider av smärtor i nedre delen av ryggen har problem med kontrollen av de djupa musklerna i buken. Man kan använda ultraljud för att undersöka kontraktioner av de djupa musklerna. Syftet med artikeln är att peka på en ny abdominal ultraljudsmetod samt undersöka huruvida den är lämplig för personer med lumbopelvic dysfunktioner.	Syftet med artikeln var att gå igenom tidigare studier samt utföra ultraljudsundersökningar.	Mer forskning bör göras på området men då metoden med icke invasiv undersökning via ultraljud väl blivit etablerad kan den användas av terapeuter för att screena personer som lider av lumbopelvic dysfunktion och behöver utredas vidare. Metoden kan leda till en mer utförlig utredning av de personer som lider av smärtor i nedre delen av ryggen.
Vitton, V. 2011.	Studera hur hög-level sportande påverkar anal inkontinens hos unga friska kvinnor.	393 volontära kvinnor, 18-40 år, svarade själva i frågeformulärer om vilka påverkan sportande har på analkontinensen. Delning: 1. Intensive sport grupp (>8 timmar high-level sport per vecka) och 2. Nonintensive sport grupp (alla andra) gjordes.	Uppkomsten av analinkontinens var högre i Intensive sport grupp och förekom vanligast i form av ofrivillig flatulens. Märkvärt var att kvinnorna i IS-grupp var betydligt yngre och hade mindre förlossningar än kvinnorna i Nonintensive sport grupp. Unga idrottande kvinnor verkar vara en ny riskgrupp för inkontinens och preventiva metoder som bäckenbottenträning rekommenderas för denna unga population.

En föreläsning baserad på examensarbetet:

Kvinnor och bäckenbottenträning. En teoretisk studie med fokus på information och motivation

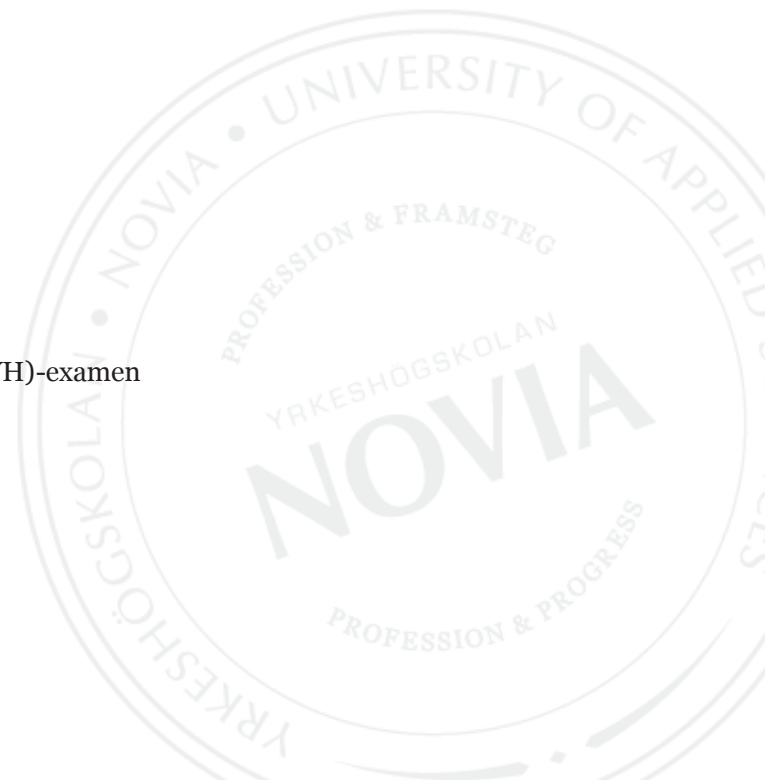
Laura Jaatinen

Linda Södergran

Utvecklingsarbete för Barnmorske (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för Vård

Vasa 2013



UTVECKLINGSARBETE I BARNMORSKEKUNSKAP

Författare:	Laura Jaatinen & Linda Södergran
Utbildningsprogram och ort:	Vård, Vasa
Inriktning/alternativ/Fördjupning:	Barnmorskearbete
Handledare:	Eva Matintupa
Titel:	En föreläsning baserad på examensarbetet: Kvinnor och bäckenbottenträning. En teoretisk studie med fokus på information och motivation.

Datum	15.11.2013	Sidantal	23	Bilagor	3
-------	------------	----------	----	---------	---

Abstrakt

Syftet med detta utvecklingsarbete är att på ett trevligt och koncist sätt erbjuda barnmorskor, hälsovårdare och barnskötare nya forskningsresultat som hjälper dem förbättra sättet de informerar kvinnor varje dag i sitt arbete i bäckenbottenträning och att få kvinnor motiverade till denna träning.

Respondenterna vill föra vidare det resultat som framkom i examensarbetet *Kvinnor och bäckenbottenträning. En teoretisk studie med fokus på information och motivation* (Jaatinen & Södergran, 2013). En föreläsning ska hållas åt vårdpersonalen på rådgivningen i Smedsby samt åt personalen på BB vid VCS.

Vårdarna, som alla arbetar med kvinnor, ska vid föreläsningstillfället få information och motivation till att själva informera kvinnor om bäckenbottenträning samt att motivera dem. Respondenterna hoppas att föreläsningstillfällena ska väcka vårdarnas intresse och leda till att bäckenbottenträning tas upp till diskussion mer framöver.

Språk: svenska Nyckelord: föreläsning, bäckenbottenträning, information, motivation

EXPERT KNOWLEDGE IN MIDWIFERY

Author: Laura Jaatinen & Linda Södergran
Degree Programme: Health Care, Vaasa
Specialization: Midwifery
Supervisor: Eva Matintupa
Title: A lecture based on a bachelors thesis
Women and pelvic floor muscle exercises. A
theoretical study with focus on information
and motivation.

Date	15.11.2013	Number of pages	23	Appendices	3
------	------------	-----------------	----	------------	---

Summary

The purpose of this project is to provide information, in a convenient and concise way, to midwives, health care nurses and practical nurses working with mothers and newborns. This information consists of new research results to help them improve their information to women about pelvic floor exercises in their daily work and to get women motivated to exercise.

The respondents aim with this project is to inform about the results of the study *Women and pelvic floor muscle exercises. A theoretical study with focus on information and motivation* (Jaatinen & Södergran, 2013). A lecture is provided for the personnel at Sepänkylä health care center as well as for the personnel working on a childrens' ward at Vaasa central hospital.

Health care personnel working with women will during the lecture find information and motivation for their own information to women regarding pelvic floor exercises and motivation for these. The respondents expect the lectures to awaken the interest of the personnel and lead to open discussions about pelvic muscle exercises more often in the future.

Language: Swedish

Key words: lecture, pelvic floor muscle exercises,
information, motivation

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Syfte	2
3	Att hålla en föreläsning	2
4	Målgruppsanalys	4
5	Praktiskt genomförande	5
6	Utvärdering	5

Källor

Bilagor

1 Inledning

Examensarbetet *Kvinnor och bäckenbottenbottenträning. En teoretisk studie med fokus på information och motivation.* (Jaatinen & Södergran, 2013) är ett beställningsarbete från Korsholms HVC. Beställaren är Harriet Jansson och från början var det meningen att skribenterna skulle göra en broschyr om bäckenbottenträning som kunde delas ut åt de kvinnor som besöker Korsholms HVC.

Resultatet visade att det oftast är hälsovårdspersonalen som ger kvinnor information om bäckenbottenträning. Ofta sker det i samband med graviditet och förlossning. Det kom tydligt fram att när kvinnor får information om bäckenbottenträning är den ofta bristfällig eller så finns det problem i förståelsen av den. Även kvinnornas medgörlighet till träning ställer ofta till problem. En broschyr om bäckenbottenträning som en kvinna får i handen är ofta otillräcklig – den blir oläst, missuppfattad eller så förmår kvinnan inte att utföra en korrekt kontraktion av bäckenbottenmuskulaturen.

Snarare krävs det individuell handledning och att vårdaren försäkras om att kvinnan har förstått informationen och kan utföra en kontraktion av bäckenbottenmusklerna. En vårdare borde ta upp ämnet, erbjuda öppet klimat att diskutera i samt vid behov ge handgripliga råd och uppföljning. Det visade sig att barnmorskor och sjukskötare är de yrkesmänniskor som kvinnorna föredrar att få denna information av. Kvinnornas egna förväntningar och tilltro är viktiga i sökandet efter motivation till bäckenbottenträning. Hälsoproblem som urininkontinens samt förbättring eller symtomlindring när man utfört bäckenbottenträning är motivationskällor. Individuell vårdplanering och uppföljning är viktiga redskap. Även utbildning och ekonomi har betydelse för motivationen.

Skribenterna vill att resultat i sin helhet når hälsovårdcentralens personal och tror att en föreläsning är bästa sättet att erbjuda den. Skribenterna önskar också att det under och efter föreläsningen väcks intressanta diskussioner inom ämnet och att nya idéer föds och delas med kollegor.

En annan arbetsgemenskap som skribenterna tänker kan ha stor nytta av att få höra föreläsningen är de barnmorskor och barnskötare som arbetar på BB-avdelningen vid Vasa Centralsjukhus. Personalen där har även muntligt visat sitt intresse för sådan föreläsning under examensarbetets gång.

2 Syfte

Syftet med detta utvecklingsarbete är att på ett trevligt och koncist sätt erbjuda barnmorskor, hälsovårdare och barnskötare nya forskningsresultat som hjälper dem förbättra sättet de informerar kvinnor varje dag i sitt arbete i bäckenbottenträning och att få kvinnor motiverade till denna träning.

3 Att hålla en föreläsning

Vill man lyckas och hålla en bra föreläsning krävs det att man har förberett sig bra och också analyserat målgruppen. Dessutom bör man ha ett tydligt definierat ämne. Att tiden och platsen är den rätta påverkar också resultatet. (Fällman 2011, s.61).

När det gäller föreläsningar (professionella presentationer, lektioner, utbildningar) kan man poängtera tre olika faser; planering, genomförande och utvärdering. Under planeringsfasen är det för det första viktigt att klargöra vad som är syftet med presentationen. Vidare ska man skaffa information om målgruppen och på basen av den anpassa presentationens innehåll och nivån på språket. Dessutom är det bra om man på förhand bekantar sig med platsen där presentationen ska hållas samt de tekniska hjälpmedel som finns där. (Dahlkwist 2012, s.264)

När det gäller en föreläsning är speciellt inledningen och avslutningen viktiga. Dessa ska man förbereda noga. Det första intrycket är ofta bestående och man får ingen andra chans. Man ska tänka på sitt kroppsspråk, ansiktsuttryck, rörelser och hållning samt rösten. Ett leende är aldrig fel. (Fällman 2011, s.36-37) Om den som talar inför publik känner obehag märks detta genom de signaler man utan att tänka på det sänder ut i sitt kroppsspråk. Är man medveten om dessa signaler kan man arbeta bort dem. (Fällman 1996, s.25)

Håll koll på händer och fötter, ha ögonkontakt med publiken. Tänk på ansiktsuttrycket och rösten. Variera röststyrkan, var inte rädd för pauser och undvik hummande och harklingar. Växla tempo och låt ditt engagemang höras. Stå rak i ryggen och avslappnad i axlarna. Kläderna ska anpassas efter tillfället och bör vara bekväma. En neutral och välvårdad

klädsel kommer man långt med. (Fällman 1996, s.27-31)

Om man vill inge förtroende är det viktigt att man är både kunnig och intresserad av det som man föreläser om. Man ska ge ett ärligt intryck, vara intresserad av sin publik samt försöka få de som lyssnar att känna sig sedda och respekterade. Det är alltid bra att använda sig av humor och känsla. Är man två personer som håller föreläsningen är det viktigt att allra först bestämma hur och i vilken ordning man ska prata. Det är bra att komplettera ifall den andre glömmer något, men att prata i mun på varandra ska man absolut undvika. När man är två personer som håller en föreläsning ger det stöd och trygghet. (Dahlkwist 2012, s.256)

Innan föreläsningen ska man noga planera och förbereda sig. Fundera över vad som kan tänkas väcka publikens intresse, tänk ut en intressant inledning och avslutning. Använd hjälpmedel som PowerPoint, skriv ner stolpar på små kort som numreras, håll ordning på anteckningarna. Innan föreläsningen är det bra att repetera och ta tid på hur länge framförandet tar. Att vara väl förberedd inför framförandet minskar nervositeten och ökar självförtroendet. (Dimbleby & Burton 1999, s.246-247)

I vår föreläsning ska vi använda oss av en PowerPoint - presentation. Använder man sig av en PowerPoint- presentation är det viktigt att skriva med stora bokstäver och att ha ett tydligt typsnitt. Man ska inte välja färgkombinationer som är otydliga och svårlästa. På en bild ska man använda max 2–3 olika färger. (Dahlkwist 2012, s.258 – 259). Färgerna har ett eget budskap som de meddelar, till exempel gul är en färg för glädje, dynamik och ljus. (Pruuki 2008, s.123). En lättolkad och tydlig bild är att föredra framför ett oroligt bakgrundsmönster. Före föreläsningen ska man testa hur lätt det går att läsa texten. På varje bild ska man ha korta, men informativa punkter; som mest 6-8 rader per bild.

Då man håller föreläsningen ska man titta på publiken. Man ska försöka att inte prata hela tiden, våga hålla pauser så att budskapet understryks. Klargör för publiken när det är lämpligt att ställa frågor. Före föreläsningen ska man dela ut kopior av PowerPoint - presentationen med utrymme för egna anteckningar åt publiken. Utrymmet man håller föreläsningen i ska inte mörkläggas totalt eftersom det både försvårar publikkontakten samt kan leda till ointresse och trötthet bland åhörarna. Dessutom blir det svårt att anteckna i mörker.

Att tänka på är att en extravagant PowerPoint ändå inte uppväger ifall innehållet i presentationen är ointressant eller dåligt. (Dahlkwist 2012, s.258 – 259). En bild skapar stämning för lärandet och hjälper med att få åhörarna att dela egna erfarenheter. (Pruuki 2008, s.118)

4 Målgruppsanalys

Innan man ska hålla en föreläsning är det viktigt att man på förhand vet vem som kommer att lyssna och hur de kommer att kunna tolka det som sägs. Speciellt när man ska prata inför en grupp av människor, större eller mindre, är det ännu viktigare eftersom man då inte kan se deras ansiktsuttryck och andra signaler lika tydligt. När man förbereder sig inför en föreläsning är det viktigt att man tar reda på vilka förkunskaper och ett hurudant intresse åhörarna har gällande det man ska prata om.

När man gör sin målgruppsanalys ska man enligt Fällman (Fällman 2011, s.34 – 35) se på följande: förväntningar, attityder, motivation och nytta. Vilka förväntningar har åhörarna på föreläsningen? Är området bekant för dem, är de erfarna eller till och med experter på det? Är tanken att de ska få ny kunskap eller bara få den kunskap de redan har bekräftad? Kommer de på föreläsningen frivilligt eller är det obligatoriskt? Vad har de för attityd för ämnet som tas upp? Är de intresserade för att de vill lära sig något nytt och utvecklas? Vad motiverar dem att lyssna på föreläsningen? Får de mer kunskap, blir mer intresserade, lär sig nya saker eller får nya perspektiv? Och vad är nyttan för dem; att lära sig något nytt och att fördjupa sina kunskaper eller bara att klara sig igenom en tent?

Ser man på alla dessa faktorer är det troligare att man lyckas med sin föreläsning, att man inspirerar åhörarna. Man kan ha som mål att åhörarna ska lära sig något nytt, få sådant de redan vet bekräftat ur en annan synvinkel samt ha trevligt under tiden. Ju mer man vet om åhörarnas förväntningar desto lättare är det att förbereda föreläsningen.

(Fällman 2011, s.34 – 35).

5 Praktiskt genomförande

Skribenterna har läst på om undervisningstillfällen som är ett sätt att förmedla information och lära människor nya saker. Forskningsresultaten från examensarbetet har formulerats till ett 20 minuters undervisningstillfälle och en PowerPoint - presentation har gjorts för att ta upp den centrala informationen samt underlätta för åhörarna. De som deltar i föreläsningen får också en utprintad version av vår PowerPoint där de kan göra egna anteckningar. Åhörarna erbjuds möjlighet att avbryta och diskutera under och efter föreläsningen.

En plan för undervisningstillfället skrivs skilt för båda tillfällena. Åhörarnas antal, utbildning, arbetsplats tas i beaktande och en tidtabell planeras noggrant. Beställaren av examensarbetet kontaktas personligen och avdelningsskötaren på BB per e-post för att bestämma en bra tidpunkt för föreläsningarna. En kritisk granskning av resultaten av båda föreläsningstillfällena görs skilt efteråt och en diskussion skrivs på hur skribenterna har lyckats med föreläsningen, om någonting kunde ha gjorts annorlunda och förekomsten av utvecklingsmöjligheter rapporteras.

6 Utvärdering

Undervisningstillfället genomfördes som planerat den 8. oktober på HVC i Korsholm och på BB-avdelningen vid VCS. I Korsholm deltog fem personer i föreläsningen. Ännu flera hade visat sitt intresse men hade tyvärr patientbesök bokade samma tid. Åhörarna arbetar inom familjeplaneringen och mödrarådgivningen och är barnmorska/hälsovårdare, hälsovårdare och fysioterapeut. Också en hälsovårdarstuderande var närvarande vid tillfället. På BB lyssnade nio barnmorskor och tre barnmorskestuderande på föreläsningen. Skribenterna upplever att intresset för vår föreläsning var stort – alla som hade möjlighet att delta gjorde det. Detta visar att de är intresserade av att uppdatera sig i ämnet.

Vi började med att presentera oss och kort berätta om vårt examensarbete som föreläsningen baserar sig på. Nästan alla åhörare var bekanta för oss från förr och känner varandra mycket väl. Dessa faktorer gjorde att stämningen var mycket avslappnad och att hålla föreläsningen kändes bekvämt. Vi väntade på att få kommentarer.

Som hjälpmedel för föreläsningen hade vi förberett en Power Point presentation som visades med den utrustning som fanns tillgänglig på respektive plats.

Vi hade även kopierat upp ett häfte med presentationen i korthet åt åhörarna. Vi pratade fritt inom ämnet turvis och ställde också frågor åt åhörarna. Materialet som vi hade förberett fungerade bra liksom utrustningen och föreläsningen löpte enligt planeringen.

Vårt övergripande mål med föreläsningen var att på ett trevligt och koncist sätt erbjuda barnmorskor, hälsovårdare och barnskötare nya forskningsresultat som kan hjälpa dem att förbättra sättet som de informerar kvinnor om bäckenbottenträning på samt hjälpa dem att få kvinnor motiverade till denna träning. Vi upplever att vi genom föreläsningen betonade informationens och motiveringens betydelse då det gäller kvinnors kunskap om och följsamhet till bäckenbottenträning.

Vi försökte få balans mellan utmaningar och positiva aspekter. Vi uppmuntrade åhörarna till att reflektera och avbryta föreläsningen när som helst. Alla verkade vara mycket intresserade och inspirerade. Vid båda tillfällena blev det många livliga diskussioner. Åhörarna ställde frågor och berättade om egna erfarenheter. Praktiska råd hur man brukar gå till väga när man ger råd till klienter utdelades till andra. Det blev även för oss blivande barnmorskor väldigt lärorikt. De kognitiva och affektiva målen för föreläsningen blev nådda och alla parter var nöjda och hade fått lära sig nya saker.

På första föreläsningen vid HVC i Korsholm insåg personalen som deltog att bäckenbottenträning är någonting som de i fortsättningen ska prata mera om med kvinnorna. Med upprepning och påminnelse blir bäckenbottenövningarna rutin för kvinnorna precis som självundersökning av bröstet har blivit med tiden. En biofeedback - apparat och undersökning samt träning med hjälp av sådan diskuterades länge och tanken på att skaffa en biofeedback - apparat till Korsholms HVC väcktes.

Vid föreläsningen på BB kom personalen fram till att de ska försöka få en fysioterapeut att komma till avdelningen för att uppdatera alla barnmorskor om bäckenbottenträning. Fysioterapeuten kunde även prata med fler nyförlösta mammor, inte bara de med de svåraste rupturerna.

Barnmorskorna funderade också över möjligheten att med fysioterapeutens hjälp skaffa en film om bäckenbottenträning som kunde visas på videokanalen i patientrummen.

Barnsängsavdelnings barnmorskor var pratsamma och delade med sig av de sätt de informerar och motiverar kvinnorna. Alla var nöjda att få diskutera och få höra andras sätt att handleda – de berättade att de fick inspiration och handgripliga tips till det egna arbetet direkt! En barnmorska visade en praktisk ställning och övning som man kan använda när man ska lära en kvinna att utföra korrekta kontraktioner av bäckenbottenmusklerna. På båda ställena planerar personalen på att börja satsa mera på bäckenbottenträning som en följd av vår föreläsning.

Tidsplanering vad det gällde vår del höll bra, vi behövde inte hasta oss genom materialet, men diskussioner pågick längre på båda ställena. På Korsholms HVC tog hela föreläsningen inklusive livliga diskussioner 45 minuter och på BB 35 minuter. Alla parter var väldigt nöjda efter föreläsningen och vi blev tackade för att vi kommit och föreläst om detta viktiga ämne som det inte alltid pratas tillräckligt om.

Det var en mycket bra övning för oss blivande barnmorskor att hålla en föreläsning. I vårt blivande arbete, var än det blir, kommer vi att behöva kunskaper och vana att presentera forskningsresultat och att handleda. Det är alltid spännande att stå framför publik och prata och det är någonting man endast lär sig och utvecklas i genom att göra det. Vi upplever att vår föreläsning med möjligheter till diskussioner hela tiden i samband med en Power Point - presentation gjorde föreläsningstillfället varierande och intressant. Den livliga diskussionen - tack vare publiken - främjade intresset och höjde stämningen väldigt mycket! Förstås finns det alltid saker att förbättras i, till exempel att noggrannare kontrollera att inte det lämnas skrivfel i materialet samt att klara av att avsluta föreläsningen på ett bra sätt för att hålla tidtabellen bättre.

På Korsholms HVC var det inget problem även om föreläsningen drog ut lite på tiden, men på BB fortsatte personalen ännu med ett möte efter vår föreläsning. Vi tycker att materialet som åhörarna fick var mycket bra. Vi fick bra erfarenhet av undervisningstillfället. Det är alltid nyttigt att öva sig i talandet inför publik. Speciellt roligt är det att vår föreläsning väckte tankar hos barnmorskorna och förhoppningsvis kommer att leda till en förbättring när det gäller den information som ges till kvinnor gällande bäckenbottenträning.

Källor

Dahlkwist, M. (2012) *Kommunikation*. Stockholm: Liber

Dimbleby, R. & Burton, G. (1999) *Kommunikation är mer än bara ord*. Lund: Studentlitteratur.

Fällman, B. (2011) *Retorik för föreläsare*. Lund: Studentlitteratur.

Fällman, B. (1996) *Tala och engagera. Populär presentationsteknik*. Lund: Studentlitteratur.

Jaatinen, L. & Södergran, L. (2013) *Kvinnor och bäckenbottenträning. En teoretisk studie med fokus på information och motivation*.

Pruuki, L. (2008) *Ilo opettaa*. Helsinki: Edita publishing Oy.

Bilaga 1

Planering av föreläsningen

Studerande: Laura Jaatinen & Linda Södergran

Datum och tid: 8.10.2013

Föreläsning 1 kl. 12.00: Korsholms HVC: hälsovårdare och barnmorskor

Föreläsning 2 kl. 14.00: BB, VCS: barnmorskor och barnskötare

Tema: Kvinnor och bäckenbottenträning, information och motivation.

Målgruppsanalys

Viktiga faktorer hos edukanderna

- Utbildade professionella som arbetar med gravida och förlösta i Korsholms HVC
- Utbildade professionella som arbetar med förlösta och gravida på BB, VCS
- Kan både svenska och finska

Datainsamlingsmetoder

- Examensarbetet Kvinnor och bäckenbottenträning. En teoretisk studie om information och motivation. (Jaatinen & Södergran, 2013)
- Litteratur som använts för skrivandet av teori om undervisningstillfället

Konsekvenser för undervisningstillfället

- Föreläsning på svenska
- Fokus på BBT och gravida på Korsholms HVC
- Fokus på BBT och förlösta på BB, VCS
- Åhörarna är professionella, arbetar tillsammans, känner varandra och är bekväma i gruppen
- Åhörarna är utbildade inom vården, har goda förhandskunskaper inom ämnet – arbetar med ämnet dagligen, men kanske saknar verktyg och nya idéer
- Diskussion väcks och idéer byts mellan åhörarna och föreläsare

Målanalys

Övergripande mål för föreläsningen

Syftet med detta undervisningstillfälle/föreläsning är att på ett trevligt och koncist sätt erbjuda barnmorskor, hälsovårdare och barnskötare nya forskningsresultat som hjälper dem förbättra sättet de informerar kvinnor varje dag i sitt arbete om bäckenbottenträning och få kvinnor motiverade till denna träning.

Kognitiva och affektiva mål

Kognitiva mål	Affektiva mål
Edukanderna ska känna till ny forskningsresultat om informering och motivering av kvinnor i BBT.	Edukanderna tar till sig informationen och intresse väcks hos dem för att använda det för att förbättra sitt dagliga arbete samt att själva söka vidare information.
Edukanderna ska förstå vikten av att förbättra information och motivera kvinnor i BBT i de olika faserna i livet.	Edukanderna ska få en realistisk uppfattning om hur kvinnor är informerade och motiverade i BBT och att kunna utveckla dessa i det egna arbetet.
	Stärka och väcka edukandernas vilja för att diskutera saker angående BBT för kvinnor i olika faser i livet.

Stoffstrukturering

Struktur	Metod	Tid
<ul style="list-style-type: none">Hälsar alla välkomna och presenterar oss samt introducerar ämnet och uppmuntrar till kommunikation under föreläsningen	Presentation	3 min
<ul style="list-style-type: none">Genomgång av faktamaterial: Bakgrund Examensarbete Resultat	Föreläsning + powerpoint	5 min 5+5min
<ul style="list-style-type: none">Avslutning samt uppmuntran till kommunikation	Diskussion	2min

Föreläsningsmaterial

Samma PowerPoint används båda föreläsningstillfällena, men beroende på vilken grupp betonas olika saker. Åt personalen vid BB är det intressantare hur man informerar och motiverar en nyförlöst kvinna att träna sina bäckenbottenmuskler. För personalen vid mödrarådgivningen är det intressantare diskutera hur man på bästa sätt kan ge information åt gravida.

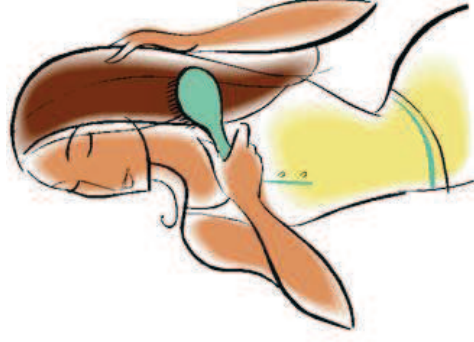
Bilaga 2

Utprintat material åt åhörarna

Bilaga 3

PowerPoint presentation

Kvinnor & bäckenbottenträning



Information & motivation

Om oss

Laura & Linda

Studerar på
Yrkehögskolan Novia

Färdiga barnmorskor
julen 2013

Flerbarnsmammor



Vårt examensarbete

Kvinnor och bäckenbottenträning.
En teoretisk studie med fokus på
information och motivation. (2013)

Litteraturstudie – 30 vetenskapligt
granskade artiklar

Innehållsanalys



Syfte & frågeställning



Att beskriva den information som ges åt kvinnor angående bäckenbottenträning

Hur bäst motivera kvinnor till bäckenbottenträning?

Finna svar som leder till **förbättrad information och vård**

Vårt resultat

Två huvudkategorier:

Information

Motivation

Flera underkategorier



Vårt resultat

Underkategorier om information

- Vårdpersonal informerar
- Bristfällig information
- Information i samband med graviditet
- Föståelse av informationen
- Medgörlighet

Vårt resultat

Underkategorier om motivation

- Egna förväntningar och tilltro
- Problem
- Förbättring och symtomlindring
- Individuell vårdplanering och uppföljning
- Ålder, utbildning & ekonomi

Vårdpersonal informerar:

- **Oftast sjukskötare** som informerar kvinnor om BBT och då i samband med inkontinens
- Viktigt att alla vårdare har **tillräckligt med kunskap** och kan hänvisa vidare
- **Barnmorskor bra lämpade** att hitta kvinnor med problem. Fråga! Läcker du urin någongång?
- Sjukvårdare inom **öppna vården** – nyckelroll – bedöma tillstånd, enkla test, ansvara för grundvård
- **Fysioterapeuter** – specialutbildning kunde ge ödvändig kunskap om BBT
- Vårdarna behöver **tillräckligt med tid**, kunna lyssna och intervjua, känna till terminologin – finns inga standardiserade verktyg

Bristfällig information

- **Brist på information** största orsaken till utebliven träning
- Långsiktiga råd och rekommendationer saknas
- Vårdpersonalen har **begränsad kunskap** – bör uppdatera sina kunskaper
- **Muntlig & skriftlig information räcker ej** för att avgöra om BBT utförs på ett korrekt sätt – vaginal undersökning behövs
- Vårdpersonalen **informerar inte tillräckligt**
- **Undermålig information** gällande urininkontinens – patienterna som tar upp ämnet
- Urininkontinenta föredrar att prata med sjukskötare och barnmorskor – privat ämne
- Broschyrer och självutförda övningar inte effektiva
- Träning under uppsikt bättre

Information i samband med graviditet

- Kvinnor får oftast information om BBT efter en förlossning
- Även unga, hårt idrottande kvinnor bör få info – risk för inkontinens
- BBT bör tas upp på **mödrarådgivningen**
- Kvinnor bör informeras om **risken för urininkontinens** efter en graviditet
- Man bör **utveckla och koordinera vården** när det gäller att informera gravida och kvinnor postpartum om urininkontinens och bäckenbottenträning

Förståelse av informationen

- **Sättet** på vilket man ger information – viktigt!
- **Individualiserad träning** med biofeedback, minneshjälp och övningsdagbok påverkar positivt
- Korrekta kontraktioner kräver **noggrann träning med lämplig övervakning** och feedback

Medgörlighet

- **Informationen** bör vara **realistisk**; 15 – 20 veckor av BBT nödvändig för att uppnå god effekt
- **Vaginal undersökning** -> feedback och uppmuntran
- Lära kvinnan att undersöka sig själv
- Alla vuxna kvinnor bör **träna** sina **BBM livet ut** -> minskad risk för inkontinens senare
- Upp till 50% av kvinnorna med problem **drar sig för att söka hjälp**
- **Kunskap påverkar** om kvinnan tränar eller ej
- Kvinnor **mer mottagliga** för hälsobudskap under graviditet
- **Få kvinnor motiverade** att delta i undervisning om BBT/träna själva under graviditeten i tillräcklig utsträckning -> **mer forskning** om följsamhet **behövs**

Egna förväntningar och tilltro

- **Egen tilltro** att kunna träna, göra livsstilsförändring, främja sin hälsa &

förebygga problem skapar och **upprätthåller motivation**

- Kostnad-nytta avvägande
- **Ingen kan tvingas!**
- Medvetenheten av egenvård finns

Problem

- **Bristfällig information/förståelse** av information -> saknad av motivation t.ex. kvinnor förstår inte att BBT ska fortsättas med hela livet
- Brist av medvetenhet om sin bäckenbotten
- **Livstilsfaktorer** hindrar t.ex. tidsbrist, trötthet
- Prevention svårförståeligt, **svårt att se samband** med BBT och förhindrad inkontinens
- **Felaktiga uppfattningar** t.ex. att urininkontinens är normal tillstånd efter graviditet & förlossning
- Uppkomsten av **hälsoproblem/symtom** t.ex. urininkontinens **motiverar**

Hur ska vårdpersonalen hitta på sätt att motivera kvinnor till preventiv BBT?

Förbättring och symtomlindring

- Att nå **resultat motiverar**: lindring av symtom eller att symtom försvinner motiverar mycket
- Förbättrad livskvalitet följer
- **Bio-feedback** bra för mätning (även när kvinnor ska läras BBT)
- BBT till nytta mot andra dysfunktioner än endast urininkontinens
- BBT associeras **positivt** med de flesta **sexuella funktioner**

Individuell vårdplanering och uppföljning

- **Stöd och råd** gör att kvinnorna försöker sitt bästa
- **Övervakad träning** med uppföljning bra och motiverande träningsform
- **Individuella tips** t.ex att länka BBT med tandborstning eller tv-tittandet minimerar hinder
- **Påminnelse** (t.ex. kylskåpsmagneter, textmeddelanden) **befrämjar** långtidsdeltagande i BBT
- **Barnmorskans roll** ofta hälsofostrande
 - > hälsofrämjande

Ålder, utbildning & ekonomi

- Medelålderskvinnor som sökt vård för urininkontinens – bra motivation
- Kvinnor i **fruktsam ålder har mindre motivation** än menopausala kvinnor
- Kunskap om bäckenbottenträning och inkontinens + samband mellan dessa två väckte inte motivation hos förstföderskor postpartum
- Högutbildade med bättre ekonomisk situation verkade ha större motivation att ta brochyr om BBT, vårda sin urininkontinens med BBT och delta i undersökning med uppföljning

Information

- Oftast vårdpersonal som informerar
- **Uppdatering av kunskaper** hos vårdpersonal behövs
- Kvinnorna önskar att **vårdpersonalen tar upp ämnet** till diskussion
- **Brist på information** största orsaken till att kvinnor inte tränar

Motivation

- Grundas på **egna förväntningar och tilltro**
- Förstärks vid hälsoproblem
- **Förbättring motiverar!**
- **Individuell vårdplanering** och uppföljning upprätthåller

Utvärdering och feedback



Tack!