

FYSIOTERAPI EFTER OBSTETRISK ANALSFINKTERRUPTUR - ”JAG TRODDE DET VAR KÖRT MEN MÖTET MED FYSIOTERAPEUTEN GAV MIG HOPP”

En kvalitativ intervjustudie om att hantera sin skada i sitt dagliga liv

ANNICA NORDFELDT

EMMA SVENSSON

Huvudområde: Fysioterapi

Nivå: Grundnivå

Högskolepoäng: 15hp

Program: Fysioterapeutprogrammet

Kursnamn: Fysioterapi: Examensarbete med inriktning mot beteendemedicin

Kurskod: FYS010

Handledare: Caroline Eklund

Examinator: Eva Denison

Seminariedatum: 2020-02-14

Betygsdatum: 2020-03-11

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Drygt 3% av förlossningsskador vid vaginal födsel involverar analsfinktern. Dessa skador kan ge allvarliga fysiska och psykologiska konsekvenser, däribland smärta, urin- och analinkontinens, skam och ångest. Vid långvarig problematik rekommenderas livsstilsanpassning framför kirurgiska insatser. Fysioterapi har en viktig roll i rehabiliteringen av dessa skador, dock är evidensen för fysioterapeutiska insatser svag. Med ett beteendemedicinskt arbetssätt använder fysioterapeuter många teoretiska ramverk för att påverka patienters aktivitet och delaktighet.

Syfte: Att studera kvinnors upplevelser av hur fysioterapi hjälpt dem hantera sin skada i sitt dagliga liv efter obstetrisk analsfinkterruptur.

Metod: Sju informanter som erhållit fysioterapi för besvär efter obstetrisk analsfinkterruptur rekryterades och intervjuades enligt en semistrukturerad intervjuguide. Materialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Resultat: Analysen resulterade i sex kategorier: *”genom att bli tagen på allvar”*, *”genom ökad förståelse för skadan”*, *”genom verktyg att påverka sin skada”*, *”genom råd och stöttning att anpassa livet”* och *”genom att erbjuda uppföljning”*.

Slutsats: Resultatet i denna studie visar att informanterna upplevt det som väsentligt att träffa en fysioterapeut för att få hjälp att hantera sin skada i sitt dagliga liv, genom stöd till hälsorelaterade beteendeförändringar.

Nyckelord: Analinkontinens, beteendemedicin, coping, fysioterapi.

ABSTRACT

Background: Over 3% of injuries in vaginal births result in anal sphincter injury. This trauma can result in serious physical and psychological consequences, such as pain, urine and fecal incontinence, shame and anxiety. Lifestyle adjustments are preferred as treatment over surgery in cases including long term problems. Physiotherapy has an important role in rehabilitating these injuries, although scientific support for physiotherapeutic intervention is weak. Through behavioral interventions physiotherapists can increase activity and participation in these patients.

Aim: To study women's experiences of how physiotherapy has supported in coping with obstetric anal sphincter injuries [OASIS] in everyday life.

Method: Seven informants who had underwent physiotherapy for problems associated with OASIS were recruited and interviewed using a semi structured interview guide. The material was analyzed using qualitative content analysis according to Graneheim and Lundman (2004).

Results: The analysis resulted in six categories: *“through taking me seriously”*, *“through better understanding the injury”*, *“by ways of affecting my injury”*, *“by supporting lifestyle adjustments”* and *“by offering follow up”*.

Conclusions: The results of this study show that meeting a physiotherapist has been vital to cope with the injury in everyday life for the informants, by receiving support to health related behavior changes.

Key words: Anal incontinence, behavioral medicine, coping, physiotherapy.

INNEHÅLL

1	BAKGRUND	1
1.1	Obstetrisk analsfinkterruptur	1
1.1.1	<i>Anatomi och normal funktion</i>	1
1.1.2	<i>Gradering av bristningar under förlossning</i>	1
1.1.3	<i>Riskfaktorer</i>	2
1.1.4	<i>Dysfunktion</i>	2
1.1.5	<i>Psykosociala konsekvenser</i>	2
1.2	Behandling och rehabilitering	2
1.3	Beteendemedicin inom fysioterapi	3
1.3.1	<i>Transaktionell modell om stress och coping</i>	4
2	PROBLEMFÖRMULERING	5
3	SYFTE	5
4	METOD OCH MATERIAL	5
4.1	Design	5
4.2	Urval	6
4.2.1	<i>Inklusionskriterier</i>	6
4.2.2	<i>Exklusionskriterier</i>	6
4.3	Datinsamling	6
4.4	Tillvägagångssätt	7
4.5	Dataanalys	7
4.6	Etiska överväganden	8
5	RESULTAT	9
5.1	Genom att bli tagen på allvar	10
5.2	Genom ökad förståelse för skadan	11
5.2.1	<i>Tydlig information om skadan</i>	11
5.2.2	<i>Med hjälp av en bra undersökning</i>	11
5.2.3	<i>Gett hopp om att det finns något att göra åt skadan</i>	12

5.2.4	<i>Gett stöd att söka vidare vård</i>	12
5.3	Genom verktyg att påverka sin skada	13
5.4	Genom råd och stöttning för anpassning av livet	13
5.5	Genom att erbjuda uppföljning	14
5.5.1	<i>Gav motivation till att fortsätta träna</i>	14
5.5.2	<i>Fel uppföljning hjälpte inte</i>	14
6	DISKUSSION	15
6.1	Resultatdiskussion	15
6.2	Metoddiskussion	19
6.3	Etikdiskussion	22
7	SLUTSATSER	23
8	KLINISK BETYDELSE OCH FORTSATT FORSKNING	23
	REFERENSLISTA	24
	BILAGA A	
	BILAGA B	
	BILAGA C	

1 BAKGRUND

Vid vaginal förlossning är det vanligt att förlossningsskador av någon grad uppstår, varav drygt 3% drabbas av skador som även innefattar analsfinktern. Fysioterapeutens specialkunskap om muskelanatomik, muskeluthållighet och -tonus samt träningslära har en viktig roll i vården av bäckenbottensskador (Arkel, Neymark Bachmeier, Rikner, Rydhög & Torell, 2013). Beteendemedicinskt inriktad fysioterapi möjliggör även rehabilitering i syfte att öka aktivitet och delaktighet (Denison & Åsenlöf, 2012), vilket kan vara viktigt i rehabiliteringen av dessa skador.

1.1 Obstetrisk analsfinkterruptur

1.1.1 *Anatomi och normal funktion*

Muskulaturen i bäckenbotten består av skelettmuskulatur som främst arbetar excentriskt för att motverka ett ökat buktryck samt hålla urin, gas och avföring (Arkel et al., 2013).

Diafragma pelvis är en tunn trattformad muskel (Feneis & Dauber, 2006) som består bland annat av m. levator ani, m. coccygeus och den yttre analsfinktern (Arkel et al, 2013). Som stärkande struktur agerar diafragma urogenitale som är ett muskulärt membran (Raizada & Mittal, 2008).

Muskellagret perforeras av urinröret, anus och vagina och mellan vagina och anus finns perineum (Feneis & Dauber, 2006). Urinröret har en inre muskulär sfinkter som kontraherar och dilaterar genom icke-viljemässiga reaktioner. Urinröret har vid sin passage genom den urogenitala diafragman en extern muskulär sfinkter som kan kontrolleras med hjälp av viljan, den är normalt kontraherad. För att urin ska kunna släppas behöver sfinktern dilatera viljemässigt (Martini, Nath & Bartholomew 2015).

Ändtarmen består av rektum, analkanal och anus. Även ändtarmen har en inre icke-viljemässig och en yttre viljestyrd muskulär sfinkter som finns precis ovanför anus där den yttre sfinktern omsluter den inre till viss del. För att avföringen ska släppas krävs det en viljemässig dilation av den yttre sfinktern (Martini et al, 2015).

1.1.2 *Gradering av bristningar under förlossning*

Skador i bäckenbotten i samband med förlossning graderas mellan 1-4 beroende på skadans omfattning. Grad 1 innebär skador på hud och den vaginala slemhinnan. Grad 2 inkluderar skador på vaginalväggen och/eller perianala muskelfästen. Grad 3 innebär skador eller ruptur av den externa och interna analsfinktern. Grad 4 definieras som en total

analsfinkterruptur inklusive skador på analslemhinnan. På grund av inblandningen av analsfinktrarna är det bristningar av grad 3-4 som omfattas av begreppet obstetrisk analsfinkterruptur (Pihl, 2014). Socialstyrelsen (2018) rapporterar att vid vaginal födsel uppstår förlossningsskador av grad 2 hos 40% och drygt 3% drabbas av grad 3 eller 4. Bristningar grad 3 och 4 identifieras som allvarligast, med störst risk för långsiktiga komplikationer.

1.1.3 Riskfaktorer

Riskfaktorer för att drabbas av obstetrisk analsfinkterruptur är att vara förstföderska, att ha blivit könsstympad, instrumentell förlossning, det vill säga användande av tång eller sugklocka, hög födelsevikt hos barnet och en avvikande position av barnets huvud i utdrivningen (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2016a). Andra faktorer som kan öka risken för ruptur är kvinnans kroppsposition vid födseln, klipp i mellangården (SBU, 2016a) och risken ökar med högre ålder (Uustal, 2018).

1.1.4 Dysfunktion

Vid skador på muskulaturen kan problematik gällande den sexuella funktionen, smärta samt förmåga att hålla både urin och avföring uppstå (Martini et al, 2015; Arkel et al, 2013; Harvey & Pierce, 2015). Martini et al (2015) beskriver att vid ett ökat buktryck så som träning, hostning eller nysning kan det vara svårt att hålla urin, avföring och gas. Harvey och Pierce (2015) uppger även att smärta kan uppstå vid rupturer vilket i sin tur kan leda till sexuell dysfunktion, urin- och analinkontinens samt en långsiktig förändrad sexuell funktion. Skador på analsfinktern ofta ger långsiktiga besvär såsom analinkontinens, fläckar i underkläder efter färgad vätska (soiling), snabbt uppkommet behov av att tömma tarmen (fekal urgency) samt ofrivilligt gasläpp (flatulens) (Harvey & Pierce, 2015).

1.1.5 Psykosociala konsekvenser

Skador efter förlossning leder inte enbart till fysiska konsekvenser utan kan även påverka kvinnors psykologiska välmående och sociala liv. Skadorna kan leda till känslor som skam, sorg, rädsla, minskad självkänsla, ångest och oro. Dessa känslor och fysiska besvär kan leda till isolering och en negativ inverkan på rollen som mamma och partner (Keighley et al, 2016). Lindqvist, Persson, Nilsson, Uustal och Lindberg (2018) gjorde en kvalitativ studie i syftet att undersöka svenska kvinnors erfarenhet två månader efter analsfinkterruptur. Kvinnorna upplevde svårigheter både med att själva söka hjälp och hitta rätt vårdinstans, dessutom upplevde de att de inte blev tagna på allvar och att deras besvär förminskades.

1.2 Behandling och rehabilitering

Direkt efter förlossning undersöks kvinnan för att upptäcka eventuella skador. Om ruptur konstateras behandlas skadorna först kirurgiskt, där skadade strukturer sutureras (SBU,

2016b). Efter detta sker ofta uppföljning hos läkare eller fysioterapeut efter 6-8 veckor för att inspektera läkning, undersöka känsel och funktion och fråga om kvarstående problematik som smärta, urininkontinens, ofrivillig flatulens, fekal urgency eller fekal inkontinens. Vid allvarlig kvarstående problematik kan ny kirurgi övervägas (Arkel et al., 2013). Den långsiktiga studien på effekten av denna sekundära reparation av Barbosa, Glavind-Kristensen, Moller Soerensen och Christensen (2020) visar att besvären kvarstår eller förvärras över tid för en stor andel kvinnor, vilket signifikant påverkar livskvaliteten i vardagen. Försök till upprepade kirurgiska insatser har visat sig snarare förvärra problematiken. Därför rekommenderas i första hand konservativa alternativ såsom fysioterapeutisk rehabilitering, livsstilsanpassning, kostråd och läkemedel för att hantera diarré och förstoppning (Barbosa et al, 2020).

Den vetenskapliga kunskapen om prevention och behandling av förlossningsskador och efterföljande besvär är bristfällig (SBU, 2016b). Trots detta kan fysioterapeuter med sin specialkunskap inom anatomi, muskel- och träningslära bidra med viktiga verktyg i rehabiliteringen efter en förlossningsskada (Arkel et al., 2013). I det fysioterapeutiska området är evidensen mycket osäker gällande effekten av behandlande åtgärder såsom bäckenbottenträning för denna patientgrupp (SBU, 2016a). Den fysioterapeutiska rehabiliteringen av dessa skador utgörs av information om bäckenbottens anatomi och funktion, skadan och läkningsprocessen. Genom att tydligt informera, muntligt och skriftligt, både vid ett första möte på BB och senare vid uppföljning skapar fysioterapeuten möjligheter för kvinnan att bättre förstå sin skada och dess konsekvenser (Arkel et al., 2013). Instruktion, uppföljning och kontroll av individanpassad bäckenbottenträning ingår även i rehabiliteringen. Bäckenbottenträningen efter en obstetrisk analsfinkterruptur innebär knipövningar för att bland annat öka muskelkontroll, -styrka och -funktion (Arkel et al., 2013). Bäckenbottenträning har visats ha god effekt för urininkontinens under och efter graviditet (Woodley, Boyle, Cody, Mørkved & Hay-Smith, 2017). Effekten av bäckenbottenträning vid analinkontinens för kvinnor med obstetrisk analsfinkterruptur är dock mycket osäker (Arkel et al., 2017; Woodley et al, 2017). Fysioterapeuten kan också bidra med anpassning av och uppmuntran till fysisk aktivitet i vardagen (Arkel et al., 2013).

1.3 Beteendemedicin inom fysioterapi

Beteende är allt vi gör, tänker och känner och kan delas in i yttre och inre beteenden (Ramnerö & Törneke, 2013). Yttre beteenden innefattar ageranden med kropp och språk som är observerbara medan inre beteenden består av tankar, känslor och tidigare erfarenheter (Ramnerö & Törneke, 2013). En människas beteende är situationsbundet och kan se olika ut beroende på omständigheter (Sarafino, 2004). Inom beteendemedicin bedrivs forskning för att ”förstå hur samspelet mellan biologiska, psykologiska, sociala och beteendemässiga faktorer påverkar hälsa och sjukdom” (Svensk beteendemedicinsk förening [SBF], u.å., stycke 2). Inom fysioterapi kan en beteendemedicinsk arbetsmodell användas som, liksom forskningen ämnar skapa förståelse för hur olika faktorer påverkar beteenden i förhållande till hälsa och sjukdom och hur fysioterapeuter kan arbeta för att främja hälsosamma beteendeförändringar (Denison & Åsenlöf, 2012). Arbetet baseras på synen på människan som helhet med

biologiska, psykologiska och sociala faktorer som påverkar beteenden. För att förstå och förklara detta används flera teoretiska ramverk inom disciplinen, bland annat den transaktionella modellen om stress och coping. Traditionellt sett har fysioterapi varit främst fokuserad på att behandla biomedicinska skador och problem genom rörelse, träning och manuella metoder. Trots att detta fortfarande är ett stort fokus har förhållningssättet vidgats till att även ta patientens aktivitet och delaktighet gällande sin livssituation i beaktning. Detta innebär i praktiken att patienten behöver få stöd till att genomgå en hälsorelaterad beteendeförändring för gynnsamt utfall av rehabiliteringen (Denison & Åsenlöf, 2012). Då fysioterapeutiska insatser för att påverka den biomedicinska skadan som uppstår vid analsfinkterruptur har bristande evidens (Arkel et al., 2017) kan det vara ytterst relevant att vidga perspektivet och även inkludera råd och stöttning för att förändra kvinnors beteenden i olika vardagliga situationer för att öka aktivitet och delaktighet i sina dagliga liv. Detta i enlighet med den beteendemedicinska modellen.

1.3.1 Transaktionell modell om stress och coping

Lazarus och Folkman (1987) beskriver i den transaktionella modellen om stress och coping hur tolkningen av en situation kan leda till en upplevelse av stress och skapa olika sätt att hantera situationen (coping). En situation tolkas alltid utifrån en rad person- och omgivningsfaktorer, vilket avgör om den upplevs stressande. Därefter sker en första värdering (primary appraisal) om den stressande situationen bedöms hotande eller inte. Om situationen upplevs som hotande sker också en andra värdering (secondary appraisal) där individen granskar sin förmåga och resurser att hantera den stressande situationen. Dessa överväganden ligger sedan till grund för individens copingstrategi (Lazarus & Folkman, 1987). Copingstrategier kan syfta till att hantera de känslor som situationen orsakar (emotionsfokuserad), eller att ta steg för att lösa problemet som orsakar stressen (problemfokuserad) (Tennen, Affleck, Armeli, & Carney, 2000). Roth och Cohen (1986) beskriver att copingstrategier kan vara aktiva eller undvikande, beroende på om individen aktivt försöker lösa situationen eller undviker den och förnekar dess allvarighet.

Uppkomsten av och att leva med en skada kommer i många fall att orsaka stress. Detta påverkar individens beteende, bland annat genom användning av copingstrategier (Ogden, 2012). Keighley et al (2016) beskriver i sin kvalitativa studie att kvinnor med analsfinkterruptur anpassar sitt beteende i sitt vardagliga liv för att hantera sina besvär. Exempel som framkommer är att planera aktiviteter utifrån tillgänglighet till en toalett, eller att söka emotionellt stöd hos anhöriga. En annan kvalitativ studie beskriver att kvinnors försök att hantera analinkontinens efter förlossningsskada till stor del upplevs handla om undvikande, förnekelse och uppoffringar i det dagliga livet (Tucker, Clifton, & Wilson, 2014). Arkel et al (2013) menar att fysioterapeutens specialkompetens är viktig för att hjälpa kvinnor förstå och hantera sin problematik.

2 PROBLEMFORMULERING

Trots att drygt 3% av kvinnor drabbas av obstetrisk analsfinkterruptur efter vaginal förlossning är det nuvarande forskningsläget gällande prevention och behandling bristfällig. Bäckebottenmuskulaturens främsta uppgift är att hålla urin, gas och avföring samt motverka buktryck. Skador på bäckenbotten kan leda till konsekvenser såsom urin- och analinkontinens, förändrad sexuell funktion och social isolering. Beteendemedicin använder ett flertal teoretiska ramverk för att förstå hur samspelet mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer påverkar en individs beteende, till exempel den transaktionella modellen om stress och coping. Inom fysioterapi kan den beteendemedicinska arbetsmodellen användas för att påverka inte bara patienters biologiska skada, utan även aktivitet och delaktighet. Kvalitativ forskning gällande kvinnors upplevelser av eftervården finns gällande vårdgivarna som helhet, dock är upplevelsen av specifikt fysioterapi mindre utforskat. Kvantitativ forskning om behandlingen av dessa skador hänvisar till livsstilsförändringar och fysioterapi när kirurgisk behandling inte längre hjälper. Ändå är evidensen för fysioterapeutisk behandling av allvarliga bäckenbottensskador bristande. Trots detta anses fysioterapeutens specialkunskap om anatomi, muskel- och träningslära ha en väsentlig roll i vården för att hjälpa kvinnorna hantera besvären. För att synliggöra hur fysioterapi kan hjälpa kvinnor med obstetrisk analsfinkterruptur att hantera sina besvär i sitt dagliga liv görs denna studie.

3 SYFTE

Studiens syfte är att studera kvinnors upplevelser av hur fysioterapi hjälpt dem att hantera sin skada i sitt dagliga liv efter obstetrisk analsfinkterruptur.

4 METOD OCH MATERIAL

4.1 Design

Designen är en deskriptiv kvalitativ intervjustudie (Carter & Lubinsky, 2016), med induktiv ansats då data samlats in och analyserats förutsättningslöst för att urskilja mönster, likheter och olikheter i informanternas berättelser (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017).

4.2 Urval

Sex informanter rekryterades genom annonsering på facebook samt instagramkonton och blogg inom ämnet fysioterapi och kvinnors hälsa. En deltagare rekryterades via en fysioterapeut som arbetar med förlossningsskador på ett sjukhus i Mellansverige. Urvalet kan beskrivas som ett ändamålsenligt snöbollsurval enligt Carter & Lubinsky (2016). Det syftade till att hitta kvinnor med olika bakgrund och erfarenhet som kunde beskriva sin upplevelse för att skapa en mångfacetterad bild (Graneheim & Lundman, 2004).

Informanterna som deltog i studien är 30-40 år gamla och bosatta på olika orter i Syd- och Mellansverige. De diagnoserades med obstetrisk analsfinkterruptur för mellan 2,5 månad-5 år sedan och har träffat fysioterapeut för sina besvär från två tillfällen, till återkommande under ett års tid. Fem av informanterna fick sin skada som förstföderska, två vid förlossningen av sitt andra barn. Tre av informanterna har genomgått en till förlossning efter den där de fick sin skada.

4.2.1 Inklusionskriterier

- Kvinna diagnosticerad med obstetrisk analsfinkterruptur grad 3-4, som upplevt eller upplever besvär till följd av skadan.
- Har träffat fysioterapeut för sina besvär.
- Kan tala och förstå svenska.

4.2.2 Exklusionskriterier

- Exklusionskriterium var kvinnor som är under 18 år.

4.3 Datainsamling

Data samlades in genom enskilda telefonintervjuer enligt en semistrukturerad intervjuguide, presenterad i bilaga A. Intervjun började med ett antal bakgrundsfrågor för att ge en bild av informanten samt vilken kontext hon befann sig i (Graneheim & Lundman, 2004). Detta inledande småprat bidrog även till att skapa en tryggare och bekvämare samtalsmiljö inför de bredare frågorna (Carter & Lubinsky, 2016). Intervjuguiden bestod sedan av 6 huvudfrågor som behandlade kvinnornas upplevelse av hur stödet från fysioterapeuten hjälpt dem att hantera skadan i sin vardag. Formatet möjliggjorde även följdfrågor för att utveckla, be om exempel och spegla informantens berättelse (Carter & Lubinsky, 2016). Exempel på följdfrågor som användes finns i intervjuguiden (bilaga A).

Intervjuerna resulterade i totalt 166 minuter inspelat material, med 7 intervjuer som var mellan 18-29 minuter långa.

4.4 Tillvägagångssätt

Information om studiens syfte, inklusions- och exklusionskriterier annonserades via sociala medier och blogg inom ämnet fysioterapi och kvinnors hälsa. Kvinnor som var intresserade av att delta tog sedan själva kontakt med studieförfattarna via email. Vid den första kontakten med informanterna per email bifogades informationsbrevet (se bilaga B), överensstämmelse mot inklusionskriterier kontrollerades och informanten kunde ställa eventuella frågor innan en tid för intervju bokades.

Rekrytering via sjukhus godkändes först av verksamhetsansvarig på kliniken. Kliniskt aktiva fysioterapeuter tillfrågade patienter som de bedömde stämde överens med inklusionskriterierna om intresse för att delta i studien samt delgav dem informationsbrevet (bilaga B). Kvinnor som accepterade att delta i studien skrev under en medgivandeblankett (se bilaga C) om att de förstått informationen samt angav sina kontaktuppgifter. Fysioterapeuten på kliniken gav sedan medgivandeblanketten till studieförfattarna, som tog kontakt med informanten via email. Studieförfattarna var vid inget tillfälle i kontakt med tillfrågade kvinnor på kliniken som inte accepterat att delta i studien.

En testintervju genomfördes innan studiens början för att testa frågeguidens giltighet till studiens syfte. Denna intervju inkluderades inte i resultatet då testpersonen inte passade studiens inklusionskriterier. Frågeguiden ändrades inte efter testintervjun.

Intervjuerna skedde över telefon och informanterna uppmuntrades att befinna sig på en plats där de kände sig trygga, till exempel i hemmet eller en annan plats de själva valt ut (Carter & Lubinsky, 2016). Båda studieförfattarna var närvarande vid 5 av intervjuerna, där en tog rollen som intervjuledare och den andra som ansvarig för inspelning samt som passiv medlyssnare. Två intervjuer utfördes utan medlyssnare av logistiska skäl. Samtliga intervjuer spelades in på diktafon.

4.5 Dataanalys

Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Intervjuerna transkriberades först ordagrant för att sedan analyseras.

Transkriberingen delades upp mellan studieförfattarna. Analysen är deskriptiv på en manifest nivå, vilket innebär textnära tolkning och abstraktion (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017).

Inför analysen gick båda studieförfattarna enskilt igenom de transkriberade intervjuerna och valde ut meningsbärande enheter. De passager som markerats olika i den individuella läsningen diskuterades och valdes ut genom överenskommelse mellan studieförfattarna. De meningsbärande enheterna är stycken, meningar eller ord i texten som relaterar till studiens syfte. De meningsbärande enheterna kondenserades, vilket är en process där texten kortas ned utan att förlora budskapet i den meningsbärande enheten. De kondenserade texterna förkortades ytterligare till en kod, representativ för den meningsbärande enheten. Koden färgkodades och numrerades för att lätt kunna återgå till den meningsbärande enheten, eller till det stycke i intervjun varifrån den tagits ut. Valet av meningsbärande enheter,

kondensering och kodning diskuterades med handledaren för arbetet för att säkerställa kvaliteten på analysen. Dessa koder sorterades och grupperades i kategorier, där koderna inom kategorin liknar varandra till sitt innehåll, men särskiljer sig från andra koder och kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Exempel på analysen finns i tabell 1.

Tabell 1: Exempel från analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
"en ordentlig undersökning. För det tryggar ju en att veta att allting, alltså, är okej."	En ordentlig undersökning tryggar mig genom att veta att allting är okej.	En ordentlig undersökning tryggar	Med hjälp av en bra undersökning	Genom ökad förståelse för skadan
"Och sen har det ju förändrat det faktum att jag vågar ju nu lyfta min tvååring mera och vågar lita på att min kropp klarar det här. Och det var väl det hon sa mycket att 'lyssna på kroppen'"	Efter att fysioterapeuten sa att jag skulle lyssna på kroppen vågar jag lyfta min tvååring mera och lita på att kroppen klarar det.	Fysioterapeutens råd om att lyssna på kroppen har gjort att jag vågar mer		Genom råd och stöttning för anpassning av livet

4.6 Etiska överväganden

All forskning som avser människor ska prövas av Etikprövningsmyndigheten, dock finns det ett undantag som gäller arbeten utförda av studenter på högskole- och universitetsnivå. Trots detta reglerar Lagen om etikprövning av forskning avseende som människor (SFS 2003:460) flera aspekter som behöver tas till hänsyn. Deltagarna har blivit informerade om forskningens huvudsyfte, att intervjuer kommer att hållas och spelas in, att medverkan är helt frivillig och kan avbrytas när som helst utan vidare förklaring i enligt med lagen (SFS 2003:460, 16,17 & 19 §).

Enligt Vetenskapsrådet (2017) behöver en studie uppfylla ett antal krav för att vara etiskt försvarbart: samtyckeskravet, informationskravet, nyttjandekravet samt konfidentialitetskravet. Studieförfattarna såg en risk att ämnet skulle kunna leda till

känsloreaktioner hos studiedeltagarna. Deltagarna som blivit rekryterade via klinik har mottagit informationsbrevet och därefter skrivit under informerats samtycke till medverkan. De har även informerats om att deras val att medverka eller inte, inte kommer att påverka deras vård hos kliniken. De deltagare som själva hört av sig för medverkan efter annonsering på sociala medier har mottagit informationsbrevet elektroniskt och därefter gett sitt samtycke muntligt på ljudinspelning.

Deltagarna har även blivit informerade om att deras svar avidentifieras och kodlista förvaras på sådant sätt för att minimera risken att den faller i orätta händer. Ljudfilerna från intervjuerna fördes omedelbart efter intervjun över på en lösenordskyddad dator och döptes om för att skydda informantens identitet. De transkriberade intervjuerna och analysmaterialet har förvarats på studieförfattarnas datorer som är försedda med lösenord. Allt utskrivet material som använts i analysprocessen har förvarats i en av studieförfattarnas hem. Den insamlade datan har inte och kommer inte att användas i annat syfte än denna studie. All data raderades då arbetet godkännts.

5 RESULTAT

Resultatet beskriver kvinnors upplevelse av hur fysioterapi hjälpt dem hantera sin skada i det dagliga livet efter obstetrisk analsfinkterruptur. I analysen av informanternas berättelser framkom fem kategorier: *genom att bli tagen på allvar, genom ökad förståelse för skadan, genom verktyg att påverka sin skada, genom råd och stöttning till anpassning av livet och genom att erbjuda uppföljning*, med 6 underkategorier (se tabell 2).

Tabell 2: De kategorier och underkategorier som framkom i analysen av kvinnors upplevelse av hur fysioterapi hjälpt dem hantera skadan i sitt dagliga liv efter obstetrisk analsfinkterruptur.

Underkategori	Kategori
	Genom att bli tagen på allvar
Tydlig information om skadan	Genom ökad förståelse för skadan
Med hjälp av en bra undersökning	
Gett hopp om att det finns något att göra åt skadan	
Gett stöd att söka vidare vård	
	Genom verktyg att påverka sin skada
	Genom råd och stöttning till anpassning av livet
Gav motivation för att fortsätta träna	Genom att erbjuda uppföljning
Fel uppföljning hjälpte inte	

5.1 Genom att bli tagen på allvar

Något som lyfts fram som värdefullt är att mötet med fysioterapeuten var första gången de mött någon inom vården som lyssnade, förstod och tog deras problem på allvar. Att fysioterapeuten tog sig tid att lyssna gjorde att de kände sig hörda, fick förtroende och blev bemötta i sina känslor. Detta möjliggjorde också att fysioterapeuten kunde förstå vad som var viktigt för dem, såsom vilka symtom som är mest besvärande i det dagliga livet och aktiviteter de ville komma tillbaka till. Trots att informanterna kände sig väl bemötta och hörda framkom det dock även i intervjuerna att de inte självmant berättat om besvär såsom gasflatuens om de inte direkt fått frågan av fysioterapeuten.

”Hennes hjälp var, och hennes förståelse för mina känslor gjorde så att jag behövde inte vara deprimerad och ledsen” (informant 6)

“när jag gick till henne var det första gången det kändes som någon förstod och tog det liksom på allvar, som inte såg mig som bara såg mig

som en patient i mängden, som bara va så här 'aja, men det här får man stå ut med när man föder barn då kan sånt här hända' “ (informant 1)

5.2 Genom ökad förståelse för skadan

Informanterna beskrev att fysioterapeutens specialkunskap var viktig för att de skulle få en ökad förståelse för sin skada. Detta ledde till att deras tankar och känslor förändrades och de både kunde acceptera skadan och förstå problematiken de upplevde. Vilket i sin tur bidrog till att de kunde känna hopp samt lita på och ta till sig de råd som fysioterapeuten gav.

5.2.1 Tydlig information om skadan

Informanterna lyfter vikten av att ha fått ingående information om bäckenbottens anatomi, skadan de drabbats av och de besvär de upplevde på ett sätt de själva kunnat ta till sig. Att få denna information på ett begripligt sätt var viktigt för att förstå skadans omfattning, varför vissa besvär uppkommit och varför det kändes som det gjorde. Informanterna berättar också att fysioterapeuten hjälpt dem inse att problematiken som orsakas av skadan inte bara är fysisk, utan även känslomässig.

*“Så var först då som jag fattade att det inte var så konstigt att jag har så här ont eller att det inte fungerar att gå på toaletten och såna grejer”
(informant 1)*

Informanter beskriver hur de innan mötet med fysioterapeuten undvikit att själv söka information om skadan, men efter mötet känt sig redo att ta reda på mer. Det framkommer även att informanter som upplevt dåliga möten med fysioterapeut varit tvungna att söka all information själv.

”Alltså, det jag kan säga ee, framförallt, det är att så som jag fått hjälp efter min sfinkterruptur, det är egentligen online då, att jag har läst mig till väldigt mycket kunskap själv” (informant 3)

Informationen om att skadan kan komma att ge värre besvär senare i livet och att en ny livsstil krävs för att försöka motverka detta upplevdes som chockerande och känslösamt. Dock ledde det till att det kändes viktigare att genomföra rehabiliteringen.

”det som jag blev lite ledsen över som jag tyckte var jobbigt var nog när jag väl var där och förstod hur jäkla mycket rehabilitering det skulle bli för att komma tillbaka liksom för jag hade liksom inte fattat det riktigt innan” (informant 5)

5.2.2 Med hjälp av en bra undersökning

Det framkom under intervjuerna att informanterna upplevde att en bra och ordentlig undersökning ledde till att förtroende för fysioterapeuten ökade. Vilket i sin tur bidrog till att

informanterna kunde lita på informationen och ta till sig råden de fick. De berättar också om andra möten med vårdpersonal då de inte blivit ordentligt undersökta och därmed inte vågat lita på de råd vårdpersonalen gett dem.

”Den här okej-stämpeln var jätteviktigt för mig att få, kände jag. Att någon sa att det har läkt bra och jag kan se att liksom, inte bara att det har läkt utan hur det har läkt och att jag, att det såg bra ut liksom.”
(informant 4)

5.2.3 Gett hopp om att det finns något att göra åt skadan

Det upplevdes som traumatiskt att få en analsfinkterruptur. Informanterna beskrev känslan av att livet var förstört, att ingenting fanns att göra åt skadan eller för att kunna leva med den. Mötet med fysioterapeuten förändrade deras tankar och känslor och gav informanterna hopp om att hjälp finns att få, att det finns någonting att göra och att det inte skulle vara kört. Informanterna beskriver att de innan mötet med fysioterapeuten inte trott att det fanns så mycket de kunde göra men sedan förstätt att det finns flera saker de kan påverka.

”Jag kände mig nog ganska upplyft efter det där mötet att det skulle kunna funka igen. Och det är ju också såhär lite mental resa från att man ligger där dagen efter förlossningen och inser att hela, hela allt har gått sönder och när jag kom hem från BB och liksom fick krypa uppför trappen typ. Och bajsade på mig liksom. Då kändes det ju som att det aldrig skulle hända typ att man skulle kunna springa i fjällen igen.”
(informant 4)

5.2.4 Gett stöd att söka vidare vård

Då besvären från skadan inte förbättrades som förväntat genom fysioterapeutisk behandling beskriver informanterna att frågan väcktes av fysioterapeuten om skadan varit korrekt behandlad eller åtgärdad hos tidigare vårdinstanser. Informanterna visste inte hur det skulle kännas och hade aldrig vetat att de borde sökt vidare vård utan stöd från fysioterapeuten, som kunde hjälpa dem att skriva egenremisser, vilket de beskriver som värdefullt.

”För att det finns ju en begränsning om hur mycket en fysioterapeut kan göra också utan hon var så också att vi måste också veta om det är något som fortfarande är trasigt till exempel och såna saker. Och det hade jag ingen aning om hur man skulle ta reda på, jag visste ju inte hur det skulle kännas, vad som var normalt och inte normalt efter en sån här, så såna grejer hjälpte hon mig med” (informant 1)

5.3 Genom verktyg att påverka sin skada

Fysioterapin har bidragit med att ge informanterna verktyg för att själva kunna påverka sin skada. Att få rätt verktyg i form av individanpassade träningsövningar såsom knipövningar, massageövningar samt stretching av bäckenbotten beskrivs som viktiga redskap för att korrekt kunna påverka skadan och i förlängningen den problematik från skadan som påverkar dem i sin vardag. Informanter som inte fått den individanpassningen upplever att de inte fått den hjälp de behövt.

”Jag mådde jättebra efter jag hade börjat med den här, träffat min fysioterapeut, eftersom jag insåg att okej, min kropp är skadad men jag kan göra dom här små övningar och då såg jag att varje dag när jag gjorde så blev någonting lite bättre.” (informant 6)

5.4 Genom råd och stöttning för anpassning av livet

Att få råd och stöttning i hur de kan motionsträna och på andra sätt leva livet så nära det liv de hade levt om de inte fått skadan är något som har varit viktigt. Att få praktiska råd om hur de skulle kunna motionsträna trots skadan, förhålla sig till skadan och att kunna aktivera bäckenbotten i vardagliga aktiviteter är något som framkommer som betydelsefullt. Att få dessa råd har lett till att informanterna vågat lyssna och lita på sin kropp igen och utföra aktiviteter som de tidigare inte vågat. Med hjälp av råden har de förstått att de kommer att klara av mer än de tidigare trott och accepterat att det inte kommer att kännas precis som förr. Informanterna uttrycker att de nu i efterhand kan se ljusa sidor med att ha fått skadan, till exempel för att de fått möjlighet att stärka upp bäckenbotten på ett sätt de inte skulle gjort annars.

”jag ser framför mig att det kommer jag att klara av snart, utan att.. känna att jag får för ont, jag kommer att klara av att jobba, jag kommer att klara av att vara ute och springa och leka med mina barn utan att känna mig begränsad [...] efter ha varit hos henne så känner jag helt enkelt att jag kommer att kunna leva ganska mkt som jag gjort innan jag fick skadan” (informant 1)

Någonting som påverkats direkt av upplevelsen av hur mycket stöd för att förhålla sig till sin skada fysioterapeuten kunnat erbjuda är tankar och känslor inför kommande graviditeter och förlossningar. Att ha en bra upplevelse bidrar till en positiv spänning inför kommande förlossning, medan en negativ erfarenhet istället ger upphov till oro och ängslan.

”Och även om jag inte fick en ny ruptur på min andra förlossning så är det ändå, så tycker jag att, graviditet nummer två blev ett enda långt psykiskt lidande, eftersom jag visste hur ont jag skulle få i princip[...] Jag var aldrig rädd i princip för att genomgå en ny vaginal förlossning, men jag var väldigt rädd för den här så kallade eftervården.” (informant 3)

5.5 Genom att erbjuda uppföljning

Informanterna uttrycker att uppföljningen hos fysioterapeuten varit viktig för att hantera sin skada i sitt dagliga liv. Att få möjlighet att träffa fysioterapeuten vid rätt tillfälle gav dem stöd att veta att rehabiliteringen var effektiv och rätt anpassad för just individens egna besvär. Uppföljningar över längre tid beskrevs också som viktiga för att hålla uppe motivationen att fortsätta genomföra bäckenbottenträningen.

5.5.1 Gav motivation till att fortsätta träna

I intervjuerna framkom det att uppföljning hos fysioterapeut gav informanterna en trygghet att veta att de övningar som de fått för att själva påverka sin skada eller besvär utfördes korrekt, att musklerna arbetade som de skulle och inte blev överspända. Det gav dem uppmuntran att fortsätta utföra övningarna trots att de upplevs som tidskrävande, tråkiga och i viss utsträckning kränkande. Det är dessutom svårt att själv avgöra om några framsteg skett och att få det bekräftat av fysioterapeuten ökar motivationen att fortsätta.

”För det var ju en väldigt lång resa. Jag gick ett år tror jag hos henne och det var en väldigt lång resa från första besöket och innan man ens fick gång de här musklerna överhuvudtaget. Så det var ganska kämpigt.”

(informant 5)

5.5.2 Fel uppföljning hjälpte inte

Informanterna beskriver att mötet med fysioterapeut på sjukhuset efter förlossningen kom för tätt inpå, då för mycket intryck, tankar och känslor gjorde att det var svårt att ta till sig information. Det upplevs som viktigt att också få uppföljning i ett senare skede. Detta för att säkerställa att de fått rätt övningar för sin skada och få ett mer individanpassat träningsprogram. Det har framkommit att när ingen uppföljning skett har det första, standardiserade träningsprogrammet gett upphov till ytterligare besvär. Att dessutom få mer uppföljning när besvären blivit värre upplevs som något som vore en självklarhet men som inte alltid skett. Behov av fortsatta uppföljningar i ett längre perspektiv är också någonting som framkommit, för att bibehålla motivationen för bäckenbottenträning.

”alltså jag fick ju den uppföljningen så tidigt inpå förlossningen så jag hade ju inte ens en chans att veta riktigt vad jag skulle ta upp, hur ett normalt läkningsförlopp går till efter en vaginal förlossning, hur ett normalt läkningsförlopp är för en sfinkterruptur. Vad det var som jag fick och hur detta skulle påverka mig i mitt dagliga liv, också förrrens jag insåg hur det påverkat mig i mitt dagliga liv vilket var till en väldigt stor grad så tog jag kontakt igen men då fick jag ju inte någon uppföljning.”

(informant 3)

6 DISKUSSION

Denna studie syftade till att undersöka kvinnors upplevelse av hur fysioterapi hjälpt dem hantera skadan i sitt dagliga liv efter obstetrisk analsfinkterruptur. Kategorin ”*genom att bli tagen på allvar*” beskriver att informanterna upplever att fysioterapi hjälpt dem hantera sin skada genom att ta deras besvär på allvar och att fysioterapeuten tog sig tid för att lyssna. Kategorin ”*genom ökad förståelse för skadan*” beskriver att informanterna kunnat förstå och acceptera sin problematik med hjälp av en bra undersökning och tydlig information på ett sätt som de kunnat ta till sig. Fysioterapeuten har genom att ge stöd för att söka annan vård stöttat informanterna att ännu bättre förstå sin skada. Genom att få en ökad förståelse för skadan kunde informanterna känna hopp om att något går att göra åt problematiken. Informanterna beskrev att det var viktigt för dem att få rätt, individanpassade bäckenbottenträning för att själv kunna rehabilitera sin skada i kategorin ”*genom verktyg att påverka sin skada*”. I kategorin ”*genom råd och stöd för anpassning av livet*” berättar informanterna om hur fysioterapeuten kunnat hjälpa dem att anpassa viktiga aktiviteter för att få livet att fungera trots skadan och problematiken. I kategorin ”*genom att erbjuda uppföljning*” framkommer att uppföljning med fysioterapeuten vid rätt tidpunkt kan bidra till att informanten kan bättre ta till sig information och gett en ökad motivation för att genomföra sin rehabilitering.

6.1 Resultatdiskussion

”*Genom att bli tagen på allvar*” representerar vikten av ett bra bemötande som innefattar för informanterna att bli lyssnad på, förstådd och hörd. Att fysioterapeuten lyssnat på informanterna gjorde att de kunde förstå vad som är viktigt för dem, vilket var väsentligt för informanterna. Att för första gången möta en vårdpersonal som tog deras besvär på allvar och inte förminskade dem ledde dels till ett ökat förtroende för fysioterapeuten, dels att de fick ett känslomässigt stöd. I enlighet med den transaktionella modellen om stress och coping kan ett känslomässigt stöd bidra till att informanten känner att hon har bättre resurser att hantera skadan, vilket minskar upplevelsen av stress av situationen (Lazarus & Folkman, 1987). Det framkommer i vår studie att informanter kände att de var nedstämda och deprimerade innan de träffat fysioterapeuten men genom fysioterapeutens förståelse för informantens känslor bidrog till att de mådde bättre. I en kvalitativ studie om kvinnors upplevelser av att leva med analinkontinens efter förlossning av Lind Rasmussen och Ringsberg (2010) beskrivs upplevelsen av att inte bli lyssnade på och förminskade av vårdpersonal. Det ledde till att kvinnorna i studien kände sig förödmjukade och till minskad självkänsla, vilket också ökade känslan av stigmatisering av den här typen av skador ännu mer. Informanterna i vår studie berättar också att de mött förminskande attityder hos vårdpersonal inom andra professioner och mött attityden att det är något ”man får vänta sig när man fått barn” (intervju 1).

Trots att informanterna kände sig väl bemötta av fysioterapeuten framkommer det att informanterna inte alltid berättade för fysioterapeuten om alla besvär de led av, såsom gasflatulens. Detta då de ansett att andra besvär var mer ”akuta” samt att de inte fått frågan

av fysioterapeuten och därmed inte själv öppnat upp för samtal kring de ofrivilliga gassläppen. I en studie av Cattani, Gillor och Dietz (2019) framkommer att trots att gasflatulens är det vanligaste analläckaget missas det ofta av vårdpersonal på grund av att de inte frågar samt att drabbade kvinnor inte själva lyfter problematiken. Tucker et al (2014) beskriver i en kvalitativ studie att kvinnor med obstetrisk analsfinkterruptur upplever att vårdpersonal undviker att fråga om analinkontinens, vilket gett upphov till känslor av skam, stigmatisering och social isolation. Arkel et al (2013) slår fast att det är av stor vikt att fysioterapeuten frågar om tecken på analinkontinens vid uppföljning.

Att bli hörd och förstådd i sin problematik har också gett informanterna i denna studie en ökad kraft och motivation att genomföra rehabiliteringsövningarna och se möjligheten att kunna leva livet som de vill trots skadan. Detta skiljer sig något från den mörkare beskrivning som framkommer i Tucker et al (2014), där kvarstående besvär från en obstetrisk analsfinkterruptur lett till att kvinnorna känt sig tvungna att undvika aktiviteter och sociala sammanhang. Tucker et al (2014) beskriver tio längre och mer djupgående intervjuer än de som analyserats i vår studie, vilket kan bidra till skillnaderna mellan resultaten. Studien har även utgått från fenomenologin, vilket kan ha gett en djupare tolkning av kvinnornas upplevelser än de som framkommit genom en manifest kvalitativ innehållsanalys. Inom den beteendemedicinska arbetsmodellen läggs stor vikt vid patienters aktivitet och delaktighet (Denison & Åsenlöf, 2012). Problematiken som kan leda till isolation som beskrivs av Tucker et al (2014) kan tolkas som ett resultat av minskad delaktighet.

Att fysioterapeuten beskrivit bäckenbottens anatomi och skadan som informanterna drabbats av på ett enkelt och förståeligt sätt ledde till en ökad förståelse för vad som faktiskt hade hänt informanterna. Detta ledde i sin tur till en höjd tilltro till att hjälp finns att få, minskade katastroftankar samt ett ökat förtroende för fysioterapeuten. Lazarus och Folkman (1987) beskriver hur potentiellt stressfyllda situationer bedöms och tolkas av varje individ utifrån hur hotande situationen är, följt av en bedömning av individens förmåga och resurser att hantera situationen. Att få tydlig information på ett sätt som är lätt att förstå och ta till sig kan påverka upplevelsen individen har av sin förmåga att hantera situationen. Informanter i denna studie beskriver hur upplevelsen av en kraftig tyngdkänsla i bäckenbotten i vissa rörelser innan mötet med fysioterapeuten kunde ge upphov till katastroftankar. Genom att fysioterapeuten bidrog till en förståelse för varför känslan uppstår lugnas informanternas oro, vilket kan ses som en stärkt emotionsfokuserad coping (Tennen et al, 2000). Att istället få konkreta tips på hur rörelserna kan anpassas för att fungera bättre skapar också möjligheter till en mer aktiv copingstrategi (Roth & Cohen, 1986).

Att bli ordentligt undersökt, inte bara ytligt för att se att såret läkt utan även invändigt för att kontrollera muskulaturens funktion är något som framkommer som ytterst väsentligt i vår studie. Informanterna upplevde att det gav dem ett ökat förtroende för att lita på kommande råd och att de vågade lita på sin kropp igen. Upplevelsen hos fysioterapeuten skiljer sig från tidigare erfarenheter från möten med annan vårdpersonal där undersökningen varit mer ytlig. Vilket i de fallen ledde till att informanterna inte känt sig ordentligt undersökta och därmed inte känt att de kunnat lita på råden de fått. Upplevelsen kan beskrivas genom ett beteendemedicinskt perspektiv, där upplevelsen av tilltro till fysioterapeutens råd styrs av ett samspel mellan individen och omgivningen (Denison & Åsenlöf, 2012), vilket här handlar om

bemötande och kvaliteten på undersökning. I en studie om hur kontextuella faktorer påverkar effekten av behandlingen hos patienter med muskuloskeletal smärta beskriver Rosettini, Carlino och Testa (2018) hur fysioterapeutens bemötande påverkar behandlingsresultatet. Upplevelsen av att fysioterapeuten är uppmärksam och empatisk bidrar till en ökad chans till placebo-effekt av den efterföljande behandlingen, det vill säga en ökad effekt som i sig inte kommer av behandlingen. I vår studie uttrycker informanterna att upplevelsen av hur noggrant undersökta de blev påverkade hur de tog till sig efterföljande råd och därmed påverkade valet att följa råden de fick eller ej.

Lindqvist et al (2018) beskriver att kvinnor med obstetrisk analsfinkterruptur upplever det som svårt att söka hjälp och att hitta rätt vårdinstans. I vår studie framkommer en liknande problematik, informanterna uttrycker att det varit svårt att avgöra vad som är normalt och inte. Att bli ordentligt undersökt och få stöd av fysioterapeuten att söka andra vårdinstanser när besvären inte blir bättre beskrivs som viktigt. I en kvalitativ studie om kvinnors erfarenhet ett år efter att ha fått en obstetrisk analsfinkterruptur beskriver Lindqvist, Lindberg, Nilsson, Uustal och Persson (2019) att kvinnorna kände sig besvikna och hjälplösa av att behöva söka och kämpa för att få rätt vård. I kontrast till detta upplevde informanterna i vår studie att de fick ett bra stöd från fysioterapeuten för att hitta rätt vårdinstans. Fysioterapeuten kunde med hjälp av sin specialkompetens vägleda informanterna om vad som är normalt i läkningsförloppet och när fysioterapeutiska insatser inte längre var tillräckliga, hjälpa dem skriva egenremiss. Lindqvist et al (2019) beskriver erfarenheter från 625 informanter, som svarat på ett frågeformulär om sina upplevelser av eftervården och vårdgivarna. Vår studie har istället genomfört individuella intervjuer och frågat specifikt om upplevelser om fysioterapin snarare än vården som helhet, vilket möjligen kan förklara denna skillnad. I enlighet med den transaktionella teorin om stress och coping (Lazarus och Folkman, 1987) kan stödet att söka mer information om sin skada bidra till att kvinnorna upplever ett minskat hot och därför känner sig stärkta i sin förmåga att psykiskt hantera skadan.

”Genom verktyg att påverka sin skada” belyser vikten av de konkreta tips som en fysioterapeut genom sin specialkunskap kan erbjuda informanterna. Att få individanpassad bäckenbottenträning eller övningar stärkte informanternas känsla av att kunna påverka sin skada och därmed i förlängningen även sin problematik och situation i vardagen. Upplevelsen av att ha konkreta verktyg för att påverka sin situation kan skapa möjligheten till en aktiv, problemlösande copingstrategi, då problematiken upplevs som hanterbar genom individens egna resurser (Roth & Cohen, 1986). Ur ett beteendemedicinskt perspektiv kan detta ses som att fysioterapeuten därmed också bidragit till ett förändrat beteende hos informanterna (Denison & Åsenlöf, 2012). Själva genomförandet av bäckenbottenträningen skulle kunna ses som en form av beteendeförändring som fysioterapeuten bidragit till. Vilket i sin tur har gett informanterna verktyg för att kunna påverka sina symtom i specifika situationer, som i utförandet av aktiviteter de inte klarat innan rehabiliteringen. Att klara av dessa aktiviteter kan även ses som en hälsorelaterad beteendeförändring.

Kategorin *”genom råd och stöttning för anpassning av livet”* beskriver hur informanterna fått hjälp att anpassa aktiviteter i sitt dagliga liv till sin skada och därmed vunnit tillbaka en känsla av att känna sig normal. Att kunna acceptera vissa kvarstående besvär och ändå

uppleva sig leva det liv man velat tyder på en god copingstrategi för de negativa känslorna som besvären orsakar, i enlighet med hur Tennen et al (2000) beskriver emotionsfokuserad coping. Informanter har uttryckt att de till och med kan se skadan delvis som en positiv händelse då det ökat motivationen att stärka bäckenbotten och även lett till en generellt starkare kropp. Konkreta verktyg och tips för att anpassa sitt beteende, såsom att välja sittande styrketränningsövningar över stående för att avlasta bäckenbotten bidrar därmed till känslan av kontroll och att själv kunna styra sitt liv igen. Informanterna i denna studie beskriver det som en känsla av att våga lita på kroppen igen. Detta bidrar till att informanterna vågat utföra aktiviteter som de tidigare undvikit, till exempel att lyfta upp ett barn, leka och löpträna. Detta kan också ses som ett uttryck för en förändring från ett undvikande beteende till aktivt våga utmana sig. Inom beteendemedicinen kan detta ses som en hälsorelaterad beteendeförändring (Denison & Åsenlöf, 2012).

Lindqvist et al (2019) beskriver i sin kvalitativa studie hur tankar om efterföljande förlossningar påverkats av att få en obstetrisk analsfinkterruptur. Kvinnorna i studien beskriver att de har svårt att tänka sig att skaffa fler barn efter skadan på grund av oro för vad som skulle hända vid en ny vaginal förlossning och att om de skulle bli gravida igen planerade att kräva att föda genom kejsarsnitt. Likt detta framkommer det i berättelserna i vår studie att beroende på hur rehabiliteringen efter skadan hade gått påverkades känslan inför kommande graviditet. Informanter beskriver en känsla av besvikelse om de inte skulle kunna föda vaginalt igen, i kontrast med berättelser om att försöka få kejsarsnitt men bli nekad och istället uppleva psykiskt lidande på grund av sin oro. Informanternas förändrade upplevelse av efterföljande graviditeter kan också belysas genom den transaktionella modellen om stress och coping. Vid en stressande situation, i detta fall att stå inför en ny förlossning, görs en första bedömning av hur hotande situationen är. Denna bedömning kommer bland annat påverkas av tidigare erfarenheter (Lazarus & Folkman, 1987), vilket kan förklara skillnaderna i upplevelsen av att bli gravid igen som framkommer i vår studie.

Stödet för att genomföra en hälsoinriktad beteendeförändring som att påbörja och genomföra regelbunden rehabiliteringsträning efter en skada (Denison & Åsenlöf, 2012) lyfts fram i kategorin "*genom att erbjuda uppföljning*". Här beskriver informanterna att regelbundna möten med fysioterapeuten kunde höja motivationen för fortsatt bäckenbottenträning, bland annat genom bekräftelse om att den träning de redan utfört varit effektiv. Informanterna beskriver att insikten att hanteringen av obstetrisk analsfinkterruptur är en lång process och en oro för att tappa motivationen till fortsatt träning om mötena med fysioterapeuten upphör. Att ge stöd för vidmakthållande av ett hälsoinriktat beteende är något som enligt Denison och Åsenlöf (2012) skulle kunna hjälpas genom konkreta åtgärder av fysioterapeuten. Exempel skulle kunna vara att identifiera och skapa en strategi för att lösa framtida hinder, att finna naturliga förstärkare som uppmuntrar genomförandet av bäckenbottenträningen och en successiv minskning av stöd och uppmuntran från fysioterapeuten.

Informanterna i vår studie har upplevt sig hjälpta av sin bäckenbottenträning, trots låg evidens för effekten av bäckenbottenträning vid allvarliga besvär såsom analinkontinens (Woodley et al, 2017). Bäckenbottenträning rekommenderas dock som behandling i fysioterapeuternas riktlinjer, då bäckenbottenträningen visats ha god effekt för associerad

problematik såsom urininkontinens (Arkel et al., 2013). Kvantitativa studier för rehabiliteringen av dessa skador på längre sikt målar en mörk bild, där bland annat försök med upprepad kirurgi snarare förvärrar problematiken. Kvinnorna hänvisas istället till fysioterapi och livstilsanpassning (Barbosa et al, 2020). Rent biomedicinska fysioterapeutiska insatser såsom bäckenbottenträning är dock för lite undersökt och har hittills inte kunnat visats effektiv för att påverka analinkontinens (Arkel et al., 2017). Ändå är fysioterapeutens specialkunskaper viktiga i rehabiliteringen för dessa skador (Arkel et al., 2013), bland annat genom att stödja en hälsorelaterad beteendeförändring som att ge viktiga verktyg för väl fungerande copingstrategier i olika aktiviteter. Informanterna i vår studie uttrycker att det varit väsentligt att träffa en fysioterapeut för att kunna hantera sin skada i sitt dagliga liv genom att de blev väl bemötta, fått en ökad förståelse för sin skada, verktyg att påverka problematiken och att anpassa livet och att vid rätt tillfälle följa upp råden.

6.2 Metoddiskussion

Studies syfte var att undersöka kvinnors *upplevelse* av hur fysioterapi hjälpt dem hantera en biomedicinsk skada som uppkommit i samband med förlossning. Carter och Lubinsky (2016) menar att när erfarenheter och upplevelser studeras utgår det från att verkligheten är subjektiv och tolkas genom individens föreställningar och känslor. Detta är också ett grundläggande antagande inom det kvalitativa paradigmet. I kontrast utgår kvantitativa studier istället från att det finns en objektiv verklighet, möjlig att närma sig genom noggranna mätningar (Carter & Lubinsky, 2016). En begränsning inom det kvalitativa paradigmet är bristen på generaliserbarhet av resultatet, eftersom datan som framkommer är subjektivt beskriven och bunden till det sammanhang informanterna befinner sig i (Carter & Lubinsky, 2016). Dock kan steg tas för att öka överförbarheten av kvalitativa resultat genom ett brett och representativt urval, noga beskriven kontext, metod och dataanalys (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Med syftet att undersöka kvinnornas egna, personliga upplevelser av fysioterapin kunde omöjliga kvantitativa data samlas in som svar. Därmed, för att kunna undersöka denna subjektiva upplevelse valdes en kvalitativ studie. Generaliserbarhet var inte heller ett mål med denna studie, utan tanken är att få en inblick i upplevelsen av fysioterapin, sett ur patientens perspektiv.

Breda inklusionskriterier valdes i denna studie för att fånga upp informanter med olika erfarenheter, bakgrund och perspektiv. Rekryteringen resulterade i informanter från olika delar av landet som upplevt besvär i olika omfattning efter sin skada samt genomgått rehabilitering hos olika fysioterapeuter och kliniker under olika lång tid. Detta för att stärka överförbarheten av studiens resultat, då upplevelserna som beskrivs inte är begränsat av ett urval från till exempel en viss klinik. Detta bidrar även till att stärka resultatets giltighet genom att skapa en bred bild med relevanta, men skiftande erfarenheter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Rekryteringsprocessen kan dock ha påverkat resultatets giltighet negativt, då urvalet i huvudsak består av de kvinnor som funnit studien tillräckligt intressant för att själva ta kontakt. Det är därmed möjligt att kvinnor med andra upplevelser är de som framkommit i denna studie aldrig nåddes av studieförfattarna, vilket kan utgöra en brist i överförbarheten av resultatet. Hur studiens syfte formulerats kan även ha bidragit till att de

som känt att fysioterapi inte hjälpt dem hantera skadan upplevt att deras erfarenheter inte passat studien. Dock var intervjufrågorna breda och anpassade för att både fånga upp positiva och negativa upplevelser, vilket också framkommit i resultatet. Valet att inkludera informanter i studien som fått skadan upp till 5 år bakåt i tiden kan även detta vara en begränsning för resultatets giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017), då det kan vara svårt att dra sig till minnes upplevelser såsom känslor eller specifika händelser efter lång tid. Trots förståelse för denna begränsning valdes inklusionskriterierna att hållas breda, då litteraturen visat att problematiken efter en obstetrisk anasfinkterruptur kan kvarstå eller öka med tiden, samt att fysioterapi då fortsatt har en roll i rehabiliteringen (Barbosa et al., 2020). Studiens syfte var också att belysa upplevelsen av hur fysioterapi hjälpt hantering av skadan i det dagliga livet, något som vid kvarstående besvär kommer vara en pågående process även lång tid efter avbruten rehabilitering.

En semistrukturerad intervjuguide valdes för datainsamlingen i denna studie. Carter och Lubinsky (2016) beskriver detta som ett lämpligt sätt att undersöka informanternas upplevelser, då samtalet genom öppna frågor kan styras mot syftet, men också ger möjlighet till rika beskrivningar. I kontrast skulle en strukturerad intervjuform ge mer faktamässiga resultat, vilket skulle riskera att inte ge hela bilden av kvinnornas upplevelser. Det kan vara en nackdel att intervjuerna inte var ostrukturerade, vilket hade kunnat fånga upp mer oväntade aspekter av ämnet. Studieförfattarnas bristande erfarenhet som intervjuledare i forskningssyfte och önskan att specifikt belysa upplevelser av fysioterapi bidrog till att en semistrukturerad intervjuguide ändå valdes.

Valet att genomföra telefonintervjuer grundades framförallt av praktiska orsaker såsom avstånd till och geografisk spridning mellan informanter. Intervjuer över telefon riskerar att ge minskad möjlighet att skapa en god relation till informanten under intervjun och icke-verbal kommunikation såsom mimik och kroppsspråk kan inte observeras. En möjlig lösning på detta skulle varit att genomföra intervjuerna via videosamtal (Carter & Lubinsky, 2016). En annan risk är att telefonintervjuer inom kvalitativ forskning tenderar att bli kortare och att intervjuledaren tar en större roll i samtalet (Irvine, 2011). Sturges och Hanrahan (2004) fann dock ingen signifikant skillnad mellan innehållet i transkriberade texter från telefonintervjuer och intervjuer som skett ansikte mot ansikte. Genom att genomföra intervjuerna via telefon kunde också informanterna välja att genomföra intervjun på en plats där de kände sig trygga, vilket kan ha bidragit till ett öppet samtal (Carter & Lubinsky, 2016). Med hänsyn till det potentiellt känsliga ämnet valdes enskilda intervjuer istället för gruppintervju, trots att gruppintervjuer kan bidra till att intervjuledaren upplevs som mindre hotfull (Carter & Lubinsky, 2016).

Trots att samtliga intervjuer har utgått ifrån en standardiserad intervjuguide så har varierande följdfrågor ställts i de olika intervjuerna, som till exempel önskan att förtydliga en specifik upplevelse. Resultatet kommer därmed att till viss del influeras av intervjuledarens egen förståelse som fysioterapeutstudent på Mälardalens högskola, samt den kompetensutveckling som intervjuledare som skett vid varje intervju (Carter & Lubinsky, 2016). För att öka studiens trovärdighet genomfördes en test-intervju innan studiens början, i syfte att säkerställa frågeguidens giltighet mot syftet (Carter & Lubinsky, 2016). Inga frågor ändrades efter detta tillfälle.

Carter och Lubinsky (2016) menar att det är viktigt att inom kvalitativ forskning skapa en rik datainsamling för att på ett så fylligt sätt som möjligt kunna beskriva det fenomen som undersöks. Mängden data påverkar studiens giltighet, dock finns inget rekommenderat antal informanter eller minuter inspelat material, då även kvaliteten är avgörande för om resultatet kan ge svar på syftet (Lundman och Hällgren Graneheim, 2017). Detta beskrivs i begreppet datamättnad, det vill säga den mängd data som behöver samlas in för att nå en mättad kunskap och ingen ytterligare kunskap skulle tillkomma av att genomföra fler intervjuer (SBU, 2017). Intervjuerna i vår studie var relativt korta, samtliga under 30 minuter, vilket kan ha påverkat hur djupa data som samlats in. För att hantera detta och i syfte att öka studiens trovärdighet genomfördes en extra intervju utöver det antal som först planerats, vilken också inkluderades i analysen. Då ny information framkom under denna intervju är det möjligt att datamättnad ej uppnåtts i denna studie.

Begreppet delaktighet inom kvalitativ forskning innefattar forskarens roll i forskningsprocessen och bland annat hur forskarens förståelse för ämnet influerat genomförande, analys och tolkning (Lundman och Hällgren Graneheim, 2017). På grund av den tolkning som sker genom analysen kan forskaren ses som en "medskapare till texten" (Lundman och Hällgren Graneheim, 2017, s. 232). Denna studie har genomförts i form av ett examensarbete av fysioterapeutstudenter på Mälardalens högskola, som har en beteendemedicinsk inriktning (Mälardalens högskola, 2020). Denna förkunskap och inriktning inom området fysioterapi och beteendemedicin har påverkat det sätt studien genomförts, såsom vilka frågor som valts ut till intervjuguiden och hur materialet analyserats och tolkats. Det är också möjligt att informanternas svar påverkats av att frågor om fysioterapi ställts av en blivande fysioterapeut.

SBU (2017) beskriver att valet av metod inom kvalitativ forskning baseras på studiens syfte. Metoden som väljs fungerar sedan som ett ramverk för formuleringen av frågeställningar, val av datainsamling, analys och tolkning av materialet. I vår studie valdes kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) för dataanalysen. Denna analys lägger stor vikt vid variationer i materialet, det vill säga likheter och olikheter i texten. Detta möjliggör både att genomföra en textnära, deskriptiv tolkning, eller att fördjupa analysen mot det latent, underliggande, innehållet (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). En fenomenologisk ansats skulle möjligen kunnat fördjupa kunskaperna och slutsatserna som dras i detta arbete, då denna innebär en djupare analys i syfte att beskriva kärnan i individens upplevelse av ett specifikt fenomen (Carter & Lubinsky, 2016). Som ett examensarbete på grundnivå och med begränsningar i studieförfattarnas erfarenhet av kvalitativ forskning ansågs ändå kvalitativ innehållsanalys lämpligast. För att ytterligare fördjupa kunskapen inom området skulle en upprepning av denna studie med fenomenologisk metod vara intressant. Om syftet med studien hade varit att utveckla en teori om människors beteenden hade Grounded Theory kunnat användas (SBU, 2017). I vår studie hade detta kunnat generera en övergripande förklaring till det som hänt, men kräver att forskaren i början av studien kan distansera sig från förutfattade hypoteser eller kunskap. Denna studies önskan om att trots en induktiv ansats till dataanalysen belysa problemområdet utifrån ett beteendemedicinskt perspektiv skulle därmed inte vara möjligt.

En induktiv ansats valdes för dataanalysen, vilket innebär att data förutsättningslöst samlades in och tolkades i syfte att finna och beskriva mönster, likheter och olikheter (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). Om syftet med studien istället varit att undersöka upplevelser i relation till specifika, förutbestämda kategorier kunde en deduktiv ansats antagits (Graneheim & Lundman, 2004). Dock var inte studiens syfte att testa någon förutbestämd teori, utan att beskriva informanternas upplevelser av hur fysioterapi hjälpt dem hantera skadan sitt dagliga liv.

Studieförfattarna genomförde dataanalysen tillsammans, vilket delvis minskar risken att analysen influerades av en studieförfattares förkunskaper och uppfattningar, i syfte att öka studiens tillförlitlighet (Graneheim et al, 2017). Analysprocessen diskuterades även med handledare och studiekamrater. En manifest, textnära, tolkning av materialet presenterades i resultatet. En alltför manifest tolkning i analysen kan ge upphov till att helheten och underliggande aspekter inte framkommer i resultatet (Hällgren Graneheim, & Lundman, 2017). Graneheim och Lundman (2004) menar dock att den manifesta analysen lämpar sig väl för studenter som är nya i forskningssammanhang då den i huvudsak är deskriptiv och håller en låg abstraktionsnivå och därmed minskar risken att studieförfattarnas förkunskaper färgat analysen. Tillvägagångsättet och dataanalysen är noggrant beskriven, vilket stärker studiens tillförlitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

6.3 Etikdiskussion

Studien genomfördes i enlighet med Vetenskapsrådets (2017) kriterier. Att drabbas av en analsfinkerruptur kan vara traumatiskt och en möjlig risk med studien var att informanterna skulle uppleva starka känslor i samband med intervjun. Med det i åtanke beskrevs tydligt i informationsbrevet att risk för detta finns samt att extra tid efter intervjun fanns avsatt utifall att behov av fortsatt samtal skulle uppstå. Detta för att ge informanterna möjlighet att välja om de trots denna risk ville medverka i studien. Efter varje avslutad intervju ställdes frågan hur det kändes för informanterna att prata om sina upplevelser, för att öppna upp för fortsatt samtal. En del informanter uttryckte att ämnet var jobbigt att diskutera, men valde ändå att ställa upp då de tycker att det är ett viktigt ämne som borde belysas ännu mer. Efter intervjuerna lades ljudfilerna över på studieförfattarnas datorer som är försedda med lösenord och raderades från diktafonen. De transkriberade intervjuerna och analysmaterial avidentifierades och förvarades i studieförfattarnas hem. Inte någonstans förvarades informanternas namn eller kontaktuppgifter i anslutning till ljudfiler eller transkriberingar. Den insamlade datan har inte och kommer inte att användas i annat syfte än denna studie. All data raderades när arbetet godkännts.

7 SLUTSATSER

Syftet med denna studie var att undersöka kvinnors upplevelse av hur fysioterapi hjälpt dem hantera sin skada i sitt dagliga liv efter obstetrisk analsfinkterruptur. Resultatet pekar på att informanterna upplevt att fysioterapeuten både kunnat erbjuda ett praktisk och emotionellt stöd för att bättre hantera sin skada. Trots bristande evidens för behandling och rehabilitering av den biomedicinska skadan kan fysioterapeuten stödja kvinnorna att hantera sin skada genom att påverka deras aktivitet och delaktighet. Ur ett beteendemedicinskt perspektiv kan kategorierna tolkas som att fysioterapeuterna hjälpt informanterna till hälsorelaterade beteendeförändringar, genom förändrade tankar, känslor och beteenden om och kring skadan och problematiken. Enligt den transaktionella teorin om stress och coping framkommer att mötet med fysioterapeuten påverkat sättet att hantera den stress som skadan gett upphov till. Detta genom att förändra upplevelsen av hotet som skadan eller problematiken utgör samt förändra synen på sin egen förmåga att hantera hotet. Fysioterapeuten har även bidragit med konkreta verktyg och strategier för att hantera skadan i vardagen. Det stod klart för studieförfattarna att informanterna upplevt det som ovärderligt att träffa en fysioterapeut, som med sin specifika kunskap kunnat erbjuda stöd till hanteringen av skadan i det dagliga livet.

8 KLINISK BETYDELSE OCH FORTSATT FORSKNING

Trots många kvalitativa studier om upplevelsen om eftervården som helhet efter obstetrisk analsfinkterruptur finns få studier som tar upp upplevelsen att möta just en fysioterapeut i sin rehabilitering. Vår studie bidrar därmed med en viktig aspekt av den plats fysioterapi som profession har i rehabiliteringen av dessa skador.

Det finns lite evidens om effektiv behandling av obstetrisk analsfinkterruptur då besvären tenderar att kvarstå över tid. Alla områden inom fysioterapeutisk intervention för denna patientgrupp bör studeras ytterligare för en förbättrad evidensbaserad praxis. Vår studie föreslår dessutom att upplevelsen av hur fysioterapi hjälper denna patientgrupp hantera skadan i sitt dagliga liv till stor del handlar om beteendemedicinska faktorer, något som därmed skulle behöva studeras ytterligare.

REFERENSLISTA

- Arkel, E., Neymark Bachmeier, H., Rikner, Å., Rydhög, S., & Torell, K. (2013). *Riktlinjer för sjukgymnastisk behandling av patienter med obstetrisk analsfinkterruptur*. Stockholm: Fysioterapeuterna.
- Arkel, E., Torell, K., Rydhög, S., Rikner, Å., Neymark Bachmeier, H., Gutke, A., & Fagervik Olsén, M. (2017). Effects of physiotherapy treatment for patients with obstetric anal sphincter rupture: a systematic review. *European journal of Physiotherapy*, 19(2), 90-96. doi: <https://doi.org/10.1080/21679169.2016.1263872>
- Barbosa, M., Glavind-Kristensen, M., Moller Soerensen, M., & Christensen, P. (2020). Secondary sphincter repair for anal incontinence following obstetric anal sphincter injury: functional outcome and quality of life at 18 years of follow-up. *Colorectal Disease : the Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 22(1), 71–79. doi: <https://doi.org/10.1111/codi.14792>
- Carter, R., & Lubinsky, J. (2016). *Rehabilitation research: Principles and applications*. (5th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Cattani, L., Gillor, M., & Dietz, H. (2019). Does flatus incontinence matter? *International urogynecology journal*, 30(10), s. 1673-1677. doi: <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3835-8>
- Denison, E., & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnasik*. Lund: Studentlitteratur.
- Feneis, H. & Dauber, W. (2006). *Anatomisk bildordbok* (5 uppl.). Stockholm: Liber.
- Graneheim, U., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Education Today*, (56), 29-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, (24), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Harvey, M., & Pierce, M. (2015). Obstetrical anal sphincter injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(12), 1131-1148. doi: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)30081-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)30081-0)
- Irvine, A. (2011). Duration, Dominance and Depth in Telephone and Face-to-Face Interviews: A Comparative Exploration. *International Journal of Qualitative methods*, 10(3), s. 202-220. doi: 10.1177/160940691101000302
- Keighley, M., Perston, Y., Bradshaw, E., Hayes, J., Keighley, M., & Webb, S. (2016). The social, psychological, emotional morbidity and adjustment techniques for women with anal incontinence following Obstetric anal sphincter injury: use of a word picture to

- identify a hidden syndrome. (Report). *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(275). doi: 10.1186/s12884-016-1065-y
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141–169. doi: <https://doi.org/10.1002/per.2410010304>
- Lindqvist, M., Lindberg, I., Nilsson, M., Uustal, E., & Persson, M. (2019). “Struggling to settle with a damaged body” – A Swedish qualitative study of women’s experiences one year after obstetric anal sphincter muscle injury (OASIS) at childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 19, 36–41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.11.002>
- Lindqvist, M., Persson, M., Nilsson, M., Uustal, E., & Lindberg, I. (2018). ‘A worse nightmare than expected’ – a Swedish qualitative study of women’s experiences two months after obstetric anal sphincter muscle injury. *Midwifery*, 2018 (61), 22-28. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.015>
- Lind Rasmussen, J., & Ringsberg, K. (2010). Being involved in an everlasting fight – a life with postnatal faecal incontinence: A qualitative study. *Scandinavian journal of Caring sciences*, 24(1), 108-115. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00693.x
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 219-234). Lund: Studentlitteratur.
- Martini, F., Nath, J., & Bartholomew F. (2015) *Fundamentals of Anatomy & Physiology*. (10th ed., Global ed.). Harlow: Person cop.
- Mälardalens högskola. (2020). *Fysioterapeutprogrammet*. Hämtad 30 januari, 2020, från Mälardalens högskola, <https://www.mdh.se/utbildning/program/fysioterapeutprogrammet>
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A textbook*. (5:th ed.). Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Pihl, K. (2014). Diagnoshandbok för Kvinnosjukvården (5 uppl.). Stockholm: Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi. Från: https://www.sfog.se/media/16010/diagnoshandboken_2014.pdf
- Raizada, V., & Mittal, R. (2008). Pelvic floor anatomy and applied physiology. *Gastroenterology clinics of North America*, 37(3), 493-509. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2008.06.003>
- Ramnerö, J., & Törneke, N. (2013). *Beteendets ABC : en introduktion till behavioristisk psykoterapi* (2 uppl). Lund: Studentlitteratur
- Rossettini, G., Carlino, E., & Testa, M. (2018). Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain. (Report) *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19(1), 27. doi: <https://doi.org/10.1186/s12891-018-1943-8>

- Roth, S., & Cohen, L. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *The American Psychologist*, 41(7), 813–819. doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.7.813>
- Sarafino, E. (2004). *Behavior modification: principles of behavior change* (2. ed.). Long Grove, Ill: Waveland.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet
- Socialstyrelsen. (2018). Komplikationer efter förlossning: Riskfaktorer för bristningar, samt direkta och långsiktiga komplikationer. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20980/2018-5-20.pdf>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2016a). *Analssfinkterskador vid förlossning. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter*. (SBU Utvärderar, nr 249). Stockholm, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2016b). *Behandling av förlossningsskador som uppkommit efter vaginal förlossning: En kartläggning av systematiska översikter*. (SBU Kartläggare, nr 250). Stockholm, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Från: <https://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>
- Sturges, J., & Hanrahan, K. (2004). Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: A research note. *Qualitative Research*, 4(1), s. 107-118. doi: 10.1177/1468794104041110
- Svensk beteendemedicinsk förening. (u.å.). *Svensk beteendemedicinsk förening*. Hämtad 30 januari, 2020, från Svensk beteendemedicinsk förening, <https://beteendemedicin.wordpress.com/>
- Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S., & Carney, M. (2000) A daily approach to coping: Linking theory, research, and practice. *The American Psychologist*, 55(6), 626-636. doi: 10.1037//0003-066X.55.6.626
- Tucker, J., Clifton, V., & Wilson, A. (2014). Teetering near the edge; women's experiences of anal incontinence following obstetric anal sphincter injury: an interpretive phenomenological research study. *Australian and New Zealand journal of Obstetrics and Gynaecology*, 54(4), 377-381. doi: 10.1111/ajo.12230
- Uustal, E. (2018). *Bristningsregistrets årsrapport 2017*. Hämtad 23e Maj, 2019, från GynOp, <https://www2.gynop.se/for-kliniker/arsrapporter/>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från:
https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Woodley, S., Boyle, R., Cody, J., Mørkved, S., & Hay-Smith, E. (2017). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review). *Cochrane database of Systematic reviews*, (12). doi: 10.1002/14651858.CD007471.pub3

BILAGA A

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

- Ålder?
- Förstföderska/hur många barn?
- Hur länge sedan inträffade skadan?
- Vad har/hade du för besvär efter skadan?
- Tidigare erfarenheter av fysioterapi?

Huvudfrågor och exempel på följdfrågor:

- Innan du träffade fysioterapeuten, vad/vilka besvär var det i ditt liv som du trodde att fysioterapeuten kan hjälpa dig med?
 - Var specifik? Ge exempel på aktiviteter som du tänkte dig få hjälp i att hantera.
 - Pratade du och din fysio om detta? Berätta om det samtalet.
- Vilken är den viktigaste informationen du kunde ta med dig från fysioterapeuten?
 - Hade du önskat få informationen på ett annorlunda sätt för att bättre kunna ta den till dig?
 - Eller:
 - Vad bidrog till att informationen kändes tillgänglig för dig?
- På vilket sätt har fysioterapeuten hjälpt dig hantera valda aktiviteter (trots din skada)?
 - Utveckla
 - Ge exempel
 - Vad har varit bra/mindre bra?
- På vilket sätt har fysioterapeuten bemött dina känslor och ditt sätt att hantera skadan?
 - Utveckla?
 - Ge exempel?
 - Hur hade du velat bli bemött?

- Hur har dina känslor och tankar kring skadan/aktiviteten förändrats under/efter rehabiliteringen?
 - Utveckla?
 - Ge exempel?
- Vad är det med fysioterapin som har varit viktigast för dig för att hantera din skada?
 - Var specifik - ge exempel!
 - Hur upplevde du kontakten med fysioterapeuten?

BILAGA B

Informationsbrev

Till dig som drabbats av analsfinkterruptur efter vaginal förlossning och mottagit fysioterapeutisk rehabilitering.

Bakgrund och syfte

Vi är två fysioterapeutstudenter på Mälardalens högskola som ska skriva ett examensarbete. Syftet med vår studie är att studera kvinnors upplevelse av hur fysioterapi hjälpt dem att hantera skadan i sitt dagliga liv efter obstetrisk analsfinkterruptur. Detta kommer att ske med hjälp av en intervju som kommer att ta maximalt en timme. Intervjun kommer att ske individuellt med en eller båda av studenterna. Svaren kommer att transkriberas och analyseras för att presenteras i ett examensarbete i fysioterapi vid Mälardalens högskola. Studien genomförs för att skapa en förbättrad kunskap om kvinnors upplevelse av hur fysioterapeuter kan arbeta för att stödja dem att hantera sin skada i sin vardag.

Frågan om deltagande

Du tillfrågas om medverkan och vi är medvetna om att aktuellt ämne kan upplevas som känsligt och leda till känsloreaktioner i samband med intervjun. Vi har därför avsatt extra tid efter intervjun för eventuellt fortsatt samtal, om behov skulle uppstå.

Konfidentialitet

Dina svar kommer att aidentifieras och behandlas för att minimera risken att obehöriga kan ta del av dem. Intervjuerna kommer att spelas in med diktafon för att sedan läggas över på ett USB-minne som kommer att vara inlåst, utan tillgång för obehöriga. När examensarbetet är godkänt kommer all data raderas.

Frivillighet

Medverkan i studien är helt frivillig och kan avbrytas när som helst utan vidare förklaring. Valet att medverka eller inte kommer inte att påverka din fortsatta vård på kliniken.

Din signatur/muntligt medgivande innebär att du tagit del och förstått ovan information och därmed gett samtycke till vidare kontakt. Vid fler frågor, tveka inte att ta kontakt med oss.

Med vänliga hälsningar,

Annica Nordfeldt, [REDACTED]

Emma Svensson, [REDACTED]

Ansvarig handledare: Caroline Eklund, Fil. Dr. Fysioterapi [REDACTED]

[REDACTED]

BILAGA C

Medgivandeblankett

Jag intygar härmed att jag förstått ovan information och samtycker till att medverka i er studie med syftet att undersöka kvinnors upplevelse av hur fysioterapi hjälpt dem att hantera aktiviteter i sitt dagliga liv. Jag förstår att min medverkan är helt frivillig och att jag när som helst kan avbryta.

_____ (underskrift)

_____ (namnförtydligande

_____ (telefonnummer)

_____ (e-postadress)



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se