



Akademien för hälsa, vård och välfärd

UPPLEVELSER AV HUR VARDAGSAKTIVITETER PÅVERKATS AV FYSIOTERAPI VID REKTUSDIASTAS POSTPARTUM

En kvalitativ intervjustudie

VICTORIA LARSSON

KLARA SELANDER

Huvudområde: Fysioterapi

Nivå: Grundnivå

Högskolepoäng: 15hp

Program: Fysioterapeutprogrammet

Kursnamn: Fysioterapi: Examensarbete med inriktning mot beteendemedicin

Kurskod: FYS063

Handledare: Birgitta Widerström

Examinator: Thomas Overmeer

Seminariedatum: 2023-09-27

Betygsdatum: 2023-11-10

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Rektusdiastas innebär en delning av den raka magmuskeln. Det är framför allt vanligt efter graviditet och förlossning. Diagnosen kan ge symtom som upplevd bålinstabilitet, ländryggsmärta samt negativa tankar om kroppen vilket kan påverka vardagsaktiviteter. I första hand rekommenderas fysioterapi som behandling däremot finns det inga svenska riktlinjer hur sjukvården ska gå tillväga för vare sig diagnostik eller behandling.

Syfte: Syftet var att undersöka personers upplevelser av hur deras vardagsaktiviteter har påverkats av fysioterapi vid rektusdiastas postpartum.

Metod: En kvalitativ explorativ design med semistrukturerad intervjuguide tillämpades. Sex kvinnliga deltagare med rektusdiastas postpartum inkluderades. Manifest innehållsanalys med induktiv ansats användes.

Resultat: Fem kategorier och tretton underkategorier identifierades. De 5 kategorierna: *“Begränsningar kvarstår trots behandling”*, *“Variation i hur behandlingen mötte förhoppningar om vardagsrörelser”*, *“Bristande mottagande och kunskap hämmar rörelse”*, *“Varmt bemötande skapar trygghet men påverkar inte vardagen”* och *“Nya strategier och tankemönster påverkar anpassning till rörelse”* beskriver deltagarnas upplevelser.

Slutsats: Resultatet visar att upplevelser av fysioterapins påverkan på vardagsaktiviteter förklaras av flera biopsykosociala faktorer. Deltagarna upplevde att fysioterapin hade en minimal påverkan på de fysiska faktorerna till vardagsaktivitetsbegränsningarna. Förväntningarna på ökad aktivitetsförmåga bemöttes med variation av fysioterapeuter.

Nyckelord: Beteendemedicin, copingstrategier, fysioterapeutisk behandling, kvalitativ innehållsanalys, Musculus rectus abdominis, socialkognitiv teori

ABSTRACT

Background: Diastasis recti means a split in the rectus abdominis muscle. It's especially common after pregnancy and childbirth. The diagnosis can cause symptoms such as a sense of trunk instability, lower back pain and negative thoughts regarding the body, which can affect everyday activities. Primarily, physiotherapy is recommended as treatment however there are no Swedish guidelines on for neither making a diagnosis nor carrying out treatment.

Aim: The aim is to describe how people experience their everyday activities and how it's been affected by physiotherapy for diastasis recti postpartum.

Method: A qualitative, explorative design with semi structured interview guide was used. Six female participants with diastasis recti were included. A manifest content analysis with an inductive approach was used.

Results: Five main categories and thirteen subcategories were identified. The five main categories: *“Limitations remains despite treatment”*, *“Variation in how the treatment met anticipations on everyday movements”*, *“The lack of treatment and knowledge inhibits movement”*, *“Warm treatment created security but didn't affect everyday life”* and *“New strategies and thought patterns affects adaptation to movement”* describes the participants experiences.

Conclusions: The results show that the experiences of the physiotherapy's effect on everyday activities can be explained by several biopsychosocial factors. The participants experienced that physiotherapy had a minimal effect on the physical factors of everyday limitations. Anticipations on treatment were met with variation by physiotherapists.

Keywords: Behavioral medicine, coping strategies, Musculus rectus abdominis, physiotherapy treatment, social cognitive theory, qualitative content analysis

INNEHÅLL

1	BAKGRUND	1
1.1	Den gravida kroppen	1
1.2	Rektusdiastas	1
1.2.1	<i>Riskfaktorer för rektusdiastas</i>	2
1.3	Behandlingsmetoder vid en rektusdiastas	3
1.3.1	<i>Aktiviteter i vardagligt liv</i>	4
1.4	Fysioterapi med ett beteendemedicinskt arbetssätt	5
1.4.1	<i>Socialkognitiv teori</i>	6
1.4.2	<i>Copingstrategier vid rektusdiastas</i>	6
1.5	Upplevelser av att leva med en rektusdiastas.....	7
1.6	Problemformulering.....	7
2	SYFTE	8
3	METOD OCH MATERIAL	8
3.1	Design	8
3.2	Urval	8
3.3	Datainsamling.....	9
3.4	Tillvägagångssätt.....	9
3.5	Dataanalys	10
3.6	Etiska överväganden	12
4	RESULTAT	13
4.1	Begränsningar kvarstår trots behandling.....	13
4.1.1	<i>Undvikande av fysisk lek med barn</i>	14
4.1.2	<i>Svårigheter i vardagligt liv</i>	14
4.1.3	<i>Fortsatta hinder vid träning</i>	15
4.1.4	<i>Smärta och svaghet i bål försvårar arbetet</i>	15
4.2	Variation i hur behandlingen mötte förhoppningar om vardagsrörelser.....	15

4.2.1	<i>Förväntningar som inte infriats</i>	15
4.2.2	<i>Uppfyllda förväntningar kring fysioterapin</i>	16
4.2.3	<i>Revolutionerande förväntningar på behandlingseffekt</i>	16
4.3	Bristande mottagande och kunskap hämmar rörelse	16
4.3.1	<i>Behandlarens bristfälliga kompetens</i>	17
4.3.2	<i>Avvisande bemötande av fysioterapeut</i>	17
4.4	Varmt bemötande skapar trygghet men påverkar inte vardagen	17
4.4.1	<i>Socialt stöd är värdefullt för förståelse</i>	17
4.4.2	<i>Fysioterapeutens personlighet främjar välmående i vardagen</i>	18
4.5	Nya strategier och tankemönster påverkar anpassning till rörelse	18
4.5.1	<i>Övningar stimulerar till mer aktivitet</i>	18
4.5.2	<i>Acceptans av den nya kroppen</i>	19
5	DISKUSSION	19
5.1	Resultatsammanfattning	19
5.2	Resultatdiskussion	20
5.3	Metoddiskussion	23
5.4	Etikdiskussion	26
6	SLUTSATSER	26
7	KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING	27
	REFERENSLISTA	29
	BILAGA A - INTERVJUGUIDE	
	BILAGA B – TEXT OCH BILD TILL SOCIALA MEDIER	
	BILAGA C - INFORMATIONS BREV	
	BILAGA D - SAMTYCKESBLANKETT	

1 BAKGRUND

Rektusdiastas är en delning av den raka magmuskeln och ett tillstånd som framför allt drabbar kvinnor under och efter graviditet (Fuentes Aparicio, 2021). Prevalensen är 60% vid 6 veckor samt 32,5% vid 12 månader postpartum; efter förlossning (Gluppe et al., 2021). Magmuskeln har flera funktioner; flexion och stabilisering av bålen, samt reglering av buktrycket. Dessa funktioner kan påverkas negativt vid en rektusdiastas och ge muskelsvaghet och en nedsatt stabilitet i bålen, vilket kan begränsa och förändra kvinnors vardagliga- och fysiska aktiviteter (Eriksson Crommert et al., 2020). Det finns idag inga nationella riktlinjer gällande diagnostik eller fysioterapeutisk behandling av rektusdiastas (Carlstedt et al., 2021).

1.1 Den gravida kroppen

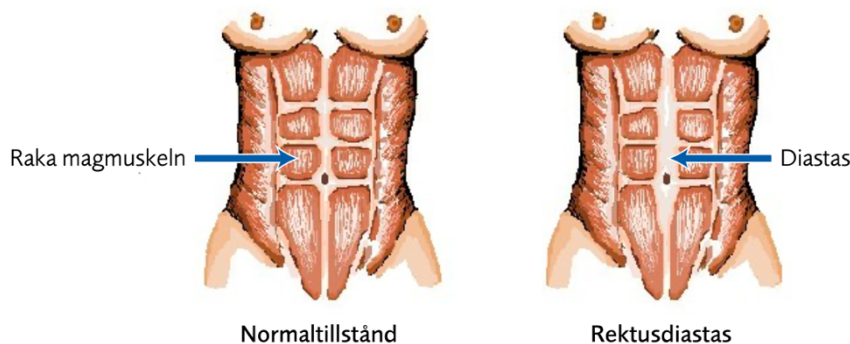
Den gravida kroppen går igenom ett flertal anatomiska och fysiologiska förändringar. Flera organsystem anpassas under graviditeten för att orka med kraven som kroppen ställs inför (Tan & Tan, 2013). Under graviditeten frisätts hormoner varav ett är relaxin, vilket är välstuderat och den vanligaste orsaken till rektusdiastasens uppkomst (Carlstedt et al., 2018). Relaxin mjukar upp ligament och stödjevävnad, vilket gör kroppens leder rörligare (Tan & Tan, 2013) och det leder till elastiska förändringar av bindväven (Thabet & Alshehri, 2019). På grund av att magen blir tyngre och ökar i omfång är en anterior pelvis tilt; främre bäckenlutning, vanlig i de flesta fall under en graviditet. När magen växer ökar också avståndet mellan den raka magmuskelns två muskelbukar; Musculus (m) rectus abdominis, vilket kan orsaka en separation; en biomekanisk förändring i strukturerna i bukväggen (Balasch-Bernat et al., 2021). Denna bukseparation kan göra att den funktionella styrkan hos bukväggen minskar (Thabet & Alshehri, 2019). Det ökade avståndet mellan muskelbukarna som kan uppstå benämns som rektusdiastas (Balasch-Bernat et al., 2021).

1.2 Rektusdiastas

Rektusdiastas innebär en delning mellan de två muskelbukarna och en försvagning samt uttänjning av linea alba kan ses (Hall & Sanjaghsaz, 2022). Magmusklerna består av 4 muskler; m. rectus abdominis, m. obliquus abdominis externus, m. obliquus abdominis internus och m. transversus abdominis (Martini et al., 2015). Den raka magmuskeln m. rectus abdominis har sitt ursprung från processus xiphoideus och costae cartilago 5–7 och sin infästning på symfysis pubica. Muskeln har två longitudinella muskelbukar som delas i mitten via ett bindvävsstråk; linea alba (Martini et al., 2015). Linea alba är en förlängning av

m. rectus abdominis fascia (Hall & Sanjaghsaz, 2022). Magmusklernas funktion är att hålla uppe trycket i bukhålan och verkar stabiliserande för ländryggen (Carlstedt et al., 2018). Musklerna verkar också stabiliserande för bål och bäcken, bevarande av hållning, samt andning och stöd för inre organ (Fuentes Aparicio, 2021). Genom en ökad bredd på linea alba kan muskellängden påverkas i den laterala bukväggen då m. transversus abdominis har en horisontell fiberorientering, vilket i sin tur kan göra musklerna ineffektiva (Eriksson Crommert et al., 2020).

Enligt Hall och Sanjaghsaz (2022) är en separation mer än två centimeter mellan de två longitudinella muskelbukarna i m. rectus abdominis onormalt, även om mer eller mindre separation kan förekomma med eller utan besvär. Sperstad et al. (2016) beskriver att en rektusdiastas kan förändra hållningen och därigenom ytterligare öka ryggbelastningen orsakad av den minskade styrkan och funktionen som uppstår vid separationen. Detta kan i sin tur leda till ländryggssmärta. Det stärks av Gluppe et al. (2021) som menar att en rektusdiastas inte bara är ett kosmetiskt besvär, utan som för flera kvinnor leder till försämrad bålstyrka, bål-, ländryggs- och bäckensmärter, samt bäckenbottenstörningar. Rektusdiastas är ett fenomen som förekommer främst under och efter graviditet (Michalska et al., 2018) och Eriksson Crommert et al. (2020) beskriver i sin kvalitativa studie att kvinnor med en rektusdiastas kan begränsas i deras vardagliga- och fysiska aktiviteter.



(Lövenmark, 2022).

1.2.1 Riskfaktorer för rektusdiastas

Risken för att utveckla en rektusdiastas associeras till ett ökat buktryck som ses hos gravida, personer med obesitas och hos personer med sjukdomar som försvagar bindväven (Hall & Sanjaghsaz, 2022). Ytterligare riskfaktorer som ökar risken för en rektusdiastas är försvagad bindväv till följd av defekter i kollagenstruktur, eller bukoperationer och viktökning. Graviditeter har flera riskfaktorer för att utveckla en rektusdiastas; hormonella förändringar, förstoring av livmodern, anterior pelvis tilt, hyperlordos av ländryggen och kejsarsnitt. Det finns dock ingen korrelation mellan en rektusdiastas och personens BMI innan graviditet, bebisens vikt eller bärandet av barnet efter förlossning (Michalska et al., 2018). Enligt Sperstad et al. (2016) finns det dock en ökad sannolikhet för att utveckla en rektusdiastas bland kvinnor postpartum som utsätts för tunga lyft mer än 20 ggr/vecka och att bärandet av sitt födda barn kan öka belastning på bukväggen och rektusdiastasen. Därmed kan diastasen

som naturligt har uppstått under graviditeten öka när den istället förväntas att minska successivt efter förlossning. Hypotesen att tunga lyft är en riskfaktor har emellertid ett svagt vetenskapligt stöd och behöver därför undersökas ytterligare (Sperstad et al., 2016).

1.3 Behandlingsmetoder vid en rektusdiastas

Det finns i rådande läge inte tillräckligt med vetenskapligt stöd för att bedöma vilka hälsoeffekter som fysioterapi kan ha vid rektusdiastaser (SBU, 2022) och därför finns inte riktlinjer för behandling och diagnostik (Carlstedt et al., 2021). Sällan läggs fokus på att undersöka den upplevda livskvalitén, kroppsuppfattning och smärta som till följd av diastasen. Dessa är dock faktorer som kan påverka den drabbade (Fuentes Aparicio, 2021). Den bristande kunskapen om uppkomsten av rektusdiastaser och dess negativa påverkan på kvinnors funktionalitet i vardagen har lett till en ökad efterfrågan på nationella riktlinjer i Sverige (Carlstedt et al., 2021). Behandling av rektusdiastas har däremot diskuterats genom åren (Carlstedt et al., 2021). Enligt Hall och Sanjaghsaz (2022) är optimal behandling ej fastställd, trots det rekommenderas fysioterapi (Carlstedt et al., 2021; Gluppe et al., 2021; Hall & Sanjaghsaz, 2022; Jessen et al., 2019). Fysioterapin kan då innehålla styrketräning och muskulär uthållighet med gradvis ökning av träningsprogression (Gluppe et al., 2021) och oftast riktas åtgärderna till att minska diastasens vidd (Hall & Sanjaghsaz, 2022).

Enligt Gluppe et al. (2021) har studier framför allt genomförts på kvinnor med mild rektusdiastas. Gluppe et al. (2021) fortsätter att det finns låg evidens för att endast bäckenbottenträning är en effektiv behandling av rektusdiastasens vidd, utan menar att komplettering i form av fler bålövningar behövs under behandlingen. Därefter kan kirurgi bli aktuellt om patienten har besvär med bukväggens funktion, 2 år efter förlossning och inga framtida planerade graviditeter (Carlstedt et al., 2021). Vid en rektusdiastas bredare än 3 cm bör kirurgi övervägas enligt Emanuelsson et al. (2016). Enligt Hall och Sanjaghsaz (2022) bör diagnos och behandlingsalternativ fokusera på individens uppfattning om besvär eller symptom såsom utbuktning och bålinstabilitet snarare än minskning av separation och kosmetisk förbättring. Indikationen för behandling erbjuds utifrån individens besvär och upplevelser (Hall & Sanjaghsaz, 2022). Carlstedt et al. (2021) beskriver att bålträning genererar en funktionsförbättring och livskvalitet hos kvinnor, detta bör inkluderas och undersökas i framtida studier. Även Fuentes Aparicio (2021) understryker vikten av att undersöka dessa faktorer för att kunna förstå patienten och för att kunna ge en patientcentrerad vård.

Gluppe et al. (2021) beskriver den låga evidensen från randomiserade kontrollerade studier (RCT:er) för rekommendationen av specifika fysioterapeutiska träningsprogram och Carlstedt et al. (2021) menar att det inte finns riktlinjer inom primärvården hur fysioterapeuter bäst ska gå tillväga vid behandling. I dagsläget finns inga RCT:er hos kvinnor med svår rektusdiastas postpartum och Gluppe et al. (2021) fortsätter att det finns ett behov av interventionsstudier som undersöker hur effekten av enstaka övningar påverkar diastasens vidd. Det finns dock ett behov av mer forskning och ökad evidens kring om hur

rektusdiastasen kan påverka den drabbade, samt vad effekten blir av förebyggande träning och behandlingsprogram (Sperstad et al., 2016). Det förekommer även manuella metoder och hjälpmedel vid behandling som oftast används i kombination med träningsprogram (SBU, 2022), dock saknas tillräcklig evidens för dessa (Benjamin et al., 2014). Vid träning av m. transversus abdominis kan hjälpmedlen användas som stöd till bål och ländrygg i syfte att minska diastasens vidd (Benjamin et al., 2014).

Det finns ingen enhetlig bild från studier för hur fysioterapeutiska träningsprogram ser ut. De varierar i övningar och upplägg beroende på studien. Programmen innehåller oftast övningar för hela bålen med fokus på att aktivera m. transversus abdominis eller m. rectus abdominis. Det förekommer även övningar för att stärka bäckenbottenmuskulaturen (SBU, 2022). Enligt Gluppe et al. (2021) är rekommendationen vid en rektusdiastas postpartum styrketräning likadant som för den friska populationen. I en studie av Sperstad et al. (2016) tränar kvinnor som har en mild eller ingen rektusdiastas regelbundet 3 gånger i veckan eller mer och promenader regelbundet under sin graviditet jämfört med kvinnor som har måttlig eller en svår rektusdiastas. Singam et al. (2015) beskriver att något som kan vara en viktig del i rehabilitering och behandling är att personen kan utföra sina vardagsaktiviteter.

1.3.1 Aktiviteter i vardagligt liv

Socialstyrelsen (2016) beskriver en aktivitet som en uppgift eller handling som utförs av en person och Karolinska institutet (u.å) beskriver aktiviteter i dagliga livet (ADL) som basala aktiviteter för egenvård. Singam et al. (2015) belyser vikten av målsättning som en grundläggande del i rehabiliteringen, vilket kan innebära att personens hantering av sina vardagsaktiviteter är centralt och därav främjar välmående. Vardagsaktiviteterna som kan påverkas vid en rektusdiastas är exempelvis tunga lyft av matkassar eller tvättkorgar samt lek tillsammans med barnen. Aktiviteterna kan upplevas ge en obehagskänsla och/eller smärta mestadels från magen men även runt ländryggen. Svårigheter att aktivera magmuskulerna ger ofta en upplevelse av fysisk instabilitet i bålen (Eriksson Crommert et al., 2020).

Definitionen av fysisk aktivitet innebär en ökning av energiförbrukning vid all slags rörelse; promenader, löpning, lek med barnen, idrott av olika slag, förutom den konsumtion energi som sker i vilande tillstånd (Mattson et al., 2021). Under fysisk aktivitet har flera kvinnor svårt att utföra övningar, exempelvis vid gruppträning då bristen på muskelkontroll samt bålinstabilitet påverkar. Svaghets- och instabilitetskänsla i bålen, även en uppfattning av att magen hänger ut vid lägre belastning resulterar i att kvinnor inte längre uppfattar sin kropp som stark (Eriksson Crommert et al., 2020). Att öva på att aktivera m. transversus abdominis kan vara bidragande till att motverka eller minska rektusdiastasen och driva rehabiliteringen framåt. Det kan resultera i att kvinnor kan återgå till sina normala fysiska- och sociala aktiviteter snabbare men dock krävs det framtida vetenskapliga studier för belägg av detta (Benjamin et al., 2014). Carlstedt et al. (2021) beskriver det stora behovet av vidare studier som jämför olika fysioterapeutiska behandlingsmetoder och kvalitativa studier vars fokus bör läggas på personens upplevelser, perspektiv och förväntningar. Rekommendationer kring behandling för personers återgång till tidigare aktivitetsförmåga i vardagen efterfrågas av

fysioterapeuter och från patienthåll inom svensk primärvård. Detta bör utvecklas för ett bättre omhändertagande främst vid bedömning och information om rektusdiastas eftersom fenomenet kan påverka funktion, livskvalitet och aktivitetsförmåga i vardagen (SBU, 2022).

1.4 Fysioterapi med ett beteendemedicinskt arbetssätt

Fysioterapi utmärks av synen på människans hälsa, vilket innebär ett samspel av fysiska, psykiska och sociala faktorer (Broberg & Lenné, 2016). Centrala begrepp inom fysioterapi är förståelsen av kropp, rörelse, funktion och interaktionen mellan medmänniskor och miljö. Fysioterapi har flera mål; främja hälsa, minska lidande samt bevara eller återfå funktioner (Broberg & Lenné, 2016). Fysioterapeuter arbetar evidensbaserat vilket innefattar att de tillämpar den bästa och tillgängliga forskningen som finns kring fenomenet, den kliniska och professionella expertisen, samt patientens erfarenheter och önskemål. Den evidensbaserade praktiken innebär ett samspel av dessa för att besluta kring bästa och möjliga intervention (Fysioterapeuterna, 2019). Då forskning kring effekten av fysioterapi vid en rektusdiastas är begränsad måste behandlingsmetoden framför allt baseras på klinisk expertis och patientens önskemål (SBU, 2022). Därav finns en risk att kvinnor med en rektusdiastas inte får behandling på lika villkor som ledande konsekvens (Eriksson Crommert et al., 2020). Det bristande evidensläget betyder inte att fysioterapi saknar effekt utan det krävs mer forskning för att utvärdera potentiella effekter av vald fysioterapimetod (SBU, 2022).

Beteendemedicin är ett tvärvetenskapligt område där interaktionen av psykosociala, beteendemässiga och biomedicinska faktorer samspelar vid hälsa och sjukdom (International Society of Behavioral Medicine, u.å.). Beteendemedicin inriktar sig på vilka bio-psyko-sociala faktorer som kan ligga till grund för ett beteende, som i sin tur definieras som något vi gör, tänker och känner (Denison & Åsenlöf, 2012). Modellen fokuserar på både intervention samt hälsoprevention (Ogden, 2012). Hur människor beter sig i vardagen kan påverka kroppsliga funktioner parallellt som kroppsliga funktioner kan påverka vardagsbeteenden (Denison & Åsenlöf, 2012). Det ökade avståndet vid rektusdiastas är ett komplext fenomen som påverkar kvinnor på en mängd olika sätt. Känslan av fysisk bålinstabilitet resulterar i att kvinnor förändrar och begränsar sina vardagliga- och fysiska aktiviteter. Vardagsaktiviteternas begränsningar samt anpassningar kan vara; att anta en långsammare gångtakt, modifiera sin fysiska träning eller leka lugnare med sina barn. Detta understryker vikten av att beakta varje individ i dess egna sammanhang ur ett biopsykosocialt perspektiv (Eriksson Crommert et al., 2020). Enligt Carlstedt et al. (2021) genererar fysioterapi en funktionsförbättring hos kvinnor med en rektusdiastas, medan SBU (2022) däremot beskriver att den försämrade fysiska funktionen försvarar möjligheterna att utföra olika vardagsaktiviteter. Identifiering av ett problematiskt beteende genomförs för att kunna åstadkomma en beteendeförändring. Genomförandet av en beteendeförändring kan innebära att bibehålla, börja, öka, minska eller helt sluta med ett specifikt beteende. Dessa står i centrum för beteendemedicinsk behandlingsåtgärd. Sambandet mellan biomedicinska faktorer och beteendefaktorer är grundprincipen för beteendemedicin och beskrivs i olika faser av en sjukdomsutveckling (Denison & Åsenlöf, 2012).

1.4.1 Socialkognitiv teori

Socialkognitiva teorin beskriver samspelet mellan person- och omgivningsfaktorer och hur dessa styr och påverkar beteendet; reciprokal determinism (McAlister et al., 2008). För personer med en rektusdiastas kan upplevelser av bålinstabilitet vara en inre individfaktor och denna känsla av bålinstabilitet och besvikelse över kroppen begränsar många kvinnor i hantering av deras vardagsaktiviteter och träning (Eriksson Crommert et al., 2020). Fysioterapeuten samt personens sociala stöd kan vara yttre omgivningsfaktorer och enligt Izydorczyk et al. (2021) är det en faktor som påverkar kroppsuppfattningen hos kvinnor med en rektusdiastas, vilket i sin tur kan stärka personens självförtroende. I den socialkognitiva teorin är det vad personen tror om konsekvenserna av beteendet som styr beteendet. Self-efficacy innebär personens föreställningar om den egna förmågan att utföra ett specifikt beteende. Utfallsförväntningar beskrivs som föreställningar om vilka konsekvenser ett visst beteende tros ge och hur viktiga de konsekvenserna kan vara för att nå ett visst mål. Dessa är två av de viktigaste komponenterna som samverkar tillsammans och därmed påverkar beteendet (Bandura, 1997). Komponenterna har även en inverkan på personens välmående, beteendeförändring samt upprätthållandet av en beteendeförändring (Bandura 2004). Izydorczyk et al. (2021) beskriver att en rektusdiastas kan vara orsak till kroppsmisnöje, ångesttankar och upplevelser av begränsad aerob kapacitet. Fuentes Aparicio (2021) visade även på en negativ korrelation mellan rektusdiastasens vidd och negativa tankar om kroppen. Ju bredare diastas desto mer negativa tankar om kroppens utseende och mindre tillfredsställelse av bålens form. Izydorczyk et al. (2021) belyser dock en positiv korrelation mellan socialt stöd och välmående som kan öka personens self-efficacy gällande tankar och känslor kring sin kropps förmåga. Uteblivet stöd kan också skapa en stressreaktion som i sin tur kan skapa både en fysiologisk och en beteendemässig respons (Cannon, 1932).

1.4.2 Copingstrategier vid rektusdiastas

Cannon (1932) var först med att redogöra för stress och copingmodellen och "fight-or-flight" reaktionen på stress. Fysisk och/eller psykisk försämring kan uppstå om botande åtgärder uteblir men Cannon (1932) beskriver att socialt stöd kan ha effekt på dessa fysiska och psykologiska resultat.

Stress påverkar alla personer på olika sätt som i sin tur leder till hur de hanterar sin stress, hur de söker sjukvård, samt hur väl de följer vårdpersonalens råd, exempelvis fysioterapeutens råd (Glanz & Schwartz, 2008). Vid en stressreaktion utvärderar personen möjliga hot eller skador benämnt primär bedömning. Därefter gör personen en bedömning av att kunna påverka situationen och hantera negativa emotionella responser benämnt sekundär bedömning. Tillämpning av copingstrategier såsom problemhantering och emotionell reglering leder sedan till utfallet av situationen (Glanz & Schwartz, 2008). Problemfokuserad copingstrategi innebär att en person aktivt söker information och försöker förändra sin situation. Emotionsfokuserad copingstrategi innebär exempelvis att förändra tankar kring stressorn, sökande av socialt stöd, ventilera känslor, undvikande och förnekande av situationen. Den förstnämnda strategin är mest användbar för stressorer och situationer som är påverkbara, medan den andra lämpar sig bäst till situationer som inte är påverkbara

(Glanz & Schwartz, 2008). Som ett resultat av bristen på kunskap om rektusdiastas försöker flera kvinnor med en rektusdiastas agera efter sin subjektiva upplevelse. En del tränar mer än innan graviditeten för att behålla sin funktionsnivå, medan andra kvinnor undviker att utföra vissa vardagsaktiviteter då de uttrycker en försämrad styrka eller bålinstabilitet för att utföra dem (Eriksson Crommert et al., 2020).

Enligt Eriksson Crommert et al. (2020) försöker många kvinnor skapa strategier för att hantera konsekvenserna av sin rektusdiastas. Genom att söka information på egen hand för läran om sin rektusdiastas uttrycker många kvinnor sig ha svårt att hitta information kring hantering av diastasen. I brist på information från vårdgivare riktar sig många kvinnor till andra informationskällor såsom sociala medier, böcker och bloggar. Detta kan medföra en möjlig risk att ingen träning utförs då kvinnorna uttrycker sig ha svårt att bedöma om informationen är trovärdig och vilken typ av fysisk träning som är effektiv, samt hur mycket de kan träna (Eriksson Crommert et al., 2020).

1.5 Upplevelser av att leva med en rektusdiastas

Kvinnor uttrycker bristande information och okunskap bland den vårdpersonal de möter. Vårdpersonal, exempelvis fysioterapeuter har begränsat med kunskap om hur rektusdiastaser ska behandlas eller vart en remiss ska sändas. Detta kan medföra att kvinnor inte bemödar sig att kontakta sjukvården igen (Eriksson Crommert et al., 2020).

Att leva med en rektusdiastas postpartum kan variera då rektusdiastasen inte behöver vara symtomgivande samt att andelen personer som får symtom av sin diastas inte är kartlagd ännu (SBU, 2022). Det finns kvinnor som beskriver att det konstant pågår en ansträngning att acceptera sitt nya utseende, samt att känna en stolthet över kroppen. Dessa kvinnor hade en sänkt självkänsla, andra kände sig skamsen över sin mage, vilket för flera kvinnor också gav en negativ påverkan på relationer. Detta i sin tur kan resultera i undvikande av sociala sammanhang. Många kvinnor kan få en bristande och opassande behandling från fysioterapeuter som konsekvenser av bristande information baserat på den rådande bristfälliga vetenskapliga evidensen (Eriksson Crommert et al., 2020).

1.6 Problemformulering

Rektusdiastas är ett fenomen som kännetecknas av ett ökat avstånd mellan muskelbukarna i den raka magmuskeln. Det förekommer främst under och efter graviditet och prevalensen är hög i denna population. Diagnosen kan ge en känsla av bålinstabilitet samt minska och/eller begränsa vardagsaktiviteter och därmed välbefinnandet. Brist på information från fysioterapeuter gör att fler drabbade skapar egna strategier för att hitta information kring sin rektusdiastas och hur de ska hantera diastasen i vardagen. Det är för närvarande oklart hur den fysioterapeutiska behandlingen och bemötande kan påverka vardagsaktiviteter. Dagens behandlingsfokus tycks främst vara att minska vidden mellan muskelbukarna och öka styrka,

och har sällan fokus på att öka funktionen i vardagsaktiviteter och välmående. Således borde fysioterapeutiska behandlingsalternativ fokusera på personens perspektiv, symtom, besvär och deras förväntningar på behandling, samt återgång till vardagsaktiviteter. Genom stress och copingmodellen kan personers copingstrategier analyseras och undersökas då strategierna kan påverka utfallet av fysioterapi för vardagsaktiviteter. Vidare kan den socialkognitiva teorin genom reciprokal determinism beskriva hur individ-, omgivnings- och beteendefaktorer integrerar och påverkar vardagsaktiviteter, men även hur behandling och bemötande kan påverka. Därmed finns det ett behov av forskning som beskriver hur personer med rektusdiastas postpartum upplever att den fysioterapeutiska behandlingen har påverkat deras vardagsaktiviteter.

2 SYFTE

Syftet med studien var att undersöka personers upplevelser av hur deras vardagsaktiviteter har påverkats av fysioterapi vid rektusdiastas postpartum.

3 METOD OCH MATERIAL

3.1 Design

En explorativ design och en kvalitativ deskriptiv innehållsanalys med induktiv ansats användes i studien för att beskriva hur personer upplever att deras vardagsaktiviteter har påverkats av fysioterapi för rektusdiastas postpartum. Enligt det kvalitativa paradigmet ligger uppmärksamheten riktad mot personen och dess subjektiva upplevelser (Backman, 2016). Därav valdes en kvalitativ metod då målet med studien är att identifiera varierande upplevelser av fysioterapi för rektusdiastas postpartum.

3.2 Urval

Vid rekrytering av deltagare till studien gjordes ett ändamålsenligt bekvämlighetsurval vilket enligt Carter och Lubinsky (2016) innebär att deltagare handplockas utifrån deras erfarenheter, samt att författarna tror att deltagarna kan bidra med värdefull information. Urvalsmetoden valdes då författarna var intresserade att hitta deltagare med varierade upplevelser av fysioterapi samt att få en stor geografisk spridning. Inklusionskriterierna som

författarna valde till studien var; personer över 18 år och som har fött barn. Ingen specifik gräns fanns för deltagarnas senaste förlossning då deras upplevelse av utförd behandling för sin rektusdiastas hos fysioterapeut stod i fokus. Deltagarna skulle behärska det svenska språket i tal och skrift, samt ha genomgått behandling för sin rektusdiastas hos fysioterapeut/sjukgymnast. Det fanns inga krav på behandling av en specialiserad fysioterapeut/sjukgymnast inom området. Författarna hade initialt ett inklusionskriterie att deltagaren skulle ha fått behandling för senast sex månader sedan, men detta ströks under rekryteringen då kriteriet var svårt att uppfylla. Rekryteringen av deltagarna skedde fortlöpande tills önskat antal deltagare var rekryterade. Rekrytering skedde efter initiering av e-mailkontakt med författarna. Exklusionskriterier till studien var att deltagarna hade en rektusdiastas som inte hade uppkommit i samband med en graviditet eller förlossning.

Deltagarna blev totalt sex stycken som identifierade sig som kvinnor med en ålder på 32–48 år med en snittålder på 40,5 år. Deltagarna hade fött 1–4 barn med en snittfödsel på 2,3 barn. Deltagarnas behandling pågick i 1,5–18 månader med ett snitt på 5,5 månader varav en deltagare hade fått sporadisk fysioterapi i 3,5 år. Deltagarna hade en rektusdiastas på 2–9 cm med ett snitt på 4,6 cm. Samtliga deltagare hade fått behandling för mer än 2 år sedan från olika ställen i Sverige. Spridningen omfattade mellan- till södra Sverige. Deltagarna hade fått en variation av fysioterapi som bestod av exempelvis träningsprogram, övningar för inre magmuskler, rekommendationer kring träningsapp, samt direkt remiss till kirurg. Deltagarna hade fått fysioterapi från både primärvård och specialistvård.

3.3 Datainsamling

Datainsamling har skett via semistrukturerade individuella intervjuer (Bilaga A), vilket innebär att författarna konstruerat huvudfrågor och följdfrågor innan intervjutillfället (Carter & Lubinsky, 2016). En semistrukturerad intervjumetod valdes för att kunna ställa konstruerade huvudfrågor, men även för att kunna avvika från intervjuguiden via följdfrågor för förtydligande eller konkreta exempel från deltagarna. Intervjuerna påbörjades genom att den första författaren förklarade syfte, etik samt att deltagarna fick chans att ställa frågor innan intervjuns start vid samtliga intervjuer. Deltagarna fick presentera sig genom slutna bakgrundsfrågor (Bilaga A) som den andra författaren ställde om deras graviditet, rektusdiastas och behandling. Den andra författaren ställde även huvudfrågorna vid samtliga intervjuer. Ordningen av huvudfrågorna anpassades under samtalets gång och emellanåt bads deltagarna förtydliga sina påståenden.

3.4 Tillvägagångssätt

Rekrytering utfördes via sociala medier; Facebook, Instagram och familjeforum. Vid godkännande från administratörer (ägare av instagramkonto och administratörer av slutna facebookgrupper) delades text och bild (Bilaga B) upp med kort information angående studiens syfte, frivillighet till deltagande, samt kontaktuppgifter till författarna. Vid kontakt

med författarna om visat intresse av att delta i studien mejlades informationsbrev (Bilaga C) och samtyckesblankett (Bilaga D) ut till deltagaren. Vid återkopplingen bestämdes tid och plats, eller alternativt via konferensverktyget Zoom för intervju. Deltagarna fick information om att samtyckesblanketten skulle vara ifylld innan intervjun för att författarna skulle kunna genomföra den.

Innan ljudinspelningen av intervjun påbörjades småpratade författarna med deltagaren för att lätta upp stämningen, initiera kontakt, samt visa intresse. Båda författare deltog vid samtliga intervjuer och samma författare ställde huvudfrågorna på samtliga intervjuer. Dessa roller växlades inte mellan intervjuerna. En intervju hölls fysiskt på en bestämd plats och resterande intervjuer genomfördes via Zoom. Vid en av zoomintervjuerna var författarna på samma plats och resterande zoomintervjuer deltog de från var sin dator. Intervjuguiden (Bilaga A) användes vid samtliga intervjuer och båda författare ställde följdfrågor som kunde avvika från intervjuguiden. I slutet av varje intervju gavs deltagarna frihet att tillägga valfri information i syfte att inte gå miste om några relevanta uppgifter kring ämnet. Författarna höll i en pilotintervju för att testa intervjusituationen och intervjuguidens frågor. Författarna bedömde att intervjuguiden inte behövde omformuleras för att data relaterade till syftet, därför inkluderades pilotintervjun i dataanalysen.

Intervjuerna spelades in med diktafon. Ljudinspelningarna sparades därefter ner på författarnas respektive datorer med lösenordsskydd och touch id. Ljudinspelningarna raderades därefter från diktafonen. Intervjuernas duration blev mellan 22–63 minuter med ett snitt på 38,6 minuter. Författarna transkriberade 3 intervjuer var. Intervjuerna transkriberades ordagrant men uteslöt ljud som “mm”, “ehh”, harklingar och skratt. De transkriberade intervjuerna namngavs till en nummerordning från 1–6. Ljudinspelningarna och de transkriberade intervjuerna kommer att raderas efter godkänd uppsats.

3.5 Dataanalys

En induktiv innehållsanalys gjordes med en manifest tolkning enligt Graneheim och Lundman (2004). Den manifesta tolkningen betyder att författarna analyserar materialet textnära utan att göra abstrakta tolkningar. Då analysen gjordes med en induktiv ansats betyder det att analysen av intervjuerna skedde förutsättningslöst för att identifiera kategorier och mönster (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna lyssnades på och de transkriberade intervjuerna lästes igenom tillsammans för att få fram det övergripande budskapet, samt att båda författare skulle få en enhetlig syn över hela materialet (Graneheim & Lundman, 2004).

Analysen gjordes gemensamt för samtliga intervjuer. Meningsbärande enheter plockades ut, vilket innebär meningar, ord och längre stycken som var av betydelse och svarade eller relaterade till syftet. Därefter kondenserades enheterna, vilket innebär att texten kortades ner utan att förlora centralt värde eller budskap (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). Efter kondenseringen kodades de kondenserade enheterna och gavs ett namn. Författarna strävade efter att koda textnära för att enklare kunna kategorisera och veta vad koden

innehöll. Koderna sågs som etiketter på vad de kondenserade enheterna innehöll. Koder med liknade innehåll fördes sedan samman för att skapa underkategorier och därefter kategorier. Skapandet av dessa underkategorier och kategorier genomfördes och reviderades flera gånger för att säkerställa att de svarade på syftet, samt för att se till att kategorierna och dess innehåll ömsesidigt tog ut varandra. Inget innehåll skulle ha kunnat passa in i en annan kategori. Kodningen och kategoriseringen validerades av handledare och fysioterapeutstudenter med en beteendemedicinsk inriktning benämnd validering med hjälp av experter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Materialet som analyserades sorterades i en tabell i Microsoft Word. Ett utdrag med exempel från analysen kan ses i Tabell 1 med meningsbärande enhet, kondensering, kod, kategori och underkategori. Samtliga kategorier och underkategorier visas i Tabell 2. För att tydliggöra kategorierna och underkategorierna samt att lyfta deltagarnas upplevelser valdes citat ut från varje underkategori.

Tabell 1: Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Kategori	Underkategori
Jag hade redan träffat en som inte visste någonting om det här så jag vill inte hamna i samma situation.	Jag hade redan träffat en fysioterapeut som inte visste någonting, ville inte hamna i samma situation.	Tidigare möte med okunnig fysioterapeut.	Bristande mottagande och kunskap hämmar rörelse.	Behandlarens bristfälliga kompetens.
Jag nämnde ju det, krattning och trädgårdsarbete, påta i jorden i trädgården, då är jag helt färdig efteråt men jag älskar det och gör det ändå och försöker göra, sätta mig ner på rumpan och köra liksom handikappanpassat. Och det funkar ju liksom till viss del.	Vid trädgårdsarbete är jag helt färdig efteråt men älskar det så gör det ändå. Försöker anpassa och det funkar till viss del.	Färdig efter trädgårdsarbete. Försöker anpassa.	Begränsningar kvarstår trots behandling	Svårigheter i vardagligt liv.

3.6 Etiska överväganden

Helsingforsdeklarationen 2013 är en samling av fyra etiska riktlinjer som ska följas under forskning och som även tillämpades i detta arbete. Dessa fyra är informations-, samtyckes-, konfidentialitet- och nyttjandekravet (World Medical Association, 2013). Deltagarna fick ta del av skriftlig information (Bilaga C) vid visat intresse för medverkan i studien, samt skriva under en samtyckesblankett (Bilaga D). Deltagarna gav även muntligt informerat samtycke och fick muntlig information om studiens genomförande vid intervjutillfället. Deltagarna informerades även om att ett deltagande i studien var helt frivilligt och att deras personuppgifter är skyddade. Författarna förklarade deltagarnas rättigheter att kunna avbryta sin medverkan i studien utan att behöva ange skäl till detta. Materialet om deras personuppgifter samt insamlad data som framkom under intervjuerna sparades på författarnas respektive datorer med lösenordsskydd och touch id. Obehöriga kan därmed inte ta del av materialet om inte ett datainträng skulle ske. Dessa data och personuppgifter kommer sparas fram till att uppsatsen är godkänd, därefter raderas all insamlad data. Insamlad data användes inte för något annat än forskningsändamålet enligt nyttjandekravet. Data hanterades även konfidentiellt vilket innebär att ingen enskild individ skulle kunna identifieras i datamaterialet som kommer att redovisas vid godkänt examensarbete (World Medical Association, 2013). Det fanns inga uppenbara risker vid deltagande i studien. Möjligtvis kunde det väcka besvärande känslor hos deltagarna att prata om hur rektusdiastasen har påverkat vardagen, förändringar av kroppen eller hur bemötande av fysioterapeuten hade skett. Det fanns möjlighet för deltagarna att tillägga valfri information och reflektion i slutet av intervjun via frågan "Finns det något du önskar att tillägga under denna intervju?" för ett mer öppet samtal kring ämnet. Även där förtydligades att inga svar kan kopplas till varje enskild deltagare för att skapa en känsla av trygghet enligt riktlinjerna i World Medical Association (2013).

4 RESULTAT

Resultatet av analysen gav 5 kategorier med 13 underkategorier och redovisas i tabell 2.

Tabell 2: Samtliga kategorier med tillhörande underkategorier.

Kategori	Underkategori
Begränsningar kvarstår trots behandling	Undvikande av fysisk lek med barn
	Svårigheter i vardagligt liv
	Fortsatta hinder vid träning
	Smärta och svaghet i bål försvårar arbetet
Variation i hur behandlingen mötte förhoppningar om vardagsrörelser	Förväntningar som inte infriats
	Uppfyllda förväntningar kring fysioterapin
	Revolutionerande förväntningar på behandlingseffekt
Bristande mottagande och kunskap hämmar rörelse	Behandlarens bristfälliga kompetens
	Avvisande bemötande av fysioterapeut
Varmt bemötande skapar trygghet men påverkar inte vardagen	Socialt stöd är värdefullt för förståelse
	Fysioterapeutens personlighet främjar välmående i vardagen
Nya strategier och tankemönster påverkar anpassning till rörelse	Övningar stimulerar till mer aktivitet
	Acceptans av den nya kroppen

4.1 Begränsningar kvarstår trots behandling

Trots behandling kvarstod besvär som hämmade rörelse i vardagen. Det var en bred variation på hur deltagarna begränsades av sin rektusdiastas på olika sätt i dagliga rörelsemoment. De

begränsades främst på grund av uppkomst av ländryggssmärta och smärta i magen, minskad kontakt med magmuskler, instabilitetskänsla vid promenader och rädsla vid lek med barnen. Tankarna som rörde vardagen var övergripande negativa. Det framkom att deltagarna inte klarade av aktiviteter som dem en gång har kunnat göra och känslan av att kroppen inte längre håller för träning.

4.1.1 Undvikande av fysisk lek med barn

Det framkom fortsatta begränsningar i rörelser vid lek med barnen efter fysioterapi. Det beskrevs en känsla av rädsla för att exempelvis få en spark i magen och hur deltagare istället backade undan när barnen busade. Det uttrycktes att deltagare ibland avstod från att leka med sina barn då tankar uppkom som att kroppen inte skulle hålla. Det uppstod även en instabilitetskänsla i bålen vid bärandet av sina barn.

”Och när de blev busiga så backade jag istället. Jag var rädd att jag skulle få en spark i magen och så och det gjorde fruktansvärt ont liksom.” (Deltagare 3)

4.1.2 Svårigheter i vardagligt liv

Deltagarna beskrev att ländryggssmärta, nedsatt bålstyrka och värk kvarstod trots fysioterapi och hindrade rörelser i vardagen. Stora problem kvarstod och diastasen fortsatte att påverka deltagarna i somliga aktiviteter till precis hela tiden. Ländryggsbesvären var både konstanta och intermittenta beroende på hur deras vardag och belastning såg ut. Vid utebliven aktivering av magmuskulerna uppkom obehag, smärta samt svårigheter vid lätta rörelser, exempelvis som att sträcka sig efter saker. Det var fortsatt svårt att gå längre promenader, främst på ojämnt underlag och ländryggssmärta kunde uppstå efter en promenad på 2 km. Det beskrevs också en instabilitetskänsla i bålen och problem att ”få med benen” vid promenad.

”Det var väl det när jag gick längre promenader och de är då, ja men mer än 2 km. Längre än så har det inte, har jag inte kunnat gå.” (Deltagare 6)

Det uttrycktes en ständig påverkan av bålstyrkan vid lyft i vardagen och en känsla av att inte kunna aktivera magmuskulerna vid framåtböjning. Flera aktiviteter som begränsades var exempelvis att köra kundvagn i affären som gav smärta i magen, dammsuga beskrevs som en mardröm och att skala potatis framåt lutad gav en trötthetskänsla i ryggen. Vid extra ansträngning exempelvis vid trädgårdsarbete behövdes vila och när deltagare försökte anpassa arbetspositionen gav det inte den effekt som förväntat trots fysioterapi. Det framkom även begränsningar vid klädval, där åtsittande kläder över magen valdes bort. Att känna sig oattraktiv påverkade i sin tur det sociala sammanhanget i vardagen, exempelvis vid dejting.

”Dels så hade jag ju börjat få smärtor i ryggen. Jag kunde inte riktigt röra mig.” (Deltagare 5)

4.1.3 Fortsatta hinder vid träning

Deltagarna beskrev att de fortsatt begränsades vid träning på grund av sin rektusdiastas efter fysioterapi. Deltagarna var vana att kunna gå flera mil, springa och cykla på spinning cykel, men att detta var svårt på grund av fortsatt ländryggssmärta. De kunde inte återgå till sin vanliga träningsdos. Magen hängde ut vid cykling och deltagarna orkade inte hålla buktrycket vid framåtlutning och blev uttröttade i ryggen efteråt. Smärtans intensitet kunde variera från att vara lätta känningar till ryggskott, vilket kunde resultera i sängliggande. Stabiliserande övningar som plankan, sidoplankan och utomhusträning ansågs vara för svåra att genomföra. Känsla av svaghet och frustration uppstod då i dessa sammanhang. Förväntan om att ryggen inte håller för träning framkom också i resultatet. Det framkom även beskrivningar om att inte kunna träna alls.

“Jag får, som nu ligger ner, jag har ryggskott idag för att jag har tagit i för hårt i träning och inte kan liksom stabilisera mig. Det är så här återkommande.” (Deltagare 4)

4.1.4 Smärta och svaghet i bål försvårar arbetet

Ländryggsbesvär begränsade arbetet och deltagare var oroliga över att inte orka sitta och arbeta. Det uttrycktes stora problem med arbetet då ryggen inte orkade den ansträngning som krävdes. Deltagare uttryckte sig vila ofta under arbetet då bälten inte orkade.

“Jag kunde inte sitta på jobbet eller stå på jobbet eftersom det gjorde så ont i ryggen hela tiden.” (Deltagare 5)

4.2 Variation i hur behandlingen mötte förhoppningar om vardagsrörelser

Det var en variation när deltagarna beskrev hur fysioterapin levde upp till deras förväntningar på den behandling de skulle få eller genomföra. Deltagarna önskade att lära sig strategier för att kunna hantera vardagen och de symtom som diastasen gav på ett bättre sätt. Att inte anpassa behandlingen efter önskemål och vara empatisk och tillmötesgående resulterade till stor del i förlorad tilltro till fysioterapi och dess effekt på avståndet mellan muskelbukarna, symtom och välmående i vardagen. Det framkom också att somliga fysioterapeuter modifierade den fysiska aktiviteten genom anpassade övningar och gav lite i taget, vilket stärkte tilliten till behandlingen.

4.2.1 Förväntningar som inte infriats

Det beskrevs som problematiskt när förväntningar inte uppfylldes av fysioterapin eller av fysioterapeuten. Det framkom en avsaknad att få hjälp med strategier för vardagsrörelser vid behandlingstillfällena, exempelvis strategier för att kunna leka fysiskt med barnen. Det saknades också känslomässigt och socialt stöd under behandlingen, en önskan om

“psykosocial bit”. Deltagare upplevde också att förväntningar kring en tydlig handlingsplan, anpassat träningsprogram, målsättning, progression och uppföljning för att hantera vardagsaktiviteter bättre inte uppfylldes. Istället fanns ingen kontinuitet, det saknades fortsatt hjälp efter de övningar som deltagarna fått, samt att det kändes övermäktigt med ett långt träningsprogram. Det beskrevs som att ansvaret för en anpassning av övningarna ska ligga hos fysioterapeuten. I och med de ouppfyllda förväntningarna ändrades tankarna till oro inför framtiden och skapade en stress. Eftersom förväntan om verktyg och träning inte uppfylldes upplevdes vardagen som värre till viss del.

“Jag saknar nog det vardagliga. Lite hur jag skulle tänka i, i mina vardagliga aktiviteter liksom.” (Deltagare 6)

4.2.2 Uppfyllda förväntningar kring fysioterapin

Uppfyllda förväntningar av fysioterapin som upplevdes var att övningar som tog några minuter fungerade bra i vardagen. Det var bättre med få övningar och betydelsefullt att de var genomförbara. Genom modifierade övningar “gav träningen mycket”, också förväntningen om kontinuitet i behandlingen för att kunna bygga upp muskulaturen successivt infriades. Det upplevdes även som viktigt att fysioterapeuten under behandlingen bekräftade deltagarnas egen upplevelse av muskelstyrka i bålen. Det uttrycktes som skönt att få en diagnos eftersom det gav en bättre förståelse för symtomen som fanns vid vardagsaktiviteter.

“Jag tycker det är bättre att hålla sig till några få övningar som, som man vet fungerar liksom. Kanske 3 till 5 övningar och försöka få in det i vardagen.” (Deltagare 6)

4.2.3 Revolutionerande förväntningar på behandlingseffekt

Det framkom förväntningar på att träna ihop avståndet mellan muskelbukarna, eller att bålfunktionen skulle bli tillräckligt bra för normal återgång till att utföra vardagsrörelser utan större bekymmer. Det förväntades något revolutionerande eller att de övningar deltagare fick under behandlingen skulle ha en mycket större effekt än vad de egentligen hade.

“Jag tänkte att det kanske skulle ha varit möjligt att om inte stänga diastasen helt att förbättra det hela.” (Deltagare 1)

4.3 Bristande mottagande och kunskap hämmar rörelse

Deltagarna berättade att de träffat fysioterapeuter som de upplevde som okunniga och hade otillräcklig kunskap om behandling för rektusdiastas och som skulle kunna påverka deras vardagsaktiviteter. Somliga fysioterapeuter hade även ett bemötande som fick deltagare att känna sig arga och obekväma vid behandling, vilket minskade deras lust till rörelse.

4.3.1 Behandlarens bristfälliga kompetens

Det framkom upplevelser av att det fanns en låg kompetens kring rektusdiastas hos fysioterapeuterna och att det inte blev någon skillnad i förmågan att röra sig efter behandling på grund av att övningar och träningsprogram var för utmanande. Upplevelserna av okunskapen hos fysioterapeuterna resulterade i en orimlig behandling, exempelvis att springa 5 kilometer, men det förekom också att behandlingen uteblev för att fysioterapeuterna inte visste vilken behandling som var lämplig. Det framgick även beskrivelser om felaktig information, att det inte fanns några specialister på rektusdiastas i Sverige. Det beskrevs också att fysioterapeuten kunde höra av sig för att be om råd kring behandlingen gällande en helt annan patient med rektusdiastas. Detta resulterade i en känsla av bristande förtroende för vården och kunskapen hos fysioterapeuten.

“Som min sjukgymnast som jag hade först på vårdcentralen också, hon har återkommit till mig ”Jag tror det är någon mer som har liknande problem som dig, vad gjorde du? Hur skulle man träna?” liksom att hon vill ha råd från mig. Vilket är lite konstigt.” (Deltagare 3)

4.3.2 Avvisande bemötande av fysioterapeut

Upplevelsen av ett dåligt bemötande och bristande empati från fysioterapeuter väckte känslor av ilska och ledsamhet. Det väckte även obekväma känslor när fysioterapeuter försökte lägga till flera övningar trots att träningsnivån upplevdes vara för hög och att de dessutom var oense kring behandlingen. Ett exempel var en övning som upplevdes inte bara ansträngande utan också helt orimlig var situps med tillägg av en hårt knuten tröja runt magen. Detta skapade en avsevärt negativ upplevelse av fysioterapi som helhet.

“Det värsta jag varit med. Jag var så förbannad alltså jag grät i timmar efteråt och då min mamma vart rädd, vad hände. Men jag var så, det var ilska och jag var så arg. Jättearg var jag.” (Deltagare 1)

4.4 Varmt bemötande skapar trygghet men påverkar inte vardagen

Något som beskrevs som betydelsefullt av deltagarna för deras helhetsupplevelse och motivation för rörelser var att fysioterapeuter var tillmötesgående, snälla, varma och stöttande. De menade dock att dessa egenskaper hos fysioterapeuten i sig inte påverkade utfallet för vardagsaktiviteterna, men resulterade däremot i att de ville fortsätta med sin behandling med en förhoppning om att uppleva en förbättring över tid.

4.4.1 Socialt stöd är värdefullt för förståelse

Det framkom att upplevelserna av ett övergripande socialt stöd från fysioterapeuter var mycket betydelsefullt trots att det inte påverkade hanteringen av vardagsaktiviteterna i någon större utsträckning. Bekräftelsen att det fanns biomekaniska förändringar samt att deltagare

hade gjort sitt bästa beskrevs som "gav mycket". Det framkom att deltagare fick en bättre självbild eftersom förståelsen kring rektusdiastasen och dess problematik fanns hos fysioterapeuten och att de förklaringsmodeller som förmedlades vid behandlingen skapade en trygghet.

"Så bara att få möta någon som är så här, jo men jag, jag förstår ditt problem. Jag förstår varför. Jag kan förklara för dig också varför det har uppstått. Och alltså så här. Det ger ju en trygghet." (Deltagare 4)

4.4.2 Fysioterapeutens personlighet främjar välmående i vardagen

Fysioterapeuternas personliga egenskaper såsom att vara omhändertagande, snäll och "hands on" påverkade välmåendet i vardagen och upplevdes som viktigt. Det psykologiska stödet under behandlingen såsom "en klapp på axeln" var skönt trots att det inte påverkade eller gav några resultat på vardagsaktiviteterna i sig. Att fysioterapeuterna var professionella och hade adekvat kunskap i sitt bemötande och visade intresse var centralt för välmåendet i vardagen.

"För mig har det varit lite psykologi i det hela också. Att man liksom ska få en, amen som en liten klapp på axeln "du jobbar på, jag ser det liksom." Även om det inte ger resultat." (Deltagare 2)

4.5 Nya strategier och tankemönster påverkar anpassning till rörelse

Det framgick även under intervjuerna att deltagarna erbjöds olika typer av strategier för att öka rörelse och aktivitet i vardagen. Det varierade dock i upplevelsen om och hur dessa strategier verkligen ökade aktiviteterna.

4.5.1 Övningar stimulerar till mer aktivitet

Det framkom positiva aspekter av behandlingen som i sin tur positivt påverkade vardagsaktiviteterna. Deltagare fick en bättre medvetenhet om magmusklernas funktion och kunde lättare aktivera dem, vilket sedan underlättade aktiviteter, exempelvis resa sig från sängen eller sträcka sig efter saker, samt var det positivt med kontinuerlig aktivering under dagen. Den ökade medvetenheten om att aktivera magmusklerna förenklade utförandet av plankan vid träning. Strategier gavs av fysioterapeuten för att implementera dagliga övningar, vilket underlättade vardagen. Den ökade styrkan hjälpte även att minska ländryggssmärthan vilket annars kunde hindra deltagarna från att utföra sina vardagsaktiviteter. Specifik träning för hållning samt när den skulle implementeras i vardagen beskrevs som underlättande för en ökad funktion.

"Jag blev ju mycket starkare absolut och fick bättre kontakt med mina magmuskler och hela alltså hela bålen." (Deltagare 6)

Deltagarna beskrev hur de via träningsprogram eller övningar blev stimulerade till mer rörelse i vardagen. Träningsprogrammen kunde avse att stärka bålen för att kunna utföra sina vardagsaktiviteter. Det kunde även ges ut påminnelser som att höja styret på cykeln för att underlätta den aktiviteten då framåtlutning var ett hinder. Det framkom att det upplevdes viktigt att träna för att inte bli försämrad. Programmen beskrevs som jättebra och tankar på att börja med programmen igen uttrycktes.

”Och jag kommer ihåg, det här programmet var jättebra, det här körde jag verkligen. . . . Det borde jag börja köra igen.” (Deltagare 2)

4.5.2 Acceptans av den nya kroppen

Det beskrevs att fysioterapin lett till en uppkommen acceptans av det förändrade utseendet och bålfunktionen. Beskrivningar som att livet ändå fortsätter trots att tillståndet är livslångt och att deltagarna inte har fått det önskade utfallet framkom under intervjuerna.

Behandlingen hade inte tillräcklig påverkan på vardagsaktiviteter och det utmynnade i att en acceptans skapades kring situationen. Det framkom dock att acceptansen förutsatte en förklaring av anatomin och diagnosen, samt komplexiteten kring att musklerna inte når varandra för att acceptera sitt tillstånd.

“Vissa har tur och klarar sig igenom allt och andra får en prövning liksom. Jag hade svårt för det i början att, eftersom det här är liksom livslångt.” (Deltagare 2)

5 DISKUSSION

5.1 Resultatsammanfattning

Syftet med studien var att undersöka personers upplevelser av hur deras vardagsaktiviteter har påverkats av fysioterapi för rektusdiastas postpartum. Det framkom i resultatet att trots behandling kvarstod besvär och symtom såsom ländryggssmärta och instabilitet som hämmade vardagsrörelser. Stor variation fanns i de aktiviteter som fortsatt begränsade deltagarna, exempelvis promenader, lek med barnen, trädgårdsarbete, träning men även begränsningar i arbetsförmåga. Det fanns en viss avsaknad av strategier för att hantera skilda vardagsaktiviteter samt att deltagarna upplevde fysioterapin ibland som resultatlös och ibland till och med negativ. Det beskrevs varierande kring bemötandet från fysioterapeuterna. Deltagare förklarade att fysioterapeuterna upplevdes avvisande och hade bristfällig kunskap om behandling för deras rektusdiastas, vilket fick dem att känna sig arga och obekväma. Fysioterapeuterna beskrevs även som tillmötesgående men det gav dock

ingen effekt på deltagarnas hantering av vardagsaktiviteterna. Det framkom att fysioterapin hade en positiv påverkan på vardagsrörelserna när fysioterapeuterna anpassade övningarna. Upplevelser av en ökad bålstyrka och lättare aktivering av magmuskler som utfall minskade ländryggssmärtan, detta underlättade vid vardagsaktiviteter.

5.2 Resultatdiskussion

Studiens resultat visar att i kategorin *“Begränsningar kvarstår trots behandling”* fanns berättelser av deltagarnas begränsningar som återspeglades i flera vardagsaktiviteter. Eriksson Crommert et al. (2020) beskriver i sin kvalitativa studie att smärta och instabilitetsskänsla i bålen kan uppstå som ett resultat av rektusdiastasen och i sin tur påverka aktiviteten hos deltagarna. Detta resulterar i att kvinnor begränsar sina vardagsaktiviteter, exempelvis lugnare lek med sina barn. Det överensstämmer med resultatet i denna studie där deltagarna beskriver smärta och instabilitet i bålen, samt bekräftar att de backar undan när barnen blir alltför lekfulla och att de emellanåt även avstår helt. Däremot undersöker inte Eriksson Crommert et al. (2020) huruvida dessa begränsningar har blivit påverkade efter fysioterapi vilket lyfts fram i författarnas studie. Det framkom att stora begränsningar i vardagsaktiviteter kvarstod efter fysioterapi. Andra vardagsaktiviteter som inte tidigare beskrivits i studier och hur aktiviteterna begränsades framkom i resultatet; köra kundvagn orsakade smärta i magen, dammsugning och skala potatis framåtlutad gav en trötthetskänsla i ryggen, problem att få med benen vid promenad som en följd av instabilitet i bålen och vila vid extra fysisk ansträngning trots anpassning. Ett annat nytt fynd var även att det fanns stora problem med att utföra sitt arbete såsom trötthet i bål vid långvarigt sittande på grund av rektusdiastasen.

Ländryggssmärta och nedsatt bålstyrka kvarstod efter fysioterapi och Cannon (1932) menar att fysisk försämring kan uppstå om botande åtgärder uteblir. En ständig påverkan av bålstyrkan vid lyft i vardagen och saknad av kontakt med magmuskulerna beskrevs i intervjuerna. Detta konstaterades också av Eriksson Crommert et al. (2020) att kvinnorna inte uppfattar bålen som stark och fortsätter att kvinnorna hade svårt att utföra övningar, exempelvis vid gruppträning då brist på muskelkontroll i bålen påverkade. Detta medförde ett undvikande av vissa aktiviteter på grund av försämrade styrka, bålinstabilitet eller besvikelse över kroppen. Detta överensstämmer med resultatet i denna studie då det beskrevs att stabiliserande övningar och utomhusträning ansågs vara för svårt att genomföra, vilket resulterade i ett undvikande av träning. Det var även begränsande att inte kunna återgå till sin vanliga träningsdos. Enligt Gluppe et al. (2021) är nuvarande rekommendationen vid rektusdiastas postpartum styrketräning precis som för den friska populationen. Dock framkom i författarnas studie beskrivningar över att inte kunna träna alls på grund av rektusdiastasens symtom. Resultatet visade även på begränsningar vid klädval som i sin tur påverkade sociala aktiviteter, exempelvis dejting. Detta stärks av Eriksson Crommert et al. (2020) och Izydorczyk et al. (2021) som beskriver en negativ påverkan på relationer på grund av rektusdiastasen som kunde resultera i undvikande av sociala sammanhang orsakat av kroppsmisshälsa. Tillämpning av den emotionsfokuserade copingstrategin innebär exempelvis

undvikande av den icke påverkbara situationen (Glanz & Schwartz, 2008) och denna modell kan kopplas till deltagarnas undvikandebeteende vid exempelvis lek med barnen och sociala aktiviteter.

I kategorin *“Variation i hur behandlingen mötte förhoppningar om vardagsrörelser”* framkom det hur deltagarnas förväntningar möttes av fysioterapin. Det saknades en emotionell behandling vilket upplevdes problematiskt när förväntningarna inte uppfylldes. Enligt Cannon (1932) kan uteblivet stöd skapa en stressreaktion som därefter kan skapa en psykologisk beteendemässig respons och genom de ouppfyllda förväntningarna vid behandlingen ändrades tankarna till oro inför framtiden vilket skapade stress. Då fysioterapi utmärks av synen på människans hälsa vilket innebär ett samspel av fysiska, psykiska och sociala faktorer (Broberg & Lenné, 2016) anser Eriksson Crommert et al. (2020) att det är viktigt att patienter bör beaktas från ett biopsykosocialt perspektiv. Under intervjuer beskrevs det dock en viss avsaknad av den ”psykosociala biten”, vilket inte överensstämmer med det Broberg och Lenné (2016) och Eriksson Crommert et al. (2020) lyfter fram. Det beskrevs i resultatet att ansvaret av anpassad behandling efter deltagarnas behov ligger hos fysioterapeuten och samtidigt menar Hall och Sanjaghsaz (2022) att behandlingsalternativen bör fokusera på individens besvär och symtom, vilket alltså saknades i denna studie. Deltagarna upplevde en avsaknad av strategier för att underlätta vardagsrörelser vid behandlingstillfällena såsom målsättning, handlingsplan och utebliven progression. Detta upplevdes som påfrestande då vardagslivet delvis beskrevs som värre efter behandling. Singam et al. (2015) menar att målsättning för behandlingen kan resultera i främjad hälsa, men uteblir målsättningen kan negativa emotioner förekomma såsom ilska och frustration. Idag riktas ofta åtgärderna till att minska diastasens vidd (Hall & Sanjaghsaz, 2022), däremot önskade deltagarna i denna studie anpassad behandling efter symtom och strategier för att underlätta vardagen snarare än att träna ihop vidden av diastasen. I resultatet framkom det höga förväntningar kring behandlingseffekten och tankar som revolutionerande övningar eller att träna ihop diastasen saknar vetenskapligt stöd och Gluppe et al. (2021) menar att RCT:er behövs där specifika träningsprogram utvärderas för effekten på rektusdiastasens vidd.

Uppfyllda förväntningar var att fåtal individanpassade övningar fungerade vilket resulterade i att träningen (behandlingen) utfördes. Enligt Bandura (2004) har utfallsförväntningar och self-efficacy en inverkan på personens beteendeförändring. När fysioterapin mötte förväntningarna kan det förklaras av att deltagarnas utfallsförväntningar blev positivt påverkade. Bandura (1997) fortsätter att utfallsförväntningar är vad personen tror om konsekvenserna av beteende som styr beteendet, i detta fall vad deltagare tänker att konsekvenserna blir av träning (behandling). I och med de uppfyllda förväntningarna och de positiva tankarna som det medförde, påverkade i sin tur beteendet att fortsätta med träningen (behandlingen).

Resultatet visade i kategorin *“Bristande mottagande och kunskap hämmar rörelse”* att det upplevdes en okunskap hos fysioterapeuterna. Att kvinnor upplevde bristande information och okunskap vid mötet med vårdpersonal visade även Eriksson Crommert et al. (2020) och drar slutsatsen att det finns otillräcklig kompetens och erfarenhet vid behandling av

rektusdiastaser. Detta är i enlighet med resultatet i denna studie där deltagarna fick för svåra övningar vilket innebar en utebliven effekt och oförändrad vardag. Behandlingen uteblev dessutom helt då kunskapen var alltför låg och fysioterapeuter inte visste hur de skulle gå tillväga. Eriksson Crommert et al. (2020) menar att den låga kompetensen kan medföra en bristfällig behandling vilket resultatet i denna studie påvisade. Det existerar idag dock inte tillräckligt vetenskapligt stöd gällande fysioterapins möjliga effekter (SBU, 2022) och därför finns inga riktlinjer för fysioterapi vid rektusdiastas (Carlstedt et al., 2021). Detta försvårar det evidensbaserade arbetet eftersom behandlingen framför allt baseras på klinisk expertis och patientens önskemål (SBU, 2022). När den kliniska expertisen var bristfällig framkom det beskrivningar att fysioterapeuten rådfrågat deltagare kring behandlingen av en annan patient vilket skapade misstro för sjukvården. Detta stärks av Eriksson Crommert et al. (2020) då okunskapen kunde leda till att sökande efter vård uteblir när misstro uppstår. Enligt den socialkognitiva teorin kan beteenden förklaras genom reciprokal determinism där beteende, individ och omgivning samspelar (McAlister et al., 2008). Fysioterapeuters avvisande bemötande kan ses som en omgivningsfaktor, vilket i sin tur kan påverka individen och beteendena (vardagsaktiviteterna), vilket framgick i resultatet i denna studie då bemötandet från fysioterapeuterna verkade hämmande på vardagsaktiviteterna.

Något som var av stor betydelse i *“Varmt bemötande skapar trygghet men påverkar inte vardagen”* var det upplevda sociala stödet från fysioterapeuterna som medförde att deltagarna ville fortsätta med sin behandling trots att det inte gav någon fysisk effekt på vardagsaktiviteterna. Detta motsäger Cannon (1932) som beskriver hur det sociala stödet kan påverka fysiska resultat enligt stress och copingmodellen. Izydorczyk et al. (2021) menar att socialt stöd påverkar kroppsuppfattningen hos kvinnor med rektusdiastas, vilket överensstämde med intervjuerna då det beskrevs att deltagare hade fått en bättre kroppsbild eftersom fysioterapeuten visat förståelse över rektusdiastasens problematik. Izydorczyk et al. (2021) fortsätter belysa den positiva korrelationen mellan socialt stöd och välmående i sin studie, vilket sedan medförde en ökad self-efficacy kring tankar om kroppens förmåga. Detta överensstämmer i nuvarande studie där deltagarna beskrev det värdefulla i bemötandet såsom bekräftelse över att de gjort sitt bästa. Däremot undersöktes inte self-efficacy kring tankar om kroppens förmåga till rörelse i den aktuella studien vilket hade kunnat vara ett viktigt fynd i resultatet.

I kategorin *“Nya strategier och tankemönster påverkar anpassning till rörelse”* erbjöds deltagarna olika strategier för att öka rörelse och vardagsaktiviteter. Benjamin et al. (2014) menar att aktivera m. transversus abdominis kan vara fördelaktigt vid rehabiliteringen för att snabbare kunna återgå till sina fysiska- och sociala aktiviteter, något som bekräftades under intervjuerna. Det var positivt att aktivera inre magmuskler kontinuerligt för att underlätta vardagen samt för ökad upplevd bålkontroll. Däremot framgick det inte ifall denna aktivering påverkade deltagarnas sociala aktiviteter. Det förenklade endast vid fysiska aktiviteter som exempelvis resa sig från sängen eller vid bålstabilitetsövningen “plankan”. Singam et al. (2015) belyser vikten av att kunna återgå till sina vardagsaktiviteter som en väsentlig del i rehabiliteringen, vilket även kan främja välmående. Det framkom upplevelser som nytta av träningsprogrammen som underlättade utförandet av vardagsaktiviteterna vilket

överensstämmer med Singam et al. (2015). Under intervjuerna nämndes det dock inte om dessa strategier sekundärt ökade deltagarnas välmående. Carlstedt et al. (2021) beskriver att bålträning leder till en funktionsförbättring och att det i sin tur ökar livskvalitén och fortsätter att detta behöver undersökas vidare. I intervjuerna beskrevs funktionsförbättringar efter fysioterapin, dock framgick ingen uttalad ökad livskvalité. Däremot beskrevs det att ländryggsmärta minskade som följd av ökad bålstyrka. Sperstad et al. (2016) beskriver att ländryggssmärta kan uppstå sekundärt orsakad av minskad funktionell styrka i bål, vilket kan förklara deltagarnas berättelser om sambandet mellan minskad ländryggssmärta och ökad bålstyrka.

Deltagarna fick träningsprogram i syfte att stärka hela bålen, vilket stimulerade till en ökad aktivitet i vardagen. Sperstad et al. (2016) beskriver hur kvinnor med ingen eller mild rektusdiastas tränar alltmer än kvinnor med en måttlig till svår rektusdiastas. Enligt den socialkognitiva teorin innebär reciprokal determinism att beteende-, individ- och omgivningsfaktorer samspekar för att påverka samtliga delar i triaden (McAlister et al., 2008). Rektusdiastasens vidd och symtom (fysiska individfaktorer) påverkar hur ofta den drabbade tränar eller utför träningsprogrammet (beteende). Fysioterapeuten (omgivningsfaktor) påverkar träningsprogrammen (beteendet) eftersom de är dem som utformar programmen och fungerar som ett socialt stöd som påverkar individen. SBU (2022) beskriver att träningsprogram kan se olika ut, vilket enligt socialkognitiva teorin (McAlister et al., 2008), kan stimulera till rörelse på olika sätt då beteendet att genomföra träningsprogrammet varierar. Det framgick i intervjuerna att svåra program resulterade i att träningen (beteendet) uteblev, tvärtom vid ett bra träningsprogram uttrycktes det att träningen (beteendet) borde återupptas igen.

Eftersom det idag finns begränsad forskning kring fysiska effekter av fysioterapi för rektusdiastas är det svårt att avgöra vilket utfall deltagarna kunde förväntas få efter behandling (SBU, 2022). I de fall de fysiska utfallen blev endast aningen bättre skapades en acceptans av den förändrade kroppen. Acceptansen uppstod för enklare hantering av diastasen i vardagen. Då en emotionsfokuserad copingstrategi lämpar sig bäst vid situationer som inte är påverkbara (Glanz & Schwartz, 2008), kan acceptansen av situationen och den nya kroppen ses som en emotionsfokuserad copingstrategi. Denna strategi kan innebära en förändring av tankar vilket beskrivs under intervjuerna; livet fortsätter ändå.

5.3 Metoddiskussion

Då syftet med studien var att undersöka den subjektiva verkligheten av hur fysioterapi vid rektusdiastas påverkat deltagarnas vardagsaktiviteter ansågs det kvalitativa paradigmet vara lämpligt, vilket också Backman (2016) menar att studier som omfattas av det paradigmet har fokus på deltagarnas individuella upplevelser. Den kvantitativa designen undersöker orsakssamband för att sedan kunna generalisera resultatet (Carter & Lubinsky, 2016). Då författarna ville fånga upplevelser valdes därför kvantitativa metoder bort. Den induktiva ansatsen som användes i analysen av intervjuerna är enligt Lundman och Hällgren-

Graneheim (2017) när författarna analyserar sin data förutsättningslöst och identifierar efter mönster och variationer. Vid deduktiv ansats analyseras data istället efter färdiga koder, mallar eller modeller. Då målet var att analysera upplevelserna neutralt och förutsättningslöst valdes induktiv ansats.

Urvalet för studien var ändamålsenligt bekvämlighetsurval för att hitta deltagare med geografisk spridning då författarna önskade data från personer med variation i upplevelser av fysioterapi. Denna urvalsmetod lämpade sig bäst eftersom författarna då kan handplocka deltagarna baserat på att författarna anser att de kan bidra med värdefulla beskrivningar (Carter & Lubinsky, 2016). Urvalet genererade sex deltagare och detta kan anses som begränsat. Däremot behöver inte ett större antal deltagare generera bättre kvalitet av data. Det väsentliga är att en variation av erfarenheter täcks (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017), vilket det bedömdes att sex intervjuer gjorde. Därav valde författarna att inte rekrytera fler. Det hade däremot kunnat vara fördelaktigt med fler deltagare för att undersöka om fler variationer hade tillkommit. Studiens inklusionskriterier var initialt deltagare som fått behandling för senast sex månader sedan. Deltagarna uppfyllde inte kriteriet, därav ströks det. För att säkerställa att deltagarna kunde återberätta upplevelserna av fysioterapi tillräckligt hade författarna en dialog via email innan ett deltagande och rekryterade sedan deltagarna. Detta kan minska studieresultatets överförbarhet och giltighet då samtliga deltagarna genomgick fysioterapi för mer än 2 år sedan. Å andra sidan ökar överförbarheten då urvalet genererade en stor geografisk spridning bland deltagarna och därigenom en bred variation av upplevelser kring fysioterapi för rektusdiastas postpartum. För att ytterligare stärka överförbarheten av studiens resultat till en annan kontext och population har en noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling och dataanalys gjorts, vilket Lundman & Hällgren-Graneheim (2017) beskriver är väsentligt för överförbarheten.

Individuella intervjuer valdes som datainsamlingsmetod eftersom Carter och Lubinsky (2016) beskriver att mer personlig data kan framkomma. Däremot kan en gruppintervju i form av fokusgrupper medföra en mer avspänd stämning, deltagarna upplever sig mindre utsatta och kan därför komma ihåg väsentliga upplevelser som annars kan glömmas bort (Carter & Lubinsky, 2016). Då författarna hade viss förkunskap om området fanns en medvetenhet hos författarna att känsliga beskrivningar kunde tas upp, därför valdes individuella intervjuer. Författarna ansåg det även som mer utmanande att hitta tid och plats för fokusgruppsintervjuer, samt att gruppintervjuer hade begränsat den geografiska spridningen. Eftersom författarna valde intervjuer kan dock delaktigheten i intervjuerna påverkats eftersom författarnas bemötande kan påverka deltagarna. För att minska författarnas delaktighet i studien eftersträvade författarna att hålla sig textnära och inte göra långtgående tolkningar av materialet.

Författarna ansåg att semistrukturerad individuell intervju var mest lämplig med avseende på författarnas begränsade erfarenheter av intervjuer, dessutom för att kunna få fram data som rör syftet och med tillåtelse att kunna avvika från guiden för mer djupgående data (Carter & Lubinsky, 2016). Intervjuguiden kan dock göra författarna låsta till frågorna och glömma be deltagarna fördjupa svaren, vilket innebär att värdefulla beskrivningar kan utebli. Ostrukturerade intervjuer hade kunnat vara fördelaktiga eftersom deltagarna hade skiftande

beskrivningar och i somliga fall hade författarna behov av ytterligare fördjupning från deltagarna. Däremot kan en ostrukturerad intervju möjligtvis försvåra att få fram den data som rör syftet (Carter & Lubinsky, 2016). En författare var intervjuledare vilket ansågs som en styrka eftersom det beskrivs att erfarenheten ökar vilket resulterar i bättre intervjuer och mindre data går förlorad (Carter & Lubinsky, 2016). Fördelen blir även att denne blir bättre på att uppmärksamma delar i intervjuerna som kan fördjupas ytterligare för att fånga upp data som relaterar till syftet. Detta tillvägagångssätt kan också anses vara en svaghet då fler variationer hade kunnat fångats upp om båda författare varit intervjuledare eftersom en relation alltid formas mellan intervjuare och deltagare (Carter & Lubinsky, 2016). I och med författarens begränsade erfarenhet i början av datainsamlingen kan de första intervjuerna ha genererat mindre data. Om inte intervjuguiden är tillräckligt utvecklad och bearbetad kan författarna även glömma att täcka väsentliga delar för att kunna svara på frågeställningarna, därav bör pilotintervjuer göras (Carter & Lubinsky, 2016). Efter en utförd pilotintervju ansåg författarna att ingen revidering behövdes av intervjuguiden då deltagarens beskrivningar var utförliga och frågorna i guiden hade relevans för syftet.

Citaten som användes i resultatet redovisades för att förstärka studiens giltighet och framhäva deltagarnas röster. Giltigheten stärkts ytterligare då urvalet beskrivits noggrant och deltagarna framförde många variationer av upplevelser. Giltigheten kan även stärkas när resultatet diskuteras mellan handledare och studiekamrater genom validering med hjälp av experter. Studiens tillförlitlighet stärks när dataanalysen beskrivs utförligt samt när författarna diskuterar sinsemellan under hela processen (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). Därför valde författarna att plocka ut meningsbärande enheter samt att göra dataanalysen tillsammans för en gemensam uppfattning av tolknings- och abstraktionsnivå. Då författarna har en förförståelse kring beteendemedicinska teorier från sin utbildning uppstår det viss tolkning av resultatet som färgas av den förförståelsen som finns. Författarna höll sig textnära vid analysen för att undvika tolkningar som avviker från en manifest analys. Detta kan dock ses som en svaghet då helheten kan gå förlorad om författarna är alltför textnära. Däremot ställer den latent innehållsanalysen större krav på erfarenhet av analysarbete för att resultatets trovärdighet ska anses ökat, därav valdes inte latent innehållsanalys (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017).

Vid initiering av kontakt med deltagare vände sig författarna först till verksamheter som behandlar diagnosen. Informationsbrev (Bilaga C) skickades ut utan tillräcklig respons. Den bristande återkopplingen kan bero på att informationsbrevet inte väckte tillräckligt mycket intresse, att fysioterapeuterna behandlar fåtal patienter med rektusdiastas postpartum eller att informationsbrevet hamnat fel; skräppost eller fel email adress. Författarna fortsatte rekrytering via sociala medier, vilket också resulterade i en större geografisk spridning. Enligt Benedict et al. (2019) kan rekrytering av studiedeltagare via sociala medier generera en mer effektiv rekrytering gällande antal deltagare men det kan även skapa bias i resultatet som minskar överförbarheten. Då författarna inte lyckades rekrytera från kliniker var rekrytering via sociala medier den kvarstående och slutliga metoden. Resultaten från denna studie och deltagarnas egenskaper kan ha blivit partiska då samtliga deltagare hade kvarstående problem i vardagsaktiviteter efter behandling. Däremot anser författarna att det var viktigt

att fånga upp dessa upplevelser och valde därav att fortsätta med studien trots potentiella bias.

Samtliga intervjuer förutom en hölls online via Zoom i och med den geografiska spridningen och svårigheterna att hitta deltagare i närheten av studiens utgångspunkt. Intervjuer som datainsamlingsmetod sker ofta genom fysiska möten för en enklare helhetsbild av det som berättas via kroppsspråk och ansiktsuttryck (Carter & Lubinsky, 2016). Då de flesta intervjuer skedde via Zoom kan därför värdefull ickeverbal kommunikation gått miste om. Däremot kan intervjuer i miljöer, exempelvis i hemmet vara mer givande för att deltagaren upplevs mer trygg (Carter & Lubinsky, 2016), detta medför att intervjuerna via Zoom blir en styrka.

5.4 Etikdiskussion

Studien utformades och genomfördes med utgångspunkt av de forskningsetiska riktlinjerna för att reducera risken att stöta på etiska dilemman som finns beskrivna i Helsingforsdeklarationen 2013 (World Medical Association, 2013). För att säkerställa konfidentialiteten avidentifierades personer och platser i studien och ingen övrig information har angivits i intervjuerna som kan kopplas till deltagarna. Datainsamlingen förvarades på författarnas respektive låsta datorer och nyttjades enbart för analys i studiens syfte, vilket tillgodosåg nyttjande- och konfidentialitetskravet (World Medical Association, 2013). En potentiell risk vid deltagande i studien som författarna antog kunde uppstå var en emotionell påfrestning hos deltagarna genom att berätta om sina upplevelser av rektusdiastasen och dess påverkan, därav gavs deltagarna information kring detta innan inledning av intervjuerna. Författarna upplevde inte att deltagarna blev emotionellt påverkade under intervjuerna däremot uttryckte samtliga deltagare en lättnad över att få samtala kring ämnet. För att minimera riskerna för obehag av intervjusituationen informerades deltagarna såväl skriftligt som muntligt att ett deltagande var helt frivilligt samt att de kunde avbryta sin medverkan i studien om så önskades, vilket tillgodosåg informations- och samtyckeskravet (World Medical Association, 2013). Dessutom fanns det i slutet av varje intervju möjlighet för deltagarna att tillägga valfri information och reflektera kring samtalet i syfte att känna stöttning och trygghet från författarna, vilket samtliga gjorde. För att minska risken för oavsiktlig bias hade författarna ingen personlig koppling till deltagarna i studien.

6 SLUTSATSER

I resultatet framgick det att deltagarna fortsatt upplevde stora fysiska begränsningar i vardagsaktiviteter efter fysioterapi för rektusdiastas postpartum. Deltagarna beskrev vikten av fysioterapeutens påverkan, både positivt och negativt. Förväntningar på fysioterapins

effekter och genomförande lyftes fram i resultatet där det framkom variationer i hur fysioterapeuten bemötte dessa. Däribland fanns det alltför höga förväntningar som kan vara svåra att uppfylla. Deltagarna ansåg det som viktigt att lyfta fram att fysioterapeuter behöver en ökad kunskap om behandling och effekter av rektusdiastas. De behöver även ett empatiskt bemötande, individanpassa övningar med hänsyn till hela människans livssituation och med fokus att påverka vardagsaktiviteter och välmående, istället för minskat avstånd mellan muskelbukarna i magmusklerna. Genom det beteendemedicinska synsättet som tillämpats i studien kan deltagarnas upplevelser påverkats av såväl beteendemässiga, biologiska och psykosociala faktorer och förklara dess påverkan på deltagarnas vardagsaktiviteter. Genom den socialkognitiva teorin och reciprokal determinism som använts under analysen ses fysioterapeuten som både hämmande och betryggande omgivningsfaktor trots att fysioterapeutens roll i sig inte påverkade deltagarnas upplevelse av vardagsaktiviteterna nämnvärt. Resultatet belyste även det positiva upplevelsorna av fysioterapi och vad som hade hjälpt att underlätta i vardagen där exempelvis strategier som att aktivera inre magmuskler verkade gynnsamt. Trots det positiva av behandlingen kvarstod stora begränsningar i vardagsaktiviteter. Genom att använda stress och copingmodellen i analysen framgick det att en emotionsfokuserad copingstrategi tillämpades när situationen upplevdes som opåverkbar. Strategin kan ha underlättat i vardagen eftersom den ledde till en acceptans av situationen och den nya kroppen.

Flera faktorer kan ha påverkat studiens överförbarhet. Exempelvis kan den ha minskat eftersom deltagarna fick behandling för över två år sedan. Detta kan ha medfört att den behandling som ges för närvarande kan ha förändrats. Antalet deltagare får anses som litet, men däremot fanns det stor geografisk spridning, vilket kan ha medfört att författarna kunde ha fått liknande svar ifall de intervjuat sex andra deltagare från andra orter. Detta gör att författarna ändå anser att resultatet kan överföras till personer med rektusdiastas postpartum som fått sin behandling i Sverige. Författarna anser även att det krävs ytterligare forskning för att kunna dra fler generella slutsatser av resultatet.

7 KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING

Denna studie lyfter fram deltagarnas olika begränsningar i vardagen och en bred variation av upplevelser från fysioterapi för sin rektusdiastas postpartum. Deltagarna önskade strategier och bättre anpassad behandling för att kunna hantera vardagen bättre. Kunskap om hur behandling ska utformas för att ha en god effekt saknas i dagsläget, både hos fysioterapeuterna och inom vetenskapen. Symtomen av rektusdiastasen kan påverka på en mängd olika sätt och som följd kan det uppstå en rad olika begränsningar som inte alltid förbättras av fysioterapi. Denna studie lyfter fram delvis ny kunskap om det breda spektrumet av begränsningar och svårigheter som inte tidigare har studerats väl eller studerats efter fysioterapi. Målet var att försöka identifiera hur fysioterapi påverkar vardagsaktiviteterna för att belysa ett utforskat område inom kvinnohälsa. Resultatet av den

här studien kan ge en ökad förståelse och information som kan ha klinisk betydelse, samt belysa vikten av att behandling av rektusdiastas bör ses ur ett biopsykosocialt perspektiv, samt till individens specifika vardagliga behov. Eftersom det idag inte finns evidens för något specifikt tillvägagångssätt vid behandling av personer med rektusdiastas postpartum kan studier av personers upplevelser av behandling ge värdefull kunskap om hur dessa ska bemötas. Likaså vilken målsättning behandlingen ska ha för att uppfylla individens behov och förväntningar, vilket är en lika viktig del i evidensbaserad klinisk praxis. De nationella riktlinjerna fokuserar på det fysiska hos individen medan denna kvalitativa studie lyfter fram att framtida forskning och behandling behöver se de biopsykosociala orsakerna till att deltagarna hindras i flera aspekter i vardagen.

Vad som skulle kunna vara intressant i vidare forskning är fler kvalitativa studier för att få en bredare uppfattning kring vilken typ av behandling fysioterapeuter kan anpassa för att patienter ska få en jämlik och effektiv behandling. Vidare forskning bör även fokusera på vad den drabbade önskar för behandling. Ytterligare områden som behövs studeras är kvantitativa studier där specifika fysioterapeutiska träningsprogram undersöks för att fastställa hur de påverkar vardagsaktiviteterna och huruvida specifika träningsprogram genererar en förbättring. Det behövs också studier där fokus ligger på betydelsen av rektusdiastasens vidd för bålfunktionen, vilket dagens behandling framför allt riktar sig mot. Ett ytterligare område där fler studier behövs är huruvida kvinnans ålder vid förlossning påverkar, då kroppens biologiska egenskaper kan påverka.

REFERENSLISTA

- Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. Studentlitteratur.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the Exercise of Control*. New York: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164, doi: 10.1177/1090198104263660
- Balasz-Bernat, M., Pérez-Alenda, S., Carrasco, J. J., Valls-Donderis, B., Dueñas, L., & Fuentes-Aparicio, L. (2021). Differences in Inter-Rectus Distance and Abdominopelvic Function between Nulliparous, Primiparous and Multiparous Women. *International journal of environmental research and public health*, 18(23), 12396. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312396>
- Benedict, C., Hahn, A. L., Diefenbach, M. A., & Ford, J. S. (2019). Recruitment via social media: advantages and potential biases. *Digital health*, 5, 2055207619867223. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1177/2055207619867223>
- Benjamin, D. R., van de Water, A. T., & Peiris, C. L. (2014). Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: a systematic review. *Physiotherapy*, 100(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2013.08.005>
- Broberg, C. & Tyni-Lenné, R. (2017). *Fysioterapi: profession och vetenskap: antogs av Fysioterapeuternas förbundsstyrelse 14 december 2016*. Fysioterapeuterna.
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. W. W. Norton.
- Carlstedt, A., Bringman, S., Egberth, M., Emanuelsson, P., Olsson, A., Petersson, U., Pålstedt, J., Sandblom, G., Sjö Dahl, R., Stark, B., Strigård, K., Tall, J., & Theodorsson, E. (2021). Management of diastasis of the rectus abdominis muscles: recommendations for swedish national guidelines. *Scandinavian journal of surgery: SJS: official organ for the Finnish Surgical Society and the Scandinavian Surgical Society*, 110(3), 452–459. <https://doi.org/10.1177/1457496920961000>
- Carlstedt, A., Pettersson, U., Stark, B., & Strigård, K. (2018). Abdominell rektusdiastas kan ge funktionella besvär - Indikation för behandling måste förtydligas. *Lakartidningen*, 115, FCL4.
- Carter, R.E. & Lubinsky, J. (2016). *Rehabilitation research: principles and applications*. (Fifth edition). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Denison, E., & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik* (1 uppl.). Studentlitteratur.

- Emanuelsson, P., Gunnarsson, U., Dahlstrand, U., Strigård, K., & Stark, B. (2016). Operative correction of abdominal rectus diastasis (ARD) reduces pain and improves abdominal wall muscle strength: A randomized, prospective trial comparing retromuscular mesh repair to double-row, self-retaining sutures. *Surgery*, *160*(5), 1367–1375. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2016.05.035>
- Eriksson Crommert, M., Petrov Fieril, K., & Gustavsson, C. (2020). Women's experiences of living with increased inter-recti distance after childbirth: an interview study. *BMC women's health*, *20*(1), 260. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01123-1>
- Fuentes Aparicio, L., Rejano-Campo, M., Donnelly, G. M., & Vicente-Campos, V. (2021). Self-reported symptoms in women with diastasis rectus abdominis: A systematic review. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*, *50*(7), 101995. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101995>
- Fysioterapeuterna. (23 maj 2019). *Evidensbaserat arbetssätt i fysioterapi*. <https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/evidensbaserat-arbetssatt-i-fysioterapi.pdf>
- Glanz, K., & Schwartz, M.-D. (2008). Stress, coping, and health behavior. I K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Red.), *Health behavior and health education* (4 uppl., s. 211–236). Jossey-Bass.
- Gluppe, S., Engh, M. E., & Bø, K. (2021). What is the evidence for abdominal and pelvic floor muscle training to treat diastasis recti abdominis postpartum? A systematic review with meta-analysis. *Brazilian journal of physical therapy*, *25*(6), 664–675. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2021.06.006>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, *24*(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hall, H., & Sanjaghsaz, H. (2022). Diastasis Recti Rehabilitation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- International Society of Behavioral Medicine. (u.å.) About ISBM. <https://www.isbm.info/about-isbm/>
- Izydorzyc, B., Walenista, W., Kamionka, A., Lizińczyk, S., & Ptak, M. (2021). Connections Between Perceived Social Support and the Body Image in the Group of Women With Diastasis Recti Abdominis. *Frontiers in psychology*, *12*, 707775. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.707775>
- Jessen, M. L., Öberg, S., & Rosenberg, J. (2019). Treatment Options for Abdominal Rectus Diastasis. *Frontiers in surgery*, *6*, 65. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2019.00065>
- Karolinska institutet. (u.å). Activities of daily living. <https://mesh.kib.ki.se/Mesh/search?searchterm=adl>

- Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (Uppl. 3, s. 219–234) Studentlitteratur.
- Martini, Bartholomew, E. F., & Nath, J. L. (2015). *Fundamentals of anatomy & physiology* (10. ed., Global ed). Pearson.
- Mattson, C. M., Lundberg, T., Jansson, E & Hagströmer, M. (2021). Fysisk aktivitet – Begrepp och principer. I I. M. Dohrn, E. Jansson, M. Börjesson, & M. Hagströmer (Red.), FYSS 2021 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (s. 23-36). Läkartidningen Förlag AB.
- McAlister, A. L., Perry, C. L., Parcel, G. S. (2008). How individuals, environments, and health behaviors interact. I K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Red.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (4 uppl.). Jossey-Bass.
- Michalska, A., Rokita, W., Wolder, D., Pogorzelska, J., & Kaczmarczyk, K. (2018). Diastasis recti abdominis - a review of treatment methods. *Ginekologia polska*, 89(2), 97–101. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0016>
- Ogden, J. (2012). Health psychology: [a textbook] (5. ed.). McGraw-Hill/OUP.
- Singam, A., Ytterberg, C., Tham, K., & von Koch, L. (2015). Participation in Complex and Social Everyday Activities Six Years after Stroke: Predictors for Return to Pre-Stroke Level. *PloS one*, 10(12), e0144344. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144344>
- Socialstyrelsen. (2 februari 2016). Hur kan ICF användas? En manual för användning av Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2016-2-2.pdf>
- Sperstad, J. B., Tennfjord, M. K., Hilde, G., Ellström-Engh, M., & Bø, K. (2016). Diastasis recti abdominis during pregnancy and 12 months after childbirth: prevalence, risk factors and report of lumbopelvic pain. *British journal of sports medicine*, 50(17), 1092–1096. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096065>
- Från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2022). *Behandling av rektusdiastas hos kvinnor. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, social och etiska egenskaper*. [Fotografi]. https://www.sbu.se/contentassets/cc3665e4ef464f42af2103e57279bcd2/figur_2_1.svg
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2022). *Behandling av rektusdiastas hos kvinnor. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, social och etiska egenskaper*. (SBU utvärderar 346). <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/behandling-av-rektusdiastas-hos-kvinnor/?pub=91759&lang=sv>

- Tan, E. K., & Tan, E. L. (2013). Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 27(6), 791–802. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.001>
- Thabet, A. A., & Alshehri, M. A. (2019). Efficacy of deep core stability exercise program in postpartum women with diastasis recti abdominis: a randomised controlled trial. *Journal of musculoskeletal & neuronal interactions*, 19(1), 62–68.
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.2>

BILAGA A

INTERVJUGUIDE

Vi börjar med att förklara studiens syfte, etik och om deltagare har frågor till författarna kring studien.

Bakgrundsfakta:

Hur gammal är du?

Hur många barn har du fött?

När var din senaste förlossning?

När blev du diagnostiserad?

Grad av rektusdiastas?

Hur länge pågick din behandling och när avslutades den?

1. Berätta vad det var som fick dig att uppsöka fysioterapeut?

Följdfråga: Var det på egen hand eller genom rekommendationer/remiss?

Följdfråga: Minns du vad du tänkte när du förstod att du hade en rektusdiastas?

Följdfråga: Förändrades dessa tankar i samband med att du gick hos fysioterapeut? I så fall på vilket sätt?

2. Vad hade du för förväntningar inför besöket hos din fysioterapeut?

Följdfråga: Vad var det viktigaste du tog med dig? Var det något som du saknade?

3. Berätta hur du upplevde/upplever att din rektusdiastas påverkar din vardag och de vardagsrörelser eller aktiviteter du brukar göra?

Följdfråga: Vad är/var det som hindrar dig?

Följdfråga: Upplever du att detta påverkats av behandlingen. I så fall på vilket sätt?

Följdfråga: Hur upplever du att människor runt omkring har påverkat dig?

4. Vad var det i behandlingen du upplevde som mest värdefullt och hur påverkade det dina vardagsrörelser?

Följdfråga: Vad fick du för strategier för att klara av det bättre?

5. Beskriv vad du tror är det viktigaste som bidragit i utfallet av din fysioterapeutiska behandling?

Följdfråga: Varför tror du det var det viktigaste? Var det något du inte haft så stor nytta av?
Varför då, tror du? Kan du berätta vad ditt utfall blev?

6. Finns det något du önskar att tillägga under denna intervju?

BILAGA B

BILD TILLSAMMANS MED KORT INFORMATIV TEXT SOM LADES UPP PÅ SOCIALA
MEDIER

Hej!

Vi är två studenter från fysioterapeutprogrammet på Mälardalens universitet som skriver ett examensarbete om hur fysioterapi för rektusdiastas/magdelning har påverkat dig i vardagen. Vi söker deltagare som är intresserade av att ställa upp i en intervju kring ämnet. Vi söker deltagare som är över 18 år och som har diagnostiserats med rektusdiastas och som har gått till fysioterapeut eller sjukgymnast för eventuella besvär. Deltagande är helt frivilligt. Om du är intresserad får du gärna kontakta oss (se nedan) och så skickar vi ytterligare information.

Tack på förhand!

Victoria Larsson, xxxxxx@student.mdu.se, 07x-xxx xx xx

Klara Selander, xxxxxx@student.mdu.se, 07x-xxx xx xx

Vill du delta i vår forskningsstudie?

Har du diagnostiserats med rektusdiastas efter förlossning?

Vi söker personer för deltagande i intervjuer om sina erfarenheter av fysioterapi för rektusdiastas och hur det har påverkat vardagen.

Vi söker dig som har diagnostiserats samt behandlats för rektusdiastas med fysioterapi.

För mer information och deltagande i studien;

Victoria Larsson, xxxxxx@student.mdu.se, 07x-xxx xx xx

Klara Selander, xxxxxx@student.mdu.se, 07x-xxx xx xx

BILAGA C

INFORMATIONSBREV

Hej!

Vi är två fysioterapeutstudenter från Mälardalens universitet som skriver ett examensarbete inom fysioterapi med en beteendemedicinsk inriktning. Detta är en förfrågan om deltagande i en studie om upplevelser av hur vardagliga aktiviteter påverkats av fysioterapi för rektusdiastas postpartum.

Bakgrund och syfte: Rektusdiastas är ett vanligt förekommande tillstånd bland personer under och efter förlossning. Det finns dock inga riktlinjer i Sverige kring diagnostik eller behandling. Det finns däremot studier som bekräftar att fysioterapi kan förbättra individens funktion och livskvalitet. Vi vill därför undersöka hur personer med rektusdiastas upplever att deras vardagsaktiviteter har påverkats av fysioterapeutisk behandling.

Förfrågan om deltagande: Du tillfrågas om deltagande därför att du har behandlats för din rektusdiastas med fysioterapi. Vi har fått ditt namn från fysioterapeuten som behandlade dig efter att du givit samtycke i att delta i studien. Kriterier för att du ska få delta i studien är att du har fött barn och är över 18 år. Du ska ha diagnostiserats med rektusdiastas av fysioterapeut eller sjukgymnast samt genomgått fysioterapeutisk behandling. Vi vill att du behärskar det svenska språket i tal och skrift då ingen tolk kommer att medverka.

Studiens praktiska genomförande: Detta är en intervjustudie där deltagarens upplevelser, känslor och erfarenheter står i centrum. För att få fram dessa upplevelser kommer individuella intervjuer göras med varje deltagare på cirka 30–60 minuter. Dessa intervjuer lägger fokus på att få fram hur deltagarna upplever att vardagsaktiviteter påverkats av fysioterapi för rektusdiastas efter förlossningen. Ljudinspelning kommer att göras under intervjun för att sedan kunna överföras till text. Inspelningarna och texterna kommer att förvaras på en dator med lösenordsskydd. Den insamlade datan är konfidentiell vilket betyder att den endast kommer att behandlas av författarna och att inga svar kommer att kunna kopplas till en enskild individ. Datat kommer att raderas efter avslutad och godkänd uppsats. Studien kommer att presenteras som ett examensarbete vid Mälardalens universitet.

Fördelar vid deltagande: Det finns begränsad forskning som beskriver upplevelser av hur vardagsrörelser påverkas av fysioterapeutisk behandling vid rektusdiastas. Deltagande kan därför fylla kunskapsluckor kring området.

Risker vid deltagande: Det finns inga uppenbara risker vid deltagande. Möjligtvis kan det väcka känslor att prata om hur rektusdiastasen har påverkat/påverkar vardagen, förändringar av kroppen eller hur behandlingen fungerat/fungerar. Därför är det endast deltagaren och de två författarna som kommer att delta vid intervjuerna och vi kommer att avsätta tid för att resonera om detta om en sådan situation skulle uppstå. Intervjuerna kommer att vara ett öppet samtal kring ämnet.

Konfidentialitet: Dina svar kommer att behandlas så att inga svar kan kopplas till just dig eller att obehöriga kan ta del av dem.

Frivillighet: Deltagandet i denna studie är helt frivilligt och du som deltagare kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan motivering och din framtida behandling kommer inte att påverkas. Om du väljer att avsluta ditt deltagande kommer insamlade data och information som du givit författarna att raderas.

Om du är intresserad och vill delta eller har frågor får du höra av dig till oss.

Victoria Larsson, xxxxxx@student.mdu.se, 07x-xxx xx xx.

Klara Selander, xxxxxx@student.mdu.se, 07x-xxx xx xx.

Handledare: Birgitta Widerström, xxxxxx@mdu.se, 07x-xxx xx xx.

BILAGA D

SAMTYCKESBLANKETT

Personers upplevelser av hur vardagliga aktiviteter påverkats av fysioterapi för rektusdiastas postpartum

Samtycke till att delta i projektet

Jag har fått muntlig och/eller skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i projektet ; *Personers upplevelser av hur vardagliga aktiviteter påverkats av fysioterapi för rektusdiastas postpartum*
- Jag samtycker till att mina data tillfälligt sparas på det sätt som beskrivs i informationen om projektet.

Plats och datum	Underskrift
	Namnförtydligande



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.mdu.se