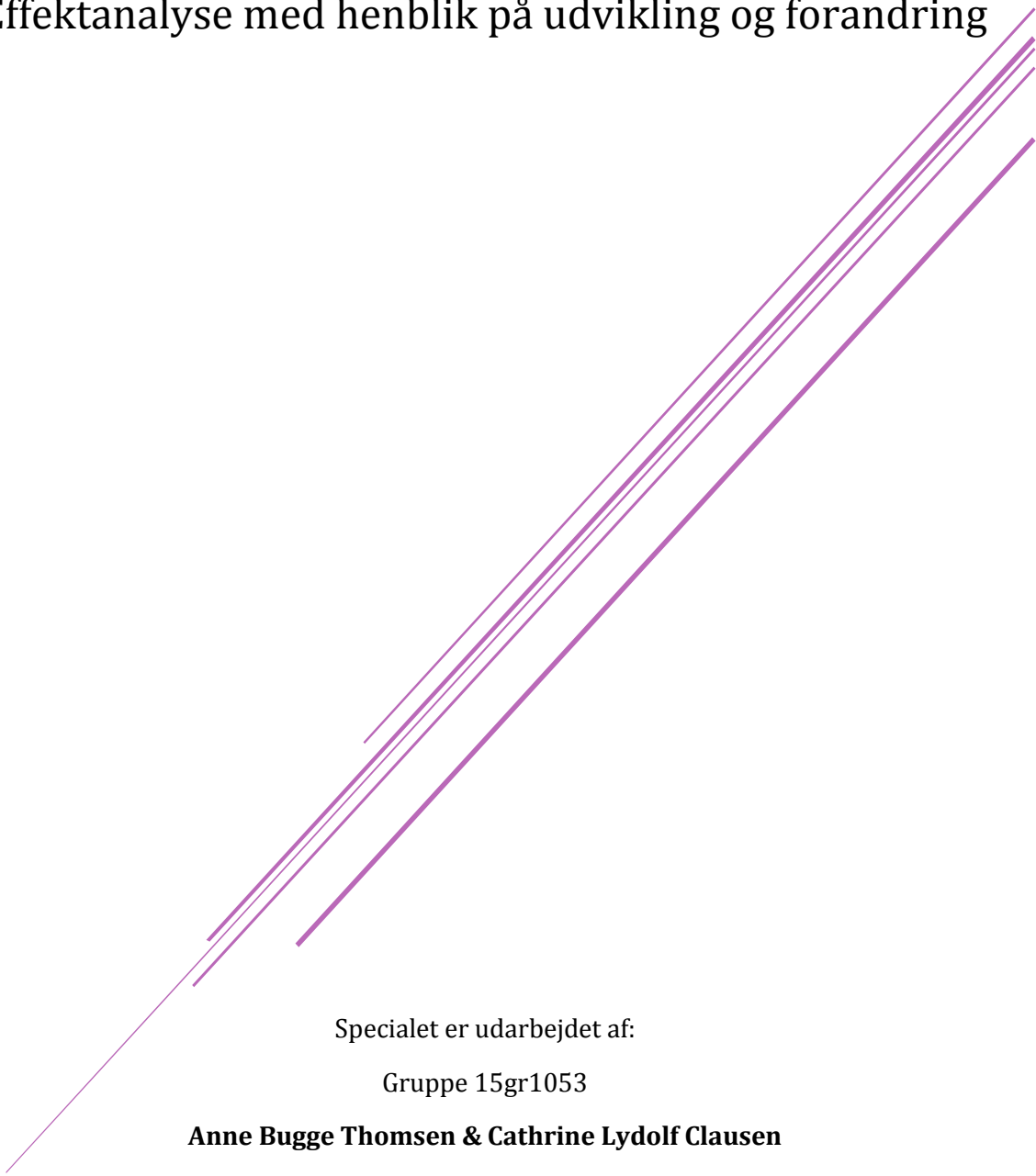


Vægtreducerende indsats målrettet vægttab hos overvægtige kvinder som lider af urininkontinens

Effektanalyse med henblik på udvikling og forandring



Specialet er udarbejdet af:

Gruppe 15gr1053

Anne Bugge Thomsen & Cathrine Lydolf Clausen

1. juni 2015

Anslag: 222.914

Vejleder

Mette Holst

Bivejleder

Henrik Bøggild

Forord

Dette speciale er udarbejdet af gruppe 15gr1053 ved kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab under Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Aalborg Universitet. Specialet er udarbejdet i perioden 2. februar 2015 – 1. juni 2015, og specialegruppen er gennem perioden blevet vejledet af forskningsleder og ekstern lektor Mette Holst samt lektor Henrik Bøggild for bivejledning.

Der rettes en særlig tak til leder af Sund Info Lise Søndergaard og det resterende personale ved Sund Info, samt en tak til Gynækologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital, som har stået til rådighed i forbindelse med dataindsamling og indhentning af journaloplysninger. Der rettes yderligere en særlig tak til de kvinder, som har deltaget i den opfølgende indsats, og som derfor har medvirket til, at kunne videreudvikle og forandre den vægtreducerende indsats ved Sund Info samt udvikling og forandring af tilbud til overvægtige og urininkontinente kvinder.

Specialets hovedsigte er udvikling og forandring, og er henvendt til beslutningstagere, som arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse.

Specialet er i sin opbygning inspireret af Aalborg-modellen for problembaseret læring, hvorfor der indledes med en problemanalyse, hvis formål er at belyse og analysere problemets genstandsfelt. Hertil udarbejdes en problemformulering, som ligger til grund for resten af specialet med dataindsamling og analyser. Specialet indeholder dernæst en udvikling og forandringsdel. Yderligere forefindes en bilagsliste.

God læselyst!

Resume

Baggrund: Urininkontinens er en hyppig tilstand hos både yngre og ældre kvinder. Overvægt og svær overvægt er en af flere risikofaktorer for urininkontinens. Urininkontinens opfattes tabubelagt, og kun 25% af kvinderne, der har tilstanden, opsøger hjælp. Der eksisterer store konsekvenser for individ og samfund grundet tilstanden. Yderligere er der uenighed om den optimale behandling for disse kvinder. På trods af en høj prævalens og mange konsekvenser er det ikke en problematik, som er i et særligt fokus folkesundhedsmæssigt. Det er vigtigt at følge op på de forskellige behandlingstyper, og få effekter og konsekvenser belyst, for dermed at kunne udvikle og forandre tilbud til målgruppen.

Formål: Specialets formål er at videreudvikle og forandre en specifik indsats for vægtreduktion for urininkontinente kvinder. Der tages udgangspunkt i en vægtreducerende indsats fra Sund Info, Aalborg Universitetshospital. Formålet er derfor at måle effekter af indsatsen på vægt, urininkontinens og livskvalitet, samt undersøge, hvorvidt der er sociale forhold, som påvirker mulige effekter. Yderligere er formålet, på baggrund af denne evaluering og evidens på området, at videreudvikle og forandre tilbud til overvægtige, urininkontinente kvinder.

Metode: I specialet foretages metodetriangulering mellem empiriske og teoretiske elementer samt kvantitative og kvalitative metoder. Der foretages et litteraturstudie, og opfølgning af patienter fra den vægtreducerende indsats med elementer af bioimpedansmåling, spørgeskemaer og et kvalitativt interview. Hertil benyttes retrospektive journaloplysninger. Der foretages dataanalyse af interviews ved en kodeproces, og der udarbejdes statistiske analyser. Yderligere indgår der et teoriafsnit omkring tilgangen, den motiverende samtale, der benyttes i den vægtreducerende indsats.

Resultater: Kvinderne fra den vægtreducerende indsats havde et gennemsnitligt vægttab på 2,8% og et fald i urininkontinens (ICIQ-UI SF score) på 7,2. Der var signifikante fald i vægt, BMI, fedt% og urininkontinens, men ingen signifikante sammenhænge mellem ændring i vægt, BMI og fedt%, og ændring i urininkontinens. Der ses en tendens til sammenhæng hos kvinder med blandingsinkontinens mellem fald i fedt% og fald i urininkontinens. Der blev ikke fundet nogen forskelle i sociale forhold, mellem de der tabte sig og reducerede inkontinens, og de som ikke gjorde. Overordnet udtrykte kvinderne positive oplevelser af at have deltaget i indsatsen, og flere havde opnået forbedring af livskvaliteten ved større selvværd, selvtillid og velvære.

Konklusion og anbefalinger: For at udvikle og forandre indsatsen anbefales det, at videreudvikle ved at inddrage andre sundhedsfaglige professioner, udvidede åbningstider, samarbejde med sundhedscentre, omplacering af vægt, og et øget fokus på at kvinder er forskellige og behøver en individrettet rådgivning. Hertil knyttes generelle anbefalinger indeholdende et øget fokus på italesættelse af tilstanden urininkontinens ved eksempelvis kampagner, og et øget fokus hos beslutningstagere og sundhedsprofessionelle.

Abstract

Background: Urinary incontinence is a common condition among both younger and older women. Overweight and obesity is one of several risk factors for urinary incontinence. Urinary incontinence is perceived taboo, and only 25% of the women who have the condition seek help. There are serious consequences for the individual and society due to the condition. Further, there is disagreement about the optimal treatment for these women. Despite the high prevalence and many consequences, it is not a problem in a particular focus of Public Health. It is important to follow up on the different types of treatment and to learn about effects and consequences, in order to develop and change interventions for this target group.

Aim: This thesis aims to further develop and transform a specific intervention for weight reduction for urinary incontinence women. The thesis bases on a weight-reducing intervention of Sund Info, Aalborg University Hospital. The aim is to measure the effects of the intervention at weight, urinary incontinence and quality of life, and investigate whether there are social factors affecting these effects. Further, the purpose based on this evaluation and evidence, is to develop and change interventions targeted overweight, urinary incontinence women.

Method: The method for this thesis is a methodological triangulation. It contains both empirical and theoretical elements as well as quantitative and qualitative methods. A review and a follow-up of patients from the weight-reducing intervention with elements of bioimpedance measures, questionnaires and qualitative interview, is carried out. In using retrospective medical records. A code process of the data analysis, and statistical measures are used. Further, it includes a theory section on the approach, the motivational interview, used in the weight-reducing intervention.

Results: The women from the weight-reducing intervention had an average weight loss of 2.8% and a decrease in urinary incontinence (ICIQ-UI SF score) at 7.2. There were significant decline in weight, BMI, fat% and urinary incontinence but no significant correlations between the change in weight, BMI and fat% and the change in urinary incontinence. There was whatever at tendency for consistency in women with mixed incontinence between change in fat% and change in urinary incontinence. It found no differences in social conditions between those who lost weight and reduced urinary incontinence and those who did not. Overall, the women expressed positive experiences of having participated in the intervention, and several had been improving quality of life by greater self-esteem, confidence and well-being.

Conclusion and recommendations: To develop and change the intervention this thesis recommends to develop the initiative by implementing other health care professions, extended opening hours, working with health centers in Region Nordjylland, replacement of weight, and an increased focus on the fact that women are different and need individual targeted guidance. General recommendations include an increased focus on the articulation of urinary incontinence complemented with for example campaigns, and an increased attention of decision-makers and health professionals.

Indholdsfortegnelse

Forord	2
Resume	3
Abstract	4
1. Indledning og initierende problem	8
2. Problemanalyse	9
2.1 Overvægt og inkontinens	9
2.2 Urininkontinens og årsager til inkontinens	10
2.3 Individuelle konsekvenser af urininkontinens	12
2.4 Samfundsmæssige konsekvenser af urininkontinens	15
2.5 Behandling af urininkontinens	15
2.6 Social ulighed	19
2.7 Kostvejledning for overvægtige urininkontinente kvinder	20
2.7.1 Vægtreducerende indsats	21
2.7.2 Beskrivelse af forløbet	22
2.8 Vigtigheden af evaluering, videreudvikling og forandring	24
3. Problemformulering	25
4. Videnskabsteoretisk tilgang	26
5. Metode	28
5.1 Etiske og juridiske aspekter ved specialet	28
5.2 Litteratursøgning	29
5.2.1 Litteratursøgning til problemanalyse	29
5.2.2 Litteratursøgning til problembearbejdning	29
5.3 Dataindsamlingsmetoder	30
5.3.1 Faktuelt interview	30
5.3.2 Opfølgning af patienter	30
5.4 Deltagerproces	35
5.5 Dataanalyse	37
5.5.1 Analyse af interviews	37
5.5.2 Kvantitativ analyse	38
6.1 Den motiverende samtale	40
6.2 Magt og frihed	43
6.2.1 Foucault om magt og styring	43
6.3 Den motiverende samtale i forhold til magt og frihed	45

6.4 Opsummerende	46
7. Resultater.....	47
7.1 Statistiske resultater.....	47
7.1.1 Deskriptiv befolkningsbeskrivelse af deltagerne.....	47
7.1.2 Deskriptiv statistik.....	48
7.1.3 Analytisk statistik for effekterne af den vægtreducerende indsats.....	50
7.1.4 Opsummerende	57
7.2 Analyse af kvalitative interviews.....	57
7.2.1 Vejledningen.....	58
7.2.2 Vægten	60
7.2.3 Tidsrum	63
7.2.4 Påvirkninger i hverdagen.....	63
7.2.5 Kombination af primærbehandling og kostvejledning.....	65
7.2.6 Fysisk kunnen	65
7.2.7 Socialt liv	67
7.2.8 Selvværd, selvtillid og velvære	68
7.2.9 Opsummerende	69
7.3 Resultattabel over artikler	70
7.3.1 Resultatgennemgang.....	75
8. Diskussion	76
8.1 Diskussion af metode	76
8.1.1 Litteratursøgning.....	76
8.1.2 Kontakt til deltagere.....	77
8.1.3 Opfølgning af deltagere.....	78
8.1.4 Data	81
8.1.5 Analyse.....	82
8.2 Diskussion af specialets resultater	83
8.2.1 Effekter i den vægtreducerende indsats i forhold til vægt og urininkontinens	83
8.2.2 Effekter i den vægtreducerende indsats i forhold til kvindernes livskvalitet.....	85
8.2.3 Sociale forholds påvirkning af effekter.....	88
8.2.4 Tilgangen i den vægtreducerende indsats	88
9. Udvikling og forandring.....	92
9.1 Sund Infos vægtreducerende indsats	92
9.2 Generelle anbefalinger	94

10. Konklusion.....	95
11. Perspektivering	97
Litteratur	98
Bilagsliste	

1. Indledning og initierende problem

Urininkontinens er en hyppig tilstand hos både yngre og ældre kvinder (Sundhedsstyrelsen, 2009c). Overvægt og svær overvægt er en af flere risikofaktorer, for urininkontinens (Gamble et al., 2010; Hunskaar, 2008; Newman, Cardozo & Sivert, 2013; Subak, Richter & Hunskaar, 2009; Tincello, 2013). På trods af en høj prævalens af urininkontinens, er det kun 25 % af de kvinder, som har urininkontinens, der opsøger hjælp hos sundhedsprofessionelle (Sundhedsstyrelsen, 2009c). Dette skyldes blandt andet, at tilstanden opfattes tabubelagt, og at der er manglende viden om behandling af tilstanden. Af de kvinder, som opsøger hjælp hos egen læge, henvises endnu færre kvinder til videre behandling. (Sundhedsstyrelsen, 2009c; Vahr, 2014)

Der eksisterer både fysiske, psykiske og sociale konsekvenser for individet samt økonomiske konsekvenser for samfundet grundet tilstanden (Sundhedsstyrelsen, 2009a; Sundhedsstyrelsen, 2009b; Keyock & Newman, 2011). Trods disse konsekvenser og en høj prævalens er urininkontinens ikke et område, som er i fokus rent folkesundhedsmæssigt, sammenlignet med andre tilstande relateret til overvægt. Dette viser sig blandt andet ved, at urininkontinens er underrapporteret og underbehandlet. (Keyock & Newman, 2011; Khong & Jackson, 2008)

Den optimale behandling af urininkontinens hos kvinder er til diskussion blandt sundhedsprofessionelle (Hornhaver, 2014; Høj-Hansen, 2013; Norton & Brubaker, 2006; Phelan et al., 2012; Pilmark, 2013; Privathospitalet Møn), hvorfor det er essentielt at følge op på forskellige behandlingstyper, og få eventuelle ukendte konsekvenser og effekter belyst. Sund Info er en afdeling på Aalborg Universitetshospital for forebyggelse og sundhedsfremme (Aalborg Universitetshospital), som i 2012-2015 har gennemført en vægtreducerende indsats målrettet overvægtige urininkontinente kvinder. Formålet med indsatsen er, at opnå vægtreduktion og forbedring i urininkontinens, samt undgå operation for inkontinens og/eller reducere forekomst af komplikationer efter operation for inkontinens. (Søndergaard, 2015; Sørensen, 2012; Aalborg Sygehus, 2012) Der er ikke udarbejdet en opfølgning af effekten af den vægtreducerende indsats fra Sund Info, hvilket er essentielt for at kunne videreudvikle og eventuelt forandre et behandlingstilbud til denne målgruppe.

Dette speciales sigte omhandler derfor effekter og deltagerperspektiver af Sund Infos indsats, for dermed at kunne optimere denne indsats gennem videreudvikling, og hvis det viser sig at være relevant, for dermed at kunne forandre tilbud til overvægtige, urininkontinente kvinder.

2. Problemanalyse

Dette kapitel fokuserer på at udfolde specialets initierende problem, omhandlende hvorledes Sund Infos vægtreducerende indsats, målrettet vægtreduktion hos overvægtige kvinder med urininkontinens, virker efter hensigten. Fokus er på hvilke effekter, konsekvenser og deltagerperspektiver indsatsen har, med henblik på at optimere indsatsen gennem videreudvikling, for dermed at kunne skabe forandring for målgruppen. Denne problemstilling udfoldes blandt andet via litteratur fra en systematisk litteratursøgning. Denne beskrives og fører frem til specialets problemformulering. Det initierende problem analyseres gennem flere afsnit, som har vigtighed i forbindelse med dette og ender til sidst ud i en problemformulering. Analysen indeholder perspektiver fra forskellige vinkler og inddrager litteratur både fra rapporter i dansk regi og videnskabelig forskning.

2.1 Overvægt og inkontinens

Der ses en sammenhæng mellem overvægt og inkontinens blandt kvinder i alle aldersgrupper, og et højt Body Mass Index (BMI) er en risikofaktor for urininkontinens (Newman, Cardozo & Sievert, 2013; Wesnes, 2014; Subak, Richter & Hunskaar, 2009; Subak et al., 2002). Denne sammenhæng er tydelig med stigende vægt. Der er dog også nogle usikkerheder forbundet med sammenhængen mellem overvægt og inkontinens, da det er uklart, hvordan fordelingen af vægten påvirker inkontinens, og hvor længe en person skal være overvægtig, før det kan føre til urininkontinens. (Wesnes, 2014) Det anses derfor flere steder, at der er et videnshul omkring den fuldstændige sammenhæng mellem overvægt og urininkontinens (Wesnes, 2014; Vissers et al., 2014; Khong & Jackson, 2008).

Urininkontinens er, som nævnt i indledningen, en almindelig tilstand. Det antages, at antallet af kvinder med denne tilstand er 20 % af alle kvinder under 60 år. Prævalensen stiger med alderen, således at 44 % af alle kvinder over 80 år har denne tilstand. (Rohr et al., 2005) Trods denne høje prævalens af urininkontinens, er det som tidligere nævnt kun 25 % af de kvinder, som har urininkontinens, der henvender sig til sundhedsprofessionelle for at søge hjælp (Sundhedsstyrelsen, 2009c). Hvorvidt kvinder med urininkontinens henvender sig og søger hjælp afhænger af, deres type af inkontinens, deres alder, og hvor meget deres livskvalitet er påvirket af inkontinens. Det vil sige, at mange kvinder ikke henvender sig enten, fordi de har en vis alder, hvor de tænker, at der ikke kan gøres noget ved det, eller at det ikke har en stor nok påvirkning på deres livskvalitet til, at de vil søge hjælp hos sundhedsprofessionelle. (Howard & Steggall, 2010) Af de kvinder, som søger hjælp, henvises endnu færre kvinder til videre behandling på eksempelvis hospitaler. Dette kan eksempelvis skyldes, at tilstanden afhjælpes hos egen læge, eller det, at tilstanden kan opfattes tabubelagt, og at der er

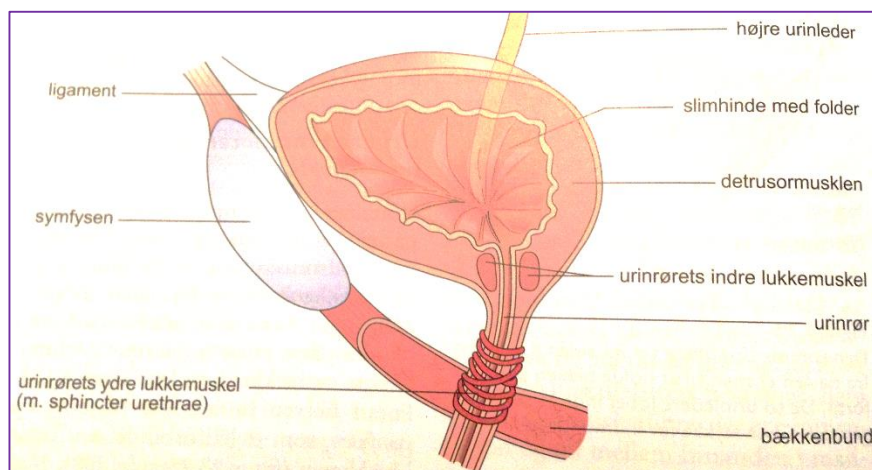
manglende viden om behandling af tilstanden og effekten af behandling (Sundhedsstyrelsen, 2009c; Vahr, 2014).

Der findes fire typer af urininkontinens, hvoraf den ene er "ingen-klassifikation". De andre tre typer er stressinkontinens, urgeinkontinens og blandingsinkontinens. (Sundhedsstyrelsen, 2009c; sundhed.dk, 2012a; sundhed.dk, 2012b) Der er forskellige årsager forbundet med de forskellige typer, som udfoldes i næste afsnit.

2.2 Urininkontinens og årsager til inkontinens

I dette afsnit belyses, hvad urininkontinens er, og de forskellige typer af urininkontinens udfoldes. Urininkontinens er utæthed for urin, ufrivillig vandladning eller urinlækage, som skyldes en svaghed eller manglende evne til at kunne kontrollere sin vandladning (Qaseem et al., 2014; Vahr, 2014). Urinvejene består af nyrer, urinledere, blære samt urinrør. Nyrernes funktion er at fjerne affaldsstoffer fra blodet. Urinen fortsætter til urinlederne, hvorefter urinen opbevares i blæren indtil vandladning. (Nielsen & Bojesen-Møller, 2012; sundhed.dk, 2012b)

På Figur 1 ses blæren, urinrøret og bækkenbunden. I bunden af blæren starter urinrøret. I overgangen mellem disse ligger den indre ringmuskel (m. sphincter vesicae), som er en del af detrusormusklen, også kaldet blæremusklen. Denne ringmuskel har en muskelspænding, tonus, som holder urethra lukket mellem vandladning. Ringmusklen kontraheres gennem sympatiske nerveimpulser, som derved ikke er viljestyret. Videre gennem urinrøret og indlejret i bækkenbundsmuskulaturen, ses i Figur 1, den ydre lukkemuskel (m. sphincter urethrae). Dette er den viljestyrede tværstribede muskulatur, som danner bunden i bækkenet. Mellem vandladninger holder denne ringmuskel, den ydre lukkemuskel, urinrøret lukket ved en konstant muskeltonus. (Nielsen & Bojesen-Møller, 2012) Hvis muskulaturen omkring ringmusklerne bliver slap, kan det være sværere at lukke af for urinrøret, hvorved urininkontinens opstår (Nielsen & Bojesen-Møller, 2012). Denne slappe muskulatur kan opstå på flere forskellige måder, hvorfor inkontinens kan siges at være multifaktoriel (Vissers et al., 2014).



Figur 1: Overblik over blære, urinrør og bækkenbund (Nielsen & Bojesen-Møller, 2012, s. 246).

Der er forskellige årsager til urininkontinens, og disse årsager er knyttet til, hvilken type af urininkontinens, der er tale om. Der er overordnet en stor risiko forbundet ved stor belastning for bækkenbunden ved overvægt, graviditet og fødsel, men eksempelvis manglende østrogen og rygning kan også føre til inkontinens, da rygning kan medvirke til at den ydre lukkemuskel ikke kan holde tæt, hvilket kan føre til urininkontinens. (Vahr, 2014)

Den hyppigste form for urininkontinens blandt kvinder er stressinkontinens, da den optræder hos omkring 40 % af alle kvinder med urininkontinens (Sangsawang, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2009c; Vahr, 2014). Denne form for inkontinens skyldes en nedsat funktion af lukkemuskulaturen, som viser sig i form af ufrivillig vandladning ved latter, hoste, nys og fysisk aktivitet (Sangsawang, 2014; Vahr, 2014). Derudover tyder det på, at alderen har en negativ betydning, grundet lavt østrogenniveau hos kvinder i den postmenopausale alder (Newman, Cardozo & Sievert, 2013). Denne manglende østrogen findes også hos ammende kvinder, hvorfor disse også er i risiko for at få stressinkontinens (Axelsen, 2008). Overvægt kan desuden være en væsentlig faktor, ligesom urinvejsinfektioner, immobilitet og eksempelvis demens kan forårsage stressinkontinens (sundhed.dk, 2010). Derudover er graviditet og fødsel en væsentlig faktor for udvikling af denne type inkontinens hos yngre kvinder (Sangsawang, 2014).

Urgeinkontinens, også kaldet tranginkontinens, rammer ca. 20 % af alle urininkontinente kvinder. Urgeinkontinens er her og nu vandladninger og blæretømning, som er vanskelig at kontrollere, og tilstanden indebærer derfor hyppige vandladninger hele døgnet. (Sundhedsstyrelsen, 2009c; Qaseem et al., 2014) Urgeinkontinens kan opstå ved aldring samt ved overvægt. Derudover kan urgeinkontinens også opstå ved kronisk forstoppelse samt høj paritet (antallet af gennemførte graviditeter). (Gamble et al., 2010)

Blandingsinkontinens er en blanding af stress- og urgeinkontinens, som ca. 30 % af alle urininkontinente kvinder har (Sundhedsstyrelsen, 2009c; Qaseem et al., 2014). Urgeinkontinens kan udløses af stressinkontinens (sundhed.dk, 2012a), og denne form for inkontinens tiltager oftere efter menopause (Sundhedsstyrelsen, 2009c).

”Ingen-klassifikation” er tilstanden, som omkring 10 % af kvinderne har. Kvinder med inkontinens, der ikke kan klassificeres, har denne ”type” af urininkontinens.

Der er således mange risikofaktorer for urininkontinens, som kan resultere i mange individuelle og samfundsmæssige konsekvenser grundet tilstanden. Disse udfoldes i de næste afsnit for at give en forståelse for, hvordan urininkontinens påvirker kvindernes liv. Denne forståelse er vigtig for at kunne skabe virkningsfulde tiltag og forandre disse problematikker for urininkontinente kvinder.

2.3 Individuelle konsekvenser af urininkontinens

Urininkontinens er, som en multifaktoriel tilstand, forbundet med en lang række individuelle konsekvenser. Disse konsekvenser omhandler fysiske og psykosociale faktorer, og dagligdagsaktiviteter kan virke uoverskuelige for mange kvinder med urininkontinens.

Urininkontinens opfattes for mange som tabubelagt og værende omfattet af en pinlighed, som kan begrænse kvinderne i deres daglige liv (Astellas Pharma & Kontinensforeningen, 2012; Coyne et al., 2013; Keyock & Newman, 2011; Newman, Cardozo & Sievert, 2013; Qaseem et al., 2014; Sangsawang, 2014; Tincello, 2013; Vissers et al., 2014; Wesnes, 2014). Kvinderne kan således føle sig anderledes og nedvurderet, og der kan samtidig opleves en form for stigmatiserende undertone i samfundet. Det tabubelagte emne kan derfor skyldes, at kvinders sociale identitet kan ødelægges som en følge af omgivelsernes reaktion og bedømmelse på deres problemstilling. (Goffman, 2009; Kristiansen & Jacobsen, 2010) Derudover er overvægt forbundet med en lang række konsekvenser omhandlende fysiske og psykosociale faktorer (Juel, Sørensen & Brønnum-Hansen, 2006; Sundhedsstyrelsen, 2009a; Sundhedsstyrelsen, 2009b; Sung et al., 2009), herunder en sammenhæng mellem depressive symptomer samt livskvalitet og frekvensen af urininkontinens (Sung et al., 2009). Overvægt kan ligesom urininkontinens ses som en stigmatiserende kropslig adskillelse fra den resterende population, hvor der kan foregå en form for stempling. Også her kan der være tale om stigmatisering, således at de stigmatiserede, kan siges at blive ekskluderet fra en række udfoldelsesmuligheder, hvori den almindelige respekt også ligger. (Goffman, 2009; Kristiansen & Jacobsen, 2010)

Stigmatisering, som begreb, kan inddeles i tre former; *kropslige vederstyggeligheder, karaktermæssige skavanker og den slægtsbetingende stigma*. Heraf kan der argumenteres for at både urininkontinens og

overvægt er den førstnævnte, *kropslige vederstyggeligheder*, indeholdende fysiske deformiteter eller misdannelser. (Goffman, 2009; Kristiansen & Jacobsen, 2010) Disse to former for tilstande kan altså begge siges at opleves stigmatiserende for de personer, som lider af dem. Altså en form for dobbeltstigmatisering for de kvinder, som både er urininkontinente og overvægtige. Det at kvinderne kan siges at være dobbeltstigmatiserede, kan have en påvirkning på deres hverdag, selvværd, selvtillid og livskvalitet.

Urininkontinens og overvægt kan medvirke til at forringe livskvaliteten. Der findes flere forskellige definitioner af begrebet livskvalitet alt efter, hvilken sundhedsopfattelse der er gældende, og derfor er der ikke en entydig definition af begrebet (Moons, Budts & De Geesta, 2007). WHO definerer begrebet *Quality of Life* således;

"An individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's beliefs, social relationship and their relationships to salient features of their environment" (WHO).

Det kan således ud fra WHO's definition siges, at livskvalitet er den enkelte kvindes opfattelse af deres syn på eget liv i forhold til egne mål, forventninger, normer og bekymringer – som indeholder den enkeltes fysiske sundhed, psykiske tilstand, grad af uafhængighed, sociale relationer, personlige overbevisninger samt forhold til omgivelserne. Ved denne definition på livskvalitet indgår der således både fysiske og psykosociale elementer.

På baggrund af dette er det relevant at kigge på opgørelser for, hvor udbredt konsekvenserne er for urininkontinente kvinder i forhold til elementer af stigmatisering og livskvalitet. Mange kvinder med urininkontinens skammer sig og er flove over deres tilstand, og der er således 41 % af urininkontinente kvinder, der er dette. 29 % føler de har dårligt selvværd, og ca. 23 % er deprimerede over deres tilstand (Astellas Pharma & Kontinensforeningen, 2012), hvilket kan føres tilbage til ideen om, at kvinderne kan føle sig stigmatiserede og udenfor, hvis inkontinensen medvirker til, at de bliver isolerede på grund af deres tilstand (Kristiansen & Jacobsen, 2010). Derudover er omkring 31 % mindre seksuelt aktive, og 24 % har svært ved at være intime sammen med en partner (Astellas Pharma & Kontinensforeningen, 2012), hvorved livskvaliteten hos kvinderne falder (Huang et al., 2009). Derudover har urininkontinens en række konsekvenser, herunder, at kvinderne har brug for at skulle gå på toilettet mange gange om dagen, at de skal på toilettet om natten, og at de kan lække urin ufrivilligt, hvilket også spiller ind på kvindernes livskvalitet (Keyock & Newman, 2011; Sangsawang, 2014). Nordjyske kvinder føler sig i nogen eller højere grad påvirket af tilstanden (56 %) end eksempelvis i Hovedstaden (45 %). Tilstanden er et stort tabu for mange urininkontinente kvinder, og kun 10 % taler frit om deres problem, mens 30

% nordjyske kvinder, ikke taler med nogen om det (Astellas Pharma & Kontinensforeningen, 2012). Det at mange kvinder ikke ønsker at tale om deres problem, kan videre føre tilbage til tanken om stigmatisering, hvor Goffman mener, at individer kan finde på at "passere", altså hemmeligholde deres potentielt stigmatiserende tilstand, urininkontinens, for ikke at blive stemplet som anderledes (Goffman, 2009; Kristiansen & Jacobsen, 2010). Hvis kvinderne taler med nogen, er det oftest deres læge, hvilket gælder for 45 % af de nordjyske kvinder (Astellas Pharma & Kontinensforeningen, 2012). At over halvdelen af de urininkontinente kvinder ikke taler med lægen omkring deres problemstilling, virker uhensigtsmæssigt for at kunne afhjælpe kvinderne med deres tilstand, for dette er et aspekt, som bør forberedes, så flere kvinder kan blive behandlet og få bedre livskvalitet deraf.

Undersøges arbejdslivet nærmere, er mange kvinder også her påvirket af inkontinens. Her kan både stigmatisering og livskvalitet spille ind. I arbejdslivet kan kvinderne være utrygge for, at eksempelvis kollegaer opdager deres mange toiletbesøg, og yderligere om de kommer til at lugte, så kollegaerne opdager det. De frygter for kollegaernes sociale afvisning eller ekskludering af dem som det *normale* menneske. (Astellas Pharma & Kontinensforeningen, 2012; Goffman, 2009; Kristiansen & Jacobsen, 2010) Dette hænger også sammen med kvindernes sociale liv, hvor der i Nordjylland er 35 % af de urininkontinente kvinder, der føler, at de er begrænsede i deres sociale relationer, og der er 37 %, som føler, at deres vandladningsproblemer har haft indflydelse på deres sociale liv. Disse procentsatser er højere end på landsplan, hvor de begge ligger på 29 %. Kvinderne i Nordjylland føler sig altså dårligere tilpas socialt end gennemsnittet på landsplan. (Astellas Pharma & Kontinensforeningen, 2012; sundhed.dk, 2012a; sundhed.dk, 2012b) Mange kvinder kan derfor komme til at føle sig socialt isolerede og afskåret fra deres omgangskreds, hvilket bør afhjælpes, da dette vil gøre, at kvinderne kommer til at føle sig isolerede, alene og stigmatiserede, og samtidig vil tænkes at få en dårligere livskvalitet.

Når urininkontinente kvinder forlader deres hjem tager de ofte en række forholdsregler. Disse forholdsregler kan eksempelvis inkludere brug af ble og bind. Flere kvinder føler ubehag ved at skulle gå med ble eller bind, som er med til at spare dem for at have en følelse af at være usoignerede eller spare dem for at skulle være konstant opmærksom på, hvor det nærmeste toilet er placeret. (Sundhedsstyrelsen, 2009c) Kvinderne kan yderligere få sår og svampeinfektioner grundet urininkontinens, hvilket kan gøre kvinderne mere flove og give dem endnu en følelse af at være usoigneret eller skamme sig over deres krop (sundhed.dk, 2012a; sundhed.dk, 2012b). Til sidst kan det virke underligt at tænke på materielle ting såsom tøj, sengetøj, møbler og tæpper, men på længere sigt vil urininkontinens have en påvirkning på slitage af disse, hvilket kvinderne også kan have bekymring over (sundhed.dk, 2012a).

Ovenstående afsnit giver et indblik i, hvor stort et problem urininkontinens er for den enkelte, og at en stor del af urininkontinente kvinder er påvirket af denne tilstand både fysisk, psykisk og socialt. Derfor

er det noget, som der bør være et større folkesundhedsmæssigt fokus på, da kvinderne ofte står alene med tilstanden grundet tabuet omkring det. Kvinderne står således med en masse bekymringer, overvejelser og begrænsninger, som kan munde ud i en forringelse af deres livskvalitet og en følelse af stigmatisering. Ud over de mange individuelle konsekvenser relateret til tilstanden, er denne også forbundet med samfundsmæssige konsekvenser.

2.4 Samfundsmæssige konsekvenser af urininkontinens

Urininkontinens er ikke kun forbundet med konsekvenser for individet men også økonomiske konsekvenser for samfundet, som blandt andet omhandler behandling af tilstanden samt forskellige hjælpemidler (Keyock & Newman, 2011). Det er beregnet, at omkring 2 % af de samlede udgifter i sundhedsvæsenet relateres til urininkontinens (sundhed.dk, 2012c). Yderligere er overvægt en stor økonomisk konsekvens for samfundet – både i sundhedsvæsenet og på arbejdsmarkedet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007). Der er dog ikke nogen danske opgørelser over udgifter relateret til kombinationen af urininkontinens og overvægt, hvilket muligvis kan skyldes, at det som før omtalt, ikke er et stort fokusområde. Grunden kan yderligere være, at urininkontinens er en tabubelagt problematik. Ville der eksistere økonomiske opgørelser, vil det kunne forventes, at disse vil være med usikkerheder, da en stor del af urininkontinente kvinder ikke er i kontakt med sundhedssystemet, og derfor ikke modtager behandling. (Møller, Lose & Jørgensen, 2000)

Konsekvenser for individet og samfund er således meget store. For at afhjælpe disse konsekvenser er der forskellige behandlingstilbud i det danske sundhedssystem.

2.5 Behandling af urininkontinens

Der tilbydes forskellige typer af behandlingsformer til urininkontinente kvinder i det danske sundhedsvæsen. Dog hersker der ikke enighed blandt sundhedsprofessionelle om, hvad den optimale behandling er, hvorfor det er relevant at belyse forskellige behandlingsformer, for dermed at kunne forandre og videreudvikle tilbud til overvægtige urininkontinente kvinder. I dette afsnit ansues de forskellige behandlingsformer, samt forskellige holdninger til behandling af urininkontinens.

Behandling af urininkontinens kan både være konservativ¹, medicinsk² og kirurgisk³. Behandlingen ved Sund Infos indsats er konservativ. Nogle typer af urininkontinens behandles bedst med det ene frem for det andet. Dog er der også forskel i, hvilke behandlingstyper der tilbydes i sundhedssystemet. Nogle steder foretrækkes den konservative behandling, og andre steder foretrækkes medicinsk eller kirurgisk behandling. Det anses som værende uhensigtsmæssigt, at der ikke hersker enighed omkring, hvilken behandling der er den ideelle for de forskellige typer inkontinens. (Sundhedsstyrelsen, 2009)

Behandling af urininkontinens kan iværksættes hos egen praktiserende læge ved henvisning til eksempelvis gynækologiske og urologiske afdelinger eller til behandling ved fysioterapi. Kirurgiske behandlinger foregår på gynækologiske og urologiske afdelinger, dog med hovedvægt på de gynækologiske. (Sundhedsstyrelsen, 2009c; sundhed.dk, 2012b) En tidligere MTV på området har blandt andet undersøgt udviklingen af behandlingsmetoderne fra 2001 – 2009. Den viste, at andelen af kvinder, som blev henvist til bækkenbundstræning faldt betydeligt gennem årrækken fra 89 % til 62 %. Dette forklares med den ændrede opgavefordeling med genoptræning i forhold til kommuner og regioner. Desuden viste denne MTV, at systemisk østrogenbehandling faldt fra 50 % til 0 %, og dette fald skyldes muligvis også den ændrede opgavefordeling. (Sundhedsstyrelsen, 2009c) På det kirurgiske område har der i tidsrummet været ændringer af behandlingsformer, som søger hen mod mindre invasive typer, herunder slyngplastik (TVT), som er den foretrukne operationstype. Der ses en problematik i, at der foretages mange forskellige kirurgiske behandlinger, som kan medvirke til at påvirke kvaliteten, da der kræves en høj rutine og kompetence for at udføre disse. (Sundhedsstyrelsen, 2009)

Diætbehandling, som behandling for vægttab, er en mindre udbredt behandlingsform i det danske sundhedsvæsen, og det på trods af, at litteraturen viser, at et vægttab gennem livsstilsændringer kan forbedre urininkontinens (Hunskar, 2008; Osborn et al., 2013; Qaseem et al., 2014; Tincello, 2013; Wing et al., 2010). Der er tale om, at en vægtreduktion mellem 5 % og 10 % af kropsvægten er nok til en forbedring af antallet af urinlækager (Auwad et al., 2012; Tincello, 2013; Wing et al., 2010).

Der findes ikke nogen optimal behandling af urininkontinens, og der eksisterer flere måder at behandle tilstanden på. Der er samtidig stor usikkerhed omkring, hvad der er bedst at gøre, i hvilke tilfælde, hvornår der bør foretages operation, samt hvornår bækkenbundstræning eller østrogenbehandling er

¹ Konservativ behandling indeholder generelle råd, bækkenbundstræning, elektrostimulation, diverse mekaniske hjælpemidler og behandling af andre lidelser såsom hoste og overvægt (sundhed.dk, 2010).

² Medicinsk behandling kan bestå af eksempelvis systemisk østrogenbehandling (sundhed.dk, 2010).

³ Kirurgisk behandling kan ved stressinkontinens eksempelvis bestå af en slyngplastisk operation (TVT – tensionsfri vaginaltape), bulking (periuretral injektionsbehandling) og burch operation (retropubisk kolposuspension) (sundhed.dk, 2010). Ved urgeinkontinens bruges operation sjældent, men hvis nødvendigt kan behandlingen bestå af eksempelvis en implantation af pacemaker i bækkenet eller botox injektion (sundhed.dk, 2012a).

optimalt for at udbedre tilstanden. (Kamel et al., 2013; Norton & Brubaker, 2006) Ved operation er overlæge Martin Rudnicki uforstående for, hvorfor der ikke foretages flere operationer:

"Det undrer mig, for hvis vi bare kigger over til naboerne i Sverige, er der langt flere kvinder der opereres og dermed bliver raske og slipper af med en meget generende lidelse" (Privathospitalet Møn).

Han mener ikke, at kvinderne skal gå rundt og træne bækkenbunden eller tage medicin, fordi de med en slyngplastisk operation kan:

"(..)⁴ betragte dig selv som fuldstændig rask og helbredt (...) og kan derfor også gøre alt, hvad man tidligere måske var holdt op med på grund af sin inkontinens" (Privathospitalet Møn).

Argumenterne for operation er mange - især for stressurininkontinens er argumenterne for kirurgisk behandling at foretrække. Læge Susanne Axelsen udtaler:

"Kirurgisk behandling har i dette randomiserede studie efter et år en signifikant bedre subjektiv effekt på stress inkontinens end fysioterapi, hvilket kan medføre, at der stilles spørgsmålstejn ved fysioterapien som førstevalgsbehandling hos stressinkontinente kvinder" (Høj-Hansen, 2013).

Modsat udtaler formanden for gynækologisk og obstetrisk fagforum Ulla Due:

"Det er ærgerligt, at der konkluderes så negativt, for man kunne lige så godt se effekten af fysioterapi positivt (...) Der er ingen fysioterapeuter, der normalt forventer, at kvinder med svær urininkontinens kan kureres helt for deres inkontinens med bækkenbundstræning" (Pilmark, 2013).

Ulla Due påpeger derefter at:

"(.) når det drejer sig om mild til moderat inkontinens, er der dokumentation for, at træning bør være førstevalg" (Pilmark, 2013).

Cand.med., Ph.d. Rikke Guldberg har foretaget en undersøgelse, hvori hun konkluderer, at omkring 16-17 % af kvinderne ikke mærker nogen forandring efter operation (Hornhaver, 2014). Her understreger hun, at det ikke er alle kvinder, som egner sig til operation, da det ikke er alle, som er så generede af deres inkontinens. Derfor kan operation hos nogle kvinder ikke komme på tale. (Hornhaver, 2014) Guldberg udtaler i forbindelse med dette:

⁴ Ved (...) forstås, at der er elementer af det oprindelige citat, som ikke er medtaget. Antallet af punktummer angiver antallet af ord, som er udeladt, hvor tre punktummer henviser til tre eller flere ord.

"Man må afveje de gener, man har i sin hverdag, men de risici, der er forbundet ved en operation (...) Langt de fleste kvinder kan komme langt med knibeøvelser, medicin eller bedre drikke og toiletvaner. Men der er også kvinder, hvor knibeøvelser ikke hjælper tilstrækkeligt, og de bør tilbydes en operation" (Hornhaver, 2014).

Hvis der yderligere tages hensyn til overvægt, som en ekstra faktor i forbindelse med operation af urininkontinens, er der også her tvivl om, hvad det bedste er at gøre. Rogers et al. mener, at risikoen for komplikationer er større hos dem, der er overvægtige, hvorfor operation er ret risikofyldt for disse kvinder. Samtidig menes der også, at hvis overvægtige kvinder taber sig, vil det kunne mindske mulige komplikationer. (Rogers et al., 2006) Dog har Mukherjee & Constantine undersøgt, at normalvægtige samt overvægtige og svært overvægtige kvinder stort set har samme forbedring i en TVT operation (Mukherjee & Constantine, 2001). Der kan derfor sættes spørgsmålstegn ved, om der er flere komplikationer ved operation hos overvægtige kvinder.

Der findes mange argumenter for og imod operation og bækkenbundstræning, men kostvejledning er der ikke så mange argumenter for og imod i den danske litteratur, hvilket kan undre, fordi vægttab har vist sig at have en forbedrende effekt på inkontinens (Auwad et al., 2012; Hunskaar, 2008; Subak et al., 2005; Tincello, 2013; Vissers et al., 2014; Wing et al., 2010). Phelan et al. mener derfor, at kostinterventioner burde være et tilbud til overvægtige kvinder med inkontinens, da der menes, at det vil kunne forbedre kvindernes situation både i forhold til at mindske deres inkontinens og overvægt. Yderligere vil et vægttab kunne fjerne flere risikofaktorer i forhold til overvægt. (Phelan et al., 2012)

Ifølge den gennemgåede litteratur, er der flere sider af samme sag, som gør det tydeligt, at der er bred uenighed blandt de sundhedsprofessionelle om, hvilken behandling af urininkontinens, der er den mest optimale. Det må anses som værende problematisk, at der ikke er enighed om dette. For nogle kvinder kan operationen være nødvendig for at få et normalt liv tilbage, og samtidig er bækkenbundstræning for nogle kvinder forbedrende i så høj grad, at ingen videre behandling er nødvendig. Det kan altså være op til den enkelte kvinde på baggrund af råd og vejledning fra sundhedsprofessionelle, hvor store gener tilstanden giver og samtidig, i hvor høj grad enten konservativ, medicinsk eller kirurgisk behandling er den rette løsning.

I henhold til disse forskellige behandlingsformer af urininkontinens, vil der være flere faktorer, der vil have en betydning for, om kvinderne vil sige ja til den ene eller anden behandlingsmetode. Nogle kvinder vil måske vælge en kort behandlingsforløb med risiko for komplikationer, hvor de kan komme af med deres problemstilling hurtigst muligt. Andre kvinder vil muligvis tage sig tiden til at tage imod lidt længerevarende behandling med eksempelvis et vægttabsforløb, hvor der ikke vil være risiko for komplikationer, fordi de enten har tid til det, eller har en forventning om, at vægttab kan afhjælpe deres

problem, eller at de ikke ønsker at udsætte sig for risici ved operation. Nogle af de elementer, som kan have en betydning for om kvinder vælger den ene eller den anden behandling, kan bestå i kvindernes uddannelsesmæssige baggrund, deres indkomst eller deres erhverv. Disse elementer kan videre gøre, at der i behandlingen af inkontinens kan opstå en form for social ulighed, hvor kvinder med mindre uddannelse eller mindre indkomst, muligvis vil vælge en anden type behandling end kvinder med høj uddannelse og høj indkomst.

2.6 Social ulighed

Social ulighed kan eksempelvis opstå, hvis en indsats rettet mod en bestemt målgruppe, eksempelvis overvægtige kvinder med urininkontinens, ikke rammer alle, og at der derfor kun er en bestemt type af kvinder, som deltager. Den sociale ulighed måles traditionelt på tre forskellige markører, nemlig uddannelsesniveau, erhverv og indkomst (Diderichsen, 2011), og det vurderes, at uddannelse er det mest robuste mål (Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen, 2007). Positionen i arbejdslivet har en betydning for indkomst. Erhvervet påvirker yderligere arbejdsmiljø og risiko for arbejdsløshed. Uddannelse og indkomst har en påvirkning på forbrug og muligheder på eksempelvis boligmarkedet. Derfor kan uddannelse, erhverv og indkomst siges at have en betydning for sundhedsadfærden. Er målet at forebygge den sociale ulighed, må årsagerne til uligheden bringes frem. Dette kan eksempelvis skyldes de ovennævnte faktorer, som er uddannelse, erhverv og indkomst. På baggrund af disse tre kan det diskuteres, hvem der har størst risiko for overvægt og urininkontinens. Det er vist, at overvægtige ofte findes hos de laveste socialgrupper, hvorfor det samme billede ud fra sammenhængen mellem overvægt og inkontinens kan antages at tegne sig ved urininkontinens (Sundhedsstyrelsen, 2014). Derfor kan det antydes, at det er kvinder i de lavere socialgrupper, som vil være overvægtige og inkontinente. En social ulighed vil derfor opstå i antallet af kvinder, som er overvægtige og har urininkontinens, da størstedelen vil kunne anses at være fra de lavere sociale grupper, med lav uddannelsesniveau og lav indkomst. (Diderichsen, 2011)

I det forebyggende sundhedsarbejde findes der to perspektiver på ulighed. Den ene handler om, at der findes en social gradient, hvor der eksempelvis måles på uddannelse, erhverv eller indkomst. Den anden handler om socialt udsatte grupper, som lever under et eller flere belastende forhold, eksempelvis arbejdsløshed, fattigdom eller hjemløshed. Yderligere skelnes der i sundhedsarbejdet mellem befolkningsrettede strategier, hvor indsatsen når hele befolkningen, og højrisikostrategier, hvor indsatsen kun rettes mod dem, som der findes i særlig høj risiko. I indsatsen mod overvægtige kvinder med urininkontinens kan der argumenteres for, at der kan være tale om højrisikoforebyggelse inden for den sociale gradient. Ved denne form for indsats foretages en screening, hvor individer der er i højrisiko

findes og herudfra gøres der brug af eksempelvis pædagogiske og psykologiske virkemidler. Dette vil altså sige, at der i en kostvejledningsindsats med henblik på vægttab er fokus på de kvinder, som anses at være i højrisiko, altså overvægtige kvinder med urininkontinens. (Diderichsen, 2011)

I forhold til social ulighed kan det antages, at det er kvinder med lav uddannelse og lav indkomst, som oftest vil være overvægtige og urininkontinente. Dog vil der også være kvinder med høj uddannelse og høj indkomst, som vil rammes af inkontinens, men dette kan som tidligere analyseret også skyldes graviditet, fødsel eller østrogenniveau. Det er på baggrund heraf interessant at undersøge om en indsats, som kostvejledning med henblik på vægttab, er en målrettet behandling af inkontinens for alle kvinder, og ellers udvikle en indsats, som tager højde for social ulighed.

Den sociale ulighed er værd at tage til overvejelse, hvis der laves en forebyggende indsats målrettet en bestemt population - her overvægtige kvinder med urininkontinens. Det er relevant at undersøge, hvorvidt en sådan indsats rammer hele denne målgruppe, eller om der ses en form for skævvridning eller ulighed i typen af kvinder, som deltager i, eller har effekt af en sådan indsats. En sådan type indsats kan eksempelvis være kostvejledning, hvilket belyses videre.

2.7 Kostvejledning for overvægtige urininkontinente kvinder

Kostvejledning kan, som tidligere analyseret, medvirke til at forbedre graden af urininkontinens (Auwad et al., 2012; Hunskaar, 2008; Osborn et al., 2013; Qaseem et al., 2014; Tincello, 2013; Wing et al., 2010). En vægtreduktion på 5-10 % af kropsvægten er nok til en forbedring af tilstanden i forhold til færre lækageepisoder samt positive effekter på livskvalitet (Auwad et al., 2012; Tincello, 2013; Wing et al., 2010).

Kostvejledning, med henblik på vægttab, tilbydes flere steder – både i det private og det offentlige. Her kan der være et ønske fra blandt andet kvinder om et vægttab grundet overvægt eller svær overvægt. I forbindelse med urininkontinens er det ikke særlig udbredt i Danmark at benytte sig af kostvejledning. Dette praktiseres dog i Region Nordjylland på Aalborg Universitetshospital på afdelingen Sund Info. Sund Info er en afdeling for forebyggelse og sundhedsfremme, som har eksisteret siden 2002, og har siden 2006 tilbudt rådgivning ved en klinisk diætist. Afdelingen er den eneste af sin art på danske hospitaler. (Søndergaard, 2012)

Arbejdet i Sund Info udbredes og udvikles i et samarbejde mellem afdelingerne på Aalborg Universitetshospital og Sund Info (Søndergaard, 2015; Aalborg Universitetshospital). Patienter på

Aalborg Universitetshospital bliver KRAM-screenet⁵ på sygehusets afdelinger og bliver derefter henvist til Sund Info, hvis de opfylder kriterier inden for Sund Infos vægtreducerende indsats til overvægtige urininkontinente kvinder. Sund Info varetager yderligere tilbud vedrørende eksempelvis de andre KRAM-faktorer rygning, motion og alkohol, og der er også mulighed for videre henvisning til kommunale tilbud, der vedrører disse. (Region Nordjylland, 2015; Søndergaard, 2015). Ideen med at KRAM-screene kvinderne er, at lave en systematisk screening, som kan styrke forebyggelsesindsatsen gennem en tidlig opsporing, som kan støtte det sundhedsfaglige personale til at kunne tydeliggøre, hvornår patienter, her kvinder med urininkontinens, har behov for en forebyggende indsats i forhold til overvægt (Region Nordjylland, 2015). Formålet med at henvise patienterne til Sund Info er dermed, at tilbyde en intervention, som har betydning for det aktuelle behandlingsforløb på den pågældende afdeling, samt at kunne vejlede om forebyggelsesmuligheder til patienter med en sundhedsmæssig risiko.

I Sund Info er der blandet andet tilknyttet en klinisk diætist, som hovedsageligt varetager kostvejledning og primært vejleder overvægtige med kliniske problemstillinger relateret til overvægt – herunder også de overvægtige urininkontinente kvinder (Søndergaard, 2015).

2.7.1 Vægtreducerende indsats

Sund Info tilbyder forskellige indsatser indenfor patientrettet forebyggelse. En af disse er en vægtreducerende indsats til alle typer af overvægtige urininkontinente patienter, som er henvist fra Gynækologisk- og Urologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital. Formålet med denne indsats er at give overvægtige, inkontinente kvinder en livsstilsændring med henblik på vægttab gennem kostvejledning ved en klinisk diætist. Yderligere er formålet at undgå operation for inkontinens, og for de patienter som bliver opereret, er hensigten desuden at forbedre resultaterne af operation og mindske komplikationerne dertil. Derudover er der et langsigtet mål om at mindske risikoen for livsstilssygdomme relateret til overvægt samt fastholdelse af vægt eller vægttab. (Søndergaard, 2015) Overvægt og urininkontinens er begge tilstande, hvor prævalensen er høj. Overvægt anses som en af de største risikofaktorer for folkesundheden (WHO, 2015), og derfor er forebyggelse vigtig. Det er dog essentielt at vide om forebyggelse af en sådan problemstilling virker og i hvilket omfang. For at undersøge dette er evaluering og vurdering af de resultater, der opnås, vigtig at benytte sig af, da der ellers ikke opnås specifik viden om, hvad der virker, hvad der ikke virker, eller årsager hertil.

⁵ KRAM-screening er en systematisk screening, som er en sundhedsmæssig risikovurdering. Den udføres for at styrke forebyggelsesindsatsen gennem tidlig sporing samt registrering af et individs risikofaktorer. Der er fokus på KRAM-faktorerne, som vedrører kost, rygning, alkohol og motion. (Region Nordjylland, 2014)

Urininkontinens er en tilstand, der som tidligere analyseret, ikke er i et folkesundhedsmæssigt fokus i forhold til andre tilstande, hvorfor det er særlig interessant, at kigge på denne individrettet, vægtreducerende indsats til urininkontinente kvinder. Ved at foretage en evaluering af indsatsens mulige effekter, vil der kunne videreudvikles på denne, samt forandre og målrette tiltag, så overvægtige, urininkontinente kvinders livsverden forhåbentlig forbedres.

2.7.2 Beskrivelse af forløbet

Forløbet af den vægtreducerende indsats ved Sund Info foregår ved, at kvinderne bliver henvist fra egen praktiserende læge til enten Gynækologisk- eller Urologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital. Det første møde foregår hos en inkontinenssygeplejerske, som laver en omfattende forundersøgelse af patienterne, hvor de blandt andet bliver KRAM-screenet. Herefter bliver patienterne vejledt i at tage ansvar for eget helbred, hvor der blandt andet er fokus på væske- og vandladningsskema, ICIQ-UI SF skema⁶, rygestop, vægttab, motion og bækkenbundsøvelser. Patienterne får altså en række områder og tiltag, som de skal udfylde eller udføre, inden der skal tages stilling til, om patienterne skal opereres for deres inkontinens. (Søndergaard, 2015) Her kan patienter møde problemstillinger, som de ikke ved, at de lider af, eller på anden måde få en følelse af, at blive stigmatiserede i henhold til det tidligere analyserede. Inkontinenssygeplejersken kan henvise patienterne til kostvejledning ved Sund Info, da denne henvisningsopgave er uddelegeret fra lægen, og Sund Info får med denne henvisning information omkring, hvad det præcise mål med henvisning er. For at blive henvist til Sund Info skal patienterne opfylde kriterierne til den vægtreducerende indsats omhandlende BMI ≥ 25 , som er svarende til overvægtig, og/eller have et forhøjet taljemål⁷. (Søndergaard, 2015) Patienterne kan ikke henvises, hvis de har et BMI ca. > 40 , hvilket begrundes i, at et BMI ≥ 40 kan skyldes andre elementer såsom spiseforstyrrelser eller andre psykiske lidelser, som ikke alene kan afværges ved hjælp af den vægtreducerende indsats (Søndergaard, 2015).

Kostvejledningen tager udgangspunkt i en livsstilsændring og i *Motivationssamtalen*, som er en rådgivningsteknik til at øge menneskers indre motivation til at opnå en ændring – her en livsstilsændring (Søndergaard, 2015). Denne teknik bygger på et samarbejde mellem patienten og vejlederen, med udgangspunkt i patientens autonomi (Miller & Rollnick, 2004). Desuden tager kostvejledningen udgangspunkt i de officielle kostråd (Fødevarestyrelsen, 2013; Søndergaard, 2015).

⁶ ICIQ-UI SF står for International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire – Urinary Incontinence – Short Form og er et selvrapporteret spørgeskema til voksne mænd og kvinder, der afdækker hyppighed af urininkontinens, mængde af lækage, grad af påvirkning af dagligdagsliv (VAS) og typen af urininkontinens (Bristol Urological Institute, 2014).

⁷ Et normalt taljemål anbefales at være ≤ 80 cm for kvinder. Hvis taljemålet hos kvinder er > 88 cm, er der en øget sygdomsrisiko til stede. (Astrup et al., 2011)

Den motiverende samtale bearbejdes yderligere senere i projektet, jf. Kapitel 6. Hertil kan der stilles spørgsmål ved, om det er den rette metode til denne målgruppe, og om denne teknik kan ramme alle i målgruppen, samt om principperne i metoden er fulgt i den vægtreducerende indsats.

Patienterne bliver løbende henvist til interventionen. De individuelle forløb forløber over ca. 6 måneder med 5-7 samtaler med en klinisk diætist, hvorefter kvinderne tilbydes at komme til vejning på onsdage, hvor de kan komme uden forudgående aftale. Ved det første besøg hos den kliniske diætist afklares patienternes behov for vægttab og vejledning, forventninger og motivation. Patienten får information omkring forløbet, og der foretages de første målinger, baseline-målinger, på en bioimpedansmåler, som kan måle kroppens sammensætning af fedt, muskler og væske. Kvinderne får blandt andet målt vægt, BMI og fedtprocent (fedt%). Disse målinger benyttes til at kunne følge patienternes udvikling af vægt og for at kunne motivere patienterne. Forud for det første møde laver patienterne en fire dages kostregistrering, hvor de nedskriver alt, hvad de spiser og drikker over fire dage, hvoraf den ene dag skal være en weekenddag. (Region Nordjylland, 2014; Søndergaard, 2015) Denne kostregistrering kan eventuelt give nogle usikre rapporteringer, da kvinderne ved registreringen kan vælge at skrive noget andet end det, som de har spist og drukket, eller de kan muligvis vælge at spise og drikke sundere i den firedages periode, hvor registreringen foregår. Kostregistreringen kan derfor siges, at kunne have nogle utilsigtede konsekvenser i forhold til, at kvinderne kan over- eller underrapportere, hvilket videre kan influere på den videre vejledning, da diætisten således ikke har det reelle billede af, hvordan kosten er hos den enkelte kvinde. (Andersen et al., 2002) Ved det første møde gennemgås denne kostregistrering, og der fokuseres på potentielle kostændringer, hvor der opsættes mål for, hvilke ændringer patienterne vil foretage. Der udarbejdes eventuelt dagskostforslag, udleveres pjecer/materialer, som er tilpasset den enkelte, og der fokuseres på patienternes motionsvaner. Patienterne kan låne en skridttæller til at afdække eksisterende vaner og for at motivere til bevægelse. Mange kvinderne har som tidligere analyseret fysiske problemer, grundet inkontinens (Sundhedsstyrelsen, 2009a), men kan også have fysiske problemer grundet overvægt. Dette kan begrænse dem i, hvad de har mulighed for at gøre fysisk, hvorfor denne skridttæller måske ikke vil være så motiverende for nogen kvinder. De næste samtaler er opfølgende samtaler, hvor der foretages bioimpedansmålinger, så der hele tiden følges en udvikling af patienternes vægt, kropssammensætning og fedtmasse. Ved samtalerne afdækkes eventuelle barrierer mod at opnå de ønskede mål og for derved at lave realistiske ændringer. Der udleveres ligeledes skriftligt materiale til inspiration. Ved den sidste samtale arbejdes der med en vægtvedligeholdelses-strategi, som den kliniske diætist gør meget ud af. Hvornår patienterne afsluttes i forløbet er individuelt, og hvis der ikke sker nogle ændringer i målingerne, overvejes der, om det er det rigtige for patienterne at deltage i. Efter forløbet er afsluttet tilbydes patienterne en gang ugentligt at komme og blive vejet i Sund Infos informationscenter ved den kliniske diætist. (Region Nordjylland,

2014; Søndergaard, 2015) Mens patienterne deltager i denne vægtreducerende indsats kan de sideløbende få anden behandling af deres urininkontinens på den afdeling, som de er tilknyttet (Søndergaard, 2015).

For at kunne videreudvikle og forandre den vægtreducerende indsats og forandre denne problematik generelt, er det essentielt først at lave en evaluering af indsatsen, for dermed at kunne belyse og vurdere den, med henblik på at udarbejde anbefalinger til Sund Info omkring forandringer af elementer ved indsatsen, for dermed at kunne optimere effekterne for målgruppen.

2.8 Vigtigheden af evaluering, videreudvikling og forandring

Som før nævnt er det af stor betydning, at sundhedsfremmende og forebyggende indsatser bliver evalueret, for dermed at kunne videreudvikle og forandre de gældende indsatser samt give forslag og afsæt til kommende indsatser og tiltag. Dette er også hensigten i nærværende speciale.

Evaluering omhandler en række elementer af aktiviteter, som alle har til hensigt at søge at vurdere en indsats ved systematisk at indsamle og analysere data for dermed at kunne træffe velunderbyggede beslutninger for eksempelvis at videreudvikle og forandre (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014). Mange sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i både kommuner, regioner og private organisationer er ofte ikke evalueret, hvilket gør det svært at lære af tidligere erfaringer, og dermed kunne sammenligne indsatser og udvikle mere målrettede og succesfulde indsatser ved at bruge viden fra tidligere indsatser. Dette er heller ikke udført på den vægtreducerende indsats i Sund Info. Det er derfor et problem, at sådanne indsatser ikke bliver evalueret, hvorfor det er et vigtigt element i arbejdet med folkesundheden. (Sundhedsstyrelsen, 2007) Desuden er det vigtigt, at beslutninger i sundhedsvæsenet bygger på et veldokumenteret grundlag, således at en evaluering kan danne grundlag for en veldokumenteret beslutning om udvikling eller videreudvikling.

Den vægtreducerende indsats målrettet urininkontinente kvinder foregår, som tidligere omtalt, på Aalborg Universitetshospital, som hører ind under Region Nordjylland. Regionerne i Danmark har ansvaret for at sikre borgernes sundhedsydelser, og herunder har regionerne ansvaret for en del af den patientrettede forebyggelse for patienter i behandlingsforløb. (Vallgård & Krasnik, 2010) Da Region Nordjylland har dette ansvar, har de også et medansvar for at undersøge effekten af den pågældende indsats, og derfor er det afgørende at evaluere denne indsats. Hertil er det vigtigt at fokusere på, at evaluering ikke er nok i sig selv, da viden fra en sådan evaluering skal benyttes i praksis. Hertil er det relevant at kigge på effekter af indsatsen, tilsigtede samt utilsigtede konsekvenser (Sundhedsstyrelsen, 2007), og patienternes perspektiver for dermed at kunne forandre og videreudvikle den pågældende indsats, for dermed at kunne forandre for denne målgruppe af kvinder.

3. Problemformulering

I hvilken grad har den vægtreducerende indsats fra Sund Info effekt på vægt, urininkontinens og livskvalitet hos overvægtige urininkontinente kvinder?

Eksisterer der sociale forhold, som påvirker effekter på vægt og urininkontinens?

Hvordan kan dette tiltag, på baggrund af evaluering og evidens på området, videreudvikles og forandres, og hvorledes udvikles tilbud til overvægtige, urininkontinente kvinder?

4. Videnskabsteoretisk tilgang

Dette kapitel omhandler den videnskabsteoretiske tilgang, som der arbejdes ud fra igennem nærværende speciale. Det overordnede design på specialet er metodetriangulering, som er en blanding af forskellige metoder, hvoraf der er fokus på den samme problemformulering (Brinkmann & Tanggaard 2010; Launsø, Olsen & Rieper, 2011), og specialet vil indeholde både empiriske og teoretiske elementer. Med en antagelse om, at forskellige metoder kan benyttes for at indfange samme forskningsgenstand, hvoraf en fælles beskrivelse af en samlet virkelighed kan skabes, benyttes metodetriangulering. Der foretages desuden denne tilgang, for at kompensere for svagheder og/eller mangler forbundet med de enkelte metoder.

Der arbejdes således med forskellige metoder, kvantitative og kvalitative, og der arbejdes under forskellige områder. Der arbejdes under områderne; naturvidenskaben, samfundsvidenskaben og humanvidenskaben, da dette speciale har flere forskellige mål, og der arbejdes således på tværs af de tre felter. Dette gøres blandt andet med den baggrund, at videnskabelige undersøgelser ofte involverer flere metoder (Petersen & De Muckadell, 2014). Der arbejdes under forskellige paradigmer og forskningstyper, og det er nødvendigt med et kendskab til disse for at kende til sammenhængen og konsekvenserne af forskningens metoder, paradigmer og typer (Launsø, Olsen & Rieper, 2011).

Der arbejdes i specialet under *det forklarende paradigme* og *det fortolkende paradigme*. Det forklarende paradigme udspringer sig af naturvidenskaben, og det fortolkende paradigme udspringer af den humanvidenskabelige tradition. Det fortolkende paradigme ligger også til grund for den samfundsvidenskabelige tradition. Det forklarende paradigme har fokus på det objektiverende, værdineutrale, testning, lovmæssigheder og empirisk iagttagelse, hvor der er fokus på årsagsforklaringer, og således benyttes denne paradigmatisk tilgang. Det fortolkende paradigme, som inkluderer human- og samfundsvidenskab, bygger på intentionelle forklaringer, der bygger på meningstilskrivning. Inden for dette paradigme medvirker metoder og data til at skabe en forståelse af menneskers handlinger ved at have fokus på menneskers egne beskrivelser af sig selv, deres handlinger og erfaringer. Mennesker bliver således i dette paradigme den primære datakilde. (Launsø, Olsen & Rieper, 2011; Petersen & De Muckadell, 2014)

Under det videnskabsteoretiske niveau befinder der sig forskellige forskningstyper, hvor der inden for hver forskningstype eksisterer store forskelle (Launsø, Olsen & Rieper, 2011; Petersen & De Muckadell, 2014). Alt efter hvilken forskningstype der er tale om, afhænger af specialets problemformulering (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). Der arbejdes under den beskrivende forskningstype i specialet for at kunne beskrive, hvilken effekt den vægtreducerende indsats har på patienternes vægt og urininkontinens. Til dette indhentes blandt andet journaloplysninger, som benyttes til kvantitativ

analyse. For at kunne forstå patienternes oplevelse af den vægtreducerende indsats samt deres livskvalitet, omhandlende deres vægt og inkontinens, arbejdes der ud fra den forstående forskningstype, hvor der ønskes at forstå og forklare de processer og kontekster, som kan have indflydelse på dette. Desuden arbejdes der også med den handlingsrettede forskningstype, da der i specialet videreudvikles og forandres en indsats til overvægtige, urininkontinente kvinder. Der forudsættes et kendskab til genstandsfeltet gennem de andre forskningstyper, som der arbejdes under, for at kunne arbejde under den handlingsrettede forskningstype. (Launsø, Olsen & Rieper, 2011; Petersen & De Muckadell, 2014)

Der arbejdes således i dette speciale under forskellige videnskabsområder, paradigmer samt forskningstyper.

5. Metode

Dette kapitel fokuserer på at redegøre og begrunde for de valg af metodiske tilgange, som anvendes i bearbejdningen af specialets problemformulering. Som tidligere nævnt foretages der i dette speciale metodetriangulering, som er en blanding af forskellige metoder, hvoraf der er fokus på den samme problemformulering (Brinkmann & Tanggaard 2010; Launsø, Olsen & Rieper, 2011). Kapitlet søger at redegøre for fremgangsmåden i specialet, som vil være opbygget kronologisk, således at de forskellige metodiske overvejelser og tilgange, der udføres først, også står først beskrevet. Gennem kapitlet vil der dermed arbejdes hen imod at data efterhånden indsamles til den videre bearbejdning. De metodiske fremgange vil yderligere blive diskuteret i specialets diskussion af metode.

5.1 Ethiske og juridiske aspekter ved specialet

I specialet indsamles der data fra mennesker, hvorfor der må tages højde for en række etiske problemstillinger og principper relateret dertil. Etik og moral kan bredt defineres som den menneskelige eksistens "børhed", som er forestillingen om, at menneskelivet indebærer nogle moralske fordringer om at handle, tænke, føle og være på de måder, der forlanges. (Launsø, Olsen & Rieper, 2011) En hjælp til sikring af god videnskabsetik i forskningsprojekter er, at en regional videnskabsetisk komité skal ansøges i alle sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter, hvori der indgår forsøgspersoner. Loven om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter foreskriver at:

"Det videnskabsetiske komitéssystem har til formål at sikre, at sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter gennemføres videnskabsetisk forsvarligt. Hensynet til forsøgspersoners rettigheder, sikkerhed og velbefindende går forud for videnskabelige og samfundsmæssige interesser i at skabe mulighed for at tilvejebringe ny viden eller undersøge eksisterende viden, som kan berettige forskningsprojektets gennemførelse" (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2011, Kapitel 1, § 1.).

I dette speciale er Den Videnskabsetiske Komité for Region Nordjylland forespurgt om anmeldelsespligt. Svaret herfra er, at:

"Projektet ikke er omfattet af komitélovens (lov nr.593 af 14/6/2011) definition på et sundhedsvidenskabeligt forskningsprojekt og skal ikke anmeldes til og godkendes af komitéen, jf. komitélovens §14, stk 2, jf. stk. 1" (Videnskabsetisk Komité, 2015).

Dette svar er forventeligt, da denne bedømmelse lægger vægt på forhold, som ikke vurderes som værende forhindringer for denne godkendelse.

Alle forskningsaktiviteter, der behandler og opbevarer personhenførbare oplysninger om borgere og patienter, skal anmeldes til Datatilsynet, hvilket skal sikre, at reglerne i persondataloven overholdes såsom behandling og opbevaring af data, patienternes indsigtsret og oplysningspligt. Det handler om, at beskytte den enkeltes integritet, samtidig med at der gives mulighed for forskning, der er nyttig. (Brinkmann & Tanggaard, 2010; Juul, 2012) Nærværende speciale anmeldes gennem Region Nordjylland paraplyanmeldelse ved Datatilsynet – Sundhedsvidenskabelig forskning i Region Nordjylland, med anmeldelsesnummer 2008-58-0028.

5.2 Litteratursøgning

Indledningsvis foretages der en systematisk litteratursøgning til projektets problemanalyse og derefter en systematisk litteratursøgning til projektets problembearbejdning vedrørende evaluering og videreudvikling af Sund Infos vægtreducerende indsats.

5.2.1 Litteratursøgning til problemanalyse

Til problemanalysen, Kapitel 2, foretages der en indledende bred, usystematisk litteratursøgning for at få et overblik over genstandsfeltet – relevante emner og problemstillinger samt status på forskningen på området. Denne søgning benyttes også for at identificere relevante emneord/søgeord til den systematiske litteratursøgning. Denne søgning er primært baseret på dansk litteratur, da indsatsen foregår i en dansk kontekst. Søgningen foretages som en fritekstsøgning på relevante databaser og hjemmesider. I de situationer, hvor denne fritekstsøgning viser sig relevant, foretages der kædesøgning.

I den systematiske litteratursøgning til problemanalysen udarbejdes en facetsøgning med fokus på overvægt og urininkontinens for at finde litteratur til analyse af problemet. Søgningen foretages i relevante databaser med både naturvidenskabelige og humanistiske tilgange, for at få så bredt et perspektiv på artiklerne som muligt. Artikler der findes på baggrund af denne søgning, skal derfor både understøtte og eventuelt modargumentere andre kilders evidensbaserede argumenter og fund. Søgebilaget til denne systematiske søgning findes i Bilag 1, hvor der udførligt beskrives, hvordan søgningen foretages, hvordan artikler læses kritisk, samt hvilke kvalitetskriterier der stilles op for at artiklerne benyttes i specialet.

5.2.2 Litteratursøgning til problembearbejdning

Til problembearbejdningen foretages ligeledes en systematisk litteratursøgning, hvor formålet er at fremfinde studier, som berører interventioner omkring sammenhængen mellem overvægt og

urininkontinens. Disse studier sammensættes i en matrix for overskuelighed, og for videre bearbejdning til udvikling og forandring af den vægtreducerende indsats og generelt. Den systematiske litteratursøgning til problembearbejdningen er opbygget som en facetsøgning i relevante databaser. Søgningen forefindes i Bilag 2, hvor der udførligt beskrives, hvordan søgningen foretages, hvordan artiklerne læses kritisk, samt hvilke kvalitetskriterier der stilles.

5.3 Dataindsamlingsmetoder

I specialet benyttes, som tidligere nævnt, metodetriangulering, da indsamling af data både består af kvantitative og kvalitative metoder. For at opnå viden om Sund Infos vægtreducerende indsats udføres et faktuel interview som en indledende fase i specialeperioden. I specialets dataindsamlingsperiode er der opfølgning af patienter, hvilket også beskrives i det følgende.

5.3.1 Faktuel interview

Med det formål at opnå gyldig, faktuel viden om den vægtreducerende indsats forud for specialet, samt viden omkring Sund Info, foretages et faktuel interview. Et sådant faktuel interview fokuserer ikke direkte på interviewpersonens egne perspektiver og meninger, men i stedet gyldig og faktuel viden. (Kvale & Brinkmann, 2009) I specialet foretages et sådan faktuel interview med lederen af Sund Info, Lise Søndergaard. Der udarbejdes en række spørgsmål, som der søges svar på, forud for dette interview. Disse ses i interviewguiden i Bilag 3.

5.3.2 Opfølgning af patienter

For at gøre det muligt at besvare problemformuleringen omkring effekter, sammenhæng og videreudvikling af den vægtreducerende indsats, udføres en opfølgning af patienterne, for dermed at måle opfølgende kvantitative data samt forstå målgruppens oplevelser ved en kvalitativ metode. Dette afsnit beskriver disse elementer omhandlende opfølgning af patienterne.

Forud for opfølgningen af patienter foretages pilottest, som er en forundersøgelse for at afprøve de forskellige elementer i opfølgningen. Det er vigtigt at afprøve de forskellige elementer på en repræsentativ gruppe for dermed at kunne afdække eventuelle problemer og eventuelt udvikle de allerede planlagte. (Teijlingen & Hundley, 2001) Der foretages pilottest på en kvinde, som ikke har kendskab til det pågældende projekt, og dette data inkluderes ikke i undersøgelsen. Pilottestningen foretages for at sikre, at metoden for opfølgningen forløber optimalt. Der testes derfor for, hvordan personen bydes velkommen, introducere til hvad der skal ske, samt måling på bioimpedansmål, og

der testes til sidst, om der er nok svarmuligheder i spørgeskemaerne og letforståelige spørgsmål i både spørgeskemaerne samt interviewet.

Kontakt til patienter

Der opnås kontakt til tidligere patienter ved, at alle patienternes oplysninger findes frem fra Sund Infos arkiv. Kvinderne der har deltaget i den vægtreducerende indsats, har givet samtykke til fornyet kontakt, hvorfor alle kvinderne kontaktes telefonisk og informeres om denne opfølgning, herunder formål med projektet, hvad opfølgningen indebærer, og at det er frivilligt og anonymt at deltage. Kvinderne, der vælger at deltage i opfølgningen, har deltaget i den vægtreducerende indsats i perioden januar 2012 – januar 2015. Kvinderne bliver informeret om, at de til enhver tid kan sige fra og træde ud af opfølgningen. Hvis kvinderne takker ja til deltagelse ved den telefoniske kontakt, vil de få tilsendt et brev pr. post, jf. Bilag 4, hvori kvinderne vil få en skriftlig indkaldelse med et mødetidspunkt, der er aftalt pr. telefon, skriftlig information om projektet samt en samtykkeerklæring. Kvinderne får fra start at vide, at det er to specialestuderende, som vil foretage opfølgningen, og det derfor ikke vil foregå ved den kliniske diætist, som de ellers har haft tilknytning til tidligere. De kvinder der ikke opnås kontakt til i første omgang, forsøges kontaktet telefonisk yderligere tre gange. Kvinderne, som takker nej til deltagelse i opfølgningen, spørges om de vil medvirke i et telefoninterview i stedet for, hvor der spørges til nuværende vægt, oplevelse af forløbet, samt oplysninger om urininkontinens. Telefoninterviewguide ses i Bilag 5. Kvinderne, som der ikke opnås kontakt til, og de kvinder som kontaktes men takker nej til deltagelse, ekskluderes af undersøgelsen.

I forbindelse med kontakt til deltagerne opstår der etiske spørgsmål omkring det at sikre fortrolighed, anonymitet og det at tage hensyn til mulige konsekvenser for kvinderne. Der udarbejdes et informeret samtykke med inspiration fra materiale fra Det Videnskabsetiske Komitéssystem (Den Nationale Videnskabsetiske Komité, 2011) Informeret samtykke betyder, at patienterne informeres om projektets formål, at kvinderne deltager frivilligt og fortroligt, og at det er deres ret, når som helst at trække sig fra undersøgelsen. Fortrolighed sikres gennem tavshedspligt, og anonymitet sikres ved, at hver deltager får et id-nummer, så der ikke er nogle personhenførbare oplysninger knyttet til det indsamlede data. (Brinkmann & Tanggaard, 2010; Kvale & Brinkmann, 2009)

Hertil udarbejdes der informationsmateriale, se Bilag 4, så der skabes en forståelse af, hvorfor projektet er vigtigt, og hvad den kan bibringe kvinderne selv (Brinkmann & Tanggaard, 2010; Kvale & Brinkmann, 2009). Materialet, som sendes til kvinderne, udarbejdes så det er letlæseligt og informativt.

Opfølgning af patienter

Der afsættes 30 minutter til hver kvinde, som deltager i opfølgningen. Der er i disse 30 minutter dog plads til, at opfølgningen kan have en længere varighed. Kvinderne bliver forud for opfølgningen informeret om, hvad denne går ud på, og dette gentages igen til selve opfølgningen. Der spørges ind til, om der er eventuelle spørgsmål, og samtykkeerklæringen underskrives af begge parter. Selve opfølgningen består af tre dele - måling på en bioimpedansmåler, udfyldning af to spørgeskemaer og et interview. Hver enkelt deltager tilknyttes én af de to specialestuderende, således at hver kvinde kun har kontakt med en, frem for begge. Når kvinderne henvender sig til Sund Info, mødes de af en af de to specialestuderende, hvorefter opfølgningen foretages.

Bioimpedansmåling

Effekten på vægt, BMI og fedt% måles for kvinderne. Hertil anvendes en bioimpedansmåler. Denne vægt har deltagerne stiftet bekendtskab med tidligere i samtalerne med den kliniske diætist. Den samme metode foretages ved opfølgningen, så det er sammenlignelige resultater.

Til opfølgningen bedes patienten tage sko, strømper og overtøj af, for at kunne blive målt på bioimpedansmåleren. Bioimpedansmålingen er en komplet måling af kropssammensætning, som undersøger kroppens sammensætning og fordeling af fedt, væske og muskler. Bioimpedansmålingen er en lavfrekvent bioelektrisk analyse, hvor en lille vekslende strøm passerer mellem to elektroder. Denne strøm passerer hurtigere gennem fedtfri kropsvæv, og vil passere langsommere jo mere fedt, der er i kroppen. Når strømmen løber gennem kropsvæsken, kan instrumenter opfange kropsvæskens impedans. Denne impedans beregnes via Ohms Lov ($R=V/I$), hvor R er modstand, V er volumen, og I er strømmen. Forholdet mellem disse variable kan kvantificere mængden af vand i kroppen, og ud fra dette kan der blandt andet beregnes fedt% og fedtfri kropsmasse⁸. (McArdle, Katch & Katch, 2008)

Sund Infos bioimpedansmåler er en Tanita Body Composition Analyzer BC-418MA. Det er ikke muligt at måle deltagere med pacemaker, hvorfor der spørges til dette, inden deltageren bliver målt i tilfælde af, at de skulle have fået en sådan implanteret siden sidste måling. Når kvinderne har taget sko, strømper og overtøj af, indtaster den studerende først 1,0 kg fra i tøj. Herefter indtastes der på bioimpedansmåleren køn og kropstype. 'Standard kropstype' indtastes, med mindre deltageren træner mere end ti timers elite/konkurrence idræt ugentligt, i så fald vælges 'Athletic'. Der spørges herefter ind til kvindens alders, som indtastes. Fra kvindernes journaler findes deltagernes højde, så det er den samme højde, som benyttes ved begge målinger. Måleren skriver herefter 'step up', og deltageren bliver

⁸ Derudover er resterende lipidfrie kemikalier og væv - herunder vand, muskler, knogler, bindevæv og indre organer (McArdle, Katch & Katch, 2008).

bedt om at stille sig på vægten. Måleren skriver herefter 'stabilized', og deltageren vil blive bedt om at tage målerens håndgreb i hver hånd og holde armene ned langs siden, indtil målingen færdiggøres. Herefter udskrives data om kropssammensætningen fra vægten, hvoraf der tages en kopi til dataindsamling af den udskrevne strip. Kvinderne tilbydes en gennemgang af deres data fra kropssammensætningsmålingen, og de får tilbudt at tage sedlen med sig hjem. Efter hver måling afsprittes elektroderne.

Spørgeskemaer

Efter måling på bioimpedansmåleren bedes kvinderne om at udfylde to spørgeskemaer. De er velkomne til at spørge den studerende, hvis de har nogle spørgsmål til udfyldelsen. Det første er et skema med grundlæggende information omkring deltagernes sociale forhold, se Bilag 6. Dette skema, er et spørgeskema udarbejdet af de studerende selv. Det er inspireret af spørgsmålene fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013 (Sundhedsstyrelsen, 2014). Skemaet benyttes for at vurdere, om sociale forhold har indflydelse på resultatet af indsatsen. Denne viden forventes at kunne medvirke til at videreudvikle indsatsen, således at den eventuelt rammer mere målrettet. Skemaet består af syv spørgsmål omhandlende ægteskabelig status, antal børn under 15 i husstanden, uddannelse, erhvervsmæssig stilling samt boligstatus. Det andet skema, Bilag 6, er et livskvalitetsskema omhandlende urininkontinens kaldet ICIQ-UI SF, International Consultation on Incontinence Questionnaire - Urinary Incontinence – Short form. Dette er et kort og specifikt urinlækage spørgeskema, der omhandler hyppighed af inkontinens, mængde af lækage samt grad af påvirkning af dagligt liv. Ud fra dette skema omkring inkontinens beregnes der en score. Jo højere scoren er, jo større er kvindens individuelle inkontinens problem. Deltagerne får udleveret ICIQ-UI SF, da dette også er udleveret til kvinderne tidligere under den primære behandling, hvorfor der vil kunne foretages en sammenligning mellem baseline- og opfølgningsskemaerne.

Interview

Efter kvinderne har udfyldt de to spørgeskemaer, foretages et interview for at forstå kvindernes livsverden omkring overvægt og inkontinens fra deres egne perspektiver. Formålet med interviewet er således, at undersøge patienternes oplevelse af Sund Infos vægtreducerende indsats, samt om de oplever en ændring af deres livskvalitet. Der undersøges et indblik i kvindernes livsverden omkring overvægt og forbindelsen til urininkontinens, med henblik på fortolkning. Der foretages et semistruktureret interview med en tilhørende interviewguide, Bilag 7. Det semistrukturerede interview er en kvalitativ metode, som er en blanding af det strukturerede og det løse interview. Der udarbejdes

en interviewguide, der fokuserer på to bestemte temaer, den vægtreducerende indsats og livskvalitet. Der udarbejdes en interviewguide, som præges af åbenhed i forhold til rækkefølge og formuleringer af spørgsmål. Til denne guide udarbejdes tre spørgsmål til det første tema, den vægtreducerende indsats, og et til det andet tema, livskvalitet. Hertil kan der stilles flere indledende, opfølgende, specificerende, direkte og sonderende spørgsmål. (Brinkmann & Tanggaard 2010; Kvale & Brinkmann, 2009)

Kvinderne interviewes i Sund Infos lokaler på Aalborg Universitetshospital. Før start på interviewet spørges kvinderne om samtalen må optages, og der fortælles endnu engang, at samtalen bliver anonymiseret. Som udgangspunkt planlægges der interview med alle kvinderne, da der på forhånd ikke vides, hvornår der opnås et mætningspunkt, hvor yderligere interviews ikke tilføjer noget nyt.

Efterfølgende transskriberes de optagede interviews verbatim. Transskribering vil sige at transformere – skifte fra en form til en anden, hvor det her går fra talesprog til skriftsprog (Kvale & Brinkmann, 2009). Interviewene transskriberes for at gøre det muligt at analysere data. Specialegruppen transskriberer interviewene. Forinden er der fastsat et regelsæt i form af en manual for, hvordan der skal transskriberes i forhold til de mange dimensioner, for eksempel hvordan pauser og følelsesudtryk transskriberes.

Journaler

Der indhentes retrospektive data ved journaloplysninger, som forefindes på Aalborg Universitetshospital. Disse patientdata består af papirjournaler samt journaler lagt i Onbase⁹. Derudover hentes desuden data fra diætistjournalerne fra Sund Info. Data fra patientjournaler indtastes derefter sammen med egne indsamlede data, så alt data ligger samlet i en fil, hvor der ikke forefindes data, som er personhenførbart. Indtastning af data finder sted i tidsrummet 27. marts til 18. april 2015.

Indtastning af data

Data indtastes via programmet EpiData version 3.1, hvorefter filen kan eksporteres videre til statistikprogrammet SPSS 22.0 for at udføre kvantitative beregninger. Patientdata, der skal indtastes, vedrører data fra patienternes journaler, diætistjournaler og de to spørgeskemaer, som patienterne udfylder.

EpiData er et program, som benyttes som et dataindtastningsværktøj til kvantitative data. Programmet kan medvirke til at kvalitetssikre indtastninger, hvorfor dette benyttes til indtastningerne. (Lauritsen,

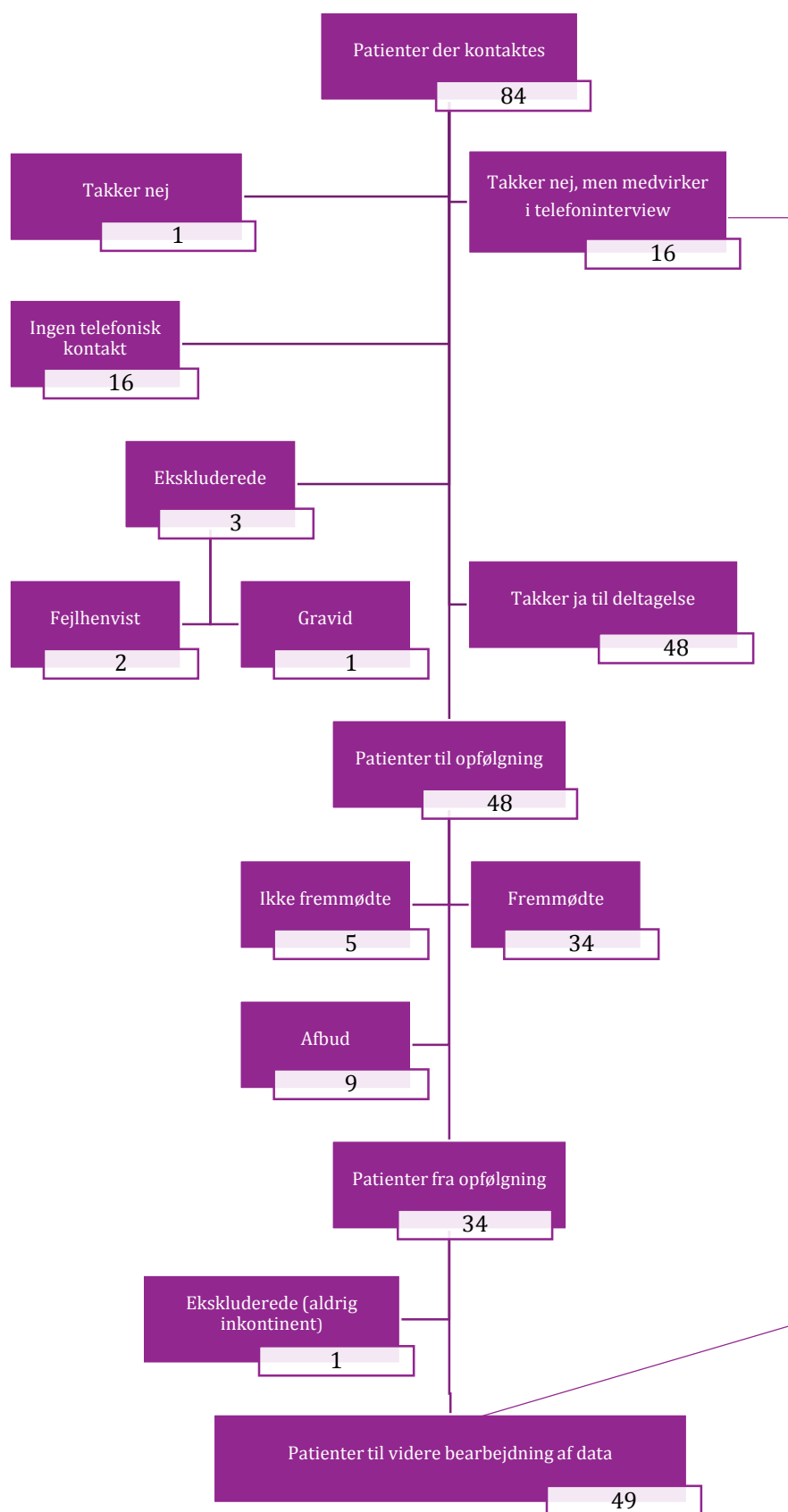
⁹ Onbase Journal Adgang er et program, hvori der findes scannede journaler m.m.

2000) Forud for indtastning af data oprettes en fil i EpiData, hvor der besluttet, hvordan de forskellige oplysninger skal kodes som variabler, og variablerne navngives. Dertil oprettes en kodebog, som blandt andet viser datatypen. Data er anonymt, og må ikke være personhenførbart, hvorfor hver deltager får et id-nummer. For sikring af korrekt indtastet data, indtastes data fra alle id-numrene af begge specialets forfattere. Herefter sammenlignes disse to filer ved hjælp af programmet, og eventuelle forskelle undersøges og indtastes derefter korrekt. Herefter eksporteres filen videre til kvantitativ dataanalyse.

5.4 Deltagerproces

I dette afsnit belyses processen for dataindsamling i forbindelse med opfølgning af patienter. På Figur 2 ses et flowdiagram over processen for dataindsamling vedrørende patienterne fra start til slut. Figuren er udarbejdet kronologisk, så der øverst startes med alle de patienter, som er kontaktet telefonisk omkring deltagelse i projektet. Nederst på figuren er det endelige antal patienter, som der arbejdes med videre i databehandlingen. Figuren er derudover opbygget således, at alle de ekskluderede patienter, står i venstre side af figuren, og dem som fortsætter i undersøgelsen er placeret til højre. Derved dannes et overblik, for at skabe overskuelighed over, hvor mange patienter som fortsætter og ikke fortsætter i projektet.

Der startes med at kontakte i alt 84 patienter for at informere om opfølgningen, og spørge om de kunne have lyst til at deltage. En takker nej til deltagelse i opfølgningen, og ekskluderes derfor. Yderligere er der 16 kvinder, som der ikke opnås telefonisk kontakt til, og to patienter som er fejlhenviste samt en gravid kvinde, som ikke vurderes egnet til denne undersøgelse, og derfor ekskluderes. Der er nogle kvinder, som ikke har tid og overskud til at komme ind til Sund Info, hvorfor disse tilbydes et telefoninterview. Der foretages 16 telefoninterviews, som benyttes videre i den samlede databearbejdning. Der opnås samlet 48 kvinder, som siger ja til at komme ind til Sund Info til opfølgning ved de to studerende. Af disse 48 kvinder melder ni kvinder afbud, og fem møder ikke op til den aftalte tid. Der foretages altså opfølgning på 34 kvinder. Af disse 34 kvinder ekskluderes en, da den pågældende kvinde aldrig har haft urininkontinens. Af opfølgningen fås derfor data på i alt 33 kvinder og yderligere telefoninterviews på 16 kvinder. Der endes derfor ud med 49 kvinder til videre bearbejdning af data.



Figur 2: Flowdiagram over deltagerprocessen - fra start til slut.

5.5 Dataanalyse

I dette afsnit beskrives, hvordan det indsamlede data fra egen dataindsamling og journalindhentning analyseres. Det er vigtigt at have sin analysemetode klar før igangsættelsen af dataindsamlingen, hvorfor dette vurderes inden opstart.

5.5.1 Analyse af interviews

De transskriberede patientinterviews analyseres for at undersøge, hvordan deltagerne har oplevet den vægtreducerende indsats på elementerne omkring individuelle oplevelser af forløbet, oplevelsen af at blive vejlet og det tidsrum, der aftales med den kliniske diætist i kostvejledningen. Desuden undersøges deltagerens livskvalitet omkring sociale og fysiske parametre, samt deres egen grund til at deltage i forløbet. For analyse af data benyttes professor Margarete Sandelowskis forskning omkring analyse. Sandelowski mener, at analyse af kvalitativ data består af to dele. Den første del består i at udarbejde korte resuméer for at opnå indsigt og overblik over det indsamlede datamateriale. Derudover giver disse resuméer en fornemmelse af specifikke detaljer og nuancer fra interviewene. (Sandelowski, 1995) I den anden del af analysen går der mere systematisk til værks, hvor Sandelowski nævner tre fremgangsmåder:

- Udpakning af kendsgerningerne
- Handlingsforløb, emner og indhold
- Reduktion af datarammer (Sandelowski, 1995)

Dog giver Sandelowski ikke en ideel måde at gå til data på, men kommer i stedet med flere forskellige muligheder. I dette speciale fokuseres der på emner og indhold i interviewene. Dette gøres ved, at der i interviewguiden til interviewene er lavet en spørgeramme ud fra to essentielle temaer; den vægtreducerende indsats og livskvalitet. Ud fra disse temaer kodes interviewene. I denne kodningsproces identificeres og navngives afgrænsede udsagn. I første omgang foretages simpel kodning, hvor der oprettes en ny kode hvor hver gang, der stødes på et meningsgivende udsagn i forhold til specialets problemstilling. Til hver af disse koder oprettes en kodebeskrivelse, som derved giver et overblik over, hvilke temaer der kommer i spil. Denne første kodningsgennemlæsning giver et antal koder. Dette kodetræ kan efterfølgende samles i nogle fælles temaer, således at der kan opstå flere temaer end dem, der i første omgang er opstillet – dette kodetræ ses på Bilag 8. Derefter vælges det om temaerne er relevante i forhold til problemstillingen. Temaerne belyses i den videre bearbejdning med citater og eventuelle uddrag fra interviewene. (Sandelowski, 1995)

5.5.2 Kvantitativ analyse

Der udarbejdes kvantitative beregninger, for at anskueliggøre mulige effekter af den vægtreducerende indsats på effekter vedrørende vægt, fedt%, BMI og urininkontinens. Til dette benyttes det indsamlede data fra journaler, spørgeskemaer og bioimpedansmålinger, som samles i en Epidatafil. Denne fil eksporteres til SPSS 22.0 for videre analyse. SPSS 22.0 er et statistikprogram, som benyttes til at kunne analysere de indsamlede og indhentede data ved at foretage eksempelvis deskriptiv statistik og tests af hypoteser. De kvantitative analyser findes i Bilag 9.

I behandling af data rekodes nye variabler og eksisterende variabler dikotomiseres. Der laves en ny variabel for om deltagerne har fået foretaget opfølgning i Sund Infos lokaler, eller om de har fået foretaget telefoninterview (OPFOELG). Dette er for at undersøge, om der er forskel mellem de to grupper i vægt, da de to grupper videre vil undersøges hver for sig, hvis ikke de findes signifikant forskellige. Der udarbejdes nye variabler for vægt, BMI og fedt%, som kaldes 4, 5 og 6. Disse variabler er udtryk for ændring i vægt, BMI eller fedt%, således at:

- $Vaegt4 = VAEGT2 - VAEGT1$, ændring i vægt fra baseline til afslutning ved kostvejledning
- $Vaegt5 = VAEGT3 - VAEGT2$, ændring i vægt fra afslutning ved kostvejledning til opfølgning
- $Vaegt6 = VAEGT3 - VAEGT1$, ændring i vægt fra baseline til opfølgning

Dette gøres ligeledes for BMI og fedt%. For inkontinens udarbejdes en ny variabel for ændring i inkontinens fra baseline til opfølgning:

- $Dryp6 = DRYP3 - DRYP1$

Der udarbejdes en ny variabel med dikotomt udfald, for opdeling af kvinderne for hvem der har fået foretaget operation, og hvem der ikke har. Den nye variabel (OPERATION) kodes, så operation får værdien 1, og ikke-operation får værdien 0.

Alder rekodes efterfølgende ind i aldersgrupper via den nye variabel (ALDERGR) i intervaller af ni år startende med aldersgruppen 20-29 år.

Yderligere rekodes variablerne $Vaegt6$ og $Dryp6$ til dikotome variabler, $Vaegt_dik$ og $Dryp_dik$, for senere hen at kunne se, om der er forskelle i sociale forhold for henholdsvis vægttab (værdi = 1) kontra ikke vægttab (værdi = 0). Det samme gælder for reduktion i inkontinens (værdi = 1) og ingen reduktion i inkontinens (værdi = 0).

Der kodes en variabel for om kvinderne var i arbejde eller ej (ARB_dik), hvor kvinderne der er i arbejde får værdien 1, og kvinderne som ikke er i arbejde får værdien 0.

Der udarbejdes dernæst deskriptiv statistik, hvor der udarbejdes gennemsnit, standardafvigelse, minimum og maksimum for de ikke dikotome variabler og efterfølgende frekvens- og krydstabeller for de dikotome variabler.

Der udarbejdes en t-test for at undersøge, om der er forskel mellem opfølgning og telefoninterview grupperne i variablerne vægt, BMI og fedt%. Dernæst udarbejdes en række t-tests for vægt, BMI og fedt%, eksempelvis for Vægt4, Vægt5 og Vægt6, og tilsvarende for BMI og fedt%. Der udarbejdes også en t-test for at undersøge ændring i inkontinens fra baseline til opfølgning via variabelen Dryp6.

Der foretages t-test for at undersøge forskellen i, om kvinderne er afsluttet ved kostvejledningen før eller til tiden i forhold til vægttab. Dette gøres ligeledes for, om kvinderne har været til opfølgning eller til telefoninterview.

Der udarbejdes χ^2 -test og ANOVA for at undersøge, om sociale forhold betyder noget for vægt (Vægt_dik) og inkontinens (Dryp_dik). De sociale forhold som undersøges, er om kvinderne er i et fast forhold eller ej (FASTFORH), hvilken form for bolig kvinderne bor i (BOLIGFORH), om kvinderne bor til leje eller ejer (BOLIGTYP), og hvilket uddannelsesniveau kvinderne har (UDDANNEL).

Der udarbejdes t-tests for at undersøge, om der forskelle mellem kvinder, som er opereret (værdi = 1) kontra ikke er opereret (værdi = 0), i forhold til ændring i vægt og inkontinens fra baseline til opfølgning.

Lineær regressionsanalyse udarbejdes for at undersøge, om der er en sammenhæng mellem ændring i vægt (Vægt6), BMI (BMI6) og fedt% (FEDT6), i forhold til ændring i inkontinens (Dryp6). Disse analyser indeholder konstanter, hældningskoefficienter, p-værdier og 95% konfidensintervaller. Der udarbejdes hertil scatterplots.

Lineær regressionsanalyse udarbejdes yderligere for henholdsvis inkontinenstyperne, stress- (TYPE1) og blandingsinkontinens (TYPE3) over for variablerne vægt (Vægt6), BMI (BMI6) og fedt% (FEDT6). Dette foretages for at se, om der er forskelle alt efter, hvilken type inkontinens kvinderne har. Analyserne indeholder konstanter, hældningskoefficienter, p-værdier og 95% konfidensintervaller. Der udarbejdes hertil scatterplots.

Til sidst udarbejdes lineær regressionsanalyser for at justere for eventuelle confoundere, i forhold til ændring i vægt og ændring i inkontinens. Variablerne som justeres for er: aldersgrupper (ALDERGR), boligformen kvinderne bor i (BOLIGFOR), om kvinderne bor til leje eller ejer (BOLIGTYP), om kvinderne er i fast forhold eller ej (FASTFORH), om kvinderne har født (FOEDSLER), om kvinderne har fået fortaget kejsersnit (KEJSERSN), kvindernes uddannelseslængde (UDDANNEL), om kvinderne er i arbejde eller ej (ARB_dik), og til sidst om kvinderne har gennemført kostvejledningen eller ej (AFSLUTTE).

6. Teori

Dette kapitel har til formål at danne en forståelsesramme for bearbejdning af specialets problemfelt ved at skabe en forståelse for, hvordan den vægtreducerende indsats fra Sund Info kan videreudvikles og forandres. Til dette formål belyses der i dette kapitel tilgangen, den motiverende samtale, som benyttes i kostvejledningen hos Sund Info, og der vil være forskellige synspunkter på denne metode, som belyses gennem et fokus på magt og frihed. Dette anskues gennem Foucaults teorier om magt samt kultursociologen Lisa Dahlagers syn på dette aspekt. Kapitlet anvendes ikke for at belyse en større teoretisk sammenhæng, men med det formål at kunne skabe en forståelse, for derigennem at kunne videreudvikle og forandre indsatsen fra Sund Info.

6.1 Den motiverende samtale

Den motiverende samtale er en individrettet form for rådgivning, som oprindeligt blev udviklet af de to amerikanske psykologer William R. Miller og Stephen Rollnick i 1980'erne. Formålet med motivationssamtalen er, at fremme adfærdsmæssige ændringer ved at stimulere individer/patienter/klienter/borgere/deltagere til selv at definere og forstå deres ambivalens¹⁰ mellem ønsket om at være sund og den faktiske adfærd, sådan at vedkommende ændrer adfærd i en sund retning. Motivationssamtalen har således til hensigt, at løse motivationsproblemer, som begrænser positive adfærdsendringer, der fastholder dem i en ond cirkel. Motivationssamtalen er ikke et sæt teknikker, men mere en klinisk metode, som tager udgangspunkt i en klientbaseret tilgang. Der er tre centrale elementer i den motiverende samtale – samarbejde, fremkaldelse og individets autonomi, samt fire grundprincipper, som udfoldes i det følgende. (Miller & Rollnick, 2004; Miller & Rollnick, 2014; Rollnick, Miller & Butler, 2009)

Elementet *samarbejde* omhandler, at den interaktion, som finder sted mellem rådgiveren/vejlederen og patienten, bygger på et samarbejde og ikke på forskrifter. Rådgiveren skal derfor undgå at virke autoritær, og i stedet for indgå i et partnerskab med patienten, hvor rådgiveren skal støtte og ikke fremtvinge forandringer. (Miller & Rollnick, 2004)

Fremkaldelses-elementet omhandler, at ressourcer og motivation for forandringer findes hos patienten selv. Den indre motivation for forandring skal fremmes ved hjælp af patientens egne mål, værdier samt opfattelser. Det er således ikke rådgiveren, som skal videregive noget, for eksempel viden, men rådgiveren skal være en, som fremkalder, en der finder frem til patientens indre motivation for dermed

¹⁰ Ambivalens – den samtidige tilstedeværelse af modstridende motivationer for og imod forandring (Miller & Rollnick, 2014).

at kunne trække denne ud af patienten. Det er således rådgiverens opgave, at fremkalde patientens egen motivation - og ikke være i en ekspertrolle, hvor det er rådgiveren, som underviser patienten, men patienten som skal formulere og komme med løsninger. Rådgiveren skal derfor være tilbageholdende med at forsøge at overtale patienten i en bestemt adfærdsændring. (Miller & Rollnick, 2004)

Det tredje element er *individets autonomi*, som indebærer, at rådgiveren skal have respekt for patientens autonomi til selv at vælge. Ansvar for forandring er hos patienten, og det er patienten, som kan vælge, om hun vil tage imod vejledning. Det er således rådgiverens formål, at fremme patientens indre motivation, så denne motivation kommer indefra patienten i stedet for, at den er påtvunget af rådgiveren. Det er således ikke rådgiveren, som skal fortælle patienten, hvad pågældende skal gøre og ikke gøre. (Miller & Rollnick, 2004)

Ud over de tre elementer, som betragtes som motivationssamtalens ånd, er der fire overordnede principper, som er grundlag for motivationssamtalen. Disse fire principper, er i modsætning til de tre elementer, mere specifikke. De fire principper er således: 1) udtryk empati, 2) tydeliggør diskrepansen, 3) gå med modstanden og 4) understøt patientens mestringsforventning. (Miller & Rollnick, 2004) Disse fire principper udfoldes i det følgende.

1) Udtryk empati: Dette princip er en af motivationssamtalens fundamentale og karakteristiske egenskaber, som anvendes hele vejen igennem forløbet. Rådgiveren skal lytte reflekterende og respektfuldt for at kunne forstå patientens følelser samt perspektiver uden at dømme og kritisere patienten. Ved at rådgiveren har en holdning af respekt og accept, skabes et fundament, som fremmer patientens selvværd, der videre medvirker til at fremme en forandring. Patients ambivalens accepteres som en normal del af menneskelivet, og patientens situation betragtes som et udtryk for, at patienten er kommet til at 'sidde fast' grundet forståelige psykiske processer. (Miller & Rollnick, 2004)

2) Tydeliggør diskrepansen: Det andet princip omhandler, at det er patienten, ikke rådgiveren, som fremsætter argumenter for forandring – dermed at skabe og forstærke en diskrepans¹¹ fra patientens eget perspektiv, mellem adfærd og patientens væsentlige personlige værdier og mål. Diskrepans omhandler vigtigheden af forandring, og det at tydeliggøre denne, kan benyttes til at bruge den, øge den og styrke denne. Miller og Rollnick beskriver desuden, at folk ofte overbevises nemmere af, hvad de hører sig selv udtrykke, end hvad andre eksempelvis rådgivere og sundhedsprofessionelle fortæller dem. Når motivationssamtalen lykkes, er det derfor patienten, som udtrykker bekymringer, mestringsforventning, årsager til en forandring samt hensigten med forandringerne. (Miller & Rollnick, 2004)

¹¹ Diskrepans – afstanden mellem status quo og et eller flere af klientens forandringsmål (Miller & Rollnick, 2014).

3) *Gå med modstanden*: Ideen med dette princip er, at individer sommetider vil møde modstand, og i motivationssamtalen kæmpes ikke direkte imod den, men i stedet gås der med den. Rådgiveren skal ikke påtvinge patienten mål og synspunkter, men skal i stedet for opfordre patienten til at overveje nye perspektiver. Det er ikke rådgiverens opgave at komme med løsningerne, men sender derimod problemet eller spørgsmålene tilbage til patienten, for dermed aktivt at kunne inddrage patienten i løsningen. (Miller & Rollnick, 2004)

4) *Understøt klientens mestringsforventning*: Det sidste princip i motivationssamtalen omhandler begrebet mestringsforventning, som omhandler, hvor sikker en patient er på sin evne til at kunne gennemføre for eksempel en problematik. Det er således et hovedelement i motivation for forandring, og en indikator for, om indsatsen vil være succesfuld. Hvis en patient ikke ser nogen mulighed for forandring, vil hun ikke gøre en indsats, og indsatsen vil derfor være forgæves. Derfor er troen på forandring et vigtigt element. Derudover kan rådgiverens egne forventninger til patientens forandringer have en væsentlighed på udfaldet af indsatsen. Det er derfor rådgiverens opgave, at gøre patienten mere sikker på egen evne til at kunne komme til de ønskede forandringer, uden at 'ændre' patienten, og frigøre potentialet for forandring hos patienten. (Miller & Rollnick, 2004)

Den motiverende samtale kan således defineres som:

"Den motiverende samtale er en samarbejdsbaseret, målrettet kommunikationsstil med særlig opmærksomhed på forandringsudsagn. Den sigter mod at styrke motivation for og den selvvalgte forpligtelse til et bestemt mål ved at afdække og udforske personens egne grunde til forandring i en atmosfære af accept og medfølelse". (Miller & Rollnick, 2014, s.51-52)

Det er afgørende at forstå metodens overordnede antagelser og principper. Herudover har Miller og Rollnick blandt andet arbejdet med elementer som; opbygning af motivation for forandring, metoder til at fremkalde forandringsudsagn, spørgeteknikker, faldgrubber, og styrkelse af patientens beslutning om forandring. Disse elementer berøres dog ikke videre i dette kapitel.

For at motivationssamtalen skal forløbe efter hensigten, er det således patienten, og ikke rådgiveren, som skal argumentere for forandringer. Det er vigtigt, at rådgiveren har et omfattende kendskab til metoden, og at den tilpasses den enkelte patient. (Miller & Rollnick, 2004; Miller & Rollnick, 2014; Rollnick, Miller & Butler, 2009) Den motiverende samtale er meget udbredt blandt andet blandt sundhedsprofessionelle (Dahlgager, 2009; Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014), og det er som tidligere nævnt også den metode, som benyttes ved den vægtreducerende indsats ved Sund Info. Det er her den kliniske diætist, som indgår som rådgiveren for de overvægtige, urininkontinente kvinder. Selvom det er en meget benyttet metode, er det også en omdiskuteret metode.

6.2 Magt og frihed

Den motiverende samtale er en meget udbredt metode, som benyttes for at forsøge at få mennesker til at leve et sundere liv. Nogle vil sige, at der ligger en form for magt i denne metode, men andre er uenige i dette. (Dahlager, 2009; Mabeck, 2005; Vallgård, Diderichsen, Jørgensen, 2014) Det er desuden diskuteret, om der ligger magtudøvelse i begreberne sundhedsfremme og forebyggelse, som er to begreber, hvor der er stor uenighed omkring definitionerne deraf. Både sundhedsfremme og forebyggelse omhandler blandt andet, at få individer til at ændre adfærd – at gøre noget, de ellers ikke ville have gjort. Og derfor kan det siges, at disse begreber indebærer magtudøvelse. (Otto, 2009) Magtudøvelse er således, det at få individer til at gøre noget, som de normalt ikke ville gøre (Vallgård, 2009), og magt handler om at definere, hvad det vil sige at leve rigtig. Magt betragtes ofte som værende i modsætning til frihed, og magt betragtes som værende undertrykkende og begrænsende. (Dahlager, 2009) Andre opfatter magtudøvelse som en form for omsorg (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014). Michael Foucault, den franske idehistoriker og filosof, opfatter sammenhængen mellem magt og frihed anderledes. Magtudøvelse opfattes ofte, som værende negativt, men Foucaults syn er, at det også kan ses som værende produktiv, da denne magtudøvelse kan være med til at skabe noget, eksempelvis sundhed. Magt og frihed er for Foucault to sider af samme sag, som indgår i et komplekst sammenspil. (Foucault, 1972)

6.2.1 Foucault om magt og styring

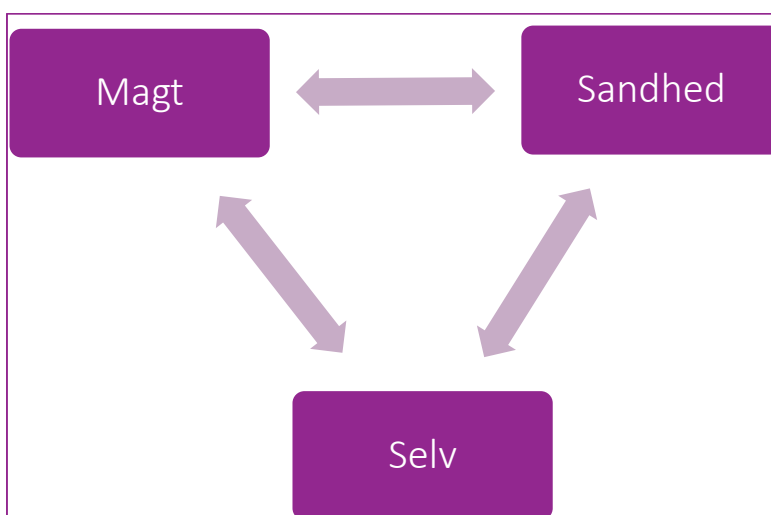
Foucaults teorier omkring magt belyses i dette afsnit for at kunne få en forståelse for, hvordan den motiverende samtale kan påvirke patienter, og i hvilken retning, da disse kostvejledningssamtaler foretages med henblik på at få patienter til at ændre livsstil og opnå et vægttab.

Foucault berører forskellige former for magt, og beskriver magtudøvelse således:

"A total structure of actions brought to bear upon possible actions: it incites, it induces, it seduces, it makes easier or more difficult, (...) a way of acting upon an acting subject or acting subjects by virtue of their acting or being capable of action". (Foucault, 1982, s. 220)

Foucaults analyser omkring magt er hverken positive eller negative, det er to sider af samme sag. Magt er et udtryk for nogle kræfter, som kan påvirke, er produktive og samtidig har en effekt, altså handlinger der kan forsøge at forme individets opfattelse af, hvad der for eksempel er sundt og hensigtsmæssigt for dem. (Dahlager, 2009; Pedersen, 2010) Foucault omtaler forskellige former for magt, og en af disse er biomagt, som er en magt, der søger at lede individer med henblik på at fremme deres sundhed og livskvalitet. Denne magtform, biomagt, omfatter vidensformer, kommunikationsstrukturer og subjektiveringsmåder i produktionen af liv. Begrebet biomagt blev introduceret i 1976, og anses af

Foucault som et begreb, der hverken er positivt eller negativt – men neutralt. (Pedersen, 2010) Foucault mener, at magt kan medvirke til at fremme en bestemt adfærd for individer i en bestemt kontekst, og derfor kan magt medvirke til at påvirke og forandre. Denne påvirkning sker således gennem magtudøvelse. Når der udøves magt, er det ikke muligt uden en forståelse af, hvad der er rigtigt eller godt, altså uden en bestemt sandhed om, hvordan der bør tænkes. Foucault mener, at magt og sandhed er i relation til hinanden, og gennem udøvelse af magt, forsøges der, at få individer til at handle ud fra en bestemt sandhed. På Figur 3 ses sammenhængen mellem magt og sandhed, som Foucault ser det. Trekanten er et sammenspil mellem sandhed, magt, og selvet, og hvordan de former hinanden. Foucault mener, at individer hele tiden forsøger at forme andre, men også os selv – dette er *magt* i trekanten. Det er i forhold til tanker og forestillinger om, hvordan vi er, hvordan vi gerne vil være, eller hvordan vi bør være – dette er *sandhed* i trekanten. Herved dannes *selv* i trekanten, og individers identitet. Formålet med den motiverende samtale er ikke kun at få patienter til at ændre adfærd til mere sundhed, men også at sundhed bliver en slags sandhed for den enkelte, selvet. (Dahlager, 2009; Pedersen, 2010)



Figur 3: Foucaults trekant omkring relationen mellem magt og sandhed (Dahlager, 2009, s. 328).

Foucault betegner *subjektivering* som noget, hvor individet underkaster sig selv eller hjælpes til at underkaste sig en bestemt sandhed omkring sig selv. Individet, eller subjektet, skabes således af magt, da individet 'magtes' frem. Foucault betegner dette som en proces frem mod skabelsen af selvet. Interessant er det, at denne proces indebærer, at vi som sociale individer ønsker at være sociale, og en del af et fællesskab, hvor vi lever op til forskellige normer og værdier. Dette kan blandt andet omhandle, hvordan et individ bør være, hvordan et individ er sund, hvor meget motion der bør dyrkes og så videre. Hvis ikke der 'leves rigtigt', kan der opnås en oplevelse af eksempelvis skam, og der kan risikeres at blive udelukket fra fællesskabet, hvori der kan ligge en følelse af stigmatisering. Derfor kan det siges, at det at leve på en bestemt måde, for eksempel leve op til Sundhedsstyrelsen anbefalinger, kan være en form for social tvang, og der kan ligge magt heri. (Dahlager, 2009; Foucault, 1982)

6.3 Den motiverende samtale i forhold til magt og frihed

Den motiverende samtale er som før omtalt meget benyttet, men også kritiseret, da nogle omtaler, at der er magt i denne metode. For nogle er dette positivt, mens denne magtudøvelse opfattes som negativt for andre. (Dahlager, 2009; Mabeck, 2005; Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014) Foucault omtaler, som tidligere nævnt, at magt og frihed ikke er modsætninger til hinanden, men at de indgår i et kompleks sammenspil med hinanden. Der er således forskellige synspunkter omkring, hvorvidt der overhovedet er magt i den motiverende samtale, og hvad det kan betyde, samt hvorfor denne form for styring, der er i den motiverende samtale, kan diskuteres.

Lisa Dahlager, kultursociolog, udtrykker, at en patient som har internaliseret sundhed som egne normer og som sin identitet, og samtidig har nået frem til dette ved at reflektere – altså uden rådgiveren har 'pådukket patienten noget', er et individ som kan anses som værende fri og autonomt. Det er dette, som den motiverende samtale af Miller og Rollnick skriver, at patienten skal diskutere med sig selv, og derved komme frem til livsstilsændringer. Det er patienten, som er ekspert på sit eget liv, fremfor at det er rådgiveren, som er eksperten. (Dahlager, 2009; Miller & Rollnick, 2004) Ud fra dette udtrykkes det, at der ikke er tale om magt og styring i den motiverende samtale, men at der blot er tale om en magtfri samtale, hvor rådgiveren motiverer patienten til selvhjælp. Dahlager mener dog, at der alligevel er en magtudøvelse i den motiverende samtale, men at den dog kan være svær at få øje på, da den hænger tæt sammen med de værdier, som er en del af vores kultur. Ved at patienten selv skal finde frem til sine ændringer gør, at patientens frihed ikke krænkes, udtrykker Dahlager. Det er dog ikke helt ligegyldigt, hvad patienterne reflekterer sig frem til, da der er et ønske om at stimulere patienten frem til en sundere livsstil, og det er her, der ligger en form for magt. (Dahlager, 2009)

Vallgård, Diderichsen & Jørgensen udtrykker også, at magtudøvelse finder sted i den motiverende samtale, hvis rådgiveren skaber sandheder og definitioner på, hvad der er relevant og gyldig viden for en pågældende patient. De mener, at denne magtudøvelse kan påvirke patienternes selvbillede samt den måde, som de bliver opfattet af andre på. (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014)

Dahlager udtrykker også nogle mulige konsekvenser ved den motiverende samtale grundet magtudøvelse. Hun snakker om nogle overordnede farer, hvor den ene er, at der er tale om en magtudøvelse, som ikke vil erkende sig selv som magtudøvelse. En anden fare er, at rådgiveren ikke betragtes som en egentlig vejleder/rådgiver, og dette kan være en fare, da magtudøvelse uden et ansvarligt individ kan udgøre en fare. Den sidste fare, som Dahlager udtrykker, er hvis patienten ikke kommer frem til sundhed som en sandhed i samtalen, eller eventuelt kommer frem til et andet

sundhedsbegreb, at der så bringes en teknik frem omkring påføring af skyld og skam, og dette kan være en uhensigtsmæssig fare. (Dahlager, 2009)

6.4 Opsummerende

Den motiverende samtale, som benyttes i den vægtreducerende indsats ved Sund Info, er en individrettet form for rådgivning. Formålet er at fremme adfærdsmæssige ændringer ved at stimulere patienter til selv at definere og forstå deres ambivalens, sådan at patienten ændrer adfærd i en sund retning. Motivationssamtalens ånd bygger på tre elementer – samarbejde, fremkaldelse og individets autonomi. (Miller & Rollnick, 2004) Metoden er meget benyttet, eksempelvis i sundhedsvæsenet, men det er også en metode, som er omdiskuteret grundet forskellige holdninger omkring magt og frihed (Dahlager, 2009; Mabeck, 2005; Vallgård, Diderichsen, Jørgensen, 2014). Magtudøvelse omhandler at få individer til at gøre noget, de ellers ikke ville have gjort (Vallgård, 2009). Dette betragtes ofte som værende i modsætning til frihed, og at magt er begrænsende og undertrykkende (Dahlager, 2009). Andre opfatter magt som værende en form for omsorg (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014), mens Foucault mener, at magt kan være produktiv, da denne magt kan skabe sundhed. Dog er magt og frihed for Foucault to sider af samme sag, som indgår i et sammenspil. (Dahlager, 2009; Foucault, 1972) Den motiverende samtale kan påvirke patienterne, hvis der finder magt sted. Dette kan for eksempel påvirke patienternes selvbillede og skabe en stigmatisering. Modsat kan magt også medføre, at patienterne bliver lydhøre over for behandling af deres tilstand, og dermed skaber sundhed. (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014).

7. Resultater

Dette kapitel indeholder et resultatkapitel, hvor det indsamlede data belyses. Først belyses kvantitative beregninger, hvorefter resultater og analyse af de kvalitative interviews belyses. Til sidst forefindes en matrix over studier fremfundet ved den systematiske litteratursøgning til bearbejdningen.

7.1 Statistiske resultater

I det afsnit præsenteres kvantitative resultater, som er beregnet via statistikprogrammet SPSS. Data til beregningerne er indsamlet, som beskrevet i metodekapitlet, via journaloplysninger samt data fra dette speciales opfølgning af de overvægtige urininkontinente kvinder, som har deltaget i den vægtreducerende indsats. Der undersøges via dette afsnit, i hvilken grad den vægtreducerende indsats har effekt på vægt og urininkontinens hos den pågældende målgruppe. Først præsenteres deskriptiv statistik, og dernæst belyses analytisk statistik. Beregningerne, som er foretaget, ses i syntaxfilen vedlagt i Bilag 9.

7.1.1 Deskriptiv befolkningsbeskrivelse af deltagerne

For at beskrive kvinderne er der i Tabel 1 en oversigt over status for forhold, uddannelse, status omkring arbejde, boligform, boligtype og om kvinderne er afsluttet til tiden eller før tid ved kostvejledningen. Disse resultater er en slags beskrivelse af hvilke demografiske faktorer, der er gældende for de kvinder, som deltager i opfølgningen og i telefoninterviewene.

Status	Antal kvinder	Procent
I fast forhold	35	71,4
Ikke i forhold	14	28,6
Ingen uddannelse	10	20,4
Kort videregående uddannelse	25	51,0
Mellemlang videregående uddannelse	9	18,4
Lang videregående uddannelse	3	6,1
I arbejde	30	61,2
Ikke i arbejde	19	38,8

Arbejdsløs	1	2,0
Uddannelsessøgende	1	2,0
Førtidspensionist	5	10,2
Alderspensionist	9	18,4
Efterlønsmodtager	2	4,1
Kontanthjælpsmodtager	1	2,0
Bor i rækkehus	2	4,1
Bor i parcelhus/villa	21	42,9
Bor i sommerhus	2	4,1
Bor i landbrugsejendom	2	4,1
Bor i lejlighed i etageejendom	6	12,2
Bor i ejerbolig	25	51,0
Bor i lejebolig	8	16,3
Afsluttet forløb før tiden	17	34,7
Afsluttet forløb til tiden	32	65,3

Tabel 1: Status for kvinder, fra den vægtreducerende indsats, i forhold til forhold, uddannelse, arbejdsstatus, boligform, boligtype og gennemførsel af forløbet angivet i antal og procent, ved opfølgningen.

Som det fremgår af Tabel 1 er størstedelen af kvinderne i et fast forhold, 71,4 %, og 51,0 % har en kort videregående uddannelse modsat få som har en mellemlang, 18,4 % eller lang uddannelse, 6,1 %. Størstedelen, 61,2 %, er i arbejde, mens de resterende kvinder er enten arbejdsløse, uddannelsessøgende, førtidspensionister, alderspensionister, efterlønsmodtagere eller kontanthjælpsmodtagere. For boligforhold fremgår der kun resultater for kvinderne fra opfølgningen og ikke for kvinderne fra telefoninterviewene. Her bor størstedelen, 42,9 %, af kvinderne i parcelhus/villa, og halvdelen, 51,0 %, ejer deres bolig. Kun 34,7 % af kvinderne har afsluttet deres forløb i den vægtreducerende indsats til tiden, svarende til ≥ 5 samtaler med den kliniske diætist. Dette betyder altså, at 65,3 % har afsluttet før tid, svarende til < 5 samtaler.

7.1.2 Deskriptiv statistik

I dette afsnit præsenteres deskriptiv statistisk. Først præsenteres resultater for henholdsvis baseline og opfølgning. Tallene er udelukkende beregnet på de kvinder, som enten er med i opfølgningen eller har

fået foretaget et telefoninterview, da der er opnået samtykke hos disse kvinder til benyttelse af deres data.

I Tabel 2 ses tallene for baseline og opfølgningen for alle kvinderne der har deltaget i dette speciale, enten som telefoninterviews eller som opfølgningsdeltagere.

	Antal kvinder	Gennemsnit	Minimum	Maximum	Std. afvigelse
Alder (år)					
Baseline	49	51	29	78	11,85
Opfølgning	49	53	29	79	12,08
Vægt (kg)					
Baseline	49	95,3	66,5	151,5	17,54
Opfølgning	48	93,0	58,6	157,7	17,95
BMI (kg/m²)					
Baseline	49	34,0	26,3	51,2	5,79
Opfølgning	48	33,2	23,7	53,3	5,80
Fedt% (%)					
Baseline	33	43,1	34,9	53,4	4,89
Opfølgning	33	42,1	29,5	52,2	5,77
Inkontinens (ICIQ-UI SF score)					
Baseline	22	15,6	9	21	3,36
Opfølgning	48	10,0	0	21	6,08

Tabel 2: Data for kvinder, fra den vægtreducerende indsats, omkring vægt, BMI, fedt% og inkontinens (ICIQ-UI SF score) for baseline og opfølgning med tilhørende antal, gennemsnit, minimum- og maksimumsværdi, samt standardafvigelse.

Ud fra Tabel 2 ses et gennemsnitligt vægttab på 2,3 kg. Ligeledes er BMI og fedt% faldet for kvinderne med henholdsvis 0,8 kg/m² og 1 %. For vægt og BMI er der i opfølgningen dog manglende data fra en kvinde. For fedt% gælder det, at der kun er data fra kvinderne fra opfølgningen og ikke fra telefoninterviewene. For kvindernes inkontinens ses et fald på 5,6 ICIQ-UI SF score. Her er der dog manglende data fra baseline.

Kvindernes type inkontinens belyses for at se, hvilken form for inkontinens kvinderne har. Dette ses i Tabel 3.

Type inkontinens	Antal kvinder	Procent
Stressinkontinens	22	44,9
Urgeinkontinens	4	8,2

Blandingsinkontinens	18	36,7
Ingen-klassifikation	2	4,1

Tabel 3: Type inkontinens for kvinderne, fra den vægtreducerende indsats, ved baseline angivet i antal og procent.

Ud fra Tabel 3 ses det, at de fleste kvinder er diagnosticeret med stressinkontinens (44,9 %) og blandingsinkontinens (36,7 %). De resterende er diagnosticeret med henholdsvis urgeinkontinens (8,2 %) og ingen-klassifikation (4,1 %).

Der er for kvinderne ved opfølgningen informationer omkring antallet af fødsler, kejsersnit og hjemmeboende børn under 15. Resultaterne af disse ses i Tabel 4.

	Antal kvinder	Gennemsnit	Minimum	Maximum	Std. afvigelse
Antal fødsler	48	2,2	0	5	1,15
Antal kejsersnit	30	0,3	0	3	0,76
Børn under 15	49	0,5	0	4	1,00

Tabel 4: Information om kvinderne, fra den vægtreducerende indsats, i forhold til antallet af fødsler, kejsersnit og hjemmeboende børn under 15 år, ved opfølgningen.

I Tabel 4 ses det, at kvinderne gennemsnitligt har haft $2,2 \pm 2,3$ fødsler og $0,3 \pm 1,5$ kejsersnit. Yderligere ses der et gennemsnitligt antal hjemmeboende børn under 15 år på $0,5 \pm 2$.

I den sidste del af den deskriptive statistik undersøges kvindernes alder for operation kontra ikke-operation, for at se om kvinder i en bestemt aldersgruppe opereres frem for andre aldersgrupper.

Aldersgrupper	Antal ikke-opererede	Antal opererede
30-39 år	2	1
40-49 år	8	8
50-59 år	4	2
60-69 år	8	3
70-79 år	4	0

Tabel 5: Aldersgruppeinddeling ved opfølgningen af kvinderne, fra den vægtreducerende indsats, der ikke er opereret eller opereret for urininkontinens, angivet i antal kvinder.

Det fremgår af Tabel 5, at fordelingen af operation kontra ikke-operation er nogenlunde ligeligt fordelt inden for aldersgrupperne. Der tegner sig et billede af, at flest, svarende til 26 kvinder, ikke er opereret, mens 14 er opereret.

7.1.3 Analytisk statistik for effekterne af den vægtreducerende indsats

I dette afsnit præsenteres den analytiske statistik. Der findes ingen signifikante forskelle mellem kvinderne i opfølgningen og kvinderne fra telefoninterviewene i forhold til parametrene vægt, BMI og

fedt%. Der er altså ingen forskel i vægt, BMI og fedt% mellem disse to grupper, hvorfor data er analyseret samlet.

I Tabel 6 er der undersøgt om kvinderne, fra den vægtreducerende indsats, har signifikante forskelle i parametrene ændring i vægt, BMI, fedt% og urininkontinens.

Ændring	Antal kvinder	Gennemsnit	Std. afvigelse	Signifikans	Konfidensinterval
Vægt2-Vægt1	46	-3,2	4,04	0,000	(-4,38; -1,98)
Vægt3-Vægt2	45	0,3	5,10	0,655	(-1,19; 1,87)
Vægt3-Vægt1	48	-2,7	5,49	0,001	(-4,31; -1,12)
BMI2-BMI1	46	-1,1	1,50	0,000	(-1,58; -0,68)
BMI3-BMI2	45	0,2	2,37	0,561	(-0,50; 0,92)
BMI3-BMI1	48	-0,9	2,58	0,022	(-1,63; -0,13)
Fedt2-Fedt1	33	-1,3	3,00	0,023	(-2,30; -0,19)
Fedt3-Fedt2	33	0,2	2,80	0,626	(-7,50; 1,23)
Fedt3-Fedt1	33	-1,0	2,67	0,037	(-2,00; -0,06)
Dryp3-Dryp1	22	-7,2	6,77	0,000	(-10,18; -4,18)

Tabel 6: Ændring i vægt, BMI, fedt% og inkontinens (ICIQ-UI SF score) for kvinderne fra den vægtreducerende indsats, angivet i antal, gennemsnit, standardafvigelse, signifikansniveau og konfidensinterval. Ved vægt2-vægt1 forstås ændringen fra baseline til slut hos kostvejledning, mens der ved vægt3-vægt2 forstås ændringen fra opfølgning til slut hos kostvejledning, og til sidst forstås vægt3-vægt1 som ændringen fra baseline til opfølgning. Dette er også gældende for BMI, fedt% og inkontinens (ICIQ-UI SF score).

Af tabel 6 ses et signifikant gennemsnitligt vægttab ($P = 0,000$) på 3,2 kg fra baseline til afslutning i kostvejledningsforløbet med tilhørende konfidensinterval (-4,38; -1,98). Derudover findes der også et signifikant vægttab ($P = 0,001$) fra baseline til opfølgning gennemsnitligt på 2,7 kg, svarende til gennemsnitligt vægttab på 2,8 %, med et tilhørende konfidensinterval (-4,31; -1,12). Der findes dog ingen signifikant forskel i vægt fra afslutning hos kostvejledning til opfølgning ($P = 0,655$).

Der er signifikante ændringer for to af perioderne ved BMI, nemlig fra baseline til afslutning på 1,1 kg/m² ($P = 0,000$) og fra baseline til opfølgning på -0,9 kg/m² ($P = 0,022$). For ændringen fra baseline til afslutning hos kostvejledning findes ligesom ved vægten ikke nogen signifikans ($P = 0,561$).

For fedt% ses et signifikant fald i fedt% på 1,3 % ($P = 0,023$) med tilhørende konfidensinterval (-2,30; -0,19) fra baseline til afslutning ved kostvejledning. Fra afslutning hos kostvejledning til opfølgningen findes ingen signifikans ($P = 0,626$). Fra baseline til opfølgning findes et signifikant fald i fedt% på 1,0 % ($P = 0,037$) med tilhørende konfidensinterval (-2,00; -0,06).

Ved kvindernes urininkontinens (ICIQ-UI SF score) findes et signifikant fald på 7,2 ICIQ-UI SF score ($P = 0,000$), svarende til en reduktion på 46,2 %, med tilhørende konfidensinterval (-10,18; -4,18).

I forhold til problemformuleringens anden del undersøges sammenhæng mellem sociale forhold og ændring i vægt og inkontinens. Her findes der for vægt ingen signifikante sammenhænge fra baseline til opfølgning for parametrene; om kvinderne er i et forhold eller ej ($P = 0,646$), hvilken boligform kvinderne bor i ($P = 1,000$), om kvinderne bor til leje eller ejer ($P = 0,357$), samt hvilket uddannelsesniveau de har ($P = 0,164$). For inkontinens finde heller ingen signifikante sammenhænge fra baseline til opfølgning for parametrene; om kvinderne er i et forhold eller ej ($P = 0,380$), hvilken boligform kvinderne bor i ($P = 0,645$), om kvinderne bor til leje eller ejer ($P = 0,502$), samt hvilket uddannelsesniveau kvinderne har ($P = 0,672$).

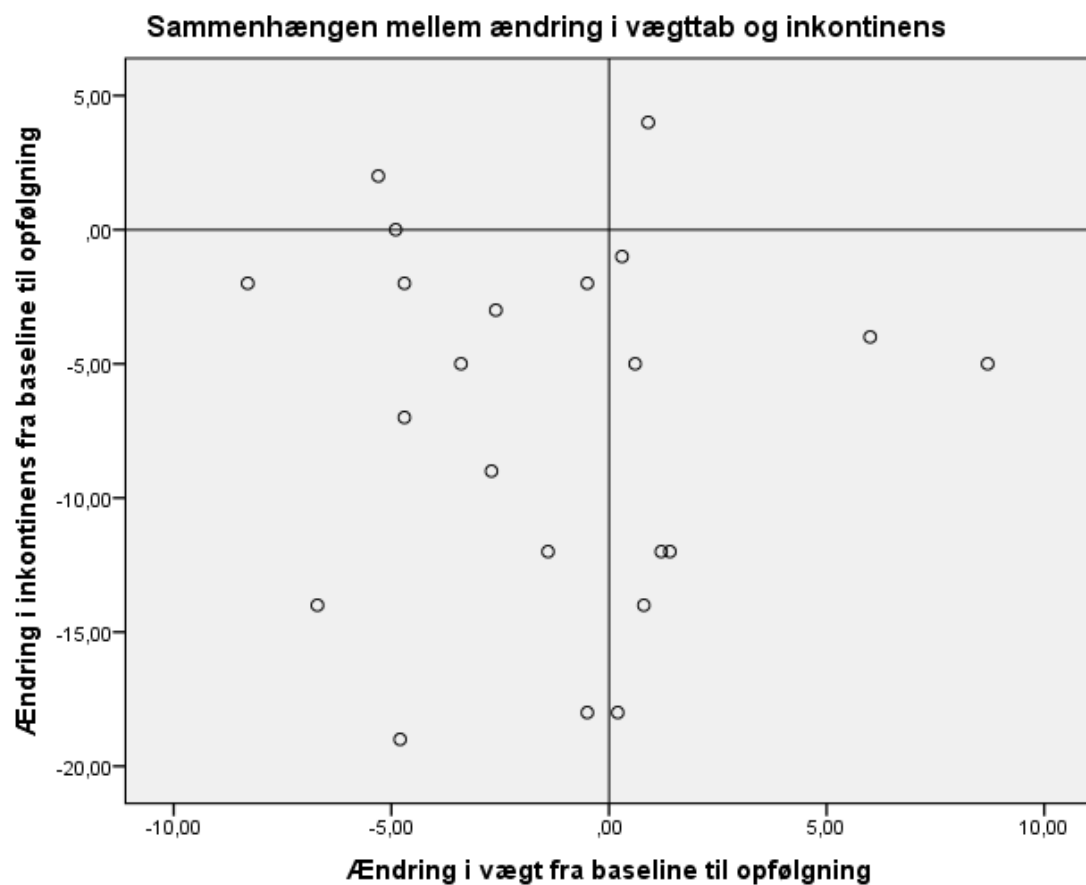
Nogle af kvinderne er opereret for deres inkontinens, mens flere af kvinderne ikke er, dette viser sig i Tabel 7.

	Antal kvinder	Gennemsnitlig ændring i urininkontinens
Opereret	14	-10,00
Ikke-opereret	8	-2,25

Tabel 7: Antallet af kvinder der er opereret og ikke-opereret samt deres gennemsnitlige ændring i inkontinens (ICIQ-UI SF score) ved opfølgningen.

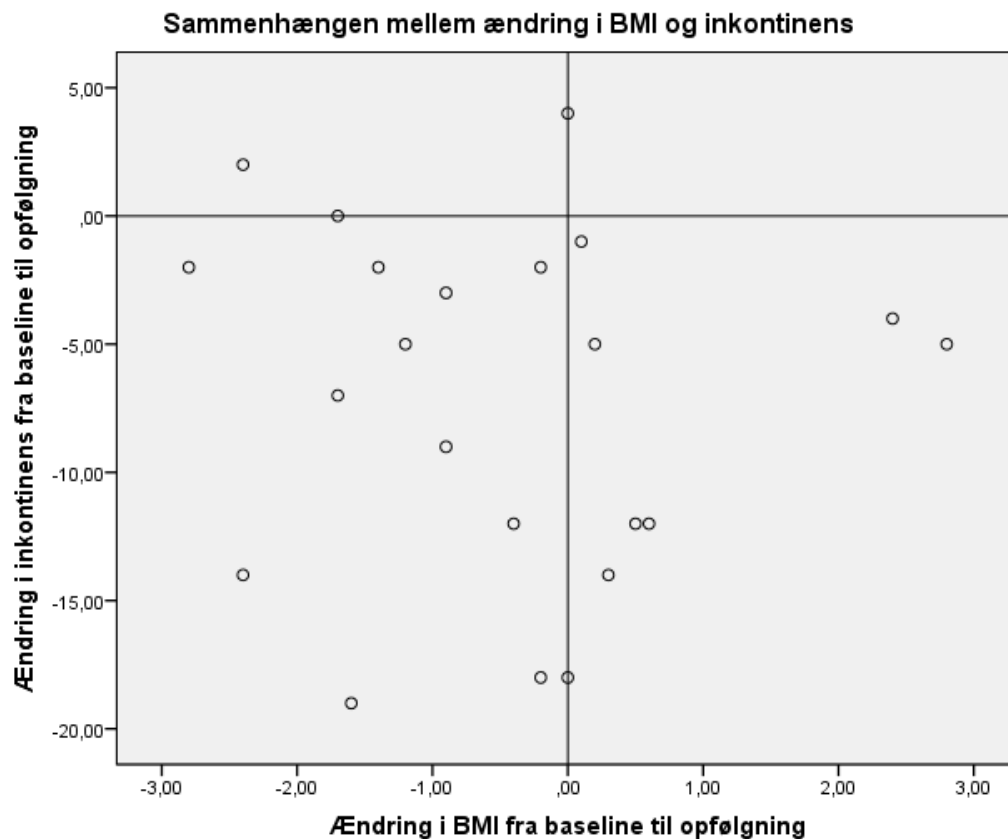
Af Tabel 7 fremgår det, at 14 kvinder har fået operation, mens 8 ikke har. For de opererede kvinder er den gennemsnitlige ændring i inkontinens -10,00 ICIQ-UI SF score, mens den for de ikke-opererede kvinder er -2,25 ICIQ-UI SF score. Dette vil sige, at der har været et fald i inkontinens (ICIQ-UI SF score) i begge grupper, med et større fald hos de opererede kvinder. Derudover findes også en signifikant forskel mellem disse to grupper i forhold til inkontinens ($P = 0,006$) med tilhørende konfidensinterval (2,46; 13,04).

Som tidligere nævnt i dette speciale, ses en sammenhæng mellem vægt og inkontinens jf. Kapitel 2. I dette speciale findes dog ikke nogen signifikant sammenhæng mellem ændring i vægt og ændring i inkontinens ($p = 0,862$) med tilhørende konfidensinterval (-0,86; 0,72). Der ses dog en tendens til en sammenhæng via den lineære regressionsligning $y = -7,28 + (-0,06) * vægt$ og tilhørende scatterplot på Figur 4.



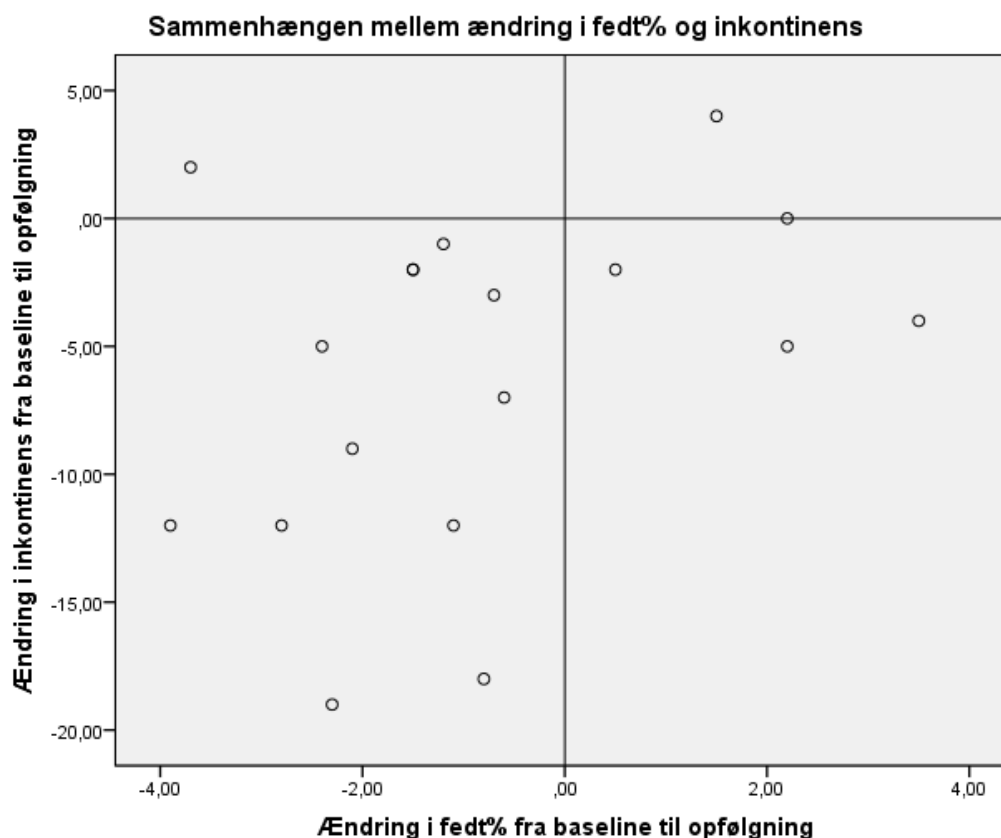
Figur 4: Scatterplot over sammenhængen mellem ændring i vægt ad x-aksen og ændring i inkontinens ad y-aksen hos kvinderne, fra den vægtreducerende indsats, fra baseline til opfølgning.

For BMI findes der ligeledes ingen signifikant sammenhæng mellem ændring i BMI og urininkontinens ($P = 0,736$) med tilhørende konfidensinterval $(-2,59; 1,86)$. Her ses dog ligeledes en tendens til en sammenhæng mellem ændring i BMI og ændring i inkontinens ved den lineære regressionsligning $y = -7,36 + (-0,37) * BMI$ med tilhørende scatterplot i Figur 5.



Figur 5: Scatterplot over sammenhængen mellem ændring i BMI ad x-aksen og ændring i inkontinens ad y-aksen hos kvinderne, fra den vægtreducerende indsats, fra baseline til opfølgning.

For fedt% findes der yderligere ingen signifikant sammenhæng mellem ændring i fedt% og urininkontinens ($P = 0,149$) med tilhørende konfidensinterval $(-0,44; 2,66)$. Her ses dog også en tendens til en sammenhæng mellem ændring i fedt% og ændring i inkontinens ved den lineære regressionsligning $y = -5,04 + 1,11 * \text{fedt\%}$ med et tilhørende scatterplot i Figur 6.



Figur 6: Scatterplot over sammenhængen mellem ændring i fedt% ad x-aksen og ændring i inkontinens ad y-aksen hos kvinderne, fra den vægtreducerende indsats, fra baseline til opfølgning.

Ud fra Figur 6 ses ad x-aksen ændring i fedt% fra baseline til opfølgning, og ad y-aksen er ændringen i urininkontinens fra baseline til opfølgning. Det viser sig, at der ikke er en signifikant sammenhæng, men at der er en lille tendens til, at et fald i fedt% hos overvægtige kan medføre en reduktion af urininkontinens (ICIQ-UI SF score).

For henholdsvis stress- og blandingsinkontinens ses konstanter, hældningskoefficienter og tilhørende p-værdier. Det er angivet i Tabel 8 om der er en sammenhæng mellem ændring i vægt, BMI og fedt% og ændring i inkontinens.

	Konstant	Hældningskoefficient	Signifikans
Stressinkontinens			
Vægt	-8,14	-0,62	0,216
BMI	-8,32	-1,99	0,162
Fedt%	-5,91	0,42	0,699
Blandingsinkontinens			
Vægt	-1,64	2,66	0,059
BMI	-1,50	7,37	0,110
Fedt%	-2,67	4,28	0,035

Tabel 8: Oversigt over sammenhængen mellem ændring i vægt, BMI og fedt%, og ændring i inkontinens (ICIQ-UI SF score) for henholdsvis stress- og blandingsinkontinens. Dette er angivet ved konstant, hældningskoefficient og signifikansniveau (p-værdi).

Som det ses i Tabel 8 er der en signifikant sammenhæng mellem fald i fedt% og fald i urininkontinens tilstede, for kvinder med blandingsinkontinens. I denne analyse indgår 67,3 % af kvinderne fra opfølgningen, grundet manglende data om fedt% fra de resterende kvinder. Der ses ingen signifikante sammenhænge for stressinkontinente kvinder.

Justering for eventuelle confoundere

I Tabel 9 vises de justerede regressionsmodeller for sammenhængen mellem ændring i vægt og ændring i inkontinens for kvinderne fra den vægtreducerende indsats.

Variabel	Regressionsligninger	Konfidensinterval
Ujusteret (kun vægt og inkontinens)	$y = -7,28 + (-0,06) * \text{vægt}$	(-0,86; 0,72)
Aldersgrupper	$y = -5,55 + (-0,05) * \text{aldersgruppe}$	(-0,87; 0,78)
Boligform	$y = -6,53 + (-0,12) * \text{boligform}$	(-0,98; 0,74)
Boligtype	$y = 0,30 + 0,01 * \text{boligtype}$	(-0,74; 0,76)
Fast forhold	$y = -7,48 + (-0,06) * \text{fast forhold}$	(-0,89; 0,77)
Fødsler	$y = -9,39 + 0,03 * \text{fødsler}$	(-0,89; 0,96)
Kejsersnit	$y = -7,06 + 0,06 * \text{kejsersnit}$	(-0,73; 0,86)
Operation	$y = -2,31 + (-0,04) * \text{operation}$	(-0,71; 0,63)
Uddannelse	$y = -4,36 + 0,05 * \text{uddannelse}$	(-0,81; 0,91)
Arbejde	$y = -5,90 + (-0,23) * \text{arbejde}$	(-1,15; 0,68)
Afsluttet før eller til tiden	$y = -9,17 + (-0,04) * \text{afsluttet før eller til tiden}$	(-0,83; 0,75)

Tabel 9: Sammenhængen mellem ændring i vægt og ændring i inkontinens (ICIQ-UI SF score) for kvinderne i den vægtreducerende indsats, justeret for aldersgrupper, boligform, boligtype, fast forhold, fødsler, kejsersnit, operation, uddannelse, arbejde og afsluttet før eller til tiden. Angivet i regressionsligninger og tilhørende konfidensintervaller.

I Tabel 9 ses det, at flere af hældningskoefficienterne ændrer sig, men konfidensintervallerne for disse ændrer sig ikke i forhold til sammenligningen, som er den ujusterede hældningskoefficient. Hvis der kigges på arbejde, ses en forskel fra den ujusterede hældningskoefficient (-0,06) til den justerede hældningskoefficient (-0,23). Yderligere ses der i konfidensintervallerne den mest betydelig forskel. Det kan altså tyde på, at det om kvinderne er i arbejde eller ej kan være en confounder for sammenhængen mellem ændring i vægt og ændring i urininkontinens.

7.1.4 Opsummerende

I dette afsnit er de kvantitative resultater for de overvægtige urininkontinente kvinder fra opfølgningen og telefoninterviews belyst. Der viser sig en effekt af den vægtreducerende indsats i forhold til et vægttab på 2,8 % af kvindernes kropsvægt og et fald i urininkontinens (ICIQ-UI SF score) på 46,2 %. Det viste sig at sociale forhold; herunder om kvinderne er i forhold, hvilken boligform kvinderne bor i, om kvinderne ejer eller lejer, samt hvilket uddannelsesniveau kvinderne har, ikke havde en signifikant betydning for ændring i vægt og urininkontinens fra baseline til opfølgning. Nogle kvinder havde fået foretaget operation, hvor det viste sig, at kvinder der havde fået foretaget operation havde signifikant større fald i deres urininkontinens end de kvinder, som ikke var blevet opereret for urininkontinens. Der viste sig ingen signifikant sammenhæng for, om der var sammenhæng mellem ændring i vægt, BMI og fedt%, og ændring i urininkontinens. Dog viste det sig, når der blev testet for typen af urininkontinens, at der var en signifikant sammenhæng mellem fald i fedt% og fald i inkontinens for de kvinder, som havde blandingsinkontinens. I justering for eventuelle confoundere kan det tyde på, at det om kvinderne er i arbejde eller ej, kan være en confounder for sammenhængen mellem ændring i vægt og urininkontinens.

7.2 Analyse af kvalitative interviews

I dette speciale søges der blandt andet svar på, hvordan deltagerne ved Sund Infos vægtreducerende indsats har oplevet denne, og hvilken effekt denne indsats har haft på deltagerens livskvalitet. Der er foretaget semistruktureret kvalitative interviews med 33 overvægtige, urininkontinente kvinder, med en varighed af 4-26 minutter. For at kunne analysere disse interviews, er der foretaget en kodning af de transskriberede interviews. Denne kodning er på forhånd kategoriserede i disse temaer: vejledningen, vægten, tidsrum, kombination mellem primærbehandling og kostvejledning, påvirkninger i hverdagen, fysisk kunnen, socialt liv, samt selvværd, selvtillid og velvære. Analysen bygges derfor op omkring de otte temaer med meningsdannende citater fra interviewene, indeholdende afsluttende afrunding, og afslutningsvis forefindes et opsummerede afsnit af temaerne samlet.

7.2.1 Vejledningen

Oplevelsen af kostvejledningen har for næsten alle kvinderne været overvejende positivt. Her har deltagerne oplevet at få konkrete råd omkring mad, fif og opskrifter samt vejledning til at foretage små ændringer i hverdagen:

"Altså jeg har oplevet meget, at jeg fik sådan nogle gode lavpraktiske råd i forhold til, hvordan brød var mærket, og hvad man kunne vælge efter, når man stod og skulle handle ind. Og jeg fik også nogle opskrifter, som også var sådan tilgængelig. Så jeg oplevede det meget sådan konkret." (Patient 15)

Hertil uddyber en anden kvinde, at det godt kan være, at der er kendskab til nogle af de elementer, som bliver berørt i kostvejledningen, men derfor er det brugbart alligevel:

"Jo men altså det, det har gjort det, at jeg synes, at jeg har ...¹² fået nogle gode råd til kost og sådan nogle ting, ... ikke at jeg egentlig ikke vidste det, men det var ligesom om, at man fik sat ... sat det lidt mere på plads, så jeg har lavet om på nogle ting i hvert fald, hvad det angår." (Patient 40)

Nogle kvinder oplevede, at der blev taget hensyn til deres daværende madvaner, og til nogle af de madvaner, som de ikke kunne undvære i deres hverdag, ved at den kliniske diætist eksempelvis kom med råd om mindre portioner eller sundere alternativer.

Flere kvinder oplevede diætisten som en meget støttende, hjælpende og motiverende person i deres kostvejledningssamtaler:

"Så for mig var det egentlig sådan en kontrolstøtte, som gjorde at jeg fik gjort noget ved tingene, og at jeg fik motioneret, så at jeg tabte mig. Så hun var sådan en fastholdelsesfaktor for mig." (Patient 19)

Og fortsætter videre med at sige:

"Øh, jamen altså det har den. Altså nu blev det aldrig til kostvejledning, men den der støtteperson. Hun har haft stor betydning for mig, det har været virkelig et plus, virkelig. Jeg fik lavet flere forskellige småting den periode der, faktisk tre indgreb. Så hver gang jeg kom op i motionsniveau og så videre, så skulle jeg lige have lavet lidt, og så op igen, og så skulle jeg have lavet lidt. Men hele tiden så var hun der jo til ligesom at stå der, ikke sådan med piskeren men altså, nærmest ikke også, men at jeg vidste, at jeg kunne komme til hende, og så kunne jeg få den hjælp jeg skulle have, hvis ikke jeg selv kunne. Så det har virkelig været kanon godt... det ville jeg ikke have været foruden." (Patient 19)

¹² Ved ... menes en talepause fra deltagernes side.

Den kliniske diætist får en rolle som en støtteperson, som deltagerne mener, at de kan komme til med mange ting. Diætisten får altså en lidt mere personlig rolle for nogle af deltagerne, fordi de ikke føler, at hun ser ned på dem og derfor føler sig tilpas hos denne.

Til kostvejledningen får kvinderne i nogle tilfælde udleveret pjecer af forskellige art fra diætisten. Disse pjecer kan eksempelvis indeholde kostrådene og være opskriftshæfter. Til dette er nogle af kvinderne positive over udlevering af disse:

"(...) jeg synes, at det kørte godt og man fik de råd man skulle og pjecer og ting og sager og så... der var mange gode ting." (Patient 28)

Dog var der også nogle af kvinderne, som ikke rigtig synes, de kunne bruge disse pjecer til noget, og ikke oplevede at det gav dem noget i forhold til udbyttet af kostvejledningen:

"Jamen altså jeg synes ikke pjecer er ikke mig. Jeg kan bedst lide at få at vide, det er sådan og sådan skal det være, og det er sådan man skal gøre, og det er sådan det er forkert at gøre. Altså jeg kan godt lide, at det er sådan (PATIENT 8 BANKER I BORDET TRE GANGE)." (Patient 8)

Yderligere kommenterer en anden kvinde, at diætisten måske ikke var hård nok:

"Ja det tror jeg faktisk, at hun hed (DIÆTISTENS NAVN). Helt vildt sød og dygtig, der var ikke noget, det var. Men hun skulle have været mere hård ved mig, altså øh, jeg kan have helt vildt meget fokus på det til at starte med, og det kan man også se på væggtabet, og så lige pludselig, så gik der længere tid mellem at komme herud, og hun ikke var ond ved mig." (Patient 79)

Samtidig oplever nogle af kvinderne, at vejledning ikke virker for dem på trods af, at de udtrykker, at de har fulgt diætistens råd og vejledning. For andre kvinder virker vejledningen heller ikke, men søger derimod en anden tilgang til kostvejledning:

"(...) det har ikke været et forløb, der har passet mig. Det har været... du får udleveret et skema, altså jeg mangler noget mere konkret, jeg mangler at vide. (...) Men jeg havde regnet med, at det måske mere var øh... baseret på individets indlæring..." (Patient 14)

En kvinde mangler også en form for kontakt fra diætistens side, hvis deltageren misser en aftale:

"Der var ikke sådan noget med, at man lige ringer, hva øh, er der noget eller et eller andet. Der kunne man måske godt, der var jeg nemlig lige nede i et hul dengang, og der kunne jeg godt lige have brugt, at der blev ringet og sagt, hva... skal vi ikke lige fortsætte eller et eller andet. Det manglede jeg." (Patient 28)

Kvinderne er altså overvejende positive overfor kostvejledningen, og synes at diætisten er en rigtig flink og rar støtteperson for dem. Derudover oplever kvinderne også gode råd og vejledning i form af for eksempel sundere alternativer eller redskaber til eksempelvis mindre portioner. Udlevering af pjecer er for nogle af kvinderne også meget behjælpeligt, mens det for andre ikke har nogen effekt. Der er delte meninger omkring måden diætisten vejleder på, hvor nogle mener, at hun er rigtig sød og hjælpsom, mens andre mener, at hun ikke er hård nok og ikke stiller høje nok krav til kvinderne. Videre nævner en kvinde, at brugen af forskellige individuelle fremgangsmåder i vejledningen kunne være ønsket. Yderligere nævnes også et ønske om kontakt, hvis en aftale misses.

7.2.2 Vægten

En overvejende del af kvinderne oplever det som rigtig fint at blive vejlet på vægten, når de er til kostvejledning. De oplever det som en god håndretning og lille skub, som kan få dem i gang med et vægttab. Flere kvinderne oplever, at det er dejligt og fint at blive målt og vejlet, da de føler, at det giver dem et indblik i, hvad status er på de forskellige parametre, som de måles på:

"Det synes jeg er fantastisk dejligt. At det så ikke går ned af, det er så en anden side af sagen (PATIENT 8 GRINER). Men det synes jeg er rigtig godt, fordi det gør også, at hvis nu det var sådan, ... det er jo med til at se, om man gør tingene rigtigt eller forkert." (Patient 8)

De oplever det eksempelvis som en motivationsfaktor, hvor det giver dem et drive for at arbejde videre med vægttabet og kæmpe videre for at opnå et resultat:

"Ja. Jow, med det er også godt at få de der tal altså, det er en stor motivationsfaktor for mig, det er at se, at der er et eller andet ryk." (Patient 79)

Her mener flere af kvinderne også, at et vægttab hver gang de er på vægten hos diætisten er positivt, fordi de kan se et fremskridt hver gang, og derfor mener det er med til at holde dem i gang og fortsætte vægttabet gennem kostvejledning.

Motivationsfaktoren kan for nogle også ligge i, at kvinderne vil gøre noget ved deres overvægt og tabe sig, når de bliver målt på en vægt i forbindelse med kostvejledning, da de ellers kan føle, at de spilder andre folks tid, hvis ikke der ligger en indsats i vægtreduceringen:

"Jamen, det var godt. Fordi det fik mig til at tænke over, ... det var motiverende. Fordi altså, det var sådan ligesom jeg tænkte, ej du er simpelthen nødt til at gøre noget ved det fordi det, det er simpelthen spild af folks tid, hvis du bare kommer, og så har taget på, det kan man bare ikke, altså så det var sådan ... det var." (Patient 61)

Yderligere kan det at blive vejlet på vægten, siges at være en motivationsfaktor, da kvinderne kan føle, at de står til ansvar for andre og derved opnår en form for motivation derigennem:

"Det har været super godt. Fordi man har følt, at man havde noget at forholde sig til. Det her med, når man går i gang med et slankeprogram derhjemme, så har man kun sig selv at stå til ansvar for, det lyder åndssvagt, fordi der er kun en selv man straffer ved ikke at gøre det, man vil. Men det der med, at man ved, man skal herud, og man skal vejes, og så vil man gerne vise, at jeg har opnået noget, og det vil vi jo som mennesker gerne vise, at vi kan opnå noget. Så det har været en rigtig god ting." (Patient 73)

Derudover synes kvinderne, at målingen på vægten i Sund Info er målbart i forhold til, at det ikke kun er deres vægt der måles, men at det også er nogle andre parametre, der måles såsom BMI og fedt%. Her mener en kvinde dog, at vægten ikke betyder så meget for hende, men det mere er om bukserne passer:

"Det har jeg ikke noget problem med. Jeg synes, det er rigtig fint, for det giver en rigtig god indikation af, altså at det ikke bare er vægt, men også at der er altså hvor meget fedtprocent osv. Min vægt har aldrig sagt mig så meget, det ikke den, jeg går mere efter om bukserne passer eller ej." (Patient 16)

Hertil siger en anden kvinde også, at det ikke bare er et tal – omkring at være overvægtig eller ej, men at der også kan ses på andre parametre end bare vægten:

"Ja helt sikkert, men også bare det der med fedt, og så få lavet muskler i stedet for. Det kan man se, det kan man jo ikke se hjemme på sin egen vægt." (Patient 28)

Det er dog ikke kun positive tilkendegivelser, der er omkring det at blive vejlet på vægten, men også mere blandede følelser og negative elementer bliver givet til udtryk. En lille andel af kvinderne har disse blandede følelser, hvor de ikke oplever, at det er specielt sjovt at blive vejlet, men de ser det som en nødvendighed:

"Altså det er jo ikke min gode ven altså, det er sådan en, vi har hver vores aftale. Vi holder os hver for sig, men altså jeg ved jo godt, at det er det, som skal til for at man kan følge ikke. Det er ikke sådan, at jeg skriger." (Patient 52)

Og en anden kvinde udtaler:

"Jamen det er jo altid grænseoverskridende at skulle vise sin vægt til andre, når man er overvægtig, altså det er ikke behageligt, men det var så også en måde og holde mig selv til til at det øh, jamen, nogle gange, hvis man skjuler ting for andre, så er det også fordi, man prøver at skjule det for sig

selv, ikke? Og der kan man lige så godt gå ind med en erkendelse af, jamen, der er noget at arbejde på.” (Patient 68)

Yderligere kan patienterne opleve det som pinligt at blive vejjet i et lokale, hvor udefrakommende kan se, at kvinderne bliver vejjet, da lokalet er åbent for andre mennesker nogle gange, og at lokalet ligger op til en gang med en glasdør. Dette udtaler en kvinde sig om:

”P¹³: (...) jeg synes det er pinligt, at det er derinde, at alle de kan se. Der ville jeg nok føle mig lidt bedre tilpas, hvis det var inde i det rum, hvor vi sad og snakkede.

I¹⁴: I kontoret?

P: Ja, altså det, det ligesom lidt nedern alle kan se, at man bliver vejjet og så videre ikke også. Ellers så, synes jeg jo egentlig, det har været sjovt nok at se, hvad tallene har sagt ikke også, når man har været herinde. Så på den måde synes jeg ikke det har været nedern, altså der har jo været lidt konkurrence i det, og den har også sat lidt i baghovedet, at nu skal man ind og vejes ikke også, altså hvor man ... fordi jeg synes, det gik meget langsomt med at tage mig, hvad skal man sige, man skulle lige op til en eksamen der, hvad skal man sige, hver gang. ... Men det værste har været at skulle derind og stå til offentlig skue faktisk ikke også. Fordi så vejer man jo sig selv derhjemme ikke også, altså.” (Patient 45)

Kvinden føler sig altså ikke tilpas i forhold til at kunne blive set på, og synes det er nedværdigende at være til offentlig skue, som hun udtrykker det. Flere kvinder oplever det som ubehageligt at blive vejjet, hvilket kommer til udtryk ved:

”Jeg havde jo selvfølgelig et problem med, at jeg skulle, jeg vidste godt jeg vejede for meget ikke også, og så er det altid træls, at se det igen, og der er en, der siger ”jamen det, du vejer for meget i forhold til tingene” og sådan noget. Så det var selvfølgelig psykisk træls, men jeg vidste det godt, så jeg havde ikke nogen problemer med det.” (Patient 62)

Der er for kvindernes vedkomne, både positive og negative ting forbundet med at blive vejjet på vægten, hvori motivationen og drivet for at fortsætte er det, der er med til, at kvinderne synes, at det er godt og fint at blive vejjet. Mens elementer såsom offentligt skue og at få at vide, at de er overvægtige kan være forbundet med mere negative følelser.

¹³ P angiver patientens udtalelser.

¹⁴ I angiver interviewerens, de to specialestuderendes, udtalelser.

7.2.3 Tidsrum

I forhold til tidsrummene for vejledning hos diætisten er der overvejende mange kvinder, som synes, at tidsrummene for vejledningerne passer fint ind i deres hverdag:

"Jamen det har passet udmærket... for det har jeg jo sådan set selv fået lov til at bestemme." (Patient 52)

De giver udtryk for, at de selv har mulighed for at bestemme, hvornår det passer ind i deres liv og hverdag, og hvornår de kan have mulighed for at komme ind til Sund Info. Fleksibiliteten af tilbuddet synes derfor for de fleste kvinder at være tilstrækkeligt. Der er dog nogle kvinder, som har oplevet, at tidsrummene har været for dårlige, så de har stoppet hos diætisten, fordi de ikke synes, at fleksibiliteten har været god nok i forhold til dem og deres hverdagsliv:

"Nej, jeg vil gerne, rigtig gerne have fortsat på det. Jeg havde brug for opbakning og noget støtte og noget vejledning. Men det kan ikke lade sig gøre at være på arbejdsmarkedet, og så de tider der." (Patient 8)

"Det gav nogle begrænsninger ja, det gjorde så. Så der ville det have været fint, at der var noget om aftenen eller senere ikke også på eftermiddagen." (Patient 11)

Få kvinder har dog lidt blandede følelser i forhold til tidsrummene for vejledningen:

"Altså det har i hvert fald krævet meget fleksibilitet af os og få det til at fungere, men det er selvfølgelig også mig, der gerne vil det, så det er vel okay." (Patient 73)

Her er der altså en eller anden tankegang om, at tidsrummene nok ikke helt passer ind i hverdagen for denne kvinde, men at hun har lyst til at finde tid til det, fordi hun gerne vil det og derfor også på en eller anden måde mener, at det er hendes eget ansvar at finde tid og plads til det.

Kvinderne mener overvejende, at kostvejledningens tider er fleksible og passer godt ind i deres hverdag. Dog er der nogle få, som har lidt blandede følelser omkring det, og egentlig både synes det er deres eget ansvar at få det til at fungere i hverdagen, men samtidig også mener, at tiderne måske ikke passer dem optimalt. Yderligere mener nogle kvinder, at tilbuddet ikke er fleksibelt nok i forhold til aftaler med diætisten, og at en mulighed måske kunne være aften- eller sene eftermiddagstider.

7.2.4 Påvirkninger i hverdagen

I spørgsmålet om, hvorvidt der er nogle påvirkninger i hverdagen, som har en betydning for kvindernes resultat af kostvejledningen, spænder udsagnene vidt. Flere kvinder oplever god støtte hjemmefra familien, hvor mand eller børn er gode til at støtte og bakke op omkring en ny livsstil med sundere mad:

"Jamen min mand har bakket mig rimelig meget op i forhold til kosten. (...) Ja han trænger på ingen måde til at tage sig overhovedet, men stadig har han haft meget fokus på at få lavet noget ordentlig mad og få spist de flere grøntsager, det tager han heller ikke skade af eller sådan." (Patient 79)

Derudover er der en stor del af kvinderne, som ikke synes, de oplever nogen påvirkning i deres hverdag i forhold til det resultat, som de har opnået i kostvejledningen. Derudover er der også nogle kvinder, som ikke mener, de behøver støtte, fordi de føler, at kostvejledningen og livsstilsændringen er deres eget projekt og derfor deres eget problem og ansvar. Der er dog nogle kvinder, som oplever negative påvirkninger både rent fysisk, men også rent psykisk, som de føler har gjort det svært enten at forsætte i forløbet eller forsætte med livsstilsændringen.

Fysisk oplever nogle af kvinderne begrænsninger i forhold til deres inkontinens, som gør, at de føler sig begrænsede i at kunne opfylde de elementer, som de selv mener burde være en del af deres nye livsstil:

"(..) Inkontinensen, har absolut gjort det svært at gøre noget, fordi jeg ikke har kunnet motionere så meget." (Patient 16)

Kvinderne oplever også begrænsninger i forhold til andre operationer, som har givet dem nogle fysiske begrænsninger i hverdagen:

"Altså for mig har det jo været enormt svært, fordi jeg ikke kan være fysisk aktiv, da jeg er fysisk begrænset i og med at min ryg er stivgjort." (Patient 73)

Også træthed og manglende energi kan medvirke, at det ikke altid er lige nemt at overskue en madplan eller være fysisk aktiv.

Kvinderne oplever også psykiske påvirkninger i hverdagen, som har en negativ effekt i forhold til deres opretholdelse af vægttab eller fortsætte deres deltagelse i kostvejledningen:

"Og så også den første gang jeg var her, jeg har været her, meldt til ad to omgange... det var det fordi at jeg var psykisk nede." (Patient 28)

Derudover har elementer som skilsmisser, trøstespisning og dødsfald i omgangskredsen betydning for kvindernes deltagelse i kostvejledningen, samt opretholdelse af vægttab.

Nogle af kvinderne har positive påvirkninger i hverdagen i form af støtte fra familie og venner, imens nogle kvinder slet ikke føler, at de oplever nogen påvirkning i hverdagen. Samtidig er der flere kvinder, som oplever negative påvirkninger i form af enten fysiske eller psykiske begrænsninger, som gør, at de har svært ved at opnå resultater og har svært ved at vedligeholde deres vægttab eller svært ved at fuldføre forløbet.

7.2.5 Kombination af primærbehandling og kostvejledning

I spørgsmålet om, hvorvidt kvinderne kan se, hvorfor der vælges at kombinere deres primære behandling, såsom operation, bækkenbundstræning, medicin og råd og vejledning fra læger, sygeplejersker eller fysioterapeuter, med kostvejledning svarer størstedelen, at de godt kan se sammenhængen:

"Ja, ja jo flere kilo der trykker på blæren, jo større er sandsynligheden jo for at lække jo." (Patient 8)

"Ja, fordi de siger, det har meget med vægten at gøre også, så hvis man ikke vejede så meget så, jamen så trykkede man ikke så meget på blæren og alt det her." (Patient 28)

Der er dog også nogle kvinder, som er uvidende omkring, hvorfor de henvises til kostvejledning:

"Jeg blev spurgt om jeg var interesseret i, at komme til en diætist, som kunne foregå her i huset. Og så tænkte jeg, er jeg virkelig så fed. Jeg vidste godt, at jeg havde taget på, men så sagde jeg, at det ville jeg selvfølgelig gerne. Og det var det, som jeg fik at vide, der var ikke nogen forklaring om hvorfor, faktisk ikke engang om de synes, at mit BMI var for højt eller noget. Så det har jeg selv måtte tænke mig til, eller hvad det er, man skal sige." (Patient 19)

Der er altså flest kvinder, som godt kan se meningen i, hvorfor deres primære behandling kombineres med kostvejledning. Dog ses det i citaterne, at nogle af disse ved det, gennem information fra sygeplejersker og læger fra Gynækologisk og Urologisk Afdeling, hvorimod andre selv godt kan se, hvorfor der vælges at kombinere med kostvejledning. Der er dog også nogle af kvinderne, som ikke har nogen ide om, hvorfor de er blevet henvist til kostvejledning, og ikke kan se, hvordan det skal afhjælpe dem med deres inkontinens.

7.2.6 Fysisk kunnen

Kvinderne blev i interviewet spurgt, om de havde oplevet nogen forandring i deres fysiske kunnen fra de startede i forløbet og til efterfølgende. Hertil svarede kvinderne halvt om halvt, at der enten havde været en forandring eller ingen.

Kvinderne, som oplever en forandring i deres fysiske kunnen, udtrykker at flere elementer, kan skyldes dette. Nogle kvinder oplever eksempelvis en forbedring i den fysiske kunnen efter de har fået foretaget operation:

"Altså før jeg fik øh, før jeg blev opereret for inkontinens, der var det, der var det rigtig træls, fordi øh... nu er det mest cyklen jeg gør i, eller gjorde den gang i hvert fald. Og det var altså ikke særlig smart og sidde med forskellige ting og sager, det kan man ikke, slet ikke til en spinning, så det er jo

sådan noget med og hurtigt ned og håbe på, at man ikke lugtede. Det problem det har jeg jo så slet ikke i dag.” (Patient 52)

Yderligere udtaler en kvinder, at hun har opnået en helt anden afslappethed i sin inkontinens efter operation:

”Altså ... øh... jeg kan godt mærke, at jeg er blevet mere, hvad skal man sige, jeg er blevet mere afslappet og de ting, og også turde løbe og hoppe. Altså gøre nogle af de ting, jeg ikke rigtig har kunnet turde, eller kunne gøre før, eller i hvert fald holdt tilbage med, fordi at jeg ikke har vist, hvornår det var, hvad skal man sige, flød ud.” (Patient 65)

Hvortil en anden kvinde også har oplevet en ændring fra at være begrænset i at lave og udøve mange ting fysisk, til at der ikke er nogen begrænsning i dag ved at have fået en operation:

”Altså det var begrænset, hvor meget motion det blev til, fordi at, ... jeg kunne ikke sådan, hvis der var glat eksempelvis, og hvis jeg så var ved at falde lidt eller et eller andet, så kom der bare vand. Og det var ikke bare sådan, at man fik en våd plet i sine bukser, der kom meget. Og det gør lidt, at man er meget påpasselig, og rent mentalt ikke har det ret godt med at udøve nogle ting, når man er i nærheden af andre mennesker, fordi man synes, det er pinligt. Det har jeg i hvert fald fået væk, og det synes jeg er rigtig rigtig dejligt.” (Patient 18)

Andre kvinder har via forløbet oplevet, at den fysiske kunnen positivt har forandret sig:

”Jeg motionere mere end jeg nogensinde har gjort, lige nu ja. Og det er på grund af at jeg har tabt mig, at jeg har fået lyst til det. ja.” (Patient 4)

Hertil oplever en anden kvinde, at et vægttab har gjort hendes gigt mindre betydende, så hendes fysiske kunnen er forbedret:

”Ja, altså det er blevet meget meget mere anderledes, det synes jeg. For før der døjede jeg meget med gigt, og jeg har haft det sådan, at jeg næsten ikke kunne gå, så det er blevet noget bedre.” (Patient 39)

En kvinde oplever også forbedring i inkontinensen ved hjælp af deltagelse i kostvejledning, men er stadig inkontinens i mindre grad:

”Ja. Fordi det har helt sikkert hjulpet rigtig meget at være med på det her hold, men det bliver heller aldrig 100 % godt. Men, ... det mangler lige lidt for at det bliver rigtig godt. Jeg er stadig væk ret nervøs ... kender alle toiletter sådan, når man skal nogle steder. Altså det, alle de ting de ligger stadig på rygraden, og jeg bliver stadig frygtelig ked af det, nu når at det sker. Så der er stadig ting,

jeg afholder mig fra, sådan bevidst at gøre. Men der er også flere ting, hvor jeg sådan for eksempel, at jeg prøver at gå på nogle hold med noget træning nu, og så må det bære eller briste.” (Patient 16)

Som patient 16 udtaler, dyrker hun dog stadigvæk motion og forsøger sig med at være fysisk aktiv, selvom inkontinensen stadig er et problem. Dette billede tegner sig også for andre kvinder, som har en oplevelse af, at kostvejledningen har givet dem mod på at være mere fysisk aktive, selvom de stadig lider af inkontinens i en eller anden grad.

Nogle kvinder har ikke oplevet nogen forandring i deres inkontinens eller fysiske kunnen og føler sig derfor stadig begrænsede i at være aktive:

”Jamen det er fysisk aktivitet. Altså jeg kunne jo sagtens... på den her årstid, jeg kunne jo godt tænke mig at komme ud og hoppe på trampolin og så videre. Det vil jeg ikke gøre, fordi der ved jeg simpelthen, at der vil jeg komme til at lække.” (Patient 51)

Der er nogle kvinder, som oplever en forbedring i deres fysiske kunnen og nogle, som ikke gør, hvilket er meget ligeligt fordelt mellem kvinderne. Kvinderne som oplevede en forandring i deres fysiske kunnen skyldes forskellige elementer, hvoraf kvinderne kan deles op i grupper; de kvinder som har opnået en positiv forandring, fordi de har fået foretaget en operation, de kvinder som har opnået en positiv forandring uden operation, og de kvinder som på trods af deres inkontinens ikke vil være begrænsede i deres fysiske kunnen, hvorfor de også har en forbedring i deres fysiske kunnen. Yderligere er der kvinder, som stadig føler sig begrænsede i deres fysiske kunnen på grund af, at deres inkontinens ikke er blevet afhjulpet via kostvejledningsforløbet og vægttab.

7.2.7 Socialt liv

Til spørgsmålet om kvinderne har mærket nogle ændring i deres sociale liv efter de har deltaget i kostvejledningsforløbet, er der hertil flere meninger. Nogle kvinder oplever, at det at være social med sin familie, også fysisk, er blevet forbedret efter kostvejledningen grundet forbedring i inkontinens:

”Ja... altså jeg kan jo... altså nu, jeg laver det samme, som jeg plejer at gøre. Men jeg kan hjælpe min mand med at løfte tunge ting, og jeg kan rende og hygge mig med mine børn.” (Patient 28)

Et antal kvinder oplever en begrænsning i deres sociale liv grundet deres inkontinens - også efter kostvejledningen, så de ikke føler, at der er sket nogen ændring og stadig føler sig begrænsede:

”Jo mere ondt jeg har, jo mere løber det. Øh... og det er så irriterende, og det kan godt sådan hindre socialt, faktisk set.” (Patient 14)

Nogle kvinder har dog ikke oplevet nogen begrænsning i det sociale liv, hverken inden eller efter kostvejledningsforløbet. De føler ikke, at inkontinensen er begrænsende for dem:

"Nej det vil jeg egentlig ikke sige, ikke socialt sådan, det synes jeg ikke, at det gør. Ja, men altså jeg tænker da over det." (Patient 82)

Igennem analysen omkring ændringer i kvindernes sociale liv før og efter kostvejledning, er der flere meninger om, hvorvidt kvinderne har følt en forbedring i deres sociale liv, om det er meget det samme, eller om der er sket en forværring. Nogle af kvinderne udtrykker forbedring, og nogle mener stadig, at det hindrer dem socialt, mens andre ikke mener, at der har været så meget begrænsning inden kostvejledningsforløbet.

7.2.8 Selvværd, selvtillid og velvære

Inden for kategorien selvværd, selvtillid og velvære dukker forskellige temaer op hos kvindernes udsagn. Nogle kvinder oplever deres inkontinens som tabubelagt:

"(...), det er et tabuemne for mit vedkommende (...) Det er fuldstændig tabu. Mine børn ved det, heller ikke. Der er ikke nogle, som ved det, for jeg synes, det er så pinligt og så flovt, at man gør det." (Patient 82)

Mens én enkelt kvinde ikke oplever inkontinensen som tabu:

"Nej nej overhovedet ikke, det er ikke noget tabu på nogen måde." (Patient 14)

Andre kvinder er rigtig kede af deres tilstand og er påvirket af det, når de lækker:

"Jeg bliver stadig frygtelig ked af det, nu når det sker." (Patient 16)

"Jamen, jeg synes, at det er træls. Jeg synes, at det er meget ukvindeligt ... øh ... Jamen har jeg sådan en periode, hvor jeg hoster og ... så er det helt sikkert noget, som påvirker mig, helt vildt altså. Fordi det er rigtig træls at rende rundt med." (Patient 51)

Nogle kvinder har lært at indrette sig efter deres problem, hvor det har en påvirkning på deres liv, men de har indset, at sådan er det, og det må de leve med:

"Jeg har lært at indrette mig. For før vil jeg sige, at der var det en kamp imod det, nu har jeg lært sådan, at arbejde lidt mere med det." (Patient 68)

Flere kvinder oplever dog en forbedring af deres selvværd, selvtillid og velvære efter de har deltaget i kostvejledningsforløbet:

"Jeg er blevet mere glad, det er jeg virkelig. Jeg synes, at det er en dans, på den måde sagt, at jeg har haft knækket koden til noget, der virker på min krop." (Patient 18)

"Ja jeg synes i hvert fald, at jeg har fået meget mere selvværd, end jeg havde før. (...) Jeg føler mig mere glad nu. Jeg føler, det er en drøm, som jeg nok har haft i mange år, og som jeg nok måske havde opgivet. Som jeg så fik det sidste spark, jeg har i mange år drømt om at komme ned og være tocifret, bare det at komme derned var jo ... jordens største drøm og få det." (Patient 43)

"Der er jeg i hvert fald blevet mere glad, fordi at jeg kan mærke for det første, at jeg taber mig, jeg kan mærke, jeg får mere energi, jeg kan mærke, at jeg får det bedre, og jeg kan mærke, at jeg får bedre selvtillid, fordi yes jeg kan godt, altså (PATIENT 61 GRINER). Så det gør jo, at man jo bliver gladere." (Patient 61)

"Og det var bare helt vildt fedt, fordi der havde jeg bare et resultat, altså der kunne man se, fra at vi ligesom havde været sammen med vores venner og familie i alle mulige andre sammenhænge, så kunne jeg bare have en flot kjole på ikke også altså. Som sad godt og sådan noget, så helt klart giver det jo noget velvære." (Patient 62)

Til spørgsmålet om, hvorvidt kvinderne føler sig gladere, mindre glad eller det samme som før, svarer størstedelen, at de er blevet gladere, imens resten af kvinderne føler, at det er det samme, som før de deltog i kostvejledningsforløbet. Der er altså ikke nogle af kvinderne, som føler sig mindre glade efter forløbet sammenlignet med inden. En lang række kvinder oplever at få forbedringer i selvværd, selvtillid og velvære, mens nogle kvinder stadig er påvirkede af at have inkontinens, da de oplever det som tabu og er kede af at lide af tilstanden.

7.2.9 Opsummerende

Opsummerende viser analysen, af de kvalitative interviews, sig ved otte temaer omhandlende den vægtreducerende indsats fra Sund Info og effekter på livskvalitet.

Den vægtreducerende indsats oplever kvinderne overvejende som positiv, men der er delte meninger om den tilgang, som diætisten vejleder på. Derudover er der fra kvindernes side både positive og negative ting forbundet med at blive vejlet på vægten i Sund Infos lokale. Yderligere oplever kvinderne tidsrummene for aftalerne til kostvejledning som fleksible, mens ganske få føler ikke, at tidsrummene passer ind i deres hverdag. Kombinationen af kvindernes primære behandling af inkontinens og kostvejledning opleves generelt som meningsfuldt, hvor der dog er nogle kvinder, som ikke kan se sammenhængen mellem at kombinere med kostvejledning.

Ved effekten af den vægtreducerende indsats på kvindernes livskvalitet, er der her flere elementer, der spiller ind. Kvinderne oplever her påvirkninger i hverdagen i form af; støtte fra familie og venner, samt negative fysiske og psykiske påvirkninger for deres resultat. I forhold til kvindernes fysiske kunnen oplever ca. halvdelen af kvinderne forbedring, imens den anden halvdel ikke ser nogen forbedring grundet deres inkontinens. Der er delte meninger om, hvorvidt der sker ændringer i kvindernes sociale liv. Størstedelen af kvinderne har dog fået det bedre med sig selv, og er blevet gladere efter de har deltaget i kostvejledningsforløbet, mens en mindre gruppe kvinder føler, at der ikke har været nogen ændring.

7.3 Resultattabel over artikler

I det afsnit belyses de seks videnskabelige artikler, som er forefundet gennem den systematiske litteratursøgning til bearbejdningen. Disse seks studier er gennem kritisk læsning ved tjeklister blevet godkendt af specialets forfattere, og søgningen forefindes ved Bilag 2. Studiernes anvendes for at kunne belyse andre interventioner for overvægtige urininkontinente kvinder, og for dermed at kunne vurdere og benytte studiernes resultater til udvikling og forandring af Sund Infos vægtreducerende indsats og generelt. Artiklerne præsenteres i Tabel 10, s. 71-74 og derunder forefindes en gennemgang af de mest relevante resultater fra studierne.

Forfatter & årstal	Titel	Formål & benyttelse	Metode & population	Resultater & konklusion
Vinchurkar & Arankalle (2015)	<i>Integrating Yoga Therapy in the Management of Urinary Incontinence: A Case Report</i>	Formålet med studiet er, at gennemføre en case med en kvinde på 63 år for at forbedre urininkontinens gennem yoga. Denne case rapport kan i specialet benyttes til videreudvikling og forandring i den vægtreducerende indsats.	Case rapport. Der tages udgangspunkt i en overvægtig 62-årig kvinde med stressinkontinens. Kvinden anbefales at ændre livsstil og adfærd gennem et program indeholdende monitoreret yogaterapimoduler med en varighed af 21 dage. Yogaterapien indeholdte fysiske positioner (asanas), regulerede vejrtrækningsøvelser (pranayamas), mediation (dhyana) og ashwini mudra. Kvinden skulle yderligere følge en vegetarisk diæt med begrænset væskeindtag om aftenen og blev anbefalet gåture og mild moderat fysisk aktivitet. Kvinden udfyldte ICIQ-UI SF spørgeskema omkring urininkontinens.	Efter deltagelse i yogaterapi i 21 dage findes en signifikant reduktion i kvindens symptomer på inkontinens. Kvinden udtrykker velvære og selvtillid i hendes sociale interaktioner efter deltagelse. Effekten af yoga kan være et udtryk for træning af endetarms (perineal) musklen og derved hjælpe på inkontinens. 6-dages yoga- og diætprogram viser et fald i BMI og total fedtfrimasse. <u>Konklusion:</u> Det er den første case rapport, der demonstrerer integration af yogaterapi i behandling af urininkontinens. Yderligere lægger studiet op til, at der skal laves klinisk undersøgelse på effekten af yogaterapi i behandlingen af urininkontinens.
Qaseem et al. (2014)	<i>Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical practice Guideline From the American College of Physicians</i>	Formålet med guidelinen er, at præsentere viden og give kliniske råd omkring ikke-kirurgisk behandling af inkontinens hos kvinder. Artiklen benyttes i forhold til forandringsperspektivet - for eventuelt at gå ind og snakke om, at de forskellige typer af inkontinens bør behandles på forskellige måder.	Review. Der er søgt på litteratur i databaserne: MEDLINE, Cochrane Library, Scirus og Google Scholar. Der opsættes begrænsninger i søgningerne, så der kun søges på engelsk litteratur publiceret i perioden 1990 til december 2011.	Bækkenbundstræning alene, i kombination med træning af blæren eller biofeedback samt vægttab ved fysisk aktivitet for svært overvægtige kvinder er effektivt ved forbedring af inkontinens. <u>Konklusion:</u> Anbefaling 1: Den bedste behandling for kvinder med stressinkontinens er bækkenbundstræning. Anbefaling 2: Den bedste behandling for kvinder med urgeinkontinens er træning af blæren.

Forfatter & årstal	Titel	Formål & benyttelse	Metode & population	Resultater & konklusion
				Anbefaling 3: Den bedste behandling for kvinder med blandingsinkontinens er både bækkenbundstræning og træning af blæren. Anbefaling 4: Kvinder med stressinkontinens bør ikke behandles med farmakologisk terapi, da dette ikke har vist sig at have en effekt. Anbefaling 5: Der bør overvejes farmakologisk behandling til urgeinkontinens. Dog kun hvis træning af blæren ikke har haft en effekt hos kvinder med urgeinkontinens, da farmakologisk behandling har vist sig at kunne medføre bivirkninger. Anbefaling 6: Overvægtige kvinder med urininkontinens rådes til at få et vægttab og være fysisk aktive.
Imamura et al. (2013)	<i>Conservative treatment options for women with stress urinary incontinence: Clinical update</i>	Artiklen sammenfatter resultaterne af en engelsk medicinsk teknologivurdering (MTV) omkring konservative behandlingsmuligheder for kvinder med stressinkontinens. Benyttes i specialet for at se på nylige resultater af konservative behandlingsmuligheder for dermed at kunne videreudvikle.	MTV bestilt af the UNK Government's National Institute for Health Research.	Overvægtige, stressinkontinente kvinder, der deltager i et vægttabsprogram, hvor de har et vægttab, kan forbedre deres inkontinens. <u>Konklusion:</u> Vægttabsprogrammer kan benyttes til behandling af overvægtige, stressinkontinente kvinder som behandling ved tidlig indgriben.
Kamel et al. (2013)	<i>Effect of abdominal versus pelvic floor muscle exercises in obese Egyptian women with mild stress urinary incontinence: A randomised controlled trial</i>	Formålet er, at undersøge effekten af bækkenbundstræning til overvægtige kvinder med mild stressinkontinens for behandling af urininkontinens. Studiet kan videre bruges i specialet til at kunne videreudvikle og forandre Sund Infos vægtreducerende indsats og generelt.	RCT studie. 12 ugers bækkenbundstræningsprogram med træning 3 gange ugentligt samt vejledning i sund kost. 30 overvægtige kvinder med mild stressinkontinens fra Egypten der overholder kriterierne 30-40 år, BMI 30-34, og talje-hofte-ratio $\geq 0,8$.	Interventionsgruppen viste ingen signifikant ændring i bækkenbundsmuskelstyrke, mens kontrolgruppen viste en signifikant positiv effekt af ændringen af bækkenbundsmuskelstyrke. <u>Konklusion:</u> Abdominal træning (mavemuskler) kan medvirke til en forbedring af bækkenbundsmuskelstyrke og dermed reducere af urininkontinens.

Forfatter & årstal	Titel	Formål & benyttelse	Metode & population	Resultater & konklusion
			Interventionsgruppen (n=15) får bækkenbundstræning. Kontrolgruppen (n=15) får abdominal træning (maveøvelser).	
Wing et al. (2010)	<i>Improving urinary incontinence in overweight and obese women through modest weight loss.</i>	Formålet er, at undersøge om der er en sammenhæng mellem vægttab og ændringer i urininkontinens. Studiet kan videre benyttes for at kunne undersøge resultater af andre interventioner, for dermed at kunne inspireres til videreudvikling af Sund Infos tilbud.	RCT studie. N=338. Overvægtige kvinder. Kriterier: Minimum 30 år, BMI mellem 25-50 og minimum 10 urinlækager ugentligt, fra Birmingham og Providence, England. Randomiseret i: kontrolgruppe (n=112), interventionsgruppe (n=226). Kontrolgruppen modtager uddannelsessessioner over 18 måneder omhandlende generel information om vægttab, fysisk aktivitet og sunde kostvaner. Interventionsgruppen modtager 6-måneders vægttabsprogram. Efterfølgende 12-måneders vægtvedligeholdelsesprogram. Deltagerne modtager undervisning i vægttab, fysisk aktivitet og sunde spisevaner. Deltagerne deltog i gruppesamtaler og var på diæt på 1200-1800 kcal afhængig af vægt. Vægtvedligeholdelsesprogrammet fokuserede på at øge motivation til vægtvedligeholdelse.	Det blev kigget på sammenhænge efter 6, 12 og 18 måneder. Kvinderne i interventionsgruppen havde et større vægttab end kontrolgruppen. Der var en sammenhæng mellem størrelsen af vægttab og antal af ugentlige urinlækager. Kvinder der tabte 5-10% af deres vægt havde signifikant større reduktioner i urinlækager. Der var ingen yderligere forbedringer i hyppighed af lækager, hvis kvinderne tabte 10% eller mere. Den selvrapporterede tilfredshed omkring urinlækager var forbundet med forbedringer ved vægttab. Ca. 75 % af kvinderne, der tabte 5-10% af deres vægt rapporterede at være moderat tilfredse med deres ændringer i hyppighed af urinlækager. Nogle af de kvinder, der havde en vægtøgning rapporterede forbedringer i lækager, og 40-50% af dem var moderat tilfredse med disse ændringer. <u>Konklusion:</u> Et vægttab mellem 5-10% er tilstrækkelig for at få gode resultater af en mindskelse af hyppighed af urinlækager.

Forfatter & årstal	Titel	Formål & benyttelse	Metode & population	Resultater & konklusion
			Ændringer i urininkontinens blev målt med en selvrapporteret 7-dages lækage dagbog, ble/bind-test og en selvrapporteret tilfredshed.	
Subak (2002)	<i>Does Weight Loss Improve Incontinence in Moderately Obese Women?</i>	Formålet var at evaluere effekten af vægttab på urininkontinens hos overvægtige urininkontinente kvinder. Benyttes i specialet for at kunne se, om der er en effekt på urininkontinens ved et vægttab for bidrage til videreudvikling omkring vægttabsprogrammer.	Prospektiv kohorte fra San Francisco. 10 overvægtige kvinder, 4 eller flere urinlækager ugentligt som deltog i et vægttabsprogram, som brugte kombinationer af diæt, motion og adfærdsændringer. Kvinderne skulle have BMI mellem 25-45. Deltagerne skulle udføre en 7-dages dagbog omkring hyppighed af urinlækager og antallet af bleer/bind. Der blev udført BMI målinger ved baseline og ved afslutning.	Kvinderne havde et gennemsnitligt vægttab på 15 kg, svarende til en BMI reduktion på 5,3 kg/m². Kvinder der opnåede et vægttab havde en reduktion i hyppigheden af urinlækager af 50 %, og 30 % af disse kvinder havde ikke inkontinens mere. Der var ikke nogen signifikant forskel på typen af inkontinens kvinderne havde i forhold til vægttab og resultater deraf. <u>Konklusion:</u> Vægttab fører til reduktion i urininkontinens, dog er der ingen forskelle alt efter hvilken type inkontinens, der er tale om

Tabel 10: Matrix over de udvalgte studier fra den systematiske litteratursøgning, jf. Bilag 2. Angivet ved Forfatter & årstal, Titel, Formål & benyttelse, Metode & population, samt Resultater & konklusion.

7.3.1 Resultatgennemgang

Case rapporten af Vinchurkar & Arankalle finder, at yogaterapi efter 21 dage viser en signifikant reduktion af urininkontinens. Yogaterapi, som behandling af overvægtige urininkontinente kvinder, er et område, der før ikke er forsket på, og studiet foreslår, at der skal laves flere studier for at undersøge effekten af yogaterapi. Yderligere viste studiet, at kvinden i studiet fik bedre velvære og selvtillid i sociale relationer efter deltagelsen. (Vinchurkar & Arankalle, 2015) To af studierne har fokus på bækkenbundstræning, som behandling af urininkontinens (Kamel et al., 2013; Qaseem et al., 2014). Et review viser, at bækkenbundstræning er den bedste behandling for kvinder med stressinkontinens, og for kvinder med blandingsinkontinens er den bedste behandling både bækkenbundstræning og træning af blæren, og den bedste behandling for kvinder med urgeinkontinens er træning af blæren (Qaseem et al., 2014). Det andet studie, som er et RCT finder, at bækkenbundstræning til overvægtige urininkontinente kvinder, over 12 uger med træning tre gange ugentligt ikke viser en signifikant forbedring i bækkenbundsmuskelsstyrke, mens kontrolgruppen, som modtog abdominal træning har en signifikant forbedring i bækkenbundsmuskelstyrke, og dermed en forbedring i urininkontinens. (Kamel et al., 2013) Flere studier viser, at et vægttab er forbundet med en signifikant forbedring i urininkontinens (Imamura et al., 2013; Subak, 2002; Wing et al., 2013). Et RCT finder, at kvinder, med et vægttab mellem 5-10% af deres baseline vægt har signifikant større reduktion i urinlækager end kvinderne i kontrolgruppen, som havde et mindre vægttab. Kvinder med et vægttab på mere end 10% havde ikke yderligere forbedringer i antallet af urinlækager. Kvinderne rapporterede tilfredshed omkring urinlækagerne, som var forbundet med forbedringer ved vægttab. Kvinderne i interventionsgruppen modtog 6-måneders vægttabsprogram, hvor de modtager undervisning i vægttab, fysisk aktivitet og sunde spisevaner. Herefter modtog kvinderne et 12-måneders vægtvedligeholdelsesprogram, som fokuserede på at øge motivationen. Deltagerne modtog gruppesamtaler og var samtidig på diæt. (Wing et al., 2010) En kohorte fandt ligeledes, at et vægttab havde en reduktion i kvinder urininkontinens. Disse kvinder deltog i et vægttabsprogram, hvor der indgik diæt, motion og adfærdsændringer. (Subak, 2002)

8. Diskussion

Dette kapitel indeholder en diskussion af forskellige elementer i specialet. Der diskuteres først den metodiske fremgangsmåde for specialet i forhold til litteratursøgning, kontakt til deltagere, opfølgning af deltagere, data og metoden til analyse. Dernæst diskuteres analyse og resultater i forhold til indsatsens effekter og deltagernes livskvalitet.

8.1 Diskussion af metode

Dette speciale anvender metodetriangulering, hvor der anvendes kvantitative og kvalitative metoder, da det antages, at forskellige metoder kan benyttes for at indfange samme forskningsgenstand, så en fælles beskrivelse af en samlet virkelighed kan skabes.

8.1.1 Litteratursøgning

Litteratursøgningen er beskrevet med høj detaljeringsgrad, se Bilag 1 og Bilag 2, hvilket øger reproducerbarheden, således at de udvalgte studier kan genfindes, hvis den pågældende beskrivelse følges. I litteratursøgningen blev der foretaget specifikke søgninger. De specifikke søgninger blev foretaget i relevante databaser med tilhørende kontrollerede emneord. Der blev foretaget en begrænset mængde fritekstsøgninger i databaserne, da søgningen ønskedes så specifik som muligt, og for at mindske mængden af irrelevant litteratur. Ved at der overvejende ikke blev foretaget fritekstsøgninger i databaserne, kan dette betyde, at der kan være nye studier, som ikke er fundet, da disse ikke er indekserede med kontrollerede emneord. Der var altså en begrænset mængde af litteratur fra databaserne, og flere referencer fremkom flere gange. Flere studier gik derfor igen både i litteratursøgningen til problemanalysen og i litteratursøgningen til bearbejdningen. For at få den mest relevante, gyldige og præcise litteratur er nogle studier ekskluderet efter kritisk læsning med tjeklister. I litteratursøgningen til bearbejdningen er flere studier ekskluderet grundet forskellige elementer. Der eksisterer en række studier, som er baseret på samme undersøgelse, hvorfor flere af disse studier, der er fremfundet gennem litteratursøgningen, ekskluderes. Derfor er der valgt at benytte det studie, hvor forløbet og metoden er beskrevet mest udførligt. Samtidig er et systematisk review og en metaanalyse ligeledes ekskluderet, da disse er baseret på studier der i forvejen fremgår. Selvom systematiske reviews og metaanalyser ligger på et højt evidensplan, er disse ekskluderet, da der var manglende beskrivelser omkring metodeafsnit og interventionerne. Da litteratursøgningen var med henblik på udvikling og forandring, var dette derfor relevant at inddrage. En artikel (Vinchurkar & Arankalle, 2015) er inkluderet i dette speciale, selvom det er en case-rapport (kasuistik), som tager udgangspunkt i en enkelt kvinde. Selvom denne type studie ligger langt nede i evidenshierarkiet er denne inkluderet, da

det kan anses for at være nyeste viden inden for behandling af inkontinens og overvægt. Med henblik på udviklings- og forandringsperspektivet vurderes dette studie at kunne bidrage, hvorfor den benyttes. Der blev udarbejdet en resultattabel, Tabel 10, for at skabe overblik og troværdighed. Bilag 2 danner yderligere en transparens, omkring den systematiske litteratursøgning, der er med til at øge specialets reproducerbarhed.

8.1.2 Kontakt til deltagere

Alle kvinderne, som havde deltaget i den vægtreducerende indsats, og havde givet samtykke til fornyet kontakt, blev telefonisk kontaktet. Det kan diskuteres, hvorvidt denne tilgang er den rette. Telefonisk kontakt er en måde at få kontakt til mange personer hurtigt. Derimod er breve, mails eller e-boks ikke kontakt med det samme, da deltagerne kan vælge ikke at respondere eller læse disse. På trods af, at der eksisterer positive ting ved telefonisk kontakt, kan en sådan kontakt medvirke til, at nogle kvinder ikke føler, at de kan sige nej, og derfor takker ja til deltagelse på trods af, at de ikke har lyst. Dette kan influere på antallet af deltagere, som møder op til opfølgning. For de kvinder, som møder op til opfølgningen, kan dette også have noget at sige i forhold til, om de overhovedet har lyst til at være til opfølgning, hvilket kan betyde, at kvinderne ikke åbner sig op og fortæller dybdegående om deres problemstilling. Der er derfor fordele og ulemper ved telefonisk kontakt til deltagere, men der har i forhold til tidsbegrænsning været en større fordel ved denne metode, da deltagerne herved har fået en tid med det samme. Dette har sparet tid i forhold til, hvis kvinderne havde fået tilsendt et brev, eksempelvis via e-boks eller Post Danmark, og derved først har betænkningstid. Så ved benyttelse af telefonisk kontakt kan der eventuelt opnås en højere deltagerprocent, end hvis kvinderne selv skulle have kontaktet for at aftale en tid.

I forhold til kontakt til deltagere er der nogen af deltagerne, som der ikke er opnået kontakt til - enten fordi de ikke tager telefonen, eller at deres telefonnummer er ugyldigt. Disse kontakter, som der ikke er opnået kontakt til, er der ikke yderligere gjort noget ved i forhold til at få kontakt til. Denne beslutning er taget i forhold til de tidsmæssige ressourcer, der har været i form af en tidsramme, som har været for smal, hvis der skulle være sendt brev ud til dem, der ikke blev opnået telefonisk kontakt til. Dette ville have givet en længere periode med betænkningstid, og det ville for disse personer have krævet, at de selv har skullet tage initiativ til at kontakte for en tid. Dog kunne brevet være fulgt op med telefonisk kontakt. De, som der ikke opnås kontakt til, bearbejdes ikke videre i specialet. Det er uvist, om disse kvinder adskilte sig fra den gruppe af kvinder, som deltog i opfølgning, hvorfor der kan forventes andre kvalitative og kvantitative resultater. Særligt fordi det var en forholdsvis stor gruppe kvinder, som der ikke blev opnået kontakt til.

Nogle af de kvinder, som blev kontaktet telefonisk, følte ikke, at de havde tid eller ressourcer nok til at kunne deltage i opfølgningen, og de meldte derfor fra ved den telefoniske kontakt. Her kan det

diskuteres, om der burde have været et tilbud, vedrørende at denne gruppe af kvinder kunne være blevet tilbudt opfølgning i deres hjem. Dette ville have imødekommet deltagerens manglende tid, overskud og ressourcer. Ulemperne ved denne fremgangsmåde havde dog været, at måling med Tanita vægten ikke havde været en mulighed. Måling af deltagerne ville derfor have været med en almindelig personvægt - forbundet med usikre målinger og ingen mulighed for viden om blandt andet fedt% og muskelmasse. Derudover ville det have været tidskrævende samt økonomisk krævende at have tilbudt denne gruppe af kvinder denne type opfølgning, og dette har ikke været en mulighed ved dette speciale. Omvendt kan det diskuteres om kvindernes udtalelse ved den telefoniske kontakt var reel. Det kan forestilles, at nogle vil have sagt, at de ikke havde tid, som et nej tak 'pakket ind'. Beslutningen om at ekskludere disse kvinder måtte derfor være en nødvendighed.

De kvinder som blev telefonisk kontaktet, men takkede nej til opfølgningen i Sund Infos lokaler, blev der som før omtalt, tilbudt telefoninterview. Denne beslutning omkring at foretage telefoninterview blev taget pludseligt, da en del kvinder gav udtryk for, at de gerne ville deltage, men ikke havde mulighed for at deltage i opfølgningen. Dette var ikke element, som var planlagt grundigt, og dette burde have været overvejet inden den telefoniske kontakt til kvinderne blev påbegyndt. Ved disse interviews er der data, som er mangelfuldt belyst, og disse omhandler kvindernes boligtype og boligform. Der eksisterer ved de kvantitative beregninger derfor data som er mangelfulde. Yderligere er der i telefoninterviewene selvrapporteret data, hvorfor der kan være usikkerheder forbundet hermed. Deltagerne har selvrapporteret deres vægt, hvilket kan medføre usikkerheder. Kvinderne kan have en forkert forestilling omkring deres vægt, eller de kan vælge at under- eller overestimere den. Det kan yderligere også forventes, at det er reelle tal, som er blevet rapporteret. På trods af usikkerheder, er telefoninterviewene alligevel medtaget, da de bidrager til en højere deltagelsesmængde. Deltagerens data indhentes fra journaloplysninger, hvorfor det er en mindre mængde data, som er selvrapporteret.

8.1.3 Opfølgning af deltagere

Der er foretaget en pilottest inden opfølgningen. Dette blev udført for at sikre, at de elementer, som var i opfølgningen, var forståelige og virkede efter hensigten. Da pilottestningen blev foretaget på en enkelt person, kan det diskuteres om denne pilottestning var tilstrækkelig. Der burde være foretaget en pilottestning på en målgruppe lignende den, som deltog i dette speciales opfølgning. Dette kunne have været foretaget ved at benytte de første kvinder i opfølgningen. Dette ville have været en mere optimal fremgangsmåde for at sikre en bedre validitet. I opfølgningen oplevede de to specialestuderende, at kvinderne forstod elementerne, hvorfor specialets pilottestning vurderes tilstrækkelig.

Der er i forbindelse med opfølgningen fastsat dage og tidspunkter, hvor kvinderne havde mulighed for at vælge mellem disse tider og dage. Der blev med disse tidspunkter forsøgt at ramme så bredt som

muligt ved at inkludere alle ugedage mindst en gang med undtagelse af tirsdage, hvor det ikke var muligt at være i Sund Infos lokaler. Desuden var det muligt at få en tid en lørdag, og der blev afsat tider i løbet af døgnet for at ramme så bredt som muligt. Det var dog ikke muligt at benytte Sund Infos lokaler i tidsrummet 10-14, hvorfor der ikke blev tilbudt tider i dette tidsrum. Der blev således tilbudt tider til kvinderne i tidsrummene 7-10 og 14-17.15. Dette blev gjort med et sigte om, at få høj deltagelsesprocent. Dog kan det diskuteres, hvorvidt dette tidsrum var bredt nok, eller om det har begrænset nogle mulige deltagere i deltagelse. Der var ikke nogle kvinder, som udtrykte dette ved den telefoniske kontakt, men der var udeblivelse af fem kvinder, hvorfor det kan diskuteres, om dette kan begrundes i, at kvinderne ikke kunne få tiden alligevel til at passe ind i deres hverdag eller om det skyldes andre elementer.

Til aftalerne ved opfølgningen blev der afsat 30 min til hver kvinder. Det kan diskuteres, hvorvidt dette tidsrum er optimalt, eller om det har medvirket til en begrænsning i indsamlingen af data. Der blev via brevet til kvinderne udtrykt, at der ca. var afsat 30 minutter. Det var dog ikke en fastsat tidsramme, så opfølgningen blev i stedet afsluttet, når den studerende vurderede, at indsamlingen var færdig, og de pågældende kvinder ikke havde andre tilføjelser. Dette tidsrum synes ikke at begrænse de studerende, men hvorvidt dette føltes for deltagerne, vides ikke. De semistrukturerede kvalitative interview havde stor variation i tid, fra ca. 4 til 26 minutter og den resterende opfølgning, indeholdende information og underskrivning af samtykkeerklæring, vejning og udfyldelse af spørgeskemaer, var passende i forhold til det på forhånd fastlagte tidsrum på 30 minutter. Nogle opfølgninger havde dog en længere varighed end de 30 minutter, men dette var ikke af stor betydning, da opfølgningssamtalerne ikke lå komprimeret.

Ved opfølgningen blev der budt velkommen til kvinderne, og der blev informeret om programmet, og samtykkeerklæringen blev skrevet under. I mødet med kvinderne blev Sund Infos lokaler, som kvinderne var bekendte med, benyttet. Dette kan både give fordele og ulemper. Fordelene ligger i, at kvinderne har været i lokalerne før, og derfor muligvis finder det betryggende at være der. Nogle af aftalerne blev foretaget i Sund Infos store lokale, som også er et informationscenter, hvor det kunne være en ulempe at være. For at kunne benytte dette lokale, blev der lavet en opdeling af lokalet, da lokalet også benyttes af Sund Infos sekretær. Dette kan have betydet, at kvinderne har været tilbageholdende med oplysninger omkring eventuelt negative ting forbundet med Sund Info. Derudover blev diætistens kontor benyttet til nogle af interviewene, hvor der kan argumenteres for fordele og ulemper. Også her er fordelene, at kvinderne har kendskab til kontoret, og derfor ikke er på en fremmed lokation, hvor de kan føle sig utrygge. Dog er ulemperne, at kvinderne kan være begrænsede i, at udtrykke holdninger omkring indsatsen og den kliniske diætist. Flere konstruktive elementer til indsatsen kan

derfor blive tabt, i at undersøgelsen udførtes i Sund Infos lokaler, men giver samtidig mulighed for at skabe trygge rammer.

Kvinderne blev i opfølgningen vejlet på en bioimpedansmåler, og denne vægt er placeret i Sund Infos informationscenter. Dette lokale kan, på trods af dets størrelse og andre formål, være opfattet som et mindre privat rum. Nogle kvinder har følt ubehag, og de har følt sig til offentlig skue, ved at blive vejlet på vægten i dette lokale. Det kan tænkes, at nogle kvinder har takket nej til deltagelse i opfølgningen, da de har et kendskab til vægtens placering, som anses at være negativt for nogle af kvinderne. Der benyttes en Tanita vægt, jf. Kapitel 5, og det kan diskuteres, hvorvidt vægten giver den mest præcise måling af kvindernes vægt, BMI og fedt%. En mere præcis måde at foretage en bioimpedansmåling på, foregår således, at en personen lægger sig fladt på en ikke-ledende overflade med elektroder fastgjort på overfladen af foden og håndleddet, og som forbindes med måleapparatet. Herefter indføres en smertefri og svag elektrisk strøm fra hånden til foden. (McArdle, Katch & Katch, 2008; Aalborg Universitetshospital, 2013) Derudfra måles mængden af fedt, muskler og væske, hvorigennem strømmen løber med forskellige hastigheder (Aalborg Universitetshospital, 2013). Der er dog også flere usikkerheder forbundet med denne måling, da kropssammensætningens forudsigelse afhænger af ekstra input data såsom eksempelvis alder, køn, niveau af fedme og eventuelt race. Hvis disse ikke er præcise nok, vil en lille afvigelse i de ekstra input kunne give store forskelle i impedansmålingen, og derved give større afvigelser i fedt%, hvilket vil påvirke reliabiliteten af målingen. (McArdle, Katch & Katch, 2008) Tanita vægten er benyttet i opfølgningen, for at kunne opnå et sammenlignings grundlag med tidligere målinger. Da bioimpedansmålinger i Sund Info måles med Tanita vægten, vil det mest præcise og pålidelige, i forhold til de tidligere målinger, derfor være Tanita vægten, selvom der kan være nogle usikkerheder forbundet hermed. Dog vil disse usikkerheder også have været gældende for kvindernes tidligere målinger.

I forbindelse med udfyldelse af de selvrapporterede spørgeskemaer i opfølgningen, fik kvinderne information omkring, at de til enhver tid kunne spørge, hvis der var nogle spørgsmål til skemaerne. Det er dog observeret, at nogle kvinder har udfyldt spørgeskemaerne utilstrækkeligt. Derfor havde det været optimalt, hvis der var udarbejdet en procedure for tjek af skemaerne, udført af de studerende. Dette ville have sikret data og mindsket risikoen for manglende data og dermed øget indsamlingens reliabilitet.

De semistrukturerede kvalitative interviews som er udført i opfølgningen, er forbundet med en række overvejelser. Der kan være recall bias i kvindernes udsagn, da kvinderne bliver bedt om at huske tilbage. Derved kan der være en over- eller undervurdering af data. Der kan være en forestilling om, at nogle kvinder ikke havde tillid til de studerende, hvorfor der kan stilles spørgsmålstejn ved, om der blev målt det tilsigtede. Dette kan ses i de udtalelser, som kvinderne havde fra det kvalitative interview, omkring

påvirkninger i hverdagen, som havde indflydelse på deres forløb. Nogle kvinder udtalte omkring dette, at der ikke var nogle elementer, som påvirkede dem i deres hverdag i forhold til at kunne have et succesfuldt vægttab. Det kan dog diskuteres, om dette reelt er korrekt, da der altid vil forventes en eller anden form for påvirkning. Der er i interviewene forsøgt ikke at spørge ledende på trods af, at nogle deltagere har været tilbageholdende på nogle områder, hvorfor der blev spurgt nærmere ind til spørgsmålets omdrejningspunkt. Dette er gjort for at tydeliggøre det allerede sagte, og samtidig få et uddybende svar, og for at tjekke om udsagnet er forstået korrekt fra interviewerens side. Det kan diskuteres, om nogle af disse opfølgende spørgsmål har været ledende, selvom dette er forsøgt undgået. I interviewene blev der i nogle tilfælde udtrykt korte svar fra kvinderne, hvilket kan skyldes, at de eventuelt ikke følte sig fortrolige med de studerende, og at tilstanden, urininkontinens, er forbundet med et tabu. Interviewene kan modsat have medvirket til, at kvinderne har åbnet sig omkring deres problemstillinger, hvilket kan være forbundet med en hensigtsmæssig konsekvens. Der er dermed både fordele og ulemper ved, at kvinderne ikke har stiftet bekendtskab med de studerende forud for opfølgningen. Yderligere kan der for nogle kvinder opstå en utryghed i forbindelse med optagelse af interviewene, dette på trods af, at de selv godkender at samtalerne må optages. Dette udtrykkes specifikt af en kvinde, hvor der opleves en form for distance til at starte med, da der fornemmes, at hun ikke var bekvemt ved at sidde og snakke, da samtalen blev optaget:

" (...) øhm, nu skal jeg lige glemme, at den der, er der." (Patient 4)

Det at kvinderne er bevidste om, at de bliver optaget, kan derfor være en barriere for at tale frit og dybdegående om de pågældende emner.

Interviewene, som fremgangsmåde til indsamling af kvindernes livskvalitet, kan diskuteres. Der eksisterer forskellige metoder til måling af livskvalitet, og det kan derfor diskuteres, om semistruktureret kvalitativt interview har været den mest optimale. Spørgeskemaet ICIQ-UI SF kunne eventuelt have været benyttet som en måling af kvindernes livskvalitet, omhandlende urininkontinens, da kvinderne hertil spørges ind til påvirkningen af problemstillingen i forskellige hverdagssituationer. Dette skema er dog udelukkende benyttet i specialet, for at undersøge om kvinderne har haft en reducere i inkontinens, hvorfor der ikke er set på de livskvalitetsmæssige elementer.

8.1.4 Data

Data fra journaler og egen indsamling er af begge specialets forfattere indtastet, således at der blev lavet to Epidata filer. Denne overvejelse, om dobbeltindtastning, blev gjort for efterfølgende at kunne tjekke for indtastningsfejl, da de to datasæt blev sammenlignet via et værktøj i Epidata. Herved sikredes, at der

ikke var nogen fejlindtastninger, da elementer der ikke var tastet ens ind, blev tjekket. Dette var medvirkende til, at opnå en høj reliabilitet af data til den videre bearbejdning.

Der er flere steder i datasættet, hvor der er manglende data, hvilket skyldes flere elementer. Telefoninterviewene er foretaget med nogle lidt andre spørgsmål, end i opfølgningen, hvorfor der her er manglende information om boligforhold for kvinderne i telefoninterviewene, hvilket tidligere er diskuteret. Derudover er der for kvinderne, som fik foretaget telefoninterview, ikke nogen fedt%, da kvinderne kun havde mulighed for at oplyse deres vægt. Yderligere er der usikkerheder forbundet med data fra telefoninterviewene, da kvinderne har selvrapporteret data. Her kan der forvente en underrapportering af vægt. På baggrund af denne overvejelse blev der ved de kvantitative beregninger undersøgt, om grupperne var ens. Grupperne blev fundet at være ens ud fra beregningerne, og derfor blev data analyseret samlet.

8.1.5 Analyse

I analysen af data blev der foretaget to typer af analyser; en analyse af de kvalitative interviews og en analyse af de kvantitative data.

I analysen af de kvalitative interviews blev der forsøgt ikke at overanalysere og dermed ikke skrive noget, som deltagerne ikke udtrykker. Dette gøres for ikke at præsentere og analysere elementer, som kvinderne ikke har udtrykt og mindske risiko for fordrejning af deres udsagn. I analysen blev der inddraget flere citater for at sikre dette, og samtidig for at tydeliggøre kvindernes egne udsagn. Gennem analysen er der forsøgt, at bibeholde kvindernes egne udtryk, for dermed at opnå reliabilitet i analysen af de kvalitative interviews.

I de kvantitative analyser er der foretaget simpel statistik. Dette skyldes, at data med 49 deltagere ikke er et stort datasæt, hvorfor mere komplicerede kvantitative beregninger ikke er mulige. Analysen af de kvantitative resultater holdes derfor til t-tests og lineær regressionsanalyser. I de kvantitative beregninger er der yderligere taget en beslutning om, at der kun blev inddraget data og resultater fra kvinder, der enten var med i opfølgningen eller i telefoninterviewene. Ved beregning af baseline, er det derfor en baseline i forhold til kvinderne, der deltog i opfølgningen og telefoninterviewene, og ikke en baseline for alle de kvinder, som deltager i den vægtreducerende indsats. Dette begrundes i, at kvinderne, som der ikke er opnået kontakt til eller har takket nej til deltagelse, ikke har givet samtykke til at indgå i dette speciale, hvorfor det anses at være uetisk, at inddrage disse kvinder i bearbejdningen.

For kvinderne som fik foretaget telefoninterviews, er der manglende data om fedt%. Dog kunne fedt% ved baseline på de kvinder, som deltog i telefoninterviewene, med fordel have været inddraget. Dette ville have givet et mere præcist billede af baseline. Der er alligevel taget en beslutning om, ikke at

inddrage fedt% for kvinderne i telefoninterviewene, da specialet søger at måle effekter i fedt%, hvilket derfor ikke have været muligt kun med en baselinemåling for kvinderne i telefoninterviewene.

Der eksisterer forskellige antal kvinder i de kvantitative analyser, som blandt andet skyldes manglende data eller fejludfyldninger. Eksempelvis ses dette ved inkontinens (ICIQ-UI SF score) for opfølgningen, hvor der er en manglende værdi, hvorfor antallet af kvinder er 48 og ikke 49, som er det fulde antal kvinder i specialet. Dette skyldes, at en enkelt kvinde har fejludfyldt dette skema. Sådanne mangler forekommer også andre steder i data, som er forbundet med fejludfyldninger og manglende oplysninger, eksempelvis journaloplysninger. På trods af manglende data er der gjort overvejelser omkring påvirkning af disse datamangler i de kvantitative beregninger.

8.2 Diskussion af specialets resultater

I diskussionen omkring specialets resultater indgår resultater fra de kvantitative analyser, jf. Afsnit 7.1, analysen af kvalitative interviews, jf. Afsnit 7.2, samt resultatet af den systematiske litteratursøgning, jf. Afsnit 7.3. Derudover kobles disse resultater til relevante teori fra problemanalysen, jf. Kapitel 2, i form af begreberne stigmatisering og livskvalitet, samt teori omhandlende den motiverende samtale, magt og autonomi jf. Kapitel 6. Diskussionen bygges op efter specialets problemformulering, hvorfor der først diskuteres, hvorvidt den vægtreducerende indsats har effekter på vægt, urininkontinens og livskvalitet. Dernæst diskuteres det, om sociale forhold påvirker gennemførelse af indsatsen. Denne diskussion skal munde ud i en besvarelse af sidste del af problemformuleringen omhandlende, udvikling og forandring af tilbud til overvægtige, urininkontinente kvinder.

8.2.1 Effekter i den vægtreducerende indsats i forhold til vægt og urininkontinens

Der har været 33 kvinder til opfølgning i Sund Infos lokaler, mens der har været 16 kvinder, der har medvirket i telefoninterview. Det kan tænkes, at de kvinder som har medvirket i opfølgningen, har været de kvinder, som har opnået de bedste effekter på vægt og inkontinens, mens de kvinder som har takket nej til deltagelse, kan tænkes at have haft mindre eller ingen effekter. I de kvantitative beregninger blev der derfor undersøgt, om der var forskel de to grupper imellem, for at undersøge, om der var signifikant forskel i vægt, BMI og fedt%. Denne beregning lagde grund for argumentet om, at de to grupper, opfølgning og telefoninterview, kunne analyseres sammen som én gruppe, opfølgning. Der er dog usikkerheder forbundet med, at kvinderne fra telefoninterviewene havde selvrapporteret data. Derfor er der usikkerheder omkring effekterne, da det er uvist, om disse effekter er reelle. Der blev dog vurderet, at denne rapportering måtte forventes nogenlunde præcis, da der ikke var nogen signifikant forskel mellem grupperne.

Effekterne af den vægtreducerende indsats, i forhold til vægt og urininkontinens, viste sig i form af de kvantitative beregninger. Det viste sig, at de kvinder, der deltog i indsatsen har haft et signifikant væggtab fra deres baseline og til deres afslutning hos den kliniske diætist på -3,2 kg ($P = 0,000$). Fra baseline til dette speciales opfølgning har kvinderne haft et signifikant væggtab på -2,7 kg ($P = 0,001$). Hvis der udelukkende fokuseres på vægt, har kvinderne tabt sig i den periode, hvor de deltog i Sund Infos vægtreducerende indsats. Dette er for kvinderne et væggtab på 2,8 % af deres kropsvægt. I forhold til kvindernes urininkontinens ses der i de kvantitative resultater også et statistisk fald, hvor kvindernes inkontinens faldt med 7,2 ICIQ-UI-SF score ($P = 0,000$), svarende til et fald i inkontinens på 46,2 %. Dog er der i disse beregninger flere kvinder, som ikke indgår, da der er kvinder, hvor der har været mangelfulde data i forhold til deres ICIQ-UI SF score fra baseline. Der kan derfor vise sig en vis usikkerhed i resultaterne, da det ikke er alle kvinderne, der er med i disse beregninger omkring urininkontinens. Det kan derfor være usikkert om resultatet er over- eller underestimeret. Alligevel ses et signifikant fald i inkontinens (ICIQ-UI SF score) fra baseline til opfølgning. Wing et al. (2010) kommer i deres RCT frem til, at et væggtab på 5-10% af kropsvægten er forbundet med en signifikant større reduktion i urinlækager i opfølgning ved 6 og 12 måneder. Dette speciales resultater ligger dog op til, at der allerede kan ses en signifikant reduktion i inkontinens ved et væggtab på 2,8 % af kvindernes kropsvægt.

I specialets resultater undersøges desuden, om der er en sammenhæng mellem ændring i vægt og ændring i inkontinens. Her findes ingen signifikante ændringer, men i Figur 4 ses en tendens til, at der er en sammenhæng mellem ændring i vægt og ændring i inkontinens. Det samme er gældende for BMI, mens der for fedt% yderligere ikke findes nogen signifikant sammenhæng, men en tendens til, at et fald i fedt% kan føre til reduktion i inkontinens (ICIQ-UI SF score), hvilket illustreres i Figur 6. Det kan dog diskuteres om disse resultater for fedt% er misvisende i forhold til, at kvinderne fra telefoninterviewene ikke indgår. Der ses for kvinderne i dette speciale en tendens for en sammenhæng mellem ændring i vægt og ændring i inkontinens (ICIQ-UI SF score). Dette stemmer overens med studiet fra Wing et al., hvor denne sammenhæng ses ved et væggtab på 5-10% og reduktion i inkontinens for follow-up ved 6 og 12 måneder.

Der findes, som udtrykt tidligere, fire typer inkontinens. I analysen af problemet, jf. Afsnit 2.5, er der diskussion om, hvorvidt operation eller konservativ behandling er den optimale type behandling af inkontinens og de forskellige typer af inkontinens. I de kvantitative analyser er det undersøgt, om typen af inkontinens har en betydning i forhold til sammenhængen mellem ændring i vægt, BMI og fedt% og ændring i inkontinens. Der findes kun en signifikant sammenhæng mellem fald i fedt% og reduktion i inkontinens hos kvinder med blandingsinkontinens. I diskussionen om forskellige behandlinger til forskellige typer af inkontinens, støtter dette speciale op om argumentet om forskellige behandlinger

målrettet forskellige typer inkontinens. Dette strider dog imod resultaterne fra Subak (2002), som finder, at der ikke er nogen signifikant forskel på typen af den inkontinens kvinderne har, i forhold til vægttab. I studiet af Subak (2002) findes dog, at et vægttab fører til en reduktion i inkontinens, hvilket understøtter de kvantitative resultaterne fra dette speciale samt resultaterne fra Wing et al. (2010). Qaseem et al. (2014) erfarer fra deres studie via guidelines til behandling af inkontinens, forskellige typer behandling til de forskellige typer inkontinens. Her anbefales kvinder med stressinkontinens brug af bækkenbundstræning for at få en effekt på inkontinens, mens behandling af urgeinkontinens virker mest effektivt gennem træning af blæren. Studiet anbefaler yderligere, at kvinder med stressinkontinens ikke bør behandles med farmakologisk terapi, da det ikke viser nogen effekt på inkontinens. Farmakologisk terapi bør ifølge Qaseem et al. (2014) overvejes for kvinder med urgeinkontinens, men med risiko for bivirkninger. Qaseem et al. (2014) afslutter anbefalingerne med, at alle overvægtige kvinder med urininkontinens rådes til et vægttab gennem fysisk aktivitet for opnåelse af reduktion i inkontinens. Der er altså en uenighed om, hvorvidt typen af inkontinens har noget at sige i forhold til behandlingsform, og hvilken type behandling, der er den optimale for de forskellige typer inkontinens. Ud fra dette speciales kvantitative resultater tyder det på, at fald i fedt% har størst effekt ved blandingsinkontinens.

I dette afsnit er specialets resultater vedrørende sammenhængen mellem vægt og urininkontinens diskuteret. I forbindelse med dette finder flere studier, at overvægt er en risikofaktor for urininkontinens, og dette kommer til udtryk i Afsnit 2.1. I forbindelse med denne sammenhæng, kommer specialegruppen frem til en erkendelse om, at det kan diskuteres om der ligeledes kan være en sammenhæng omvendt - altså om normalvægtige, urininkontinente kvinder, grundet inkontinens er fysisk inaktive, hvilket kan medvirke til overvægt. Det har dog ikke været hensigten at undersøge dette i nærværende speciale. På baggrund af de kvalitative interviews i opfølgningen, udtrykker nogle kvinder elementer, som kan støtte op omkring denne påstand. Sammenhængen kan være, at kvinder med urininkontinens føler sig begrænsede fysisk, hvorfor flere er inaktive, da de føler sig begrænsede i deres bevægelighed. Det burde derfor undersøges nærmere, hvorvidt inaktivitet i sig selv og det at have tilstanden inkontinens, kan siges at medføre for overvægt.

8.2.2 Effekter i den vægtreducerende indsats i forhold til kvindernes livskvalitet

Kvindernes urininkontinens måles i opfølgning via spørgeskemaet ICIQ-UI SF, hvor der spørges til, hvilken påvirkning urinlækagerne har på kvindernes hverdag. Det er således et skema, som fokuserer på livskvalitet, hvorfor dette benyttes i nærværende speciale.

Overordnet kan der være uhensigtsmæssige konsekvenser forbundet med en indsats, som den vægtreducerende indsats, i forbindelse med eksempelvis stigmatisering. Et eksempel herpå kan være,

måden kvinderne henvises på til Sund Info. En af kvinderne udtaler om dette, at hun kom på gynækologisk afdeling med sin inkontinens og følte, at hun gik derfra med to problemer. Dette medføre en følelse af skam for kvinderne, ved at de udover at have inkontinens yderligere stemples som værende overvægtige. Det synes derfor essentielt, at forklare kvinderne om sammenhængen mellem overvægt og inkontinens, for at give dem et indblik i, at et vægttab ikke alene kan bidrage med et vægttab, men også kan reducere deres inkontinensproblemer. Derved vil flere kvinder ikke føle sig dobbeltstigmatiserede i samme grad, hvis de oplyses omkring denne sammenhæng. Det at kvinderne gøres opmærksom på, at de har to problemer, inkontinens og overvægt, kan medføre, at kvinderne får dårligere selvværd og livskvalitet. Modsat kan der også være hensigtsmæssige konsekvenser forbundet med indsatser som Sund Infos. Dette kan bunde i, at kvinderne får tilknyttet en diætist, som de kan tale med om deres problemstilling, hvilket kan medføre, at kvinderne bliver gladere.

I forhold til kvindernes privatliv, selvværd og livskvalitet er der forbundet effekter efter deltagelse i den vægtreducerende indsats. I analysen af interviews med kvinderne, der deltager i opfølgningen, opnås der flere elementer i forhold til kvindernes oplevelse af, hvordan de oplever deres livskvalitet efter deltagelse i den vægtreducerende indsats. Kvinderne har i deres udsagn positive udtryk om, hvordan deres liv er efter deltagelse i indsatsen. Flere kvinder udtrykker, at de har fået mod på mere og føler sig bedre tilpas. Dette på trods af, at de eventuelt ikke har opnået et vægttab af betydende karakter, eller ikke har opnået reduktion i inkontinens. Ud fra WHO's definition af livskvalitet, oplever kvinderne en positiv udvikling, hvilket kan skyldes, at de gennem kostvejledningsforløbet opnår andre forventninger til sig selv, andre normer eller får færre bekymringer. Det at kvinderne spiser sundere, kan også medvirke til, at deres fysiske sundhed bliver bedre - også selvom det ikke nødvendigvis ses på vægten. Kvindernes udsagn om, hvordan de føler sig tilpas, virker derfor overvejende positive.

I interviewene med kvinderne er der kvinder, som er meget tilbageholdende og ikke snakker åbent om deres problemstilling omhandlende urininkontinens. Dette kan begrundes i Goffmans teori omkring stigmatisering, hvor kvinderne på grund af deres overvægt og urininkontinens kan føle, at andre mennesker ser dem som anderledes og unormale. Dette kan medføre, at kvinderne bliver mere indadvendte og holder sig for sig selv. Der kan derfor eksistere barrierer i forhold til, hvor meget kvinderne åbner sig op for diætisten. Kvinderne kan føle sig utilpasse og frygte at blive stigmatiserede, hvilket kan være en barriere for, at kvinderne enten ikke vil deltage i Sund Infos indsats eller vælger at afslutte forløbet. En tredje barriere for deltagelse i indsatsen kan ligge til grund i, hvis kvinderne er uvidende omkring, hvorfor de henvises. Nogle af kvinderne fra opfølgningen er uvisse om, hvorfor de henvises til den vægtreducerende indsats, hvilket kan synes underligt. Kvinderne henvises fra blandt andet gynækologisk og urologisk afdeling, hvor de blandt andet KRAM-screenes. De overvægtige kvinder bliver tilbudt et forløb med en klinisk diætist. Nogle kvinder bliver gjort opmærksomme på, at

der kan være en sammenhæng mellem overvægt og inkontinens, mens andre er uvidne om, hvorfor de henvises til diætisten. Dette er en uhensigtsmæssig konsekvens for kvindernes forståelse af deres behandlingsforløb.

Kvinderne, der henvises til Sund Info, har et BMI mellem 25 og 40. Dette tilbud er således kun for kvinder med et BMI inden for dette interval. Der kan ligge en problemstilling i, at tilbuddet kun er for denne gruppe af kvinder og ikke for kvinder med en BMI > 40. De sundhedsprofessionelle tilknyttet indsatsen udtrykker, at kvinder med BMI > 40 kan lide af spiseforstyrrelser eller andre psykiske lidelser, hvorfor disse ikke menes at kunne afhjælpes i indsatsen. Det kan dog diskuteres, om dette er den rette holdning at have, da kvinder med en BMI mellem 25 og 40 ligeledes kan have psykiske lidelser. Der kan derfor vækkes en undren om, hvorfor indsatsen ved Sund Info ikke er for alle kvinder med en BMI > 25. Der ses dog i de kvantitative analyser, at kvinder med BMI > 40 har medvirket, hvorfor nogle kvinder alligevel tilbydes forløbet. Dette kan ligeledes give anledning til en undren, i forhold til om Sund Info alligevel har en holdning om, at de kan hjælpe kvinder med BMI > 40.

Flere kvinder, som har urininkontinens, taler ikke om deres problemstilling, hvilket tidligere er analyseret, jf. Afsnit 2.3. Det at kvinderne i den vægtreducerende indsats får en sundhedsprofessionel at snakke med, kan anses som værende en betydningsfuld støtte til kvinderne. Det kan tænkes, at nogle kvinder føler, at de kan lette deres hjerte, og dermed ikke gå med skammen og problemstillingen selv. I specialet viste det sig, at kvindernes livskvalitet var forbedret efter deltagelse i den vægtreducerende indsats. Dette var særligt i forbindelse med, at kvinderne følte sig sundere, ved at de kunne være mere sammen med familien på andre måder, og at de følte sig tilpas med at gøre ting, som de ikke havde turde gøre før. I Sund Infos vægtreducerende indsats er målet vægttab ved livsstilsændring, vægtvedligeholdelse og med henblik på reduktion af inkontinens, samt undgåelse af operation for inkontinens. Ud fra dette speciales kvalitative resultater ses en forbedring i kvindernes livskvalitet, som gør, at kvinderne får mere lyst til at være fysisk aktive trods deres inkontinens, eller føler, at de har mere energi i hverdagen. Det kan derfor undre, hvorfor et af målene med den vægtreducerende indsats ikke også er at forbedre kvindernes livskvalitet, da det synes essentielt for kvinderne i deres bearbejdning og ændring af livsstil. Livskvaliteten synes derfor værende vigtig for ændring af livsstil med henblik på vægttab. Det burde derfor overvejes, om et af målene med indsatsen, bør være, et formål om en forbedring af livskvalitet.

Det kan desuden overvejes, om en klinisk diætist er kompetent til, at vejlede kvinder med psykiske problemer. Det kan derfor virke hensigtsmæssigt, at tilknytte en person med en anden profession, som kan varetage kvindernes eventuelle andre problematikker.

8.2.3 Sociale forholds påvirkning af effekter

I dette afsnit diskuteres resultaterne af de kvantitative beregninger omhandlende sociale forhold, som kan påvirke effekterne af vægt og urininkontinens.

Der blev foretaget lineær regressionsanalyse for at justere for mulige confoundere. Hertil viste de kvantitative analyser, at det kan tyde på, hvorvidt kvinderne er i arbejde eller ikke er i arbejde, kan være en confounder. Dette vurderes ud fra hældningskoefficienten, som ændrede sig fra -0,06 til -0,23 fra den ujusterede til den justerede. Der blev justeret for andre mulige confoundere; aldersgrupper, boligform, boligtype, fast forhold, fødsler, kejsersnit, operation, uddannelse og afsluttet før eller til tiden ved kostvejledningen, viste dog ingen tegn på confounding. Der blev ikke tjekket for indkomst, som ellers er en tradition måde at måle social ulighed på, da der ikke var data omkring indkomst. Dette blev gjort bevidst, da specialegruppen havde overvejelser omkring, at spørgsmål om indkomst vil kunne virke ubehageligt og personligt for nogle kvinder, hvorfor der ikke blev spurgt ind til dette element.

Kvinderne blev gennem spørgeskemaet spurgt ind til deres uddannelse. Flere kvinder udfyldte dette spørgsmål med, at de ikke havde nogen uddannelse. Dette kan tænkes som værende en fejl, da det må antages, at en del af disse kvinder som minimum har folkeskolen. Derfor kan det diskuteres, om det havde være hensigtsmæssigt at udarbejde svarkategorier med forskellige uddannelseslængder og -typer. Det kan tænkes, at nogle kvinder ikke tænker eksempelvis folkeskolen som uddannelse, hvorfor på forhånd fastlagte kategorier havde været optimalt at benytte for at sikre valid data. På baggrund af usikkerhed forbundet med uddannelse i datasættet, er de kvantitative beregninger omhandlende dette, derfor forbundet med usikkerheder.

8.2.4 Tilgangen i den vægtreducerende indsats

I dette afsnit diskuteres tilgangen i den vægtreducerende indsats indeholdende bioimpedansmåling af kvinderne, tidsrum for samtalerne, samt en diskussion om den motiverende samtale som klinisk metode.

Som tidligere diskuteret kan vægtens placering føre til ubehag hos kvinderne. Kvinderne oplever ikke direkte nogle barrierer for at blive vejlet på vægten, men føler sig udstillede og til offentlig skue grundet vægtens placering. Det kan derfor diskuteres om denne placering er optimal, da placeringen kan medvirke til, at kvinderne føler ubehag. Det kan yderligere tænkes, at kvinderne ikke gennemfører forløbet, grundet denne placering af vægten.

I forbindelse med tidsrummene for samtalerne ved den kliniske diætist, opfattes de, fra kvindernes side, ikke fleksible for dem, som er i arbejde eller har længere afstand. Det er derfor oplagt at udvide tidsrummet, for dermed at gøre det mere fleksibelt, og dermed håbe at flere kvinder gennemfører

forløbet. Det kan videre diskuteres i forhold til social ulighed, hvor der viser sig en skævvridning i forhold til, hvem indsatsen rammer. Kvinder der bor langt væk kontra dem, som bor tæt på indsatsen, kan opleve flere forhindringer i forhold til at deltage i kostvejledningsforløbet, hvis tidrummene føles begrænsede. Heri opstår der en social ulighed, hvor kvinder i Udkantsdanmark ikke rammes ligeså tydeligt, som dem der bor i byen. Yderligere er der for nogle af kvinderne en problematik omkring, at de bliver afsluttet hos diætisten, uden at de føler, at de er afsluttet. Dette omhandler, at hvis diætisten vurderer, at der ikke sker væsentlige ændringer i kvindernes vægt, BMI og fedt% afsluttes patienterne. Dette kan dog medføre, at der opstår uhensigtsmæssige konsekvenser ved, at kvinderne føler, at det går godt, på trods af manglende resultater, men bliver afsluttet uden selv at have udtrykt, et ønske om at blive afsluttet. Der ses derfor i indsatsen nogle barrierer i forhold til vejning, samtalerne tidsrum, og fastholdelse i forløbet.

Tilgangen i den vægtreducerende indsats bygger på den motiverende samtale. Denne samtale anses for at være en rådgivningsteknik, med fokus på; samarbejde mellem diætist og patient, at ressourcer og motivation findes hos patienten selv, og at individets autonomi respekteres. Der kan i forbindelse med den motiverende samtale være flere diskussioner både i forhold til, om det er den ideelle metode, at benytte i den vægtreducerende indsats, og om der forefindes magtudøvelse i den motiverende samtale.

I forbindelse med tilgangen i den motiverende samtale forsøges samarbejdet opnået ved, at diætisten, som kvinderne kommer i kontakt med, primært er den samme, for opretholdelse af kontakt, tillid og tryghed mellem dem. Derudover er en af værdierne i dette samarbejde, at diætisten ikke skal være autoritær, men i stedet være støttende uden at fremtvinge forandringer. Nogle af kvinderne udtaler i de kvalitative interviews, at de ser diætisten som venlig, rar og sød. Samtidig mener kvinderne, at diætisten er dygtig til at komme med inspiration og uddele pjecer tilpasset den enkelte kvinde. I den motiverende samtale indgår fremkaldelses-elementet, hvor kvindernes ressourcer og indre motivation, skal findes hos kvinderne selv. Da kvinderne har takket ja til kostvejledningsforløbet, kan der forestilles at være en form for motivation hos kvinderne. Modsat dette kan der forestilles, at der ikke er en motivation hos kvinderne for at deltage i kostvejledningen, da de kun har takket ja til deltagelse på grund af normer, som kan eksistere mellem patient og sundhedsprofessionel. Derudover snakker flere af kvinderne i interviewene om, at de opstillede mål foreslås af diætisten, men bestemmes af dem selv. Kvindernes autonomi forsøges sikret via respekt for, at kvinderne har et valg. Diætistens mål er gennem den motiverende samtale, at fremme kvindernes motivation uden at gøre det som tvang. Diætistens rolle er ved metoden, ikke at fortælle kvinderne, hvad de må og ikke må. Der er dog nogle kvinder, som udtrykker, at de med fordel ville have haft succes med mere styring og kontrol fra diætistens side. Hertil ville kvinderne ønske at modtage et form for regelsæt, eksempelvis for hvad de ikke må spise. På denne baggrund er der nogle kvinder, som udtrykker, at de ikke har fået det optimale udbytte af

kostvejledningsforløbet, og derfor kan det diskuteres, om den motiverende samtale er den rigtige tilgang til alle kvinder. Der er fra diætistens side en bevidsthed om ikke at være styrende og magtudøvende overfor kvinderne, men samtidig er der nogle kvinder, som kunne have draget nytte af en sådan tilgang. På trods af, at diætisten forsøger at opfylde kriterierne for den motiverende samtale, er det derfor ikke et udtryk for, at fremgangsmåden vil passe til alle. Det kan dog diskuteres om Miller og Rollnick har ret i denne påstand, da det kan anses som værende forbundet med vanskeligheder at finde motivation frem for ændringer, hvis deltagerne i deres liv er et pågældende sted. Dog kan det tænkes, at de patienter, som ikke bliver motiveret på dette tidspunkt, kan blive motiveret senere i deres liv, hvor der eksempelvis er mere overskud. Det kan derfor forestille sig, at en kombination af forskellige metoder, i den vægtreducerende indsats, ville være forbundet med en yderligere gavnlig effekt.

Den motiverende samtale er kritiseret, og der hersker opfatter af, at der finder magtudøvelse sted i denne, jf. Kapitel 6. Der ligger derfor en diskussion i, om den motiverende samtale er hensigtsmæssig i forhold til magt og frihed. Ligeledes er der forskellige holdninger omkring betydning af magt i samtalen. For nogle (Dahlager, 2009; Mabeck, 2005) anses magt som værende negativt, mens det for andre (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014) anses for at være positivt. Foucault opfatter magtudøvelse værende produktiv, da denne magtudøvelse eksempelvis kan skabe sundhed. Yderligere udtrykkes det, af Dahlager, at der kan være uhensigtsmæssige konsekvenser forbundet med den motiverende samtale, hvis diætisten eksempelvis udøver magt, men ikke erkender det, hvilket kan medføre, at deltagerne, der udøves magt på, ikke føler en frihed til selv at vælge. Motivationsfaktoren kan derfor blive svagere hos patienten, fordi denne ikke selv er medbestemmende. En anden fare, som Dahlager udtrykker, er at diætisten ikke opfattes som en egentlig vejleder, hvorfor patienterne ikke føler at have en mulighed for at have en egentlig samtale med diætisten. Yderligere ser Dahlager målet sundhed som en fare, hvis patienten opnår en anden definition af sundhed, hvilket kan medføre uhensigtsmæssige konsekvenser i form af skyld og skam. Målet i indsatsen er, at maksimere patienternes helbred, og som sundhedsprofessionel er målet ligeledes, at patienter lever sundt eller sundere. Som sundhedsprofessionel er der ofte et ønske om at fremstå som værende dygtig til sit fag, hvorfor der kan tænkes at være et ønske om, at patienterne opnår et sundhedsbegreb som eksempelvis stemmer overens med Sundhedsstyrelsens. Heri ses magtudøvelsen ved, at diætisten således kan pådutte nogle ting til patienterne, som ellers ikke er indeholdende i den motiverende samtale. Det kan derudfra diskuteres, om denne metode kan anses for at være optimal. Foucault mener ikke, som tidligere nævnt, at magt skal ses som værende negativt, hvis det bidrager til et sundere liv, hvorfor det kan siges, at magtudøvelse i den vægtreducerende indsats ikke er et problem. Selvom den motiverende samtale kan indeholde elementer af styring, kan der være positive effekter forbundet hermed, som Foucault udtrykker det. Selvom den motiverende samtale kan indeholde magtudøvelse, vil der også være selvstyring fra patienternes side, hvorved de får en ejerfølelse over deres mål. Dette kan medføre

en indre motivation, som er et essentielt element i en livsstilsændring. Den motiverende samtale kan anses for både at indeholde selvstyring fra patienternes side, og indeholde en form for styring fra diætistens side, med det henblik på at finde den bedst mulige løsning for patienten. Den motiverende samtale kan altså siges, at indeholde positive og negative elementer, som kan medføre hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige konsekvenser for patienter.

9. Udvikling og forandring

Dette kapitel indeholder elementer omhandlende udvikling og forandring. Nærværende speciale er udarbejdet ud fra et folkesundhedsmæssigt perspektiv, hvor ønsket er, at udvikle og forandre den forebyggende indsats målrettet overvægtige og urininkontinente kvinder. Der er på trods af hensigtsmæssige effekter i Sund Infos indsats, stadig elementer, som kan videreudvikles og forandres, hvorfor dette afsnit omhandler dette. Yderligere indeholder kapitlet generelle råd, som skal medvirke til at skabe en forandring for tilbud til overvægtige, urininkontinente kvinder. anbefalingerne, som udmundes i dette kapitel, bygger på de fundne resultater i specialet og bygger endvidere på elementer fra den systematiske litteratursøgning, samt specialets diskussion.

9.1 Sund Infos vægtreducerende indsats

Sund Infos vægtreducerende indsats kan med fordel videreudvikles, da der allerede eksisterer positive resultater, men disse resultater bør højnes, i forhold til andre studiers fund. Hertil kan der være flere måder at gøre dette på, hvorfor der i dette afsnit belyses måder at forbedre effekterne på.

Fra den systematiske litteratursøgning til bearbejdningen blev der identificeret seks videnskabelige artikler, som skulle medvirke til at belyse andre interventioner målrettet overvægtige og urininkontinente kvinder, for dermed at vurdere og benytte studierne resultater til videreudvikling og forandring. Flere studier (Imamura et al., 2013; Qaseem et al., 2014; Wing et al., 2010; Subak, 2002) fandt, at et vægttabsprogram var hensigtsmæssigt på vægttab i forhold til reduktion i urininkontinens, hvorfor det antages, at vægttabsprogrammer kan benyttes til behandling af denne gruppe kvinder. Der blev dog i specialets kvantitative analyse ikke fundet nogen signifikant sammenhæng mellem ændring i vægt og ændring i urininkontinens, men en tendens i forhold til, at et fald i fedt% medførte en reduktion i inkontinens. På denne baggrund bør der stadig tilbydes vægtreducerende samtaler. Wing et al. (2010) fandt signifikante ændringer, ved et 6-måneders vægttabsprogram med efterfølgende 12-måneders vægtvedligeholdelsesprogram, som fokuserede på at øge motivationen for vægtvedligeholdelse. Kvinderne modtog gruppesamtaler omhandlende undervisning i vægttab, fysisk aktivitet samt sunde spisevaner, og de var samtidig på diæt. Hertil kan et vægtvedligeholdelsesprogram med fordel implementeres til den vægtreducerende indsats fra Sund Info. En kohorte (Subak, 2002) indeholdt ligeledes et vægttabsprogram med kombinationer af diæt, motion og adfærdsændringer. Yderligere blev der igennem den systematiske litteratursøgning, jf. Bilag 2, fundet artikler vedrørende motion og bækkenbundstræning. Et studie (Vinchurkar & Arankalle, 2015) undersøgte effekten af et 21-dages program med yogaterapi, som viste signifikante resultater på overvægt og urininkontinens samt bedre velvære og selvtillid i sociale relationer. Da det er det eneste, som undersøger yogaterapi til denne

målgruppe, synes det ikke hensigtsmæssigt, at videreudvikle den vægtreducerende indsats med yogaterapi, men der skal mere forskning på dette område før det eventuelt kan implementeres i indsatsen. To studier (Kamel et al., 2013; Qaseem et al., 2014) undersøgte effekten af bækkenbundstræning, hvor der her viste modstridende resultater af effekterne. Resultaterne fra reviewet viste, at bækkenbundstræning er den bedste behandling for kvinder med stressinkontinens, for kvinder med blandingsinkontinens er den bedste behandling både bækkenbundstræning og træning af blæren, og den bedste behandling for kvinder med urgeinkontinens er træning af blæren (Qaseem et al., 2014). Det andet studie fandt, at bækkenbundstræning til overvægtige urininkontinente kvinder, over 12 uger med træning tre gange ugentligt, ikke viste en signifikant forbedring i bækkenbundsmuskelsstyrke, mens kontrolgruppen, som modtog abdominal træning havde en signifikant forbedring i bækkenbundsmuskelstyrke, og dermed en reduktion i urininkontinens (Kamel et al., 2013). På baggrund af disse studier er der usikkerheder forbundet med bækkenbundstræning som behandlingsform, hvorfor der synes en vigtighed i mere forskning på dette område inden implementering af træning.

Gennem opfølgningen blev det fundet, at en del kvinder stoppede, i den vægtreducerende indsats, før tid, hvorfor det er relevant at kigge nærmere på deres begrundelser for dette, for at kunne videreudvikle elementer knyttet hertil. Nogle kvinder udtrykte, at de havde andre problemer, enten i deres hverdagsliv eller psykiske problemer, som var en stor barriere for deltagelse. Ligeledes blev der gennem de kvalitative interviews fundet, at flere kvinder havde andre problemer at arbejde med, som stod i vejen for at kunne have et succesfuldt forløb med en livsstilsændring. Derfor kan der med fordel videreudvikles for at kunne imødekomme disse kvinder. En psykolog eller flere med lignende profession vil derfor være hensigtsmæssigt at tilknytte, så forskellige barrierer for deltagelse og vægttab kan mindskes. Ligeledes kan kvinderne få hjælp til andre problemstillinger.

Andre kvinder stoppede i den vægtreducerende indsatsen grundet, at de ikke oplevede tilbuddet var fleksibelt. En lille gruppe kvinder havde samme holdning, men forblev i indsatsen. Det anses derfor at være hensigtsmæssigt at videreudvikle tilbuddet, så det tilgodeser flere kvinder. Hertil kan det foreslås, at udvide åbningstiderne med tidlige morgentider, sene eftermiddagstider samt aftentider.

En anden problematik omhandler ligeledes kvinder, som stoppede før tiden i indsatsen. Kvinderne havde ikke ressourcer, i en eller anden grad, til at komme til Aalborg Universitetshospital, da det lå for langt væk fra deres bopæl. Derved virker det oplagt at lave et samarbejde med sundhedscentre i Region Nordjylland – særligt for at kunne bibeholde kvindernes motivation over en længere periode, og herved kan kvinderne ligeledes være i deres lokalområde.

Udover kvinder som er stoppet før tid af forskellige grunde, er det også essentielt at kigge på andre elementer i den vægtreducerende indsats. Gennem de kvalitative interviews blev der rapporteret

negative elementer forbundet med vægtens placering i Sund Infos lokale. Denne placering bør derfor ændres til et mere hensigtsmæssigt sted, for dermed at varetage kvindernes privatliv og kvindelighed. Dette kan medvirke til en større deltagelse i indsatsen, og at der er færre u hensigtsmæssige konsekvenser forbundet hermed.

Den motiverende samtale er gennem specialet belyst som en rådgivningsmetode, som er en meget udbredt, men også omdiskuteret metode. Nogle kvinder oplever, at den tilgang, der finder sted i samtalerne, opfattes som værende utilstrækkelig for dem, og der må derfor ligge et element af videreudvikling her. Hertil er det vigtigt at have i fokus, at kvinder er forskellige, hvorfor et ønske om en mere individrettet tilgang kan være at foretrække.

Yderligere er det vigtigt, at videreudvikle indsatsen omkring italesættelse. En gruppe kvinder, som deltog i opfølgningen, var ikke klar over, hvorfor kostvejledning blev kombineret med deres tilstand inkontinens, og en gruppe kvinder ønskede, at få flere oplysninger omkring denne sammenhæng. Der ligger derfor et element her af videreudvikling. Dette kan ligge både hos Sund Info, men måske særligt hos de afdelinger, som henviser kvinderne, med et ansvar omkring dette, hvorfor der må være mere fokus på denne italesættelse, for dermed at skabe en bedre forståelse.

9.2 Generelle anbefalinger

Urininkontinens er en tabubelagt tilstand, som mange kvinder har, hvorfor denne tilstand bør have et større forebyggende fokus. I dette afsnit belyses generelle anbefalinger omkring forandring for denne målgruppe.

Tilstanden urininkontinens bør italesættes mere for så vidt muligt at gøre tilstanden mindre tabubelagt. Dette kan eksempelvis ske gennem kampagner, som kan bidrage til, at flere kvinder søger hjælp. Der er kun 25 % af de kvinder, som er urininkontinente, som opsøger hjælp hos sundhedsprofessionelle, hvilket kan skyldes, at kvinderne opfatter tilstanden som et tabu, og at de har en manglende viden om behandlingen af tilstanden samt effekten af behandling, hvorfor kampagner og oplysning anses som værende vigtige elementer.

At det kun er 25 % som opsøger hjælp, anses værende for lidt, hvorfor dette må forandres, da tilstanden er knyttet til en række konsekvenser for individ og samfund. Derfor anbefales det, at disse problematikker bliver sat på dagsordenen hos beslutningstagere og hos sundhedsprofessionelle, da der i højere grad bør tilbydes hjælp til denne gruppe af kvinder.

10. Konklusion

I dette kapitel samles der op på specialets problemformulering. Konklusionen bygges op i tre dele med hvert sit fokus fra problemformuleringen, som besvares enkeltvis.

Til besvarelse af den første del af problemformuleringen benyttes resultater fra de indsamlede kvantitative data samt kvalitative data fra interviews med de deltagende kvinder. Spørgsmålet der besvares er:

I hvilken grad har den vægtreducerende indsats fra Sund Info effekt på vægt, urininkontinens og livskvalitet hos overvægtige urininkontinente kvinder?

Den vægtreducerende indsats fra Sund Info viser en effekt ved et vægttab på 2,7 kg svarende til 2,8 % for kvinderne, der har deltaget i opfølgningen. Derudover viser der sig et fald på 7,2 ICIQ-UI SF score i kvindernes inkontinens score, svarende til en reduktion på 46,2 %. Der findes i dette speciale dog ingen signifikant sammenhæng mellem ændring i vægt og ændring i urininkontinens, hvilket der ellers findes i litteraturen omkring urininkontinens og overvægt. I forhold til typerne af inkontinens ses der, at det kun er kvinder med blandingsinkontinens, hvor der ses en sammenhæng mellem fald i fedt% og reduktion i inkontinens. Dette er dog forbundet med usikkerheder, da det kun er 67,3 % af kvinderne i opfølgningen, som indgik i denne beregning.

I forhold til kvindernes livskvalitet opleves der for nogle af kvinderne en forbedring i deres fysiske kunnen og sociale liv, mens andre ikke oplever nogen ændring ved at have deltaget i den vægtreducerende indsats. Dog er det interessant, at størstedelen af kvinderne overordnet bliver gladere efter deltagelse, samt får mere selvværd, selvtilid og velvære, hvilket kan skyldes, at kvinderne får nogen at snakke med omkring deres problemstilling. Den vægtreducerende indsats har derfor en positiv effekt på kvindernes livskvalitet - også på trods af, at det ikke er alle, der opnår effekter i form af vægttab og reduktion i urininkontinens.

I den anden del af problemformuleringen kigges der også på de kvantitative indsamlede data, samt data fra spørgeskemaerne udfyldt af kvinderne. Spørgsmålet der besvares er:

Eksisterer der sociale forhold, som påvirker effekter på vægt og urininkontinens?

I den vægtreducerende indsats fra Sund Info ses der ingen påvirkninger af de sociale forhold for effekter af vægt og urininkontinens. Der tjekkes for, hvorvidt forskellige sociale forhold kan være confoundere for effekter af vægt og urininkontinens, men dette er ikke tilfældet. De sociale forhold, som der justeres for er; aldersgrupper, boligform, boligtype, fast forhold, fødsler, kejsersnit, uddannelse og om kvinderne er afsluttet før tid eller til tiden i indsatsen. Yderligere er det at være blevet opereret for urininkontinens tjekket som confounder, som ikke viser nogen betydning. Derudover undersøges det, om kvinderne er i

arbejde eller ej, kan være en confounder. Det tyder på at arbejde kan være en confounder for sammenhængen mellem ændring i vægt og ændring i urininkontinens, hvilket ses ved ændring i hældningskoefficienten fra -0,06 til -0,23.

Til sidst udfolder specialets udviklings- og forandringsperspektiv sig i spørgsmålet om:

Hvordan kan dette tiltag, på baggrund af evaluering og evidens på området, videreudvikles og forandres, og hvorledes udvikles tilbud til overvægtige, urininkontinente kvinder?

Som første del af besvarelsen på dette spørgsmål, er der udviklet anbefalinger for Sund Infos vægtreducerende indsats, som menes at kunne medføre forbedrede resultater. Her anbefales det, at supplere indsatsen med en eller flere psykologer eller andre med lignende professioner, som kan imødekomme barrierer for deltagelse og gennemførsel af forløbet, som flere kvinder har omhandlende forskellige psykiske tilstande. Yderligere bør tilbuddet være mere fleksibelt omkring udvidede åbningstider. Her vil tidlige morgentider, sene eftermiddagstider samt aftentider kunne imødekomme flere kvinder, især kvinder på arbejdsmarkedet. Derudover bør der indgås et samarbejde med sundhedscentrene i Region Nordjylland for at kunne bibeholde flere kvinders motivation i nærmiljøet. Placering af vægten hos Sund Info bør omplaceres til et sted, som er privat for at varetage kvinders privatliv og kvindelighed. Rådgivningsmetoden, den motiverende samtale, bør for nogle kvinder udskiftes med en anden metode, da kvinder er forskellige, og der anbefales derfor en mere individrettet tilgang. Til slut bør kvinderne få mere information hos de afdelinger, der henviser kvinderne, samt Sund Info, for sammenhængen mellem overvægt og urininkontinens, og hvorfor de henvises til Sund Info for at skabe en bedre forståelse og motivation.

I anden og sidste del af besvarelsen er der udarbejdet generelle anbefalinger omkring forandring for målgruppen, overvægtige kvinder med urininkontinens. Hertil bør tilstanden italesættes mere, for dermed at have et øget fokus og dermed forsøge at gøre tilstanden mindre tabubelagt. Dette kan ske gennem kampagner, som skal bidrage til, at flere kvinder opsøger hjælp, og får den fornødne hjælp. Yderligere anbefales det, at problematikken bliver sat på dagorden hos beslutningstagere og hos sundhedsprofessionelle, da der i højere grad bør tilbydes hjælp til denne gruppe af kvinder.

11. Perspektivering

I dette kapitel anskues specialets fund i et større perspektiv - end der er gjort i den øvrige del. Det belyses i dette kapitel, hvad der fremover kan undersøges og udføres i forhold til problemstillingen omkring overvægtige, urininkontinente kvinder.

Gennem specialet er effekterne, fra den vægtreducerende indsats, omhandlende vægt, urininkontinens og livskvalitet bearbejdet. Hertil kan det være relevant at udarbejde en undersøgelse, som har en højere grad af evidens. Det kan derfor være relevant at udarbejde et RCT, hvor der vil være en interventionsgruppe og en kontrolgruppe. I nærværende speciale var det ikke muligt at have en kontrolgruppe, hvorfor dette synes vigtigt at gøre fremadrettet for at kunne reducere systematiske og tilfældige fejl, og have færre problemer med confounding. Hertil vil det være relevant at lave en opfølgning på en vægtreducerende indsats med kostvejledning, som er langsigtet og måler effekter af vægt, urininkontinens, livskvalitet og også mulige komplikationer af eventuelle operationer for urininkontinens.

Det er sparsomt med studier, som undersøger sammenhængen mellem overvægt og urininkontinens, og udover at udarbejde flere studier af høj evidens, kan det fremadrettet være relevant at oprette et register. Dette register kan blandt andet tænkes benyttet inden for behandling og inden for folkesundhedsområdet. Ved indsamling af data fra gynækologiske, urologiske og lignende afdelinger samt afdelinger som Sund Info, blandt andet omhandlende data omkring urininkontinentstype, alder, vægt, type af behandling samt effekter og konsekvenser af behandling, kan dette bidrage væsentligt til dette område. Vigtigheden af sådan et register vil kunne betyde, at behandling af urininkontinens, som der er forskellige holdninger til, vil kunne blive højnet derigennem.

Urininkontinens er en tilstand, som er forbundet med en lang række konsekvenser, og er derudover et tabubelagt emne for mange. Som kandidater i folkesundhedsvidenskab, er der således et stort, men spændende og vigtigt arbejde i at sætte fokus på denne dagsorden, og at det bliver et større fokusområde end det er i dag, således at denne problematik kan blive løst hensigtsmæssigt for mange kvinder.

Litteratur

- Andersen, N.L. et al.; 2002; *Om kostundersøgelsen*; Fødevaredirektoratet, Afdeling for Ernæring, 1. udgave
- Astellas Pharma & Kontinensforeningen; 2012; *Nordisk Inkontinensrapport 2011-2012*; Kompas Kommunikation
- Astrup, A. et al.; 2011; *Menneskets ernæring*; 3. udgave; København; Munksgaard Danmark
- Auwad, W. et al.; 2008; *Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study*; Plymouth, Devon; International Urogynecology Journal
- Axelsen, S.M.; 2008; *Årsager til og risikofaktorer for urininkontinens*; Tidsskrift for Jordemødre; Årgang 2008, nr. 4, Bækkenbund
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L.; 2010; *Kvalitative metoder*; 1. udgave; København K.; Hans Reitzels Forlag
- Bristol Urological Institute; 2014; *ICIQ Structure Short Form* [Online]; United Kingdom – International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire (ICIQ); Tilgængelig på: <http://www.iciq.net/contact.html> [Lokaliseret d. 17.03.15].
- Coyne K.S. et al.; 2013; *Comorbidities and personal burden of urgency urinary incontinence: A systematic review*; The International Journal of Clinical Practice
- Dahlager, L.; 2009; *Livsstilssamtaler – at få mennesker til at leve rigtigt*. I: Glasdam, S. (red); *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*; 1. udgave; København K.; Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Diderichsen, F.; 2011; *Ulighed i sundhed*; I: Lund, R., Christensen, U. & Iversen, L.; *Medicinsk sociologi – sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*; 2. udgave, 1. oplag; København; Munksgaard Danmark
- Den Nationale Videnskabsetiske Komité; 2011; *Informeret samtykke til deltagelse i et sundhedsvidenskabeligt forskningsprojekt*;
- Foucault, M.; 1972; *Truth and power*. I: Gordon, C.; *Power and knowledge*; New York; Pantheon Books
- Foucault, M.; 1982; *The subject and power*. I: Foucault M.; *Beyond Structuralism and Hermeneutics*; New York; Harvester Wheatsheaf
- Fødevarestyrelsen; 2013; *De officielle Kostråd*; 1. udgave, 1. oplag; Glostrup; Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri; Scanprint

- Gamble, T.L. et al.; 2010; *Urge incontinence: estimating environmental and obstetrical risk factors using and identical twin study*; The International Urogynecological Association
- Goffman, E.; 2009; *Stigma – Om afvigerens sociale identitet*; 2. udgave, 2. oplag; Frederiksberg C.; Narayana Press
- Hornhaver, B.; 2014; *Operation hjælper mod inkontinens* [Online]; Tilgængelig på: http://www.sdu.dk/nyheder/nyviden/alle_artikler/2014/februar/inkontinens [Lokaliseret d. 17.03.15].
- Howard, F. & Steggall, M.; 2010; *Urinary incontinence in women: quality of life and help seeking*; London; British Journal of Nursing
- Huang, A.J. et al.; 2009; *Sexual Function Among Overweight and Obese Women With Urinary Incontinence in a Randomized Controlled Trial of an Intensive Behavioral Weight Loss Intervention*; Providence, Rhode Island & Birmingham; The Journal of Urology
- Hunikaar, S.; 2008; *A Systematic Review of Overweight and Obesity as Risk Factors and Targets for Clinical Intervention for Urinary Incontinence in Women*; Neurourology and Urodynamics
- Høj-Hansen, C.E.; 2013; *Stressurininkontinens bedres bedst med kirurgi*; Ugeskrift for læger 175/42
- Imamura, M. et al.; 2012; *Conservative treatment options for women with stress urinary incontinence: Clinical update*; Clinical Intelligence, British Journal of general Practice
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2007; *De samfundsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt*.
- Juel, K., Sørensen, J. & Brønnum-Hansen, H.; 2006. *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. København: Statens Institut for Folkesundhed
- Juul, S.; 2012; *Epidemiologi og evidens*; 2. udgave; København; Munksgaard
- Kamel, D.M. et al.; 2013; *Effect of abdominal versus pelvic floor muscle exercises in obese Egyptian women with mild stress urinary incontinence: A randomised controlled trial*; Hong Kong Physiotherapy Journal
- Keyock, K.L. & Newman, D.K.; 2011; *Understanding stress urinary incontinence*; The Nurse Practitioner
- Khong, S.Y. & Jackson, S.; 2008; *Obesity and urinary incontinence*; Menopause International
- Kristiansen, S. & Jacobsen, M.H.; 2010; *Erving Goffman*; I: Andersen, P.T. (red) & Timm, H.U. (red); *Sundhedssociologi*; 1. udgave; København K.; Hans Reitzels Forlag
- Kvale, S. & Brinkmann S.; 2009; *Interview*; 2. udgave; København; Hans Reitzels Forlag

Kjøller, M., Juel, K. & Kamper-Jørgensen, F., 2007; *Folkesundhedsrapporten Danmark*; København; Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Launsø, L., Olsen, L. & Rieper, O.; 2011; *Forskning om og med mennesker*; 6. udgave; København K.; Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

Lauritsen, J.M.; 2000; *EpiData Introduktion*; 1. udgave

Mabeck, C.E.; 2005; *Introduktion til den motiverende samtale*; København; Munksgaard

McArdle, W.D.; Katch, F.I. & Katch, V.L.; 2008; *Chapter 28: Body composition assessment*; In: *Exercise physiology – Nutrition, energy, and human performance*; Seventh Edition; Santa Barbara, Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins

Miller, R. W. & Rollnick, S.; 2004; *Motivationssamtalen*; 1. udgave; København; Hans Reitzels Forlag

Miller, R.W. & Rollnick, S.; 2014; *Den motiverende samtale*; 2. udgave; København; Hans Reitzels Forlag

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2011; *Lov nr. 593 af 14/06/2011 Lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter.*

Moons, P., Budts, W. & De Geesta, S.; 2007; *Livskvalitet som begreb: en kritisk gennemgang og vurdering af forskellige opfattelser*. Tidsskrift for sygeplejeforskning, Årg. 23, nr.1

Mukherjee, K. & Constantine, G.; 2001; *Urinary stress incontinence in obese women: tension-free vaginal tape Is the answer*; Sutton Coldfield, United Kingdom; BJU International

Møller, L.A., Lose, G. & Jørgensen T.; 2000; *The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age*. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2000 Apr; 79 (4)

Newman, D.K., Cardozo, L. & Sievert, K.-D.; 2013; *Preventing urinary incontinence in women*; Obstetrics & Gynecology

Nielsen, O.F. & Bojesen-Møller, M.J.; 2012; *Nyrer og urinveje*; I: Nielsen, O.F. & Bojesen-Møller, M.J.; *Anatomi og fysiologi*; 1. udgave, 1. oplag; København; Munksgaard

Norton, P. & Brubaker, L.; 2006; *Urinary incontinence in women*; USA, University of Utah School of Medicine & Loyola University Medical Center; Lancet

Osborn, D.J. et al.; 2013; *Obesity and Female Stress Urinary Incontinence*; Elsevier Inc.

Otto, L.; 2009; *Sundhed i praksis*. I: Glasdam, S. (red); *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*; 1. udgave; København K.; Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

- Petersen, E.N. & De Muckadell, C.S; 2014; *Videnskabsteori – Lærebog for sundhedsprofessionelle*; Gads forlag
- Pedersen, I.K.; 2010; *Michael Foucault*. I: Andersen, P.T. (red) & Timm, H.U. (red); *Sundhedssociologi*; 1. udgave; København K.; Hans Reitzels Forlag
- Phelan, S. et al.; 2012; *Weight Loss Prevents Urinary Incontinence in Women With Type 2 Diabetes: Results From the Look AHEAD Trial*; The Journal of Urology
- Pilmark, V.; 2013; *Stressinkontinens – operation eller bækkenbundstræning?* [Online]; Tilgængelig på: <http://fysio.dk/fafo/Nyheder/Stressinkontinens--operation-eller-bakkenbundstraning/#.VQhmEpVFDIU> [Lokaliseret d. 17.03.15]
- Privathospitalet Møn; *Bliv din inkontinens kvit på under en halv time med en slyngeoperation – Interview med overlæge dr.med. Martin Rudnicki* [Online]; Tilgængelig på: <http://privathospitaletmoen.dk/interview/bliv-din-inkontinens-kvit-paa-under-en-halv-time-med-en-slyngeoperation> [Lokaliseret d. 17.03.15]
- Qaseem A. et al.; 2014; *Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians*; American College of Physicians
- Region Nordjylland; 2014; *Kostvejledning for overvægtige patienter*; Region Nordjylland
- Region Nordjylland; 2015; *KRAM screening og intervention (voksne)*; Region Nordjylland
- Rogers, R.G. et al.; 2006; *Obesity and retropubic surgery for stress incontinence: Is there really and increased risk of intraoperative complications?*; American Journal of Obstetrics & Gynecology
- Rohr, G. et al.; 2005; *Characteristics of middle-aged and elderly women with urinary incontinence*; Scand J Prim Health Care. 23 (4)
- Rollnick, S., Miller, W.R. & Butler, C.C.; 2009; *Motivationssamtalen i sundhedssektoren*; 1. udgave; København K.; Hans Reitzels Forlag
- Sandelowski, M.; 1995; *Focus on qualitative methods. Qualitative analysis: what it is and how to begin*; Research in Nursing & Health
- Sangsawang, B.; 2014; *Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature*; Bangkok, Thailand; European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology
- Subak et al.; 2002; *Does Weight Loss Improve Incontinence in Moderately Obese Women*; International Urogynecology journal

Subak, L.L., Richtert, H.E. & Hunskaar, S.; 2009; *Obesity and Urinary Incontinence: Epidemiology and Clinical Research Update*; San Francisco, California; The Journal of Urology

sundhed.dk; 2010; *Stressinkontinens hos kvinder* [Online]; Tilgængelig på: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/nyrer-og-urinveje/tilstande-og-sygdomme/laekageproblemer/stressinkontinens-hos-kvinder/> [Lokaliseret d. 17.03.15].

sundhed.dk; 2012a; *Urgency inkontinens hos kvinder* [Online]; Tilgængelig på: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/nyrer-og-urinveje/tilstande-og-sygdomme/laekageproblemer/urgency-inkontinens-hos-kvinder/> [Lokaliseret d. 16.02.15].

sundhed.dk; 2012b; *Urininkontinens* [Online]; Tilgængelig på: <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-aa/kvindesygdomme/illustrationer/animationer/urininkontinens/> [Lokaliseret d. 09.02.15].

sundhed.dk; 2012c; *urinlækage hos kvinder* [Online]; Tilgængelig på: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/nyrer-og-urinveje/symptomer-og-tegn/urinlaekage-hos-kvinder/> [Lokaliseret d.12.05.15].

Sundhedsstyrelsen; 2007; *Evaluering af forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter*; København S.; Center for forebyggelse

Sundhedsstyrelsen; 2009a; *Overvægtens fysiske konsekvenser*. [Online] Tilgængelig på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/overvaegt/fysiske-konsekvenser> [Lokaliseret d. 22.04.15].

Sundhedsstyrelsen; 2009b; *Psykosociale aspekter ved overvægt* [Online]. Tilgængelig på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/overvaegt/psykosociale-aspekter> [Lokaliseret d. 22.04.15].

Sundhedsstyrelsen; 2009c; *Urininkontinens hos kvinder – evaluering og udredning og behandling i almen praksis og på hospital*. København S.

Sundhedsstyrelsen; 2014; *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013*; Københavns S.

Sung, V.W. et al.; 2009; *Association between urinary incontinence and depressive symptoms in overweight and obese women*; American Journal of Obstetrics & Gynecology

Søndergaard, L.; 2012; *Sund Info gennem 10 år – og samarbejdet i sygehuset*; I: Søndergaard, Sørensen & Lagoni; 2012; *Sundhedsfremme og forebyggelse – en ligeværdig indsats i sygehusbehandling*; Aalborg, Aalborg Sygehus, Sund Info

Søndergaard, L.; 2015; *Interview med Lise Søndergaard - Foretaget af projektgruppen Anne Bugge Thomsen & Cathrine Lydolf Clausen*; Aalborg Universitetshospital, Sund Info; D. 26.02.15

- Sørensen, C.T.; 2012; *Sund Info er en gave*; I: Søndergaard, Sørensen & Lagoni; 2012; *Sundhedsfremme og forebyggelse – en ligeværdig indsats i sygehusbehandling*; Aalborg, Aalborg Sygehus, Sund Info
- Teijlingen, E.R.v & Hundley, V.; 2001; *The importance of pilot studies*. I: Editor Nigel Gilbert; 2001; *Social research update*; United Kingdom; Department of Sociology, University of Surrey
- Tincello D. G.; 2013; *Incontinence and Prolaps in the Obese Women*; Leicester, UK; Elsevier
- Vahr, S.; 2014; *Nyrer og urinveje*; I: Viborg, A.L. & Torup, A.W.; 2014; *Sygdomslære – Hånden på hjertet*; 2. udgave, 1. oplag; København: Munksgaard
- Vallgård, S.; 2009; *Forebyggelse og sundhedsfremme – definitioner, historie og magtudøvelse*; I: Glasdam, S. (red); *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*; 1. udgave; København K.; Nyt Nordiske Forlag Arnold Busck;
- Vallgård, S. & Krasnik, A.; 2010; *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*; 2. udgave, 3. oplag; København; Munksgaard Danmark
- Vallgård, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T.; 2014; *Sygdomsforebyggelse*; 1. udgave; Munksgaard, København
- Videnskabsetisk Komité; 2015; *Mail korrespondance med Den Videnskabsetisk Komité i Region Nordjylland*; D. 06.03.15-07.04.15
- Vinchurkar, S.A. & Arankalle, D.V.; 2015; *Integrating Yoga Therapy in the Management of Urinary Incontinence: A Case Report*; Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine
- Vissers, D. et al.; 2014; *The effect of non-surgical weight loss interventions on urinary incontinence in overweight women: a systematic review and meta-analysis*; Belgium; Obesity Reviews
- Wesnes, S.L.; 2014; *Weight and urinary incontinence: the missing link*; The International Urogynecological Association
- WHO; 2015; *Obesity and overweight* [Online]; Tilgængelig på: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> [Lokaliseret d. 04.02.15].
- WHO. *WHOQOL: Measuring Quality of Life – Introducing the WHOQOL instruments* [Online]; Tilgængelig på: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> [Lokaliseret 27.04.15]
- Wing, R.R. et al.; 2010; *Improving Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women Through Modest Weight Loss*; National Institutes of Health
- Aalborg Sygehus; 2012; *Sundhedsfremme og forebyggelse – en ligeværdig indsats i sygehusbehandlingen*.

Aalborg Universitetshospital; *Sund Info* [Online]; Region Nordjylland; Tilgængelig på:
<http://www.aalborguh.rn.dk/For-Sundhedsfaglige/Sund-Info> [Lokaliseret d. 22.02.15]

Aalborg Universitetshospital; 2013; *Bioimpedans-måling – Måling af kroppens sammensætning*; Aalborg;
CET-laboratoriet – Center for Ernæring og Tarmsygdomme, Speciale for Medicinske Mave- og
Tarmsygdomme, Medicinerhuset.

Indholdsfortegnelse til bilag

Bilag 1: Søgebilag til problemanalyse	2
Bilag 2: Søgebilag til problembearbejdning	6
Bilag 3: Interviewguide til faktuel interview med Lise Søndergaard 26. februar 2015 kl.15.....	12
Bilag 4: Brev til deltagere.....	13
Indkaldelsesbrev	13
Deltagerinformation om projektet.....	14
Informeret samtykke	15
Bilag 5: Interviewguide til telefoninterviews	16
Bilag 6: Spørgeskemaer til deltagere	17
1: Spørgeskema ved evaluering af væggtabsforløb	17
2: ICIQ-UI SF skema	18
Bilag 7: Interviewguide til kvalitativt interview	19
Bilag 8: Kodetræ til analyse af interviews.....	20
Bilag 9: Syntaxfil fra SPSS	21

Bilag 1: Søgebilag til problemanalyse

Dette bilag beskriver og dokumenterer den systematiske søgning og udvælgelse af litteratur, til at belyse projektets initierende problem i problemanalysen. Søgningen har til formål at finde artikler omhandlende urininkontinens og overvægt, samt sammenhængen mellem urininkontinens og overvægt.

Facetskema

Til søgning af litteratur benyttes et facetskema som værktøjsredskab. Af indledningen og det initierende problem udledes facetter, hvormed problemanalysens genstandsfelt afdækkes. Disse facetter repræsenterer de to tilstande – overvægt og urininkontinens. De facetter, der benyttes i de enkelte databaser, præsenteres i Tabel 1.

- **Facet 1:** Urininkontinens (Urinary Incontinence)
- **Facet 2:** Overvægt (Overweight)

AND			
Databaser		Urinary Incontinence	Overweight
OR	Cinahl	Urinary Incontinence (MH)	Obesity (MH)
	Cochrane	Urinary Incontinence (MeSH)	Overweight (MeSH)
	Embase	Urine Incontinence (EMTREE)	Obesity (EMTREE)
	PsycINFO	Urinary Incontinence (Index Term)	Overweight (Index Term)
	PubMed	Urinary Incontinence (MeSH)	Overweight (MeSH)
	Sociological Abstracts	Urinary Incontinence* (fritekst)	Obesity (SU.EXACT)

Tabel 1: Facetskema indeholdende de to facetter Urinary Incontinence og Overweight, samt de udvalgte databaser.

I Tabel 1 skemalægges to facetter, som hver belyser en nuance af problemanalysens genstandsfelt. I facetterne inkluderes kontrollerede emneord samt frittekstsord, hvor de kontrollerede emneord ikke er at finde.

Anvendte søgetermer

Søgeordene i Tabel 1 er aktuelle for at dække problemanalysens genstandsfelt. Der benyttes engelske ord og termer, hvortil synonymer og beslægtede begreber inddrages for at finde mulige kontrollerede emneord. Søgeordene opdeles i to facetter, som hver er en nuance af genstandsfeltet. I facetterne benyttes OR mellem søgetermerne, hvorefter søgefacetterne kombineres med AND. OR benyttes for at udvide søgningen, mens AND benyttes mellem facetterne for at indsnævre søgningen.

Søgningen udføres i databaserne: Cinahl, Cochrane, Embase, PsycINFO, PubMed og Sociological Abstracts ved hjælp af databasernes kontrollerede emneordssystemer. Et emneordssystem (thesaurus) er en systematisk ordnet liste af emneord og relationer derimellem. Brugen af disse emneord giver mere præcise og rette søgetermer, hvorfor disse anvendes i søgningen. I Cinahl hedder emneordssystemet Cinahl HEADINGS (MH), i Cochrane og PubMed hedder det MeSH (MeSH) og i Embase hedder det Emtree thesaurus (EMTREE). I PsycINFO hedder det Index Term (Index Term) og i Sociological Abstracts hedder det Sociological Thesaurus (SU.EXACT) Ud over emneord anvendes frittekstsøgning i Sociological Abstracts for at indfange endnu ikke kategoriserede emner for søgningen.

Afgrænsninger

Afgrænsninger kan være nødvendige via afgrænsningsfunktionen i de forskellige databaser, for at specificere søgningen og afgrænse antallet af søgehits. Derved fås kun de mest relevante artikler. Disse afgrænsninger ses i Tabel 2.

Databaser	Afgrænsning
Cinahl	Female
Cochrane	-
Embase	Humans Female Danish, English, Swedish, Norwegian Aldersgrupper fra 18 år og opefter
PsycINFO	-

PubMed	Humans Danish, English, Norwegian, Swedish Female
Sociological Abstracts	-

Tabel 2: Afgrænsninger i seks databaser. – betyder, at der ikke har været nogen afgrænsninger.

Som det fremgår af Tabel 2, har det i databaserne Cinahl, Embase og PubMed været en nødvendighed at benytte nogle af de mulige afgrænsninger - eksempelvis sprogligt, og at det kun er artikler med mennesker og kvinder, som ønskes.

Valgte informationskilder

Databaser	Begrundelse for valg af kilde
Cinahl	Databasen indeholder referencer til artikler i sygepleje- og andre sundhedsfaglige tidsskrifter.
Cochrane	Databasen indeholder systematiske oversigtsartikler inden for det medicinske område, indeholdende referencer om skadelige og gavnlige virkninger af behandlinger og forebyggelse i sundhed. Indeholder kun litteratur af høj evidens.
Embase	Databasen supplerer PubMed, idet den dækker europæiske referencer bedre end PubMed. Embase er relevant at inddrage i litteratursøgningen til den aktuelle problemstilling, da europæisk forskning om emnet er relevant at få afdækket.
PsycINFO	Databasen afdækker litteratur om psykologi, sociologi, psykiatri og beslægtede områder. Den dækker tidsskriftsartikler, bøger og kapitler deri og afhandlinger.
PubMed	Databasen indeholder litteratur fra databasen Medline. PubMed indeholder mere end 16 millioner internationale referencer inden for biomedicin og beslægtede fag.
Sociological Abstracts	Databasen indeholder artikler og abstracts af afhandlinger og konferencepapirer, bøger samt bogkapitler inden for sociologien.

Tabel 3: Liste over de udvalgte informationskilder samt begrundelser for at medtage disse i søgningen.

Resultat af søgning

Resultatet af søgningerne i de forskellige databaser er samlet i Tabel 4, og der ses antallet af hits ved at koble de to facetter.

Databaser						
Søgefacetter og kombination	Cinahl	Cochrane	Embase	PsycINFO	PubMed	Sociological Abstract
Facet 1+2	53 [6] <5>	20 [12] <9>	362 [29] <3>	10 [3] <3>	194 [16] <6>	1 [1] <0>

Tabel 4: Resultatet af søgning for facetterne 1 og 2 i litteratursøgningen.

I Tabel 4 ses en oversigt over antallet af hits med afgrænsning med limitfunktion i de databaser, hvor dette var relevant. Først angives antallet af hits fra søgningen, og med de firkantede parenteser [] angives yderligere antallet af hits, som vurderes relevante ved første gennemgang af artiklerne. Ved < > angives antallet af hits, som vurderes relevante efter kritisk læsning ved hjælp af tjeklister. Derudover er der ved < > også fjernet gengangerne (studier som forekommer i flere databaser) mellem databaserne.

Kriterier for udvælgelse af relevant information

Artiklerne vurderes med udgangspunkt i kriterier, der relaterer sig til vurdering af relevans, anvendelighed, validitet og reliabilitet i relation til specialets genstandsfelt med artikler omkring overvægtig og urininkontinens. For at vurdere artiklerne på de ovenstående parametre, benyttes tjeklister til de specifikke studier. Der benyttes forskellige tjeklister til de fremfundne studier, da deres studiedesign er forskellige. Til RCT studier benyttes Sundhedsstyrelsens *Checkliste 2 Randomiseret, kontrollerede undersøgelser*. Til kohorte studier benyttes også en af Sundhedsstyrelsens tjeklister, *Checkliste 3 Kohorteundersøgelser*. Til case kontrol studier benyttes STROBEs tjekliste for *Case-control studies*, og til sidst benyttes Sundhedsstyrelsens *Checkliste 1 Systematiske oversigtsartikler og metaanalyser*.

Tjeklisterne benyttes til at vurdere studierne. Der vurderes ud fra tjeklisterne, om elementerne i tjeklisterne er opfyldt og i hvilken grad. Herunder blev der vurderet på de førnævnte parametre. Derudover blev artiklerne vurderet i forhold til deres evidensgrad, hvor evidenshierarkiet blev benyttet til dette.

Dato og identifikation

Søgningen er foretaget i perioden fra 16.03.15, og den er afsluttet d. 25.03.15. Den er foretaget af Anne Bugge Thomsen og Cathrine Lydolf Clausen, studerende på 4. semester, kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet.

Bilag 2: Søgebilag til problembearbejdning

Dette bilag beskriver og dokumenterer den systematiske søgning og udvælgelse af litteratur, der bidrager til at søge efter relevant litteratur til den videre bearbejdning af resultater og analyser, samt specialets udvikling- og forandringsdel. Søgningen har til formål at finde artikler omhandlende inkontinens, overvægt og konservativ behandling af urininkontinens.

Facetskema

Til søgning af relevant litteratur benyttes facetskema som værktøjsredskab. Der udvælges tre facetter, som skal søge at afdække feltet inden for overvægt, inkontinens og behandling af inkontinens. Disse facetter præsenterer de to tilstande samt behandling/interventioner. Facetterne, der benyttes i de enkelte databaser, præsenteres i Tabel 1.

- **Facet 1:** Inkontinens (Urinary Incontinence)
- **Facet 2:** Overvægt (Overweight)
- **Facet 3:** Konservativ behandling/intervention (Conservative Treatment/Intervention)

AND				
Databaser		Urinary Incontinence	Overweight	Conservative Treatment/Intervention
OR	Cinahl	Urinary Incontinence (MH)	Obesity (MH)	Nutrition Therapy (MH) Diet Therapy (MH) Exercise (MH) Electromyography (MH) Pelvic floor muscles (MH) Life Style+ (MH)
	Cochrane	Urinary Incontinence (MeSH)	Overweight (MeSH)	Nutrition therapy (MeSH) Exercise (MeSH) Electromyography (MeSH) Life Style (MeSH) Pelvic floor muscle training*

	Embase	Urine Incontinence (EMTREE)	Obesity (EMTREE)	Diet therapy (EMTREE) Exercise (EMTREE) Electromyography (EMTREE) Pelvic floor muscle training (EMTREE) Lifestyle (EMTREE)
	PubMed	Urinary Incontinence (MeSH)	Overweight (MeSH)	Nutrition therapy (MeSH) Exercise (MeSH) Electromyography (MeSH) Life Style (MeSH) Pelvic floor muscle training*
	Scopus	Urinary Incontinence (Article Title, Abstract, Keywords) Urine incontinence (Article Title, Abstract, Keywords)	Overweight (Article Title, Abstract, Keywords) Obesity (Article Title, Abstract, Keywords)	Nutrition therapy (Article Title, Abstract, Keywords) Diet therapy (Article Title, Abstract, Keywords) Nutritional counselling (Article Title, Abstract, Keywords) Exercise (Article Title, Abstract, Keywords) Electromyography (Article Title, Abstract, Keywords) Pelvic floor muscle training (Article Title, Abstract, Keywords) Lifestyle (Article Title, Abstract, Keywords)

	Web of Science	Urinary Incontinence (topic)	Overweight (topic)	Nutrition therapy (topic) Diet therapy (topic) Exercise (topic) Electromyography (topic) Pelvic floor muscle training (topic) Lifestyle (topic)
--	----------------	------------------------------	--------------------	--

Tabel 5: Facetskema indeholdende de tre facetter Urinary Incontinence, Overweight og Conservative Treatment/Intervention, samt de valgte databaser.

I Tabel 1 skemalægges de tre facetter, som hver belyser en nuance af det samlede undersøgelsesfelt i specialet, nemlig litteratur omkring urininkontinens og overvægt sammen med konservativ behandling af inkontinens. I facetterne inkluderes kontrollerede emneord samt frittekstsord, hvor de kontrollerede emneord ikke er at finde, eller der ikke eksisterer et emneordssystem.

Anvendte søgetermer

Søgeordene i Tabel 1 er aktuelle for at bidrage til at dække specialets problemformulering. Der benyttes engelske ord og termer, hvortil synonymer og beslægtede begreber inddrages for at finde mulige kontrollerede emneord. Søgeordene opdeles i tre facetter, som hver er en nuance af undersøgelsesfeltet. I facetterne benyttes OR mellem søgetermerne, hvorefter søgefacetterne kombineres med AND. OR benyttes for at udvide søgningen, mens AND benyttes mellem facetterne for at indsnævre søgningen.

Søgningen udføres i databaserne: Cinahl, Cochrane, Embase, PubMed, Scopus og Web of Science ved hjælp af databasernes kontrollerede emneordssystemer. Et emneordssystem er en systematisk ordnet liste af emneord og relationer derimellem. Brugen af disse emneord giver mere præcise og rette søgetermer, hvorfor disse anvendes i søgningen. I Cinahl hedder emneordssystemet Cinahl HEADINGS (MH), i Cochrane og PubMed hedder det MeSH (MeSH) og i Embase hedder det EMTREE thesaurus (EMTREE). I databaserne Scopus og Web of Science findes der ikke nogen kontrollerede thesaurus, hvorfor der på Scopus søges på titel, abstract og keywords, samt topic i Web of Science.

Afgrænsninger

Afgrænsninger via afgrænsningsfunktionen kan være nødvendig i de forskellige databaser, for at specificere søgningen og afgrænse antallet af søgehits. Derved fås kun de mest relevante artikler. Disse afgrænsninger findes i Tabel 2.

Databaser	Afgrænsning
Cinahl	-
Cochrane	-
Embase	Female Danish, English, Swedish, Norwegian Humans Aldersgrupper fra 18 år og opefter
PubMed	-
Scopus	English, Swedish Article, review Austria, Belgium, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom & United States
Web of Science	English

Tabel 6: Afgrænsninger i seks databaser. – betyder, at der ikke har været nogen afgrænsninger.

Som det fremgår af Tabel 2, har det i databaserne Embase, Scopus og Web of Science været en nødvendighed at benytte nogle af de mulige afgrænsninger, eksempelvis sprogligt, og at det kun er artikler med mennesker og kvinder, som ønskes.

Valgte informationskilder

Databaser	Begrundelse for valg af kilde
Cinahl	Databasen indeholder referencer til artikler i sygepleje- og andre sundhedsfaglige tidsskrifter.
Cochrane	Databasen indeholder systematiske oversigtsartikler inden for det medicinske område, indeholdende referencer om skadelige og gavnlige virkninger af behandlinger og forebyggelse i sundhed. Indeholder kun litteratur af høj evidens.
Embase	Databasen supplerer PubMed, idet den dækker europæiske referencer bedre end PubMed. Embase er relevant at inddrage i litteratursøgningen til den aktuelle problemstilling, da europæisk forskning om emnet er relevant at få afdækket.
PubMed	Databasen indeholder litteratur fra databasen Medline. PubMed indeholder mere end 16 millioner internationale referencer inden for biomedicin og beslægtede fag.

Scopus	Databasen indeholder omkring 50 mio. referencer inden for bio-, sundheds-, fysik- og socialvidenskab. Den er bedst dækkende inden for videnskabelig, teknisk, medicinsk og socialvidenskabelig litteratur.
Web of Science	Databasen er en tværfaglig database som indeholder over 10.000 peer-reviewed videnskabelige tidsskrifter.

Tabel 7: Liste over de udvalgte informationskilder.

Resultat af søgning

Resultatet af søgningerne i de forskellige databaser er samlet i Tabel 4, og der ses antallet af hits ved at koble de tre facetter.

Databaser						
Søgefacetter og kombination	Cinahl	Cochrane	Embase	PubMed	Scopus	Web of Science
Facet 1+2+3	27 [13] {2} <0>	7 [4] {1} <1>	51 [11] {1} <1>	35 [7] {2} <1>	124 [11] {4} <2>	44 [9] {3} <1>

Tabel 8: Resultatet af søgning for facetterne 1, 2 og 3 i litteratursøgningen.

I Tabel 4 ses en oversigt over antallet af hits med afgrænsning med limitfunktion, i de databaser, hvor dette var relevant. Først angives antallet af hits fra søgningen, og med de firkantede parenteser [] angives yderligere antallet af hits, som vurderes relevante ved første gennemgang af artiklerne. Ved { } angives antallet af hits, som vurderes relevante efter kritisk læsning ved hjælp af tjeklister. Derudover er der ved < > også fjernet gengangerne (studier som forekommer i flere databaser) mellem databaserne.

Følgende studier er udvalgt efter kritisk læsning:

- Vinchurkar & Arankalle; 2015; *Integrating Yoga Therapy in the Management of Urinary Incontinence: A case Report*
- Qaseem et al.; 2014; *Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical practice Guideline From the American College of Physicians*
- Imamura et al.; 2013; *Conservative treatment options for women with stress incontinence: Clinical update*
- Kamel et al.; 2013; *Effect of abdominal versus pelvic floor muscle exercise in obese Egyptian women with mild stress urinary incontinence: A randomized controlled trial*
- Wing et al.; 2010; *Improving urinary incontinence in overweight and obese women through modest weight loss*

- Subak; 2002; *Does Weight Loss Improve Incontinence in Moderately Obese Women?*

Kriterier for udvælgelse af relevant information

Artiklerne vurderes med udgangspunkt i kriterier, der relaterer sig til vurdering af relevans, anvendelighed, validitet og reliabilitet i relation til specialets genstandsfelt med artikler omhandlende overvægtig og urininkontinens samt behandling.

For at vurdere artiklerne på de ovenstående parametre, benyttes tjeklister til de specifikke studier. Der benyttes forskellige tjeklister til de fremfundne studier, da deres studiedesign er forskellige. Til RCT studier benyttes Sundhedsstyrelsens *Checkliste 2 Randomiseret, kontrollerede undersøgelser*. Til kohorte studier benyttes også en af Sundhedsstyrelsens tjeklister, *Checkliste 3 Kohorteundersøgelser*. Til case rapporter benyttes *Care's Checklist for Case-reports* og til sidst benyttes Sundhedsstyrelsens *Checkliste 1 Systematiske oversigtsartikler og metaanalyser*.

Tjeklisterne benyttes til at vurdere studierne. Der vurderes ud fra tjeklisterne, om elementerne i tjeklisterne er opfyldt og i hvilken grad. Herunder blev der vurderet på de førnævnte parametre. Derudover blev artiklerne vurderet i forhold til deres evidensgrad, hvor evidenshierarkiet blev benyttet til dette.

Dato og identifikation

Søgningen er foretaget i perioden fra 21.04.15, og den er afsluttet d. 12.05.2015. Den er foretaget af Anne Bugge Thomsen og Cathrine Lydolf Clausen, studerende på 4. semester, kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet.

Bilag 3: Interviewguide til faktuel interview med Lise Søndergaard 26. februar 2015 kl.15

Interventionen	Hvad var formålet med interventionen? • I hvilken periode har indsatsen foregået? • Er indsatsen blevet evalueret før? • Hvor længe har interventionen forløbet sig over? • Foregår interventionen stadig?
	Kan du fortælle, hvad indsatsen indeholdte? • Individuelle eller gruppesamtaler? • Hvordan forløber samtalerne, bygger de på en metode? • Indgår motion i forløbet? • Hvor mange medarbejdere er en del af indsatsen og hvilken profession har de?
	Hvad er kriterierne for at deltage i indsatsen? • Køn på deltagere? • Aldersgruppe på deltagere? • Andre?
Forløb af indsats	Kan du fortælle noget om, hvordan et forløb forgår? • Antal samtaler? • Indhold i samtaler? • Hvordan motiveres deltagerne? • Får deltagerne anden behandling eller vejledning? • Hvordan er frafaldet af deltagere?
Data om deltagere	Hvilke data for deltagerne er der opgørelser over? • Spørgeskemaer de har udfyldt selv? • Sociodemografiske informationer? • Typen af inkontinens? • Journaloplysninger?
Økonomi	Findes der opgørelser over, hvad interventionen har kostet?
Opfølgning	Hvordan indkalder vi bedst patienterne til opfølgning? • Findes der specifikke procedurer?

Bilag 4: Brev til deltagere

Indkaldelsesbrev

[Patient navn]

[Patient adresse]

[Patient adresse 2]

[Patient postnummer og by]

Aalborg Universitetshospital, Syd

Hobrovej 18-22

9000 Aalborg

Forhallen, Sund Info

[DATO]

Kære [Patient navn]

På vegne af Sund Info skriver vi til dig for at bekræfte din aftale hos Sund Info, hvor du har en tid den:

[Møde ugedag] [Møde dato] [Møde kl.]

Vi er i gang med at undersøge effekten af behandlingen af din inkontinens og den kostvejledning, som du har modtaget. Du vil i den forbindelse få målt din vægt og din sammensætning af fedt og muskler. Vi vil til samtalen bede dig om at udfylde et spørgeskema, og der vil være et kort interview. Der er afsat 30 minutter.

De ting, der vil blive målt, vil blive benyttet i en evaluering af den vægtreducerende behandling på inkontinens. Du vil i den forbindelse blive anonymiseret. Vi vil gerne have, at du i den forbindelse læser det vedlagte informationsark samt samtykkeerklæring inden samtalen.

Ved afbud kontakt os så hurtigt som muligt på telefon [REDACTED] eller på mail [REDACTED].

Du har altid mulighed for at kontakte os, hvis du har spørgsmål.

Med Venlig Hilsen

Sund Info

Cathrine Clausen & Anne Thomsen

Kandidatstuderende i Folkesundhedsvidenskab

Deltagerinformation om projektet

Evaluering og udvikling af Sund Infos tilbud om vægtreduktion til kvinder med urininkontinens

Kære deltager

Du får tilsendt dette materiale, da du har indvilget i at deltage i ovennævnte projekt og har aftalt en tid til at komme til måling i Sund Infos lokaler.

Formål

Formålet med projektet er, at evaluere Sund Infos tilbud om vægtreduktion som delvis behandling af urininkontinens hos kvinder henvist fra Gynækologisk- og Urologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital. Denne evaluering skal derefter lægge til grund for udvikling af Sund Infos tilbud for fremtidige patienter.

Metode

Der vil være afsat 30 min. til dig. Du vil, når du møder op til din aftalte tid få udleveret to spørgeskemaer af en af de to studerende. Det ene skema omhandler oplysninger om bl.a. ægteskabelig stilling, erhvervsstatus og uddannelse. Det andet skema er et inkontinensskema, som du i dit behandlingsforløb har udfyldt før. Når du har udfyldt de to skemaer, vil den studerende tage dig med til bioimpedansmåleren, hvor du bl.a. får målt vægt, fedtprocent og BMI. Efter denne måling vil du blive inviteret til et kort interview, hvis du har lyst til at deltage i dette.

Det er helt frivilligt at deltage, og du kan til enhver tid trække dit tilsagn om deltagelse tilbage undervejs i processen. Hvis du ønsker at deltage, bedes du underskrive samtykkeerklæringen, som giver os lov til at bruge de data, vi får ud fra din måling, spørgeskemaerne og interviewet. Du kan også vente med at underskrive samtykkeerklæringen inden din aftale. Alle målinger og udsagn fra interviewet vil selvfølgelig være anonymiseret, hvilket sikrer din fuldstændige anonymitet.

Kontaktperson vedrørende projektet er:

Mette Holst, Forskningsleder for Klinisk Ernæring, MKS, Phd. Projekt ved Sund Info. Tlf. [REDACTED]

Vi håber, at du har lyst til at deltage.

Med Venlig Hilsen

Anne Thomsen & Cathrine Clausen
Kandidatstuderende i Folkesundhedsvidenskab

Sund Info & kontaktperson Mette Holst

Informeret samtykke

Til deltagerne i et sundhedsvidenskabeligt forskningsprojekt

Projektets formål

Formålet med projektet er, at undersøge om Sund Infos vægtreducerende indsats har haft en effekt på vægt og inkontinensproblemer hos kvinder, der er henvist fra Gynækologisk og Urologisk afdeling på Aalborg Universitetshospital.

Erklæring fra undersøgelsesdeltageren

- Jeg har fået tilstrækkelig skriftlig og mundtlig information.
- Jeg ved, at det er frivilligt at deltage, og at jeg altid kan trække mit samtykke tilbage fra undersøgelsen uden at skulle forklare hvorfor.
- Jeg giver samtykke til, at deltage i undersøgelsen, og jeg har fået en kopi af dette samtykkeark samt en kopi af den skriftlige information om projektet til eget brug. Af den skriftlige information fremgår det, at mine målinger af vægt, muskler og fedt, mine udfyldte skemaer og eventuelt interview vil blive benyttet i fuldt anonymiseret form.

Undersøgelsesdeltagerens navn: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Ønsker du at blive informeret om undersøgelsens resultater:

Ja: _____ (sæt x) Nej: _____ (sæt x)

Erklæring fra den, der afgiver information

- Jeg erklærer, at undersøgelsesdeltageren har modtaget mundtlig og skriftlig information om undersøgelsen.
- Efter min overbevisning er der givet tilstrækkelig information til, at der kan træffes beslutning om deltagelse i undersøgelsen.

Navnet på den, der har afgivet information: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

For eventuelle spørgsmål kontakt undersøgelsens kontaktperson:

Kontaktperson:
Mette Holst

Forskningsleder for Klinisk
Ernæring, MKS, Ph.d.
Projekt ved Sund Info

Tlf. [REDACTED]

Bilag 5: Interviewguide til telefoninterviews

Spørgeskema ved evaluering af vægttabsforløb

Nr: _____

Spørgsmål	Svarmuligheder
Social status	Samlevende: ____ Ikke samlevende: ____
Antal børn	
Alder på børn	
Uddannelse	
Aktuelt i arbejde	Ja: ____ Nej: ____
Vægt	_____ kg
Operation	Ja: ____ Nej: ____
Inkontinensskema (sum af spg. 3+4+5)	_____ ICIQ-UI SF score

Bilag 6: Spørgeskemaer til deltagere

1: Spørgeskema ved evaluering af vægttabsforløb

Nr: _____

1. Hvad er din ægteskabelige stilling rent juridisk?

(sæt kun ét x)

Gift	
Registreret partnerskab	
Separeret	
Skilt	
Enke/enkemand	
Ugift	

Hvis du har sat x ud fra *gift* eller *registreret partnerskab*, bedes du gå videre til spørgsmål 3.

2. Er du fast samlevende i papirløst samliv? (Dvs. har du en kæreste, du bor sammen med?) (Sæt kun ét x)

Ja _____

Nej _____

3. Hvor mange børn på 15 år og derunder bor der i din husstand?

Skriv antal _____

4. Hvad er din uddannelse?

5. Aktuelt i arbejde?

Ja _____

Nej _____

Hvis ja, skriv hvilket job: _____

Hvis nej, skriv hvad: _____

6. Hvilken form for bolig bor du i?

(Sæt kun ét x)

Rækkehus	
Parcelhus/villa	
Sommerhus	
Landbrugsejendom	
Lejlighed i etageejendom	
Andet	

Hvis andet, skriv hvad: _____

7. Hvilken boligtype bor du i?

(Sæt kun ét x)

Ejerbolig	
Andelsbolig	
Til leje	

Mange tak for besvarelse af skemaet.

2: ICIQ-UI SF skema

		ICIQ-UI <u>SHORT FORM</u> (Danish)			
Deltager nummer	Deltager Initialer	FORTROLIGT	D D	M M	Å Å

Dags dato

Mange mennesker oplever nogle gange urin inkontinens. Vi prøver at finde ud af, hvor mange der oplever urin inkontinens, og hvor meget dette generer dem. Vi vil være glade for, hvis du vil besvare de følgende spørgsmål, ud fra hvordan du i gennemsnit har haft det inden for de **SENESTE FIRE UGER**.

1 Skriv din fødselsdato:

DAG	MÅNED	ÅR

2 Er du (sæt ét kryds):

Kvinde ☐ Mand ☐

3 Hvor ofte oplever du urin inkontinens? (sæt kryds i ét felt)

aldrig	☐	0
en gang om ugen eller mindre	☐	1
to eller tre gange om ugen	☐	2
en gang om dagen	☐	3
flere gange om dagen	☐	4
hele tiden	☐	5

4 Vi vil gerne vide, hvor meget urin du tror, du lækker.

Hvor meget urin lækker du sædvanligvis (uanset om du bruger en form for beskyttelse eller ikke)? (sæt kryds i ét felt)

ingen	☐	0
en lille smule	☐	2
en moderat mængde	☐	4
en hel del	☐	6

5 Generelt, hvor meget påvirker urin inkontinens din hverdag?

Sæt ring om et tal mellem 0 (slet ikke) og 10 (en hel del)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
slet ikke										en hel del

ICIQ point: sum af spørgsmål 3+4+5

---	---

6 Hvornår oplever du urin inkontinens? (sæt kryds ved alle de svarmuligheder, der passer på din situation)

aldrig – lækker ikke	☐
lækker før du kan nå på toilettet	☐
lækker når du hoster eller nyser	☐
lækker når du sover	☐
lækker når du er fysisk aktiv/dyrker sport	☐
lækker når du er færdig på toilettet og har fået tøj på	☐
lækker uden nogen grund	☐
lækker hele tiden	☐

Tak for din besvarelse.

Bilag 7: Interviewguide til kvalitativt interview

Forskningsspørgsmål	
Hvordan har kvinderne oplevet den vægtreducerende indsats i Sund Info?	Kan du fortælle lidt om, hvordan du har oplevet at være til vejledning hos diætisten, og hvilken betydning det har haft for dig at deltage i kostvejledningen? - Hvordan har du oplevet at blive målt på vægten gennem dit forløb? - Hvordan passede tidsrummene for samtaler ind i din hverdag?
	Hvilke ting i hverdagen har haft betydning for dit resultat af vejledningen?
	Hvordan har det givet mening for dig at kombinere kostvejledning med anden behandling af urininkontinens? Hvad var din baggrund for at sige ja til at deltage?
Hvilken effekt har den vægtreducerende indsats på kvindernes livskvalitet?	Kan du fortælle lidt om dit sociale liv og fysiske kunnen. Hvordan er det nu sammenlignet med før kostvejledningen? I forhold til før og efter kostvejledningen er du da generelt blevet gladere, det samme som før eller mindre glad?

Bilag 8: Kodetræ til analyse af interviews

Analysen er bygget op omkring et kodetræ med kodekategorier. Kodetræet er benyttet som et redskab for at kunne udarbejde analysen. Kodetræet er åbnet, så nye koder kan anvendes.

Indsatsen: De ting der omhandler indsatsen kodes under denne kategori. Der kodes ikke under koden indsatsen, men under de uddybende koder. Nedenstående er uddybende koder, som er mere specifikke:

Vejledningen: Her kodes citater omkring, hvordan kvinderne oplever vejledningen og den måde, som samtalerne foregår med den kliniske diætist.

Vægten: Her kodes citater omkring, hvordan kvinderne oplever at blive vejlet på vægten gennem forløbet.

Tidsrum: Her kodes citater omkring, hvordan tidsrummet for samtalerne opfattes af kvinderne, og hvordan disse aftaler passer ind i kvindernes hverdag.

Påvirkninger i hverdagen: Her kodes citater omkring, hvilke påvirkninger kvinderne kan have i deres hverdag, som kan påvirke deres resultat af kostvejledningen.

Kombination af primærbehandling og kostvejledning: Her kodes citater omkring, hvorvidt kvinderne kan se, hvorfor kostvejledning kombineres med deres primærbehandling omkring urininkontinens.

Livskvalitet: De ting der omhandler livskvalitet i forhold til socialt liv, fysisk kunnen, selvværd, selvtillid og velvære kodes under denne kategori. Der kodes ikke under koden livskvalitet, men under de dybdegående koder. Nedenstående er uddybende koder, som er mere specifikke:

Fysisk kunnen: Her kodes citater omkring, om kvinderne før har haft fysisk begrænsninger, og om disse eventuelt er forbedret efter deltagelse i indsatsen med kostvejledning.

Socialt liv: Her kodes citater omkring, om kvinderne før har haft begrænsninger i deres sociale liv, og om disse eventuelt er forbedret efter deltagelse i indsatsen med kostvejledning.

Selvværd, selvtillid og velvære: Her kodes citater omkring selvværd, selvtillid og velvære, hvor der kodes citater med, hvordan kvinderne opfatter det at have tilstanden urininkontinens samt overvægt, og hvordan dette opleves af kvinderne.

Bilag 9: Syntaxfil fra SPSS

Der eksporteres en EpiData fil, indeholdende det indtastede data, til SPSS

* EpiData lavede to filer under eksport af.

* C:\Users\[redacted]

* .

* 1. C:\Users\[redacted] - Resultater\Beregninger i SPSS\Inkontinens2.sps .

* er denne SPSS kommando fil.

* 2. C:\Users\[redacted] - Resultater\Beregninger i SPSS\Inkontinens2.txt .

* er en ASCII tekst fil med rådata.

SET DECIMAL=dot.

DATA LIST

FILE = "C:\Users\[redacted]\Inkontinens2.txt"

RECORDS=2

/ ID 1-2 ALDER1 3-4

ALDER2 5-6 ALDER3 7-8

HOEJDE 9-11 VAEGT1 12-17(2)

VAEGT2 18-23(2) VAEGT3 24-29(2)

BMI1 30-33(1) BMI2 34-37(1) BMI3 38-41(1)

FEDT1 42-45(1) FEDT2 46-49(1) FEDT3 50-53(1)

DATO1 54-63(EDATE) DATO2 64-73(EDATE)

/ DATO3 1-10(EDATE) POSTNUMM 11-14

FORHOLD 15 FASTFORH 16 BOERN 17-18

UDDANNEL 19-20 ARBEJDE 21-54(A)

IKKEARBE 55-56 BOLIGFOR 57

BOLIGTYP 58 FOEDSLER 59-60

KEJSERSN 61-62 TYPE 63 DRYP1 64-65

DRYP2 66-67 DRYP3 68-69 TIDLIGER 70

BESOEG 71-72 AFSLUTTE 73.

FILE LABEL Data over deltagende kvinder .

VARIABLE LABELS

id "(id-nummer)"

alder1 "alder ved start hos kostvejleder"

alder2 "alder ved afslutning hos kostvejleder"

alder3 "alder ved opfølgning"

vaegt1 "vægt ved start hos kostvejleder"

vaegt2 "vægt ved afslutning hos kostvejleder"

vaegt3 "opfølgning"

dato1 "dato for start hos diætist"

dato2 "dato for afslutning hos diætist"

dato3 "dato for opfølgning"

fastforh "ld"

boern "(antal under 15)"

ikkearbe "e"

foedsler "(antal)"
 kejsersn "(antal)"
 type "inkontinens (diagnosenummer)"
 dryp1 "Før operation - drypskema"
 dryp2 "Efter operation - drypskema"
 dryp3 "Opfølgning - drypskema"
 tidliger "operation Tidligere inkontinensoperation (antal)"
 besoeg "Antal besøg hos kostvejleder"
 afslutte "Afsluttet hos kostvejleder før tid eller til tiden".

VALUE LABELS

FORHOLD

- 1 "Gift"
- 2 "Registreret partnerskab"
- 3 "Separeret"
- 4 "Skilt"
- 5 "Enke/enkemand"
- 6 "Ugift"

/FASTFORH

- 0 "Nej"
- 1 "Ja"

/UDDANNEL

- 0 "Ingen uddannelse"
- 1 "Går stadig i skole"
- 2 "7 eller færre år"
- 3 "8-9 år"
- 4 "10-11 år"
- 5 "STX, HTX, HHX, HF"
- 6 "Kort videregående"
- 7 "Mellemlang videregående"
- 8 "Lang videregående"

/IKKEARBE

- 1 "Arbejdsløs"
- 2 "Aktivering"
- 3 "Uddannelsessøgende"
- 4 "Førtidspensionist"
- 5 "Alderspensionist"
- 6 "Efterlønsmodtager"
- 7 "Hjemmearbejdende husmor"
- 8 "Langtidssyg"
- 9 "Kontanthjælpsmodtager"

/BOLIGFOR

- 1 "Rækkehus"
- 2 "Parcelhus/villa"
- 3 "Sommerhus"
- 4 "Landbrugsejendom"
- 5 "Lejlighed i etageejendom"

/BOLIGTYP

- 1 "Ejerbolig"
- 2 "Andelsbolig"
- 3 "Til leje"

/TYPE

- 1 "Stressinkontinens"
- 2 "Urgeinkontinens"
- 3 "Blandingsinkontinens"

```
4 "Ingen klassifikation"
/AFSLUTTE
0 "Til tiden"
1 "Før tid".
execute.
```

```
SAVE
OUTFILE="C:\Users\
\Inkontinens2.sav".
```

Der dannes et overblik over datasættet, ved at gå ind og kigge i hver variabel og se om der er nogle abnormale værdier, eller andet som kunne være fejlindtastet. Dog er data dobbelt indtastet og tjekket efter, hvis der har været forskelle. Datasættet er blevet eftersat i SPSS, hvor der yderligere ikke findes nogle abnormale tal. Derfor vurderes det, at data er indtastet korrekt uden nogle abnormale tal og kan benyttes videre i bearbejdningen

*****KODNING AF VARIABLER*****

Der startes med at lave nye variabler, der senere skal benyttes i forskellige analyser

Første nye variabel laves, hvor dem som har deltaget i opfølgning får værdien 1, og dem som har fået foretaget telefoninterview får værdien 0. Kvinderne, der har fået foretaget telefoninterview, har ikke nogen fedt% værdier, hvorfor det er denne variabel, der bruges til at bestemme, hvem der har været til opfølgning, og hvem der ikke har. Kvinder, der er markeret som missing i variabelen FEDT3, får derfor værdien 0 (telefoninterviews) i den nye variabel, mens alle dem, der har en værdi får værdien 1 (opfølgning) i den nye variabel

```
RECODE FEDT3 (SYSMIS=0) (ELSE=1) INTO OPFOELG.
VARIABLE LABELS OPFOELG 'Opfølgning eller ej'.
EXECUTE.
```

Der laves nye variabler for vægt, for at se ændringen fra baseline til afslutning hos kostvejleder (Vaegt4), fra afslutning hos kostvejleder til opfølgning (Vaegt5) og til sidst fra baseline til opfølgning (Vaegt6)

```
COMPUTE Vaegt4=VAEGT2 - VAEGT1.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE Vaegt5=VAEGT3 - VAEGT2.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE Vaegt6=VAEGT3 - VAEGT1.
EXECUTE.
```

Der laves nye variabler for BMI, for at se ændringen fra baseline til afslutning hos kostvejleder (BMI4), fra afslutning hos kostvejleder til opfølgning (BMI5) og til sidst fra baseline til opfølgning (BMI6)

```
COMPUTE BMI4=BMI2 - BMI1.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE BMI5=BMI3 - BMI2.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE BMI6=BMI3 - BMI1.  
EXECUTE.
```

Der laves nye variabler for fedt%, for at se ændringen fra baseline til afslutning hos kostvejleder (Fedt4), fra afslutning hos kostvejleder til opfølgning (Fedt5) og til sidst fra baseline til opfølgning (Fedt6)

```
COMPUTE Fedt4=FEDT2 - FEDT1.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE Fedt5=FEDT3 - FEDT2.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE Fedt6=FEDT3 - FEDT1.  
EXECUTE.
```

Der laves nye variabler for ændringen i inkontinens fra før til efter operation for de kvinder, der er blevet opereret (Dryp4) og fra baseline til opfølgning (Dryp6)

```
COMPUTE Dryp4=DRYP2 - DRYP1.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE Dryp6=DRYP3 - DRYP1.  
EXECUTE.
```

Der laves en ny variabel for et dikotomt udfald, for om kvinderne er opererede eller ej. Dette gøres ved, at alle kvinder der enten har missings eller har et 0, antages ikke at have fået foretaget operation og får derfor værdien 0 (ikke opereret). Kvinderne, der har enten 1 eller flere operationer, får værdien 1 (opereret)

```
RECODE TIDLIGER (SYSMIS=0) (0=0) (1 thru 10=1) INTO OPERATION.  
VARIABLE LABELS OPERATION 'Er der foretaget operation'.  
EXECUTE.
```

Alderen rekodes således, at den inddeles i aldersgrupper i intervaller af 9 år (20-29 år, 30-39 år osv.). Dette gøres for senere at kunne undersøge, om der er forskel i, om kvinderne får foretaget operation i bestemte aldersgrupper

```
RECODE ALDER3 (20 thru 29=1) (30 thru 39=2) (40 thru 49=3) (50 thru 59=4) (60 thru 69=5) (70 thru  
79=6) INTO ALDERGR.  
VARIABLE LABELS ALDERGR 'Aldersgrupper'.  
EXECUTE.
```


For senere at kunne finde ud af om vægttab eller ej har nogen betydning, laves en ny vægtvariabel, der er dikotom, hvor værdien 0 (ikke tabt sig) er alle dem, som ikke har haft et vægttab og alle dem, som har haft et vægttab er 1 (vægttab). Dette gøres også for inkontinensvariablen Dryp, hvor der også kodes til at være en værdi 0 (ikke fald i dryp) og 1 (fald i dryp)

```
RECODE Vaegt6 (0 thru 100=0) (-100 thru -0.01=1) INTO Vaegt_dik.  
VARIABLE LABELS Vaegt_dik 'Vægttab fra start til opfølgning - dikotomt'.  
EXECUTE.
```

```
RECODE Dryp6 (0 thru 20=0) (-20 thru -1=1) INTO Dryp_dik.  
VARIABLE LABELS Dryp_dik 'Fald i dryp - dikotomt'.  
EXECUTE.
```

Der laves en ny variabel for om kvinderne er i arbejde eller ej. Denne benyttes senere for at undersøge, om det at være i arbejde eller ej, kan have en påvirkning på ændring i vægt og inkontinens

```
RECODE ARBEJDE ('Nej'=0) (ELSE=1) INTO ARB_dik.  
VARIABLE LABELS ARB_dik 'Arbejde eller ej'.  
EXECUTE.
```

*****DESKRIPTIV STATISTIK*****

Der laves deskriptiv statistik for at undersøge, hvilken type kvinde, der er med at gøre i baseline. Dette gøres for variablerne alder1, vægt1, BMI1, FEDT1, fødsler, kejsersnit og Dryp1. For at få et indblik i, hvordan kvinderne er ved baseline

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=ALDER1 VAEGT1 BMI1 FEDT1 FOEDSLER KEJSERSN DRYP1  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Derefter gøres det samme via en frekvenstabel på inkontinens type variabelen (TYPE), der har dikotome udfald, for at se frekvens og procent på antallet af kvinder med de fire forskellige typer inkontinens

```
FREQUENCIES VARIABLES=TYPE  
/ORDER=ANALYSIS.
```

Der laves herefter deskriptiv statistik på kvinderne i forhold til vægt, BMI og fedt%, samt sociale forhold. Dette for at undersøge, hvilke typer kvinder, der er med at gøre i opfølgningen udover vægt, BMI og fedt% i forhold til antallet af børn under 15 år, der bor hjemme (Boern) og deres inkontinens score fra opfølgningen (Dryp3)

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=ALDER3 VAEGT3 BMI3 FEDT3 BOERN DRYP3  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Herefter foretages igen frekvenstabel, hvor der inddrages de sociale parametre, omhandlende om kvinderne er i et fast forhold eller ej (FASTFORH), hvilken uddannelse de har (UDDANNEL), hvilken form for bolig de bor i (BOLIGFOR), om de ejer eller lejer deres bolig (BOLIGTYP) og til sidst om de er afsluttet før tid eller til tiden i deres kostvejledning (AFSLUTTE)

```
FREQUENCIES VARIABLES=FASTFORH UDDANNEL IKKEARBE BOLIGFOR BOLIGTYP AFSLUTTE  
/ORDER=ANALYSIS.
```

Der køres en krydstabel for at se alderen på de kvinder, der er opererede kontra dem, som ikke er opererede

```
CROSSTABS
/TABLES=ALDERGR BY OPERATION
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

*****ANALYSE*****

* Det undersøges om der er en forskel mellem de kvinder, som har været til opfølgningen, og dem som har deltaget i telefoninterview i forhold til ændring i vægt, BMI og fedt% i perioderne fra baseline til afslutning hos kostvejledning, fra afslutning hos kostvejledning til opfølgning og til sidst fra baseline til opfølgning. Dette gøres med en simpel t-test*

```
T-TEST GROUPS=OPFOELG(0 1)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=VAEGT4 VAEGT5 VAEGT6 BMI4 BMI5 BMI6 FEDT4 FEDT6
/CRITERIA=CI(.95).
```

Da der ud fra t-testen ikke findes nogen signifikante forskelle, vurderes det, at de resterende tests med disse variabler kan foretages samlet for hele gruppen af kvinder (altså både opfølgning og telefoninterviews)

Det undersøges for den samlede gruppe af kvinder i specialet, om de har tabt sig fra baseline til slut hos kostvejledning via en t-test

```
T-TEST
/TESTVAL=0
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=Vaegt4
/CRITERIA=CI(.95).
```

Dernæst undersøges der om kvinderne har tabt sig fra slut hos kostvejledning til opfølgning

```
T-TEST
/TESTVAL=0
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=Vaegt5
/CRITERIA=CI(.95).
```

Til sidst for ændring i vægt, undersøges det om kvinderne har et vægttab fra baseline til opfølgning

```
T-TEST
/TESTVAL=0
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=Vaegt6
/CRITERIA=CI(.95).
```

Dernæst gøres det samme for BMI, for at se om kvinderne har haft en ændring i forhold til BMI, fra baseline til slut hos kostvejledning

T-TEST

```
/TESTVAL=0  
/MISSING=ANALYSIS  
/VARIABLES=BMI4  
/CRITERIA=CI(.95).
```

For BMI fra slut hos kostvejledning til opfølgning

T-TEST

```
/TESTVAL=0  
/MISSING=ANALYSIS  
/VARIABLES=BMI5  
/CRITERIA=CI(.95).
```

Yderligere for BMI fra baseline til opfølgning

T-TEST

```
/TESTVAL=0  
/MISSING=ANALYSIS  
/VARIABLES=BMI6  
/CRITERIA=CI(.95).
```

Efterfølgende undersøges det samme for fedt%, for at se om kvinderne har en ændring i fedt% fra baseline til slut hos kostvejledning

T-TEST

```
/TESTVAL=0  
/MISSING=ANALYSIS  
/VARIABLES=FEDT4  
/CRITERIA=CI(.95).
```

For fedt% fra slut hos kostvejledning til opfølgning

T-TEST

```
/TESTVAL=0  
/MISSING=ANALYSIS  
/VARIABLES=FEDT5  
/CRITERIA=CI(.95).
```

Og for fedt% fra baseline til opfølgning

T-TEST

```
/TESTVAL=0  
/MISSING=ANALYSIS  
/VARIABLES=FEDT6  
/CRITERIA=CI(.95).
```

*I forhold til kvindernes inkontinens score og ændring i denne (Dryp6), undersøges der også, om der sker en ændring i inkontinens fra baseline til opfølgning. Det giver her ikke nogen mening at foretage t-test for at se

ændring fra baseline til afslutning hos kostvejledning eller fra afslutning hos kostvejledning til opfølgning, da der er mange kvinder, som kun har en inkontinens værdi fra baseline og opfølgning (Dryp1 og Dryp3 = Dryp6)*

T-TEST

```
/TESTVAL=0  
/MISSING=ANALYSIS  
/VARIABLES=Dryp6  
/CRITERIA=CI(.95).
```

Der undersøges nu om der er forskel i om kvinderne har fuldført kostvejledningen eller ej i forhold til vægttab

T-TEST GROUPS=AFSLUTTE(0 1)

```
/MISSING=ANALYSIS  
/VARIABLES=Vaegt4 Vaegt5 Vaegt6  
/CRITERIA=CI(.95).
```

Fra start til opfølgning for henholdsvis dem, der har været til opfølgning og telefoninterviews. Er der en signifikant forskel i forhold til vægttab, når telefoninterviewenes vægt er selvrapporteret

T-TEST GROUPS=OPFOELG(0 1)

```
/MISSING=ANALYSIS  
/VARIABLES=Vaegt6  
/CRITERIA=CI(.95).
```

Der laves en chi²-test for at se, om der er forskelle i sociale forhold, som gør, at kvinderne taber sig eller ej. De dikotome variabler, der undersøges i denne chi²-test, er om kvinderne er i fast forhold eller ej, samt boligtypen (eje eller leje)

CROSSTABS

```
/TABLES=Vaegt_dik BY FASTFORH BOLIGTYP  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=CHISQ PHI  
/CELLS=COUNT EXPECTED  
/COUNT ROUND CELL.
```

Derudover foretages en ANOVA for at undersøge det samme for variablerne uddannelse og boligform, da disse ikke er dikotome

ONEWAY UDDANNEL BOLIGFOR BY Vaegt_dik

```
/MISSING ANALYSIS.
```

Dernæst laves igen chi²-test for at se om sociale forhold betyder noget i forhold til ændring i inkontinens, altså om kvinderne får forbedret deres inkontinens eller ej

CROSSTABS

```
/TABLES=Dryp_dik BY FASTFORH BOLIGTYP  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=CHISQ PHI  
/CELLS=COUNT EXPECTED  
/COUNT ROUND CELL.
```

ANOVA'en foretages også for uddannelse og boligform for at se, om de har en betydning for, om kvinderne får forbedret deres inkontinens eller ej

```
ONEWAY UDDANNEL BOLIGFOR BY Dryp_dik  
/MISSING ANALYSIS.
```

* Ingen af disse er noget signifikans, så derfor kan det ses, at de sociale forhold ikke har noget at sige i forhold til fald i vægttab eller inkontinens*

Dernæst undersøges om de opereredes inkontinens er bedre efter operation end dem, som ikke har fået en operation

```
T-TEST GROUPS=OPERATION(0 1)  
/MISSING=ANALYSIS  
/VARIABLES=Dryp6  
/CRITERIA=CI(.95).
```

Det samme gøres for vægt, for at se om det er de opererede eller ikke opererede som har haft det største fald i vægt

```
T-TEST GROUPS=OPERATION(0 1)  
/MISSING=ANALYSIS  
/VARIABLES=Vaegt6  
/CRITERIA=CI(.95).
```

Derefter undersøges det, om der er en sammenhæng mellem ændring i vægt (vaegt6) og ændring i inkontinens (dryp6) ved hjælp af en lineær regressionsanalyse. Tilhørende er et scatterplot for visuelt at se, hvordan sammenhængen mellem de ændringer ser ud

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER Vaegt6.
```

```
GRAPH  
/SCATTERPLOT(BIVAR)=Vaegt6 WITH Dryp6  
/MISSING=LISTWISE.
```

Derefter undersøges om der ses nogen sammenhæng mellem ændring i BMI og inkontinens også via lineær regression med tilhørende scatterplot

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6
```

```
/METHOD=ENTER BMI6.
```

```
GRAPH  
/SCATTERPLOT(BIVAR)=BMI6 WITH Dryp6  
/MISSING=LISTWISE.
```

Til sidst undersøges sammenhængen mellem ændring i fedt% og inkontinens via lineær regression og tilhørende scatterplot

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER FEDT6.
```

```
GRAPH  
/SCATTERPLOT(BIVAR)=FEDT6 WITH Dryp6  
/MISSING=LISTWISE.
```

Efterfølgende er det interessant at undersøge, om der er mest forbedring i inkontinens hos kvinder, der har en bestemt type inkontinens i forhold til variablerne ændring i vægt, BMI og fedt%. Dette gøres dog kun for typerne stressinkontinens (Type 1) og blandingsinkontinens (Type 3), da der ikke er nok kvinder, som er diagnosticeret med urgeinkontinens (4 kvinder) og ingen-klassifikation (2 kvinder), og der derfor foretages ikke regressionsanalyser på disse typer

Der laves først en lineær regression for kvinder med stressinkontinens (Type 1) for at se, om typen af inkontinens har en betydning i forhold til sammenhængen mellem ændring i vægt og inkontinens

```
REGRESSION  
/SELECT=TYPE EQ 1  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER Vaegt6.
```

Der foretages igen en lineær regression for kvinder med stressinkontinens (Type 1), men denne gang for at se om typen af inkontinens har en betydning i forhold til sammenhængen mellem ændring i BMI og inkontinens

```
REGRESSION  
/SELECT=TYPE EQ 1  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER BMI6.
```

Der foretages til sidst en lineær regression for kvinder med stressinkontinens (Type 1), for at se om typen af inkontinens har en betydning i forhold til sammenhængen mellem ændring i fedt% og inkontinens

```
REGRESSION  
/SELECT=TYPE EQ 1  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER FEDT6.
```

Derefter laves lineær regression for kvinder med blandingsinkontinens (Type 3) for at se, om denne type inkontinens har en betydning i forhold til sammenhængen mellem ændring i vægt og inkontinens

```
REGRESSION  
/SELECT=TYPE EQ 3  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER Vægt6.
```

Det samme gøres for kvinder med blandingsinkontinens (Type 3) for sammenhængen mellem ændring i BMI og inkontinens

```
REGRESSION  
/SELECT=TYPE EQ 3  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER BMI6.
```

Til sidst for kvinder med blandingsinkontinens (Type 3) for sammenhængen mellem ændring i fedt% og inkontinens

```
REGRESSION  
/SELECT=TYPE EQ 3  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER FEDT6.
```

Der kan yderligere undersøges, om der er nogle faktorer eller parametre, som har en påvirkning på sammenhængen mellem vægt og inkontinens. Derved justeres der for confoundere for flere variabler i den lineære regression, ved at bygge ovenpå med en variabel af gangen

Først justeres der for aldersgrupperne, for at se om alder er en confounding for sammenhængen mellem ændring i vægt og inkontinens

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER Vægt6 ALDERGR.
```

Derefter justeres der for boligformen, for at undersøge, om denne kan være en confounder for sammenhængen

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER Vægt6 BOLIGFOR.
```

Boligtypen undersøges for at se, om denne er en confounder

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER Vægt6 BOLIGTYP.
```

Det undersøges, om det at kvinderne er i et fastforhold eller ej kan være en confounder for sammenhængen

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER Vægt6 FASTFORH.
```

Om kvinderne har født eller ej undersøges også for at se, om dette er en confounder for sammenhængen mellem ændring i vægt og inkontinens

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER Vægt6 FOEDSLER.
```


Om kvinderne har haft kejsersnit eller ej justeres som confounder

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER Vaegt6 KEJSERSN.
```

Hvorvidt kvinderne er blevet opereret eller ikke opereret for deres inkontinens undersøges, for at se, om det er en confounder

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER Vaegt6 OPERATION.
```

Længden af uddannelse undersøges som confounder, for at se om længden af uddannelse har noget at sige i forhold til sammenhængen mellem ændring i vægt og inkontinens

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER Vaegt6 UDDANNEL.
```

Hvorvidt kvinderne er i arbejde eller ej, justeres for at undersøge om det er en confounder

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER Vaegt6 ARB_dik.
```

Til sidst undersøges det om, hvorvidt kvinderne har gennemført deres kostvejledning eller ej, er en confounder, for sammenhængen mellem ændring i vægt og inkontinens

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Dryp6  
/METHOD=ENTER Vaegt6 AFSLUTTE.
```