



Institutionen för hälsovetenskaper
Fysioterapeutprogrammet

Utbildningsprogram
i fysioterapi 180 hp

Examensarbete 15 hp
Hösten 2018

**Smärta vid primär dysmenorré i förhållande till fysisk aktivitetsnivå
- en enkätstudie**

Författare

Nina Persson
Fysioterapeutprogrammet
Lunds universitet
bte13npe@student.lu.se

Hanna Andersson
Fysioterapeutprogrammet
Lunds universitet
ha8141an-s@student.lu.se

Handledare

Anita Wisén
Universitetslektor, Docent, Dr
Med Vet,
Leg. Sjukgymnast
Forskargruppen Fysioterapi
Institutionen för
Hälsovetenskaper
Lunds universitet
anita.wisen@med.lu.se

Examinator

Kjerstin Stigmar
Biträdande universitetslektor,
Leg. sjukgymnast
Forskargruppen Fysioterapi
Institutionen för
Hälsovetenskaper
Lunds universitet
kjerstin.stigmar@med.lu.se

Sammanfattning

BAKGRUND. Primär dysmenorré, även kallat menstruationssmärter, är ett vanligt tillstånd som ca 60–90% av menstruerande kvinnor besväras av. Det visar sig ofta som en krampande känsla i magen. Ryggsmärter, huvudvärk och fatigue är också vanliga besvär. Fysisk aktivitet är en metod som används vid smärtlindring och har även visat sig minska symtomen vid primär dysmenorré. **SYFTE.** Syftet med studien var att beskriva smärta vid primär dysmenorré bland fertila kvinnor i relation till deras aktivitetsnivå. Vidare att beskriva träningstyp och hormonella preventivmedel i relation till kvinnornas självupplevda smärta, samt om primär dysmenorré bidrog till att kvinnorna i urvalsgruppen upplevde sig vara mindre aktiva under menstruationsveckan. **STUDIEDESIGN.** Undersökningen baseras på en kvantitativ enkätstudie. **METOD.** En internetbaserad enkät skickades ut via sociala medier. Antalet deltagare som uppfyllde inklusionskriterierna var 198 kvinnor som kategoriserades i tre grupper beroende på deras aktivitetsnivå för aerob- respektive styrketräning. **ETIK.** Enkätstudien var anonym och all data behandlades konfidentiellt. **RESULTAT.** Av deltagarna var det 1,5% som inte skattade någon smärta från primär dysmenorré. I gruppen som tränade mindre än rekommenderad aerob träningsnivå skattade kvinnorna generell smärta med ett medelvärde på $4,5 \pm 2,0$ på Numeric rating scale (NRS). Gruppen som uppfyllde rekommendationerna skattade generell smärta $3,5 \pm 2,1$ och gruppen som tränade mer än rekommendationerna skattade $3,5 \pm 2,2$. Avseende styrketräning så skattade kvinnorna som tränade <1 timme/vecka $3,8 \pm 2,1$, gruppen som tränade 1–4 timmar/vecka $3,8 \pm 2,2$ och gruppen som tränade >4 timmar/vecka $2,8 \pm 2,2$ avseende generell smärta från primär dysmenorré. Den träningskombination där kvinnorna skattade lägst generell och maximal smärta var vid kombination av aerob träning mer än rekommendationerna och styrketräning <1 timme/vecka. Den generella smärtan under menstruationsveckan skattades till $3,6 \pm 2,0$ hos kvinnorna som tog hormonella preventivmedel och $3,8 \pm 2,2$ av de som ej tog några hormonella preventivmedel. Av deltagarna uppgav 44,9% att de tränar mindre under menstruationsveckan, med smärter och nedsatt motivation som främsta orsak. **KONKLUSION.** Nästan alla kvinnor som deltog i studien, uppgav att de hade smärta kopplat till primär dysmenorré. Kvinnor med en högre aktivitetsnivå, rapporterade lägre grad av smärta.

Nyckelord: primär dysmenorré, fysisk aktivitet, smärta, kvinnohälsa, mensvärk

Abstract

BACKGROUND. Primary dysmenorrhea (PD), also known as menstrual pain, is a common condition in which approximately 60-90% of menstrual women are bothered. It often appears as a convulsive feeling in the stomach. Back pain, headache and fatigue are also common symptoms. Physical activity (PA) is used for pain relief and has showed reduced symptoms related to PD. **PURPOSE.** The purpose of this study was to describe pain related to PD among fertile women in relation to their PA level. Furthermore, to describe the type of training and hormonal contraceptives in relation to the women's self-reported pain and whether PD contributed to the women in the study group being less active during their menstruation. **STUDY DESIGN.** The study is based on a quantitative survey. **METHOD.** An online survey was published online. Participants meeting the inclusion criteria were 198 women. They were divided into three groups depending on PA level for aerobic and strength training. **ETHICS.** The survey was anonymous and all data was treated confidentially. **RESULTS.** Of the participants, 1.5% did not estimate any pain from PD. In the group that trained less than the recommended aerobic exercise level, women estimated general pain with an average of 4.5 ± 2.0 on the Numeric Rating Scale, the group who met the recommendations estimated 3.5 ± 2.1 and the group training more than the recommendations estimated 3.5 ± 2.2 . Regarding weight training, the women who trained <1 hour/week estimated 3.8 ± 2.1 , the group training 1-4 hours/week 3.8 ± 2.2 and the group training >4 hours/week 2.8 ± 2.2 as general pain from PD. The combination of exercises where the women estimated the lowest general and maximum pain was when combining aerobic exercise more than the recommendations and strength training <1 hour/week. The general pain during the menstrual week was estimated at 3.6 ± 2.0 in the women taking hormonal contraceptives and 3.8 ± 2.2 in those who did not take any hormonal contraceptives. Of the participants, 44.9% stated that they exercise less during the menstrual week, with pain and reduced motivation as the main cause. **CONCLUSION.** Almost all participating women had pain from PD. Women with a higher level of activity, reported less severe pain due to PD.

Keywords: primary dysmenorrhea, physical activity, pain, menstrual pain, female health

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	1
<i>1.1 Primär dysmenorré</i>	<i>1</i>
<i>1.2 Interventioner vid primär dysmenorré</i>	<i>1</i>
<i>1.3 Fysisk aktivitet och smärta</i>	<i>1</i>
<i>1.4 Hormonella preventivmedel</i>	<i>2</i>
<i>1.5 Bedömningsinstrument för fysisk aktivitetsnivå</i>	<i>3</i>
2. Syfte	3
3. Frågeställningar	3
4. Material och metoder	3
<i>4.1 Urvalsgrupp</i>	<i>3</i>
<i>4.2 Instrument och genomförande</i>	<i>3</i>
<i>4.3 Statistisk bearbetning</i>	<i>4</i>
<i>4.4 Etiska Aspekter</i>	<i>4</i>
5. Resultat	5
<i>5.1 Generella mätvärden</i>	<i>5</i>
<i>5.2 Varierad aktivitetsnivån under menstruationen</i>	<i>6</i>
<i>5.3 Aerob träning, styrketräning och smärtintensitet</i>	<i>6</i>
<i>5.4 Hormonella preventivmedels inverkan på smärtintensitet</i>	<i>8</i>
6. Diskussion	9
<i>6.1 Material- och metoddiskussion</i>	<i>9</i>
<i>6.2 Resultatdiskussion</i>	<i>10</i>
<i>6.3 Fortsatt forskning</i>	<i>11</i>
7. Konklusion	12
8. Klinisk relevans	12
9. Referenslista	13

Bilaga 1: Deltagarinformation

Bilaga 2: Enkätfrågor

1. Bakgrund

1.1 Primär dysmenorré

Mensvärk, eller som det även kallas primär dysmenorré, är ett tillstånd där kvinnan har smärtor i bäckenregionen på grund av sin menstruation utan att ha några andra gynekologiska besvär. Smärtan beror troligen på att produktionen av de hormonliknande ämnena prostaglandiner är i obalans under menstruationen (1). I början av menstruationscykeln, det vill säga under själva menstruationen, är östrogennivåerna höga och progesteronnivåerna låga. Hormonet progesteron hämmar enzymet cyclo-oxygenase (COX) som i sin tur hämmar utsöndringen av prostaglandiner vilka bidrar till en ökad smärtekänslighet (2). Prostaglandinerna ökar kontraktionerna och tonusen i livmodern vilket ger upphov till smärta (1). Kvinnor med primär dysmenorré förefaller även ha en ökad känslighet i perifera nerver samt ökade kärlsammandragningar som påverkar smärtupplevelsen (2). Primär dysmenorré skapar besvär hos cirka 45–95% av alla menstruerande kvinnor. Prevalensen är dock svår att utreda då många kvinnor inte söker vård för sina smärtor utan anser dem vara normala och en naturlig del av menstruationen (3). Symtomen visar sig ofta som en krampande känsla i magen men många får även smärtor i ryggen, huvudvärk, fatigue, diarré och mår illa (4). I USA har primär dysmenorré bidragit till att kvinnor sjukskrivit sig 600 miljoner timmar per år vilket innebär en kostnad på två miljoner dollar. I Sverige är förlusten 230 000 arbetsdagar per år vilket återigen visar på de ekonomiska konsekvenserna och produktionsbortfallet i samband med menstruationen (3). Primär dysmenorré påverkar kvinnors liv negativt på flera olika sätt inkluderat relationer, skol- och arbetsprestationer samt sociala och återhämtande aktiviteter. Kvinnor med primär dysmenorré upplever överlag en lägre livskvalitet. De intensiva cykliska smärtorna som kommer med den primära dysmenorrén ger en begränsning i utförandet av fysisk aktivitet (3, 5). Studier har visat att den fysiska aktiviteten minskar hos kvinnor med primär dysmenorré (6).

1.2 Interventioner vid primär dysmenorré

Det har gjorts flera studier med olika metoder för att minska besvären vid primär dysmenorré, bland annat med interventioner inom kost, fysisk aktivitet, stressreducering och massage. Yoga har i flera studier visat sig minska besvären hos kvinnor med primär dysmenorré (7, 8, 9). Även fysisk aktivitet verkar ha en positiv inverkan. En studie jämförde en grupp kvinnor som fick utföra ett träningsprogram under tre månader med en kontrollgrupp och man såg att styrketräning, stretching, avslappningsövningar och löpning minskade symtomen i gruppen som tränade (4).

Den vanligaste farmakologiska behandlingsåtgärden för primär dysmenorré är non-steroidal anti-inflammatorisk drugs (NSAID). Dessa hämmar enzymet COX vilket i sin tur inhiberar produktionen av prostaglandiner och därmed minskar smärtan (3).

1.3 Fysisk aktivitet och smärta

Vid fysisk aktivitet aktiveras kroppens egna smärthämningssystem. Opioider och hormoner utsöndras och hämmar smärtöverföring både centralt och på ryggmärgsnivå. Detta skapar en känsla av eufori som minskar spänning och oro. Vissa av dessa ämnen frisätts även ut i blodomloppet vilket minskar smärtekänsligheten både under och efter ett träningspass (10, 11). Några studier på kvinnor med primär dysmenorré har påvisat en lägre smärtröskel i början av menstruationscykeln när östrogennivåerna är höga och progesteronnivåerna är låga till skillnad från i slutet på menstruationscykeln då hormonnivåerna är omvända (2, 12).

Vid träning aktiveras ofta berörings- och tryckreceptorer vilka påverkar smärtöverföringen i ryggmärgens bakhorn. Enligt grindteorin, som detta kallas, prioriteras de positiva signalerna först vilket stör framkomligheten av de smärtsamma nervsignalerna (10).

Under träning transporteras blodet till de arbetande musklerna och således minskas blodansamling i de inre organen, inkluderat livmodern. Detta samt att blodkärlen vidgas vid träning kan bidra till ett minskat tryck i livmodern och på så vis mindre smärta. En annan förklaring till att kvinnor upplever en smärtlindring av träning kan vara att fysisk aktivitet minskar utsöndrandet av vissa prostaglandiner och tromboxane, vilka stimulerar sammandragningarna i livmodern (9, 11, 13). Det finns också andra typer av prostaglandiner vilka är vasodilaterande, dessa ökar vid träning och gör att blodet transporteras bort från livmodern till övriga muskler vilket har visat sig minska smärta (11). Fysiologiskt så utsöndras även opioider såsom endorfiner vid träning vilka kan ha en liknande effekt på primär dysmenorré som smärtlindrande läkemedel (13). Vid träning på medelintensitet under 30 minuter kan endorfinnivåerna i blodet fem-dubblas (11).

Enligt en review-artikel från 2008 uppger ca 20% av kvinnorna med primär dysmenorré att de utför träning som smärtlindrande intervention. Studierna som har inkluderats i ovanstående review har dock varit av låg kvalitet med brister i antalet deltagare, randomisering, validerade frågeformulär etcetera (13).

Smärtintensiteten har visat sig sjunka som mest vid lågintensiv styrketräning med lång duration oberoende av vilken fas i menstruationscykeln kvinnorna befinner sig i (14). Även program bestående av stretchning, konditionsträning och avslappning har visat sig effektivt för att minska smärtan under menstruationsperioden, oberoende om träningsprogrammen utförs i hemmet, på gym eller är övervakad av utbildad personal (15, 16).

Aerob träning har visats sig kunna minska smärtintensitet, aktivitetsbegränsning och klagomål kring besvären samt förbättra livskvaliteten hos kvinnor med primär dysmenorré (11). Det finns dock ingen stark evidens som talar för att fysisk aktivitet kan minska primär dysmenorré men vi vet att träning kan påverka flertalet symtom relaterade till primär dysmenorré, bland annat stress, trötthet och nedstämdhet (13).

1.4 Hormonella preventivmedel

Det finns flera orala preventivmedel som har visat sig minska intensiteten på besvären samt antalet dagar med primär dysmenorré. Dock finns det inte tillräckligt med kliniska studier för att bekräfta kombinerade hormonella orala preventivmedel som behandlingsmetod för primär dysmenorré. Kvinnor med primär dysmenorré rekommenderas hormonella preventivmedel då dessa generellt minskar menstruationssmärtorna (17, 18). I en studie från 2007 bekräftade även magnetröntgen (MR) minskade livmoderkontraktioner hos kvinnor som tog orala preventivmedel vilket kan förklara den minskade menstruationssmärtan då syrebristen i livmodern inte blir lika hög (19).

Även användning av andra hormonella preventivmedel som p-stav och vaginal spiral har visat sig påverka smärtkänsligheten. I en studie utsattes kvinnor som använde sig av olika hormonella preventivmedel för tryck av en dynamometer och de kvinnor som hade p-stav eller vaginal spiral visade sig tolerera högre tryck (20).

1.5 Bedömningsinstrument för fysisk aktivitetsnivå

Socialstyrelsen har tagit fram ett antal mått för att bedöma levnadsvanor, däribland fysisk aktivitetsnivå. De två indikatorfrågor som har tagits fram för att bedöma och utvärdera fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården är: 1. “Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?” och 2. “Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, till exempel promenad, cykling eller trädgårdsarbete?”. Frågorna besvaras genom fasta flervalsalternativ med olika aktivitetsminuter. Enligt en svensk studie visade det sig att indikatorfrågorna korrelerade med den uppmätta fysiska aktivitetsnivån med accelerometer vilket stärker dess validitet. Studien undersökte även huruvida svarsalternativen skulle bestå i flervalsalternativ eller olika typer av öppna svar och där kom de fram till att de fasta flervalsalternativen gav de mest valida resultaten. Aktivitetsminuterna från flervalsalternativen har därefter omvandlats till siffror på en skala 3–19 utifrån Socialstyrelsens formel som beskriver den totala aktivitetsnivån (se metod 4.2 för utförligare beskrivning). Utifrån dessa delas individer in i en grupp som uppnår Socialstyrelsens rekommenderade aktivitetsnivå på 150 min/vecka och en grupp som inte gör det (21, 22).

2. Syfte

Syftet med studien var att beskriva smärta vid primär dysmenorré bland fertila kvinnor i relation till deras aktivitetsnivå. Vidare att beskriva träningstyp och hormonella preventivmedel i relation till kvinnornas självupplevda smärta, samt om primär dysmenorré bidrog till att kvinnorna i urvalsgruppen upplevde sig vara mindre aktiva under menstruationsveckan.

3. Frågeställningar

- Hur beskriver kvinnor sin smärta från primär dysmenorré i relation till uppgiven aktivitetsnivå?
- Hur beskriver kvinnor sin aktivitetsnivå under menstruationsveckan i relation till besvär kopplade till primär dysmenorré?
- Hur beskriver kvinnor sin smärta från primär dysmenorré i relation till om de utför aerob- eller styrketräning?
- Hur skattar kvinnor sin smärta från primär dysmenorré i relation till om de tar hormonella preventivmedel eller ej?

4. Material och metoder

4.1 Urvalsgrupp

Undersökningsgruppen inkluderade regelbundet menstruerande kvinnor i åldrarna 18–30 år. Regelbundet menstruerande kvinnor definierades i studien som kvinnor med en menstruationscykel på 23–35 dagar. Antalet deltagare i studien var 274 personer, varav 76 personer exkluderades då de ej uppfyllde inklusionskriteriet om regelbunden menstruation. Totalt inkluderades 198 kvinnor.

4.2 Instrument och genomförande

Undersökningen baserades på en kvantitativ enkätstudie bestående av flervalsfrågor. Deltagarna besvarade en anonym internetbaserad enkät som bestod av Socialstyrelsens

indikatorfrågor kring fysisk aktivitet, vilka är validitets- och reliabilitetstestade (21, 22). Smärtan skattades i enkäten med hjälp av Numeric Rating Scale (NRS) som är en självskattningsskala från 0–10 vilken också är validitets- och reliabilitetstestad. NRS används frekvent för att mäta smärta i bäckenregionen och är ursprungligen en numerisk version av visuell analog skala (VAS). VAS är en 10 cm lång horisontell linje där individen får skatta sin smärta från 0–100 mm, där 0 är ingen smärta och 100 är värsta tänkbara smärta (23). Enkäten kompletterades med specifika frågor om primär dysmenorré, fysisk aktivitet och personlig information. Enkäten lades upp på Facebook i de båda författarnas flöden och var öppen att svara på under tolv dagar med start 2018-02-14. Enkäten delades i författarnas flöden samt i några enskilda grupper, bland annat träningsgrupper (crossfit, gymnastik, simhopp och handboll) samt lokala Facebookgrupper där medlemmarna hade en mer varierande aktivitetsnivå. Då båda författarna bor i Skåne och enkäten delades i respektive författares flöde samt i olika lokala grupper, så kommer troligen majoriteten av deltagarna från Skåne.

4.3 Statistisk bearbetning

Resultaten sammanställdes i Excel där deskriptiv statistik presenterades. Vid beräkning av centralmått användes medelvärdet och som spridningsmått standardavvikelse (SD).

För att beräkna aktivitetsnivån har antalet minuter omvandlats till siffror från 1–8 (aerob träning) och 1–7 (vardagsmotion). Följande formel har därefter använts: $(\text{träningsminuter} \cdot 2) + \text{vardagsmotion}$ för att beräkna en genomsnittlig aktivitetsnivå utifrån rekommendationerna samt för att dela in deltagarna i tre nivåer av aerob fysisk aktivitet. De nivåer som har använts är låg aktivitetsnivå (A1) motsvarande 3–10 poäng, rekommenderad aktivitetsnivå (A2) motsvarande 11–19 poäng och mer än rekommenderad aktivitetsnivå (A3) motsvarande >19 poäng. Gränsvärdena baseras på Socialstyrelsens indelning där 11–12,5 motsvarar den rekommenderade aktivitetsnivån på 150 minuter medelintensiv aerob träning/vecka (21, 22, 24).

För att dela in deltagarna i tre grupper utifrån mängden styrketräning utgick författarna ifrån Socialstyrelsens rekommendationer kring två muskelstärkande pass per vecka (21). Då tidsintervallet ej har varit specificerat valde författarna att se 30 minuter som ett minimum per pass. Således blir den rekommenderade aktivitetsnivån för styrketräning minst 1 timme/vecka. För att kunna gruppera deltagarna i tre grupper utifrån mängden styrketräning valdes därför att göra en grupp som tränade mindre än rekommendationerna (<1 timme/vecka), en grupp som tränar motsvarande Socialstyrelsens rekommendationer och en grupp som tränade mer än rekommendationerna (>4 timmar/vecka). Grupperna benämns i studien som S1, S2 och S3 där S1 motsvarar <1 timme/vecka, S2 motsvarar 1–4 timmars styrketräning per vecka och S3 >4 timmars styrketräning per vecka.

4.4 Etiska Aspekter

En del uppgifter som deltagarna lämnade genom enkäten kunde upplevas som känsliga och personliga. Genom anonymitet kunde alla personer inkluderas och känna sig trygga med att ingen visste att de deltagit i studien eller att uppgifterna kunde kopplas till dem. Enkäten var av kvantitativ typ och byggde på flervalsfrågor vilket gjorde det svårt att koppla uppgifterna till en enskild individ. De medverkande informerades om att de fick avbryta sitt deltagande när som helst och att det inte krävdes någon motivering till varför. Studien omfattade inte några personuppgifter. All data har hanterats konfidentiellt.

5. Resultat

5.1 Generella mätvärden

Antalet deltagare som uppfyllt inklusionskriterierna och vars svar inkluderades i studien var 198. Medelåldern för kvinnorna i undersökningsgruppen var $21,9 \pm 3,4$ år med en något högre medelålder bland de mer aktiva kvinnorna (se tabell 1). I undersökningsgruppen skattade tre deltagare (1,5%) att de inte upplevde några smärtor alls under menstruationsveckan.

Tabell 1 – Ålder, användning av hormonella preventiv medel, smärta samt träningsvariation. Studiepopulationen indelad baserad på fysisk aktivitetsnivå av aerob- och styrketräning: lägre än rekommenderad aerob träningsnivå (A1), rekommenderad aerob träningsnivå (A2) och mer än rekommenderad aerob träningsnivå (A3) samt styrketräning indelat efter antalet träningsstimmar (h), <1 timme/vecka (S1), 1–4 timmar/vecka (S2) och >4 timmar/vecka (S3).

	Aerob träning			Styrketräning		
	A1 (n=41) 20,7%	A2 (n=120) 60,6%	A3 (n=37) 18,7%	S1 (n=86) 43,4%	S2 (n=90) 45,5%	S3 (n=22) 11,1%
Ålder (medelvärde \pm SD)	21,0 \pm 3,1	22,5 \pm 2,6	23,2 \pm 3,7	21,6 \pm 3,2	22,0 \pm 3,6	23,0 \pm 4,2
Använder hormonella preventivmedel (%)	53,7	44,2	45,9	43,3	54,4	40,9
Primär dysmenorré (medelvärde \pm SD)						
- Generell smärta	4,5 \pm 2,0	3,5 \pm 2,1	3,5 \pm 2,2	3,8 \pm 2,1	3,8 \pm 2,2	2,8 \pm 2,2
- Maximal smärta	6,8 \pm 2,0	6,1 \pm 2,1	5,6 \pm 2,8	6,5 \pm 2,0	6,1 \pm 2,3	4,8 \pm 2,8
Träningsvariation under menstruation (%)						
- Ökning 0,5-2h	2,4	4,2	5,4	3,5	4,4	4,5
- Ökning 2-4h	-	-	-	-	-	-
- Ökning >4h	-	0,8	-	-	1,1	-
- Minskad 0,5-2h	46,3	35,0	16,2	37,2	34,4	18,2
- Minskad 2-4h	4,9	9,2	13,5	7,0	11,1	9,1
- Minskad >4h	2,4	0,8	5,4	1,2	3,3	-
- Ingen skillnad	34,1	46,7	56,8	45,3	43,3	59,1
- Vet ej	9,8	3,3	2,7	5,8	2,2	9,1
Orsak till minskning* n=89 (n)	n=22	n=54	n=13	n=39	n=44	n=6
- Rikliga blödningar	10	20	2	17	13	2
- Smärta	17	39	8	30	31	3
- Nedsatt motivation	15	37	9	29	25	5
- Trötthet/fatigue	11	30	8	20	30	2
- Annan anledning	1	1	1	1	2	-
Orsak till ökning* n=9 (n)	n=1	n=6	n=2	n=3	n=5	n=1
- Lindra smärta	1	3	2	3	3	-
- Känsla svullen	-	1	1	-	2	-
- Bli piggare	1	3	-	2	1	1
- Ökad motivation	-	1	-	-	-	1
- Annan anledning	-	3	-	-	2	1

*Flera svarsalternativ har kunnat väljas.

Vid indelning utifrån aerob aktivitetsnivå var det 20,7% av kvinnorna i undersökningsgruppen som tränade mindre än rekommendationerna, 60,6% uppfyllde rekommendationerna och 18,7% tränade mer än den rekommenderade aktivitetsnivån. Andelen kvinnor i grupp S1 var 43,4%, S2 45,5% och i grupp S3 11,1%.

I undersökningsgruppen totalt låg användningen av hormonella preventivmedel på 40,9–54,4%. Kvinnorna i A1 uppgav i högre grad (53,7%) att de använde hormonella preventivmedel. Av kvinnorna i A2 uppgav 44,2% att de använde hormonella preventivmedel och i A3 uppgav 45,9% en användning av hormonella preventivmedel. Fördelningen såg annorlunda ut när studiepopulationen grupperades baserat på nivå av styrketräning. I grupp S1 uppgav 43,3% att de använde hormonella preventivmedel, i grupp S2 var det 54,4% och i grupp S3 var det 40,9%.

5.2 Varierad aktivitetsnivå under menstruationen

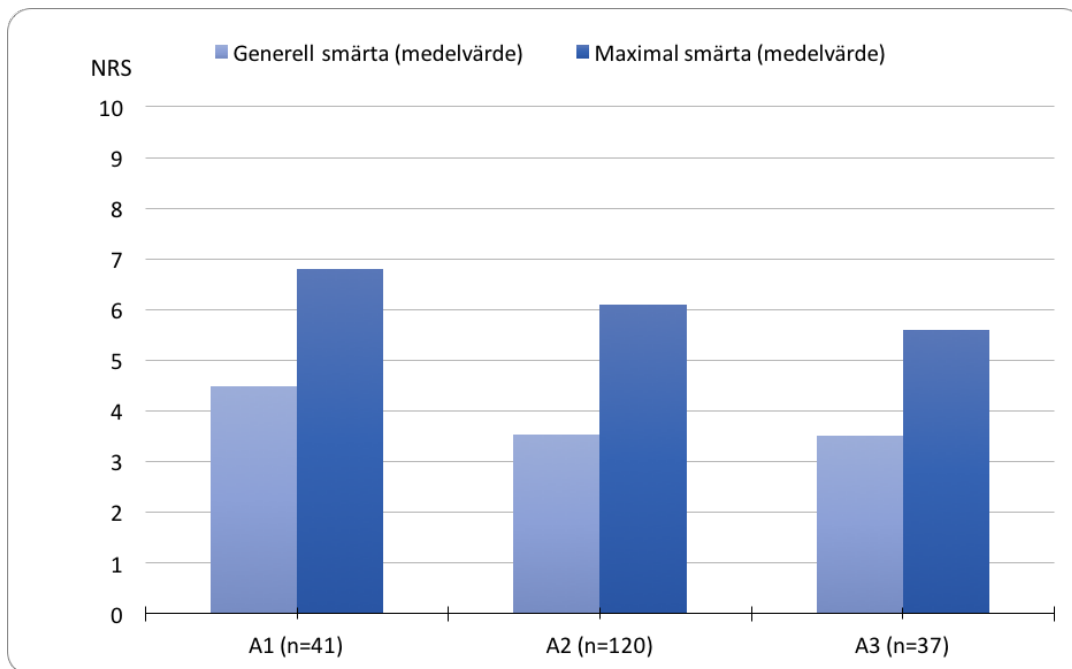
I undersökningsgruppen totalt var det 44,9% av kvinnorna som uppgav att de minskar sin träning under menstruationsveckan och de mest frekventa orsakerna till detta var smärta (75,3%) och nedsatt motivation (69,7%). Andelen som uppgav att de ökade sin träningsmängd under menstruationsveckan var 4,5% där den mest frekventa orsaken uppgavs vara för att lindra smärtan. Närmare hälften av deltagarna (46%) skattade att de inte upplever någon skillnad i träningsmängd under menstruationsveckan och 4,5% uppgav att de inte vet om de tränar mer eller mindre.

Vid indelning utifrån aerob träning på olika nivåer skattade 53,6% i A1, 45,0% i A2 och 35,1% i A3 att de minskar sin aktivitetsnivå under menstruationsveckan. De mest förekommande orsakerna till minskningen som deltagarna skattade var smärta, minskad motivation och fatigue i samtliga grupper. Kvinnorna i A3 skattade i högre grad (56,8%) att de inte upplevde någon skillnad i träningsmängd under menstruationen (se tabell 1). Andelen kvinnor som ökade sin träningsmängd under menstruationen var låg i samtliga tre grupper med siffror under 5,4%.

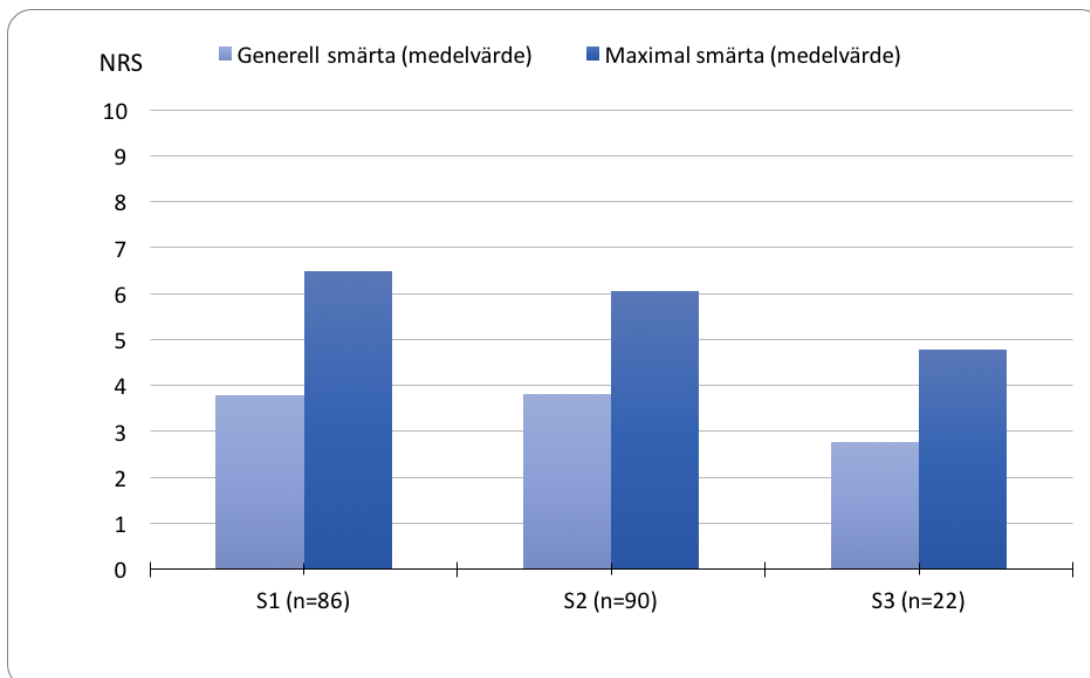
Av kvinnorna i S1 var det 45,4% som uppgav att de reducerar sin träning ytterligare under menstruationen och i S2 uppgav 48,8% en minskning. Bland kvinnorna i S3 uppgav 27,3% att deras träning minskade i någon utsträckning. Orsaken till minskning uppgavs framförallt vara smärta, nedsatt motivation, fatigue och rikliga blödningar. De kvinnor som angett att de inte upplever någon skillnad i träningsmängd var 45,3% i S1, 43,3% i S2 och uppgick till 59,1% i S3. Kvinnorna i grupp S1 och S2 uppgav att de ökade sin träning för att lindra smärtan och kvinnorna i S3 uppgav att de främsta orsakerna till en ökad träning var att det gjorde dem piggare och de kände en ökad motivation.

5.3 Aerob träning, styrketräning och smärtintensitet

Resultaten visade att en högre andel av de deltagare som ägnade sig åt ingen eller endast liten aerob aktivitet skattade högre värden både avseende den generella och den maximala smärtan under menstruationsveckan (se figur 1). En större andel av kvinnorna i S3 skattade lägre smärta både generellt och maximal på NRS (se figur 2).

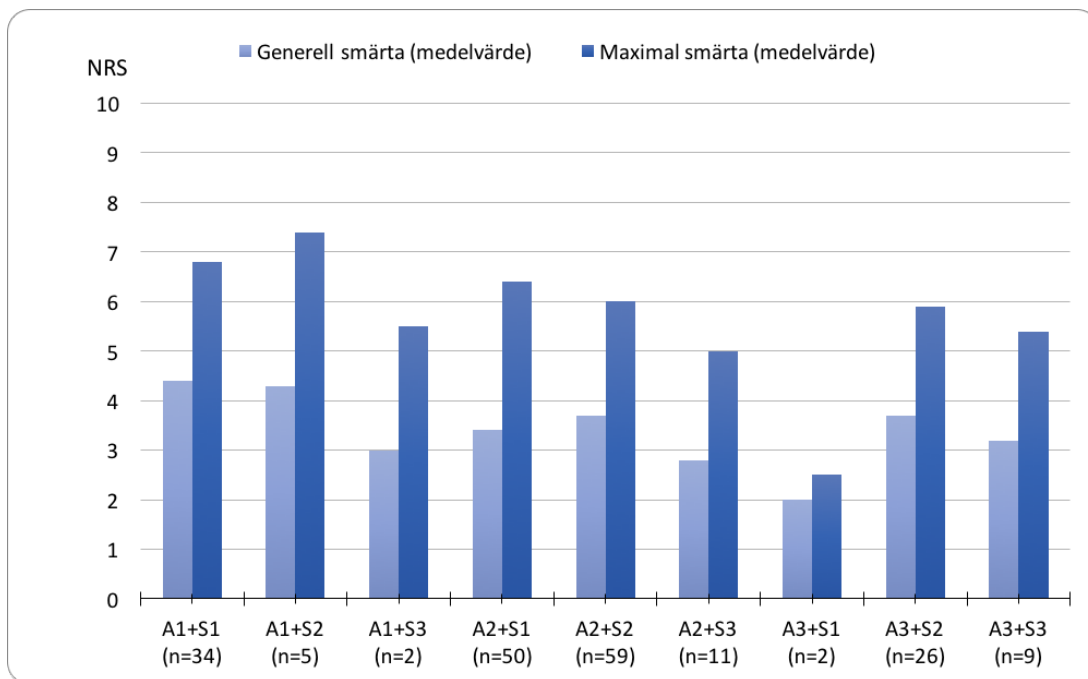


Figur 1. Smärtintensitet utifrån NRS (numeric rating scale) avseende generell smärta under menstruationsperioden och maximal smärta under menstruationsperioden vid tre olika nivåer av aerob träning utifrån Socialstyrelsens indikatorfrågor: låg aktivitetsnivå (A1), rekommenderad aktivitetsnivå (A2) och mer än rekommenderad aktivitetsnivå (A3).



Figur 2. Smärtintensitet utifrån NRS (numeric rating scale) avseende generell smärta under menstruationsperioden och maximal smärta under menstruationsperioden vid tre nivåer av styrketräning uppdelat i antalet timmar (h) styrketräning/vecka, <1 timme/vecka (S1), 1–4 timmar/vecka (S2) och >4 timmar/vecka (S3).

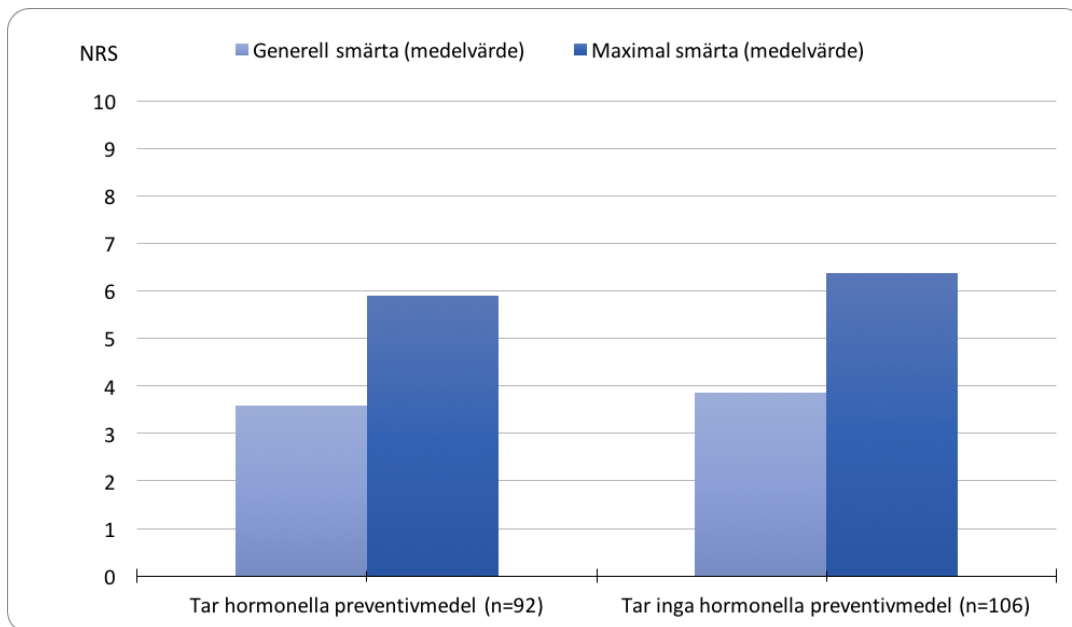
Kvinnorna i grupp S3 i kombination med någon form av aerob träning skattade i högre grad lägre generell och maximal smärta. Den träningskombination där kvinnorna skattade lägst generell och maximal smärta var A3 + S1 (se figur 3).



Figur 3. Smärtintensitet utifrån NRS (numeric rating scale) avseende generell smärta under menstruationsperioden och maximal smärta under menstruationsperioden vid olika kombinationer av aerob- (A) och styrketräning (S) graderat 1–3, där 1 är minst aktivitet och 3 är mest aktivitet, utifrån aktivitetsnivå för respektive träningstyp (tabell 1).

5.4 Hormonella preventivmedels inverkan på smärtintensitet

En större andel av de kvinnor som angett att de använder hormonella preventivmedel (n=92) upplevde mindre smärta (se figur 4). Gällande den maximala smärtintensiteten under menstruationsveckan så skattade de som använder hormonella preventivmedel ett medelvärde på $5,9 \pm 2,1$ på NRS och de som inte använde några hormonella preventivmedel skattade ett medelvärde på $6,4 \pm 2,3$. Den generella smärtan under menstruationsveckan skattades till $3,6 \pm 2,0$ hos kvinnorna som tog hormonella preventivmedel och $3,8 \pm 2,2$ av de som ej tog några hormonella preventivmedel.



Figur 5. Smärtintensitet utifrån NRS (numeric rating scale) avseende generell smärta under menstruationsperioden och maximal smärta under menstruationsperioden vid användning och utan användning av hormonella preventivmedel.

6. Diskussion

6.1 Material- och metoddiskussion

Både VAS och NRS har visat sig vara valida och reliabla instrument för att skatta smärtor i bäckenregionen (23). I denna studie valdes NRS då det var denna typ av flervalsoalternativ som var möjligt i enkätens layout. Om VAS hade använts istället hade deltagarna inte behövt avrunda smärtan till ett heltal vilket hade gett mer exakta värden.

Socialstyrelsens indikatorfrågor har fasta svarsalternativ vilket har visat sig vara mest valitt (22). Fasta svarsalternativ har jämförts med öppna svar där antalet minuter per vecka fritt har angetts samt med tabellsvar där antalet aktivitetsminuter angetts för varje veckodag. Tolkningen av indikatorfrågorna för att bedöma den genomsnittliga aeroba aktivitetsnivån har i en svensk studie olika gränsvärden för vad som uppfyller rekommendationerna för fysisk aktivitet. Till viss del beror skillnaderna på om aktiviteten sker i minst 10 minuters intervall eller inte. Värden mellan 11–12,5 finns dokumenterade som gränsvärden vilka ska motsvara 150 minuters medelintensiv träning/veckan och således de svenska rekommendationerna för aerob fysisk aktivitet. Vi har valt att använda oss av det lägsta gränsvärdet 11 när vi har kategoriserat deltagarna utifrån att de uppfyller rekommendationerna eller inte. Detta värde valdes då även Socialstyrelsen använder det (21, 22, 24). Då gruppindelningen för att kategorisera mängden styrketräning hos deltagarna inte använts i tidigare studier går det ej att säga huruvida denna indelningen är den mest optimala. Frågorna kring styrketräning är inte heller använda tidigare och är inte validitets- eller reliabilitetstestade. Författarna har försökt att bygga frågorna på samma sätt som Socialstyrelsens frågor kring aerob träning.

Reliabiliteten i studien har beaktats genom att jämföra data med vetenskapliga artiklar och tidigare evidens. Deltagarna besvarade enbart enkäten vid ett tillfälle och således minskar reliabiliteten då samma resultat ej bevisats mellan två försöksperioder. Då enkäten riktades till

fertila kvinnor främst inom författarnas sociala krets går det inte att dra generella slutsatser för en större population. Resultaten har granskats separat av både författarna för en ökad reliabilitet vid tolkning och sammanställning.

Det finns flera faktorer som spelar roll i den subjektiva upplevelsen av smärta. Den interna validiteten blir således drabbad då det kan vara svårt att veta om resultatet endast beror på exempelvis en hög aktivitetsnivå. Den externa validiteten är starkare då studien inkluderar ett stort antal menstruerande kvinnor både med och utan hormonella preventivmedel vilket gör den mer generaliserbar. För att öka validiteten för enkäten skickades en provenkät ut till ett tjugotal kvinnor som fick besvara den och komma med synpunkter. Resultaten bygger på självskattade data och inte uppmätta värden. Att enkäten besvarats av samma person flera gånger eller om någon angett oseriösa svar ligger inte heller inom studiens kontroll, dock ser författarna ingen anledning till att någon skulle vilja manipulera studien. Det finns även risk för recall bias då det kan ha gått tre veckor sedan deltagarnas senaste menstruation vilket kan bidra till att de inte minns den exakta smärtintensiteten.

6.2 Resultatdiskussion

Primär dysmenorré och fysisk aktivitetsnivå

Studien visar att kvinnor som är mer fysiskt aktiva skattar mindre besvär kopplade till primär dysmenorré. Både vid en högre aerob träningsnivå och vid mer styrketräning skattade kvinnorna i undersökningsgruppen en lägre generell och maximal smärtintensitet under menstruationen jämfört med de mindre aktiva kvinnorna. Detta är i linje med tidigare studier som säger att smärtekänsligheten minskar vid träning på grund av utsöndring av hormoner och opioider samt en central smärthämning vid yttre stimuli (10, 11, 14). Vid aerob träning ses ingen ytterligare smärtreduktion efter att kvinnorna nått upp till rekommendationerna 150 min medelintensiv aerob träning/vecka, de kvinnor som tränade mer än rekommendationerna skattade alltså samma generella smärta som de som tränade enligt rekommendationerna. Detta tyder på att rekommendationerna är tillräckligt höga för att påverka smärtintensiteten hos kvinnor med primär dysmenorré.

Enligt tidigare studier har styrketräning visats sig vara effektivt som smärtlindring vid hög duration (14) vilket bekräftar resultaten med den minskade smärtskattningen hos kvinnor som styrketränade mer än 4 timmar/vecka. Personer som är vana vid hård träning tenderar att utveckla en högre smärtröskel (25). Smärtintensiteten är dessutom en subjektiv faktor och skattningen kan påverkas av flera yttre faktorer, bland annat individens smärtupplevelse vid skattningstillfället, psykiskt välbefinnande, stress med mera.

Standardavvikelsen för både generell och maximal smärtintensitet var större bland kvinnorna med en högre aktivitetsnivå, både aerob- och styrketräning. Spekulationer kring den något större smärtspridningen hos de aktiva kvinnorna kan vara att ett färre antal personer ingick i dessa grupper vilket gjorde att resultatet för varje enskild individ vägde tyngre.

Primär dysmenorré vid olika träningskombinationer

Utifrån undersökningsgruppen visade det sig att kvinnor som tränar aerob träning mer än rekommendationerna i kombination med mindre än 1 timmes styrketräning/vecka skattade minst smärta. Antalet deltagare som hade denna kombination av träning var dock endast två personer vilket gör att resultatet ej är generaliserbart. De kvinnor som styrketränade mer än 4 timmar/vecka i kombination med aerob träning enligt rekommendationerna skattade lägre

värden på både generell och maximal smärta. Antalet deltagare i de olika kombinationsgrupperna varierar mycket vilket gör att enskilda individers svar kan väga tungt.

Variation i aktivitetsnivå till följd av primär dysmenorré

Färre av deltagarna som hade en högre aktivitetsnivå minskade sin aktivitet under menstruationen. Detta kan bero på att en del av de som tränade mycket var aktiva inom lagidrotter där bestämda träningstider fanns och där plikt känslan och åtagandet gjorde det viktigare att inte missa träningen. Inom lagidrotter finns även den sociala sammanhållningen vilken kan bidra till att kvinnorna tar sig till träningen trots trötthet och mensvärk just för att träffa vänner och tänka på något annat. De som tränar på egen hand och bestämmer träningstillfälle och tider själv kanske har lättare att avvika då man enbart påverkar sig själv och inte har lika stor social vinning i det. De som har en hög aktivitetsnivå kanske även har skrivit kontrakt med en förening vilket kan innebära att lön eller andra förmåner dras in om träningsvillkoren inte uppfylls.

Betydligt fler kvinnor i undersökningsgruppen med låg aktivitetsnivå angav rikliga blödningar som en orsak till minskad träning under menstruationen. En möjlig förklaring till att mer aktiva kvinnor upplever mindre besvär av sina blödningar kan vara ett större åtagande och en ökad motivation till sin träning vilket gör att de i större grad anstränger sig för att hitta passande mensskydd. Vid träning utsöndras även vasodilaterande prostaglandiner vilka transporterar blodet till arbetande muskler vilket kan bidra till att blodansamlingen i livmodern minskar och således ger mindre blödningar hos mer aktiva kvinnor (9, 11, 13).

Några av deltagarna som ökade sin träning under menstruationsveckan uppgav svarsalternativet "annan anledning". En möjlig orsak som inte var ett svarsalternativ i vår enkät är att styrketräning har visat sig ge större effekt med avseende på muskeltillväxt, spänst och muskelstyrka under de första två veckorna i menstruationscykeln och att det således är en anledning till att kvinnorna ökade sin träning under menstruationen (12).

Primär dysmenorré och hormonella preventivmedel

Kvinnorna i studien som tränade aerob träning i lägre utsträckning använde hormonella preventivmedel i högre grad. En potentiell förklaring till detta kan vara att dessa kvinnor upplevde en högre smärtintensitet under sin menstruation och därav valde att använda preventivmedel i smärtlindrande syfte. Det finns även en smärtlindrande effekt vid aerob träning vilket kan vara orsaken till att de som tränar mycket tar hormonella preventivmedel i lägre grad. De hormoner och opioider som utsöndras vid träning kan då möjligtvis kompensera för de som utsöndras vid användning av hormonella preventivmedel (11, 13). Den smärtlindring som ges vid användning av hormonella preventivmedel kan förklaras då de syntetiska hormonerna i orala och intrauterina preventivmedel dämpar ägglossningen och minskar tjockleken på livmoderväggen. Detta i sin tur gör att prostaglandinsyntesen, blödningarna och smärtan minskar (1). En annan förklaring kan vara den ibland jämnare utsöndringen av östrogen och progesteron vid intag av vissa hormonella preventivmedel som gör att smärtekänsligheten minskar (2).

6.3 Fortsatt forskning

Vidare forskning behöver göras på olika kombinationer av aerob- och styrketräning för att kunna dra slutsatser kring dess inverkan på smärtintensiteten vid primär dysmenorré. Förslagsvis behöver en randomiserad kontrollerad studiedesign göras, där kvinnor delas in i grupper som under en viss tid får utföra ingen träning, aerob träning, styrketräning samt en

kombination av dessa på olika bestämda intensitetsnivåer. Det hade även varit intressant att se om personliga faktorer som vikt och längd spelar en roll vid upplevelsen av primär dysmenorré.

Även om indikatorfrågorna är reliabla och valida så behövs det fler studier som mäter kvinnornas aktivitetsnivå i praktiken för att stärka trovärdigheten i de självskattade värdena. Förslagsvis skulle kvinnorna kunna bära en accelerometer under en viss period samt föra aktivitetsdagbok regelbundet. Träningen hade även kunnat utföras under ordnade förhållanden för att säkerställa intensitet och duration.

Ett annat område som bör belysas är effektiviteten av olika behandlingsmetoder för primär dysmenorré. En jämförelse mellan exempelvis farmakologisk behandling, olika typer av fysisk aktivitet, yoga och placebo liksom kombinationer av dessa. Ännu en faktor att ta hänsyn till är psykologiska faktorer som kan vara avgörande för vilken behandling som är mest effektiv för varje enskild individ.

7. Konklusion

Av de kvinnor som deltog i studien uppgav 98,5 % att de hade smärta kopplat till menstruation. Kvinnor med högre aktivitetsnivå skattade både generell och maximal smärta lägre än kvinnor med lägre aktivitetsnivå. Den kombination av träningstyper som utifrån enkätundersökningen observerade lägst självskattningar avseende smärta var aerob träning mer än Socialstyrelsens rekommendationer i kombination med <1 timmes styrketräning per vecka (n=2). Den kombinationsgrupp som skattat näst lägst avseende smärta var aerob träning enligt rekommendationerna i kombination med styrketräning >4 timmar per vecka (n=11). De kvinnor som tog hormonella preventivmedel skattade i högre utsträckning lägre smärta än de kvinnor som inte tog hormonella preventivmedel. I urvalsgruppen var det 44,9% som minskade sin träning under menstruationsveckan och 50,6% skattade ingen skillnad i träningsmängd.

8. Klinisk relevans

Hälften av befolkningen är kvinnor där majoriteten av alla i fertil ålder är regelbundet menstruerande. Av dessa upplever många besvär, bland annat i form av primär dysmenorré. Denna studie observerade att kvinnor som är mer fysiskt aktiva upplever lägre smärta under sin menstruation, vilket även har påvisats i tidigare studier. Detta skulle kunna användas som argument för att motivera kvinnor med primär dysmenorré att öka sin fysiska aktivitetsnivå. Många deltagare uppgav att de minskar sin träning under menstruationen för att det är besvärligt med blödningar. Som vårdpersonal är det viktigt att våga ställa frågor kring detta för att kunna ge rätt hjälp.

9. Referenslista

1. Brown J, Brown S. Exercise for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Feb 17;(2):CD004142. doi: 10.1002/14651858.CD004142.
2. Martin V. Ovarian hormones and pain response: A review of clinical and basic science studies. *Gender Medicine*. 2009 Jan; 6(2):168-192. doi: 10.1016/j.genm.2009.03.006.
3. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update*. 2015 Nov-Dec;21(6):762-78. doi: 10.1093/humupd/dmv039.
4. Ortiz MI, Cortés-Márquez SK, Romero-Quezada LC, Murguía-Cánovas G, Jaramillo-Díaz AP. Effect of a physiotherapy program in women with primary dysmenorrhea. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015 Nov;194:24-9. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.08.008.
5. Kamel DM, Tantawy SA, Abdelsamea GA. Experience of dysmenorrhea among a group of physical therapy students from Cairo University: an exploratory study. *J Pain Res*. 2017 May 9;10:1079-1085. doi: 10.2147/JPR.S132544.
6. Chantler I, Mitchell D, Fuller A. Original report: Actigraphy Quantifies Reduced Voluntary Physical Activity in Women With Primary Dysmenorrhea. *Journal Of Pain*. 2009 Jan; 1038-46. doi: 10.1016/j.jpain.2008.07.002.
7. Rani M, Singh U, Agrawal GG, Natu SM, Kala S, Ghildiyal A, et al. Impact of Yoga Nidra on menstrual abnormalities in females of reproductive age. *J Altern Complement Med*. 2013 Dec;19(12):925-9. doi: 10.1089/acm.2010.0676.
8. Yonglitthipagon P, Muansiangsai S, Wongkhumngern W, Donpunha W, Chanavirut R, Siritaratiwat W, et al. Effect of yoga on the menstrual pain, physical fitness, and quality of life of young women with primary dysmenorrhea. *J Bodyw Mov Ther*. 2017 Oct;21(4):840-846. doi: 10.1016/j.jbmt.2017.01.014.
9. Yang NY, Kim SD. Effects of a Yoga Program on Menstrual Cramps and Menstrual Distress in Undergraduate Students with Primary Dysmenorrhea: A Single-Blind, Randomized Controlled Trial. *J Altern Complement Med*. 2016 Sep;22(9):732-8 .doi: 10.1089/acm.2016.0058.
10. Svantesson U, Cider Å, Jonsdottir IH, Stener-Victorin E, Wilén C. Effekter av fysisk träning vid olika sjukdomstillstånd. 1 uppl. Malmö: SISU idrottsböcker; 2007.
11. Arora A, Yardi S, Gopal S. Effect of 12-Weeks of Aerobic Exercise on Primary Dymennorrhea. *Indian Journal Of Physiotherapy & Occupational Therapy*. 2014 Jul; 8(3): 130-135.
12. Wikström-Frisén L, Boraxbekk CJ, Henriksson-Larsén K. Effects on power, strength and lean body mass of menstrual/oral contraceptive cycle based resistance training. *J Sports Med Phys Fitness*. 2017 Jan-Feb;57(1-2):43-52. doi: 10.23736/S0022-4707.16.05848-5.
13. Daley AJ. Exercise and primary dysmenorrhoea - A comprehensive and critical review of the literature. *Sports Medicine*. 2008; 38(8): 659-670.

14. Bement M, Rasiarimos R, DiCapo J, Lewis A, Keller M, Harkins A, et al. The role of the menstrual cycle phase in pain perception before and after an isometric fatiguing contraction. *European Journal Of Applied Physiology*. 2009; 106(1):105-112. doi: 10.1007/s00421-009-0995-8.
15. Onur O, Gumus I, Derbent A, Kaygusuz I, Simavli S, Cakirbay H, et al. Impact of home-based exercise on quality of life of women with primary dysmenorrhoea. *South African Journal Of Obstetrics & Gynaecology*. 2012 Jan; 18(1).
16. Vaziri F, Hoseini A, Kamali F, Abdali K, Hadianfard M, Sayadi M. Comparing the Effects of Aerobic and Stretching Exercises on the Intensity of Primary Dysmenorrhea in the Students of Universities of Bushehr. *J Family Reprod Health*. 2015 Mar;9(1):23-8.
17. Petraglia F, Parke S, Serrani M, Mellinger U, Römer T. Estradiol valerate plus dienogest versus ethinylestradiol plus levonorgestrel for the treatment of primary dysmenorrhea. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014 Jan; 125(3):270-274. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.11.017.
18. Zahradnik HP, Hanjalic-Beck A, Groth K. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and hormonal contraceptives for pain relief from dysmenorrhea: a review. *Contraception*. 2010 Mar;81(3):185-96. doi: 10.1016/j.contraception.2009.09.014.
19. Kido A, Togashi K, Kataoka M, Maetani Y, Nakai A, Kataoka ML, et al. The effect of oral contraceptives on uterine contractility and menstrual pain: an assessment with cine MR imaging. *Hum Reprod*. 2007; 22(7):2066-2071.
20. Máximo MM, Silva PS, Vieira CS, Gonçalves TM, Rosa-E-Silva JC, Candido-Dos-Reis FJ, et al. Low-dose progestin-releasing contraceptives are associated with a higher pain threshold in healthy women. *Fertil Steril*. 2015 Nov;104(5):1182-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.07.1165.
21. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. FYSS 2017: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. [3., rev. uppl.] Stockholm: Läkartidningen förlag AB; 2016.
22. Olsson SJ, Ekblom Ö, Andersson E, Börjesson M, Kallings LV. Categorical answer modes provide superior validity to open answers when asking for level of physical activity: A cross-sectional study. *Scand J Public Health*. 2016 Feb; 44(1):70-6. doi: 10.1177/1403494815602830.
23. Bourdel N, Alves J, Pickering G, Ramilo I, Roman H, Canis M. Systematic review of endometriosis pain assessment: how to choose a scale? *Hum Reprod Update*. 2015 Jan-Feb;21(1):136-52. doi: 10.1093/humupd/dmu046.
24. Kallings L. Validering av Socialstyrelsens screeningfrågor om fysisk aktivitet. [Powerpointpresentation på internet]. Stockholm: Gymnastik och idrottshögskolan; 2017. [citerad 8 mars 2018]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Validering-av-indikatorfragor-till-patienter-om-fysisk-aktivitet.pdf>.

25. Naugle KM, Riley JL 3rd. Self-reported physical activity predicts pain inhibitory and facilitatory function. *Med Sci Sports Exerc.* 2014 Mar;46(3):622-9. doi: 10.1249/MSS.0b013e3182a69cf1.

Bilaga 1

Deltagarinformation



Hej!

Vi är två studenter från Fysioterapeutprogrammet på Lunds universitet som skriver vår kandidatuppsats om menstruationssmärter (primär dysmenorré) i relation till fysisk aktivitetsnivå. Det är många kvinnor som lider av menstruationssmärter och vi vill undersöka om fysisk aktivitet har någon inverkan på smärtorna.

Om du är mellan 18 och 30 år samt menstruerande kvinna, oavsett om du upplever menstruationssmärter eller inte, skulle vi bli glada om du besvarar våra frågor.

Vi har valt att göra en enkätundersökning som baseras på flervalfrågor. Enkäten kommer att ta ca 3 minuter att besvara. Den är anonym och uppgifterna kommer att behandlas konfidentiellt enligt sekretesslagen. Deltagandet är frivilligt och man får välja att avbryta utan att ange orsak. Genom att trycka på "skicka" i slutet av enkäten så accepterar du villkoren och väljer att delta i studien.

Tack på förhand!
Hanna Andersson och Nina Persson

Vid frågor eller intresse kring resultaten kontakta oss på:
ha8141an-s@student.lu.se eller bte13npe@student.lu.se

Bilaga 2

Enkätfrågor

1. Hur gammal är du? (obligatorisk)

Flervalsalternativ: 18-30

2. Har du regelbunden menstruation? (en menstruationscykel på 23-35 dagar/mens ca 1 gång/månad) (obligatorisk)

Flervalsalternativ:

- Ja
- Nej
- Vet ej

3. Använder du p-stav, p-piller, spiral eller andra hormonella preventivmedel? (obligatorisk)

Flervalsalternativ:

- Ja
- Nej

4. På en skala 0-10, hur mycket smärta har du under din menstruation när den är som värst? (obligatorisk)

Linjär skala: 0-10

5. På en skala 0-10, hur mycket smärta har du generellt under menstruationsperioden? (obligatorisk)

Linjär skala: 0-10

6. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport? (obligatorisk)

Flervalsalternativ:

- 0 minuter/ingen tid
- mindre än 30 minuter
- 30-60 minuter (0,5-1 timme)
- 60-90 minuter (1-1,5 timmar)
- 90-120 minuter (1,5-2 timmar)
- 120-240 minuter (2-4 timmar)
- 240-360 minuter (4-6 timmar)
- mer än 360 minuter (6 timmar)

7. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, till exempel promenader, cykling eller andra lågintensiva aktiviteter? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången). (obligatorisk)

Flervalsalternativ:

- 0 minuter/ingen tid
- mindre än 30 minuter
- 30-60 minuter (0,5-1 timme)
- 60-90 minuter (1-1,5 timmar)
- 90-150 minuter (1,5-2,5 timmar)

- 150-300 minuter (2,5-5 timmar)
- mer än 300 minuter (5 timmar)

8. Hur många timmar/minuter styrketräningar du i veckan? (obligatorisk)

Flervalsalternativ:

- 0 minuter/ingen tid
- mindre än 60 minuter (1 timme)
- 60-120 minuter (1-2 timmar)
- 120-240 minuter (2-4 timmar)
- 240-360 minuter (4-6 timmar)
- mer än 360 minuter (6 timmar)

9. Hur många timmar/minuter uppskattar du att din träning minskar eller ökar under menstruationsperioden? (obligatorisk)

Flervalsalternativ:

- Ingen skillnad
- Minskar 30-120 minuter (0,5-2 timmar)
- Minskar 120-240 minuter (2-4 timmar)
- Minskar mer än 240 minuter (4 timmar)
- Ökar 30-120 minuter (0,5-2 timmar)
- Ökar 120-240 minuter (2-4 timmar)
- Ökar mer än 240 minuter (4 timmar)
- Vet ej

9a. Om du svarat ”minskar” på fråga 9, varför rör du dig mindre under menstruationen? (kryssa i samtliga alternativ som stämmer för dig)

Kryssrutor:

- Besvärligt pga mycket blödningar
- Smärta
- Ingen lust/motivation
- Trötthet
- Annan anledning

9b. Om du svarade ”ökar” på fråga 9, varför rör du dig mer under menstruationen? (kryssa i samtliga alternativ som stämmer för dig)

Kryssrutor:

- Lindra smärtan
- Känner mig tjock/svullen och vill därför träna
- För att bli piggare
- Ökad motivation
- Annan anledning

*Frågan är baserade på Socialstyrelsens indikatorfrågor kring fysisk aktivitet

“Girls are superheroes! Because who else could bleed for 5 days and not die.”