

## NEMAVERKEFNI

## Þvaggleki

*Hefð hefur verið fyrir því að nemendur á öðru ári í ljósmóðurfræði vinni svokölluð dagbókarverkefni. Nemendur velja sér ákveðið atvik eða aðstæður í verknaði sem þeim finnst standa upp úr á einhvern hátt. Ég ákvað að velja mér viðfangsefni úr mæðraverndinni í þessu verkefni. Ég hafði verið í nokkrar vikur í mæðraverndinni og kynnst því fjölbreytta og mikilvæga starfi sem ljósmæður sinna þar. Þar eru mörg tækifæri sem ljósmóðir hefur til að sinna heilbrigði kvenna á ýmsa vegu. Ljósmóðirin getur t.d. rætt hin ýmsu viðfangsefni tengd heilsuefingu sem til lengri tíma skila sér ekki bara í bættri heilsu kvenna heldur fjölskyldunnar í heild sinni.*

Sagan sem hér er sögð er af konu sem ég hittí í mæðraverndinni. Það er ekki ólíklegt að saga hennar geti átt við margar konur á barneignaraldri. Konan kom til skoðunar í 28. viku og hafði meðgöngu gengið vel hjá henni. Hún var að ganga með sitt annað barn en hafði átt sitt fyrsta barn fyrir um fimm árum, þá um þrítugt. Sú meðganga hafði gengið vel en í lok hennar fór hún að finna fyrir þvagleka. Hún lýsti þeim einkennum þannig að hún mátti ekki hósta eða beita miklu álagi á grindarbotninn þá „komu nokkrir dropar“. Fæðing barnsins gekk vel, án inngripa og tók um 12 klukkustundir, sem segja má að sé meðaltími frumbyrjufæðingar. Eftir meðgönguna héldu þessi einkenni áfram. Konan sagðist hafa átt erfitt með að gera t.d. ákveðnar æfingar í ræktinni, gat ekki hoppað eða sippað, þá lækju alltaf einhverjir dropar. Hún hafði hitt sjúkrahjálfa eftir meðgönguna sem hafði kennt henni að gera grindarbotnsæfingar. Hún hafði reynt að gera þær þegar hún mundi eftir þeim en það hafi aldrei verið neitt markvisst. Núna á seinni meðgöngu finnst henni lekinn hafa versnað til muna. Í byrjun meðgöngu var þetta í lagi en þegar líða fór á meðgönguna höfðu einkennin bara versnað. Hún þarf alltaf að vera með innlegg því að lekinn er það mikill. Henni líður illa út af þessu, talaði um að henni myndist stundum vera lykt af sér og henni fannst þetta m.a. hafa áhrif á kynlífið. Saga þessarar konu er án efa ekki einstök. Ég minnst þess að hafa hitt að minnsta kosti tvær konur í fæðingu sem höfðu áhyggjur af því að það væri þvaglykt af þeim og lýstu einkennum þvagleka á meðgöngunni. Mér fannst þetta vera áhugavert viðfangsefni sem snertir heilbrigði kvenna, ekki eingöngu á meðgöngu heldur alla lífsleiðina og það varð því fyrir valinu í þessu dagbókarverkefni.



Hildur Sólveig Ragnarsdóttir,  
ljósmæðranemi á öðru ári

**Hvað er þvaggleki?**

Þvaggleki er skilgreindur sem ósjálfráður þvaggleki sem kemur til án þess að fólk geti komið í veg fyrir hann eða jafnvel viti af honum. Þvaglekinn getur verið allt frá því að vera nokkrir dropar eða það mikill að einstaklingurinn rennblotnar. Hann getur byrjað hvenær sem er á áhættan eykst með aldrinum. Þvagleka er skipt í eftirfarandi þrjár tegundir:

- *Áreynsluþvagleka*; sem er algengastur. Þá missir fólk þvag við aukna áreynslu eða aukinn þrýsting í kviðarholi eins og hnerra, hósta eða líkamlega áreynslu. Helsta ástæða þess er að grindarbotnsvöðvarnir eru slappir og styðja því lítið við þvagrásina. Meðganga og fæðing er algengasta ástæða slappra grindarbotnsvöðva hjá konum og eykst tíðnin hjá konum sem hafa fætt mörg börn. Aðrir þættir sem hafa þarna áhrif á eru offita og hækkandi aldur meðal annars.
- *Bráðaþvagleka*; sem lýsir sér þannig að það mikil og sterk þvaglátsþörf verður að viðkomandi nær ekki að fara á salerni í tæka tíð. Talað er um í þessari tegund þvagleka að blaðran sé óróleg eða óvirk. Þetta vandamál er að finna hjá öllum aldurshópum, það er ekki vítað með vissu hverjar orsakirnar eru, en hin eiginlega blöðrustjórnum er úr skorðum. Einkennin geta verið allt frá því að vera væg þannig að einstaklingurinn er með stöðuga þörf fyrir þvaglát og upp í að vera þannig að viðkomandi getur ekki haldið í sér. Þessi einkenni geta svo versnað við álag.
- *Blandað þvagleka*; sem er þá blanda af þessu tvennu (Guðrún Broddadóttir, Halldóra Eyjólfadóttir, Rannveig Einarsdóttir, Sigríður Jóhannsdóttir og Sigurður Helgason, 2007).

Eitt af algengustu þvagfæravandamálum kvenna í tengslum við barnsburð er þvaggleki. Önnur vandamál sem tengjast þvagfærunum í kringum barnsburðinn eru erfiðleikar við þvaglát eða þvagregða og tíðar þvagfærasýkingar (Jackson, 2011). Miklar lífeðlisfræðilegar breytingar verða á meðgöngu sem auka áhættuna á þvagleka. Breytingar verða á hormónabúskap líkamans og á álagspunkti þvagrásarkerfisins, aukinn þrýstingur er á grindarbotnsvöðva og liðbönd og bandvefurinn breytist (Lewicky-Gaup, Cao, og Culbertson, 2008). Óljóst er hvort erðir hafi einhver áhrif í þessu sambandi en þó hefur verið sýnt fram á auknar líkur á þvagleka á meðgöngu hafi móðir eða systir glímt við slíkt vandamál (Kocaöz, Talas, og Atabekoğlu, 2010). Þvaggleki virðist vera feimnismál og er sjaldan eitthvað sem rætt er í vinnahópi. Konur virðast einnig eiga erfitt með að bera þetta vandamál upp við heilbrigðisstarfsfólk og því eru margar konur sem ekki fá rétta meðferð (Guðrún Broddadóttir o.fl., 2007).

**Tíðni og áhættuþættir**

Niðurstöður rannsókna eru samhljóma um það að tíðni þvagleka hjá konum sé um 30%. Í rannsókn í Frakklandi þar sem verið var að meta tíðni þvagleka hjá konum á öllum aldri eða frá 18 ára og upp úr kemur fram að tíðnin sé tæp 27%. Þar voru konur sem leituðu til heimilislækna af hinum ýmsu ástæðum spurðar að því hvort þær hefðu fundið fyrir einkennum þvagleka að minnsta kosti einu sinni á síðastliðnum fjórum vikum. Ef svo var þá tóku þær þátt í ítarlegri rannsókn þar sem ýmsir þættir í tengslum við þvagleka voru skoðaðir (Lasserre, Pelat, Guéroult, Hanslik, Chartier-Kastler, Blanchon og Bloch, 2009). Einnig sýna rannsóknir að tíðni þvagleka á meðgöngu sé um 27% (Kocaöz o.fl., 2010) og að þriðjungur kvenna glímir við þvagleka eftir barnsburð (Jackson, 2011).

Rannsókn Guðmundar Geirssonar, Guðmundar Vikars Einarssonar, Eiríks Orra Guðmundssonar og Þorsteins Gíslasonar (2002) gefur til kynna að tíðni þvagleka sé frekar há hér á landi. Rannsóknin var faraldsfræðileg og náði til 10.000 kvenna á aldrinum 30 til 75 ára, svarhlutfallið var 75.1%. Þar höfðu 38.4% kvennanna fundið fyrir þvagleka síðasta mánuðinn og 18.7% höfðu fundið fyrir þvagleka tvisvar til þrisvar í viku eða oftar. Áreynsluþvagleki var algengastur hjá yngri konunum og tíðni bráðaþvagleka jókst með aldrinum. Miðað við tölur hér að ofan þar sem konur frá 18 ára aldri og upp úr eru skoðaðar má ætla að vandamálið sé ekki síðra hér á landi. Í rannsókn Bø, Øglund, Sletner, Mørkrid og

Jenum (2012) þar sem verið er að skoða tíðni þvagleka hjá konum af mismunandi þjóðerni kemur fram að tíðni þvagleka hjá konum frá Evrópu/ Norður-Ameríku er t.d. mun hærra en hjá konum frá Afríku. Tíðnin hjá konum frá Evrópu/Norður-Ameríku er 45.4% miðað við 25.5% hjá konum frá Afríku. Höfundar benda á að þrátt fyrir þennan mun á tíðnitölum þá er þetta þekkt vandamál hjá konum víðs vegar í heiminum og því nauðsynlegt fyrir heilbrigðisstarfsfólk að vera með augum opin. Oft er þvagleki feimnismál og hægt er að leiða líkum að því að það geti verið erfðara fyrir fólk af erlendu bergi brotið að bera þetta vandamál upp fyrir heilbrigðisstarfsfólk eins og reyndin er með konur almennt. Bæði getur verið um tungumálaerfiðleika að ræða hjá þessum hópi og svo menningarlegan breytileika.

Barnsburður er einn helsti áhættuþáttur álagsþvagleka en aldur og offita hafa einnig mikil áhrif á þróun hans. Ákveðnir þættir í tengslum við barnsburð virðast svo enn frekar getað aukið áhættuna á þvagleka en það eru þættir eins og notkun sogklukku, spangarskurður, lengt annað stig, fæðing þungbura og stórt höfuðmál (Jackson, 2011). Einnig er það vitað að tíðni og einkenni þvagleka aukast svo er líða tekur á meðgönguna (Brown, Donath, MacArthur, McDonald og Krastev, 2010; Sharma, Aggarwal, Shingal, Kumar og Roy, 2009). Fleiri þættir í tengslum við barnsburð hafa verið skoðaðir í sambandi við þvagleka. Markmið rannsóknar sem framkvæmd var í Bandaríkjunum á árunum 2000 til 2006 var að kanna hvort að stýrður rembingur á öðru stigi fæðingar hefði áhrif á þróun þvagleka hjá konum sem voru að fæða sitt fyrsta barn. Rannsóknin var framskyggn slembi-samanburðarrannsókn og samanstóð af 249 konum sem var slembiraðað í fjóra rannsóknarhópa. Einum hópnum var leiðbeint eða stýrt hvernig átti að rembast, annar átti að rembast sjálfkrafa, sá þriðji átti að nudda spöngina frá 34. viku og var leiðbeint/stýrt með rembing og sá fjórði átti einnig að nudda spöngina og svo rembast sjálfkrafa. Ekki var hægt að sýna fram á samband á milli tegundar rembinga á öðru stigi og þróun þvagleka. Enginn munur var á tíðni þvagleka einu ári eftir fæðinguna í öllum hópnum (Low, Miller, Guo, Ashton-Miller, DeLancey og Sampselle, 2012).

### Hvað er til ráða?

Sýnt hefur verið fram á að meðgangin ein og sér er einn af aðal áhættuþáttum í þróun áreynsluþvagleka (Wesnes, Hunskaar, Bo og Rortveit, 2009). Niðurstöður rannsóknar Diez – Itza, Arne, Ibañes, Murgiondo, Paredes og Sarasqueta (2010) sýna fram á að 11.4% kvenna sem ekki hafa verið með einkenni áreynsluþvagleka fyrir meðgöngu og ganga með sitt fyrsta barn fá einkenni áreynsluþvagleka á meðgöngunni. Í tengslum við þær niðurstöður leggja rannsakendur áherslu á að til þess að meðferð sé sem árangursríkust sé best að hefja hana snemma á meðgöngunni. Rannsóknir virðast benda til þess að grindarbotnsæfingar geti komið í veg fyrir þvagleka í einhverjum tilvikum (Brook, 2011). NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence) leggur til að konum séu gefnar upplýsingar um grindarbotnsæfingar strax á fyrstu meðgöngu (NICE, 2006). Í klínískum leiðbeiningum sem stuðst er við í mæðravemd hér á landi er ráðlagt að gefa konum upplýsingar um grindarbotnsæfingar í fyrstu skoðun (Arnar Hauksson o.fl., 2008).

Í rannsókn Halldóru Eyjólfadóttur (2008) sem unnin var til meistaraþrófs, kemur fram að grindarbotnsþjálfun er árangursrík við áreynsluþvagleka. Markmið rannsóknarinnar var að skoða gagnsemi og árangur grindarbotnsþjálfunar með og án meðferðar sem fylgin var í raförvun. Þátttakendur voru alls 24 konur sem var skipt í tvo hópa, annar hópinn gerði grindarbotnsæfingar tvisvar á dag, spennu í 7 sekúndur og hvíldi í 7 sekúndur, 15 mínútur í senn. Hinn hópinn gerði samskonar grindarbotnsæfingar en að auki var notuð raförvun á grindarbotnsvöðva um leggöng samtímis. Ekki var marktækur munur á árangri milli hópanna. En hjá 70% kvennanna í heild var þvaglekinn minni eða horfinn. Fleiri rannsóknir sýna fram á gagnsemi grindarbotnsæfinga og einnig að markvissar grindarbotnsæfingar á meðgöngu skila sér í minni tíðni þvagleka hjá konum. Rannsókn í Noregi sem framkvæmd var á árunum 1998 til 2001 sýndi fram á að markviss þjálfun grindarbotnsvöðva á meðgöngu skilar sér í lægri tíðni þvagleka. Rannsóknarhópurinn samanstóð af 301 heilbrigðum frumbyrjum. Konunum var tilviljunarkennt skipt í tvo hópa, rannsóknarhóp sem fékk markvissa þjálfun og leiðbeiningar um grindarbotnsæfingar hjá sjúkraþjálfara og

svo viðmiðunarhóp sem fékk venjubundnar upplýsingar. Þjálfunarþrógrammið stóð yfir í 12 vikur og hittu konurnar sjúkraþjálfara í hóp og líka einar. Þjálfunin stóð frá 20. viku til 36. viku meðgöngunnar. Markvissu grindarbotnsæfingamar sem rannsóknarhópurinn fékk hjá sjúkraþjálfara dró úr tíðni þvagleka á 36. viku og einnig þremur mánuðum eftir fæðingu, svo um munaði. Vöðvastyrkur grindarbotnsvöðvanna var einnig mun meiri hjá rannsóknarhópnum bæði á 36. viku og svo þremur mánuðum eftir fæðinguna. Mat höfundar er að sérhannað æfingakerfi fyrir konur á meðgöngu geti svo um munar dregið úr þvagleka, bæði á meðgöngu og eftir hana. Þó benda höfundar á að ekki er hægt að álykta að áhrifanna gæti einnig seinna á lífsleiðinni, langtímarannsóknir þurfi til (Mørkved o.fl., 2003).

### Samantekt

Eins og fram kom í sögu þessarar konu, þá hitti ég hana einungis í eitt skipti í mæðraverdinni. Hún hafði þá ekki borið þetta vandamál upp áður við sína ljósmóður og ekki leitað sér aðstoðar hjá heilbrigðiskerfinu, þrátt fyrir að þetta væri mikið farið að angri hana. Þvagleki virðist vera enn þann dag í dag mikið feimnismál og konur virðast eiga erfitt með að ræða þetta vandamál að fyrra bragði við heilbrigðisstarfsfólk. Þar af leiðandi eru margar konur sem ekki fá rétta meðferð (Guðrún Broddadóttir, o.fl., 2007). Fáar konur leita sér hjálpar og gera það frekar þegar einkennin eru orðin mjög mikil (Lasserre, o.fl., 2009). Í þessu samhengi er vert að velja því upp hvort að heilbrigðisstarfsfólk eigi einnig erfitt með að opna umræðuna. Erfiðleikar við að tjá vandamálið er í samræmi við sögu konunnar í mæðraverdinni en hún hafði ekki, eins og áður segir, borið þetta vandamál upp áður. Í fyrstu skoðun í mæðraverdni er tekin ítarleg upplýsingasöfnun og eru meðal annars fengnar upplýsingar um hvort konan hafi sögu um þvagfærasjúkdóma og er þá sérstaklega verið að horfa á það hvort konan sé gjörn á að fá þvagfærasýkingar. En á meðgöngu er tíðni þvagfærasýkinga aukin (Jackson, 2011). Vitað er að þær lífeðlisfræðilegu breytingar sem verða á meðgöngunni auka jafnframt hættu á þvagleka (Lewicky-Gaup o.fl., 2008). Niðurstöður rannsóknar erlendis benda til þess að tíðni þvagleka sé um 30%, bæði á meðgöngu, eftir meðgöngu og hjá konum frá 18 ára aldri og upp úr (Jackson, 2011; Kocaörs o.fl., 2010; Lasserre o.fl., 2009). Tölur hér á landi gefa til kynna



að tíðni þvagleka sé allt að 38.4% á meðal kvenna á aldrinum 30 til 75, sem eru frekar há tíðni miðað við tölur erlendis frá (Guðmundur Geirsson o.fl., 2002). Miðað við þessar tölur og tölur hér að framan um tíðni þvagleka á meðgöngu er hægt að áætla að a.m.k. þriðja hver kona sem ljósmæður hitta í mæðravernd sé með einkenni þvagleka eða muni þróa þau með sér á meðgöngunni. Mælt er með því, eins og fram hefur komið, að veita konum í mæðravernd og þá í fyrstu skoðun upplýsingar um grindarbotnsæfingar samkvæmt klínískum leiðbeiningum (Amar Hauksson o.fl. 2008).

Mín tilfinning er sú að þvagleki hafi ekki fengið næga athygli hjá ljósmæðrum í mæðravernd án þess að alhæfa. Ég tel að það þurfi að leggja meiri áherslu á að ljósmæður spyri konur út í einkenni þvagleka í fyrstu skoðun, sérstaklega vegna þess að ólíklegt er að konur beri vandamálið upp að fyrri bragði. Eins og fram kom í sögu konunnar hafði hún ekki fengið aðstoð vegna þvaglekans enda ekki leitað sér aðstoðar fyrr en í 28. viku í annarri meðgöngu. Hún hafði fengið leiðbeiningar hjá sjúkraþjálfara eftir fyrstu meðgönguna um grindarbotnsæfingar en ekki gert þær markvisst. Rannsókn Halldóru Eyjólfsdóttur (2008) sýnir fram á að grindarbotnsþjálfun sé árangursrík við áreynsluþvagleka. Einnig sýna erlendar rannsóknir að markvissar grindarbotnsæfingar á meðgöngu dragi verulega úr tíðni þvagleka og styrki grindarbotnsvöðvana bæði á meðgöngu og eftir hana (Mørkved o.fl., 2003). Það undirstrikar enn frekar að meðhöndlun og greining á þvagleka fari fram í mæðraverndinni þar sem ljósmæður eru í lykilhutverki. Nauðsynlegt væri þá að vinna góðar leiðbeiningar sem jafnframt fælu í sér ráðleggingar um úrræði. Í tilvikum konunnar í sögunni þá ráðlögðum við ljósmóðirin henni að gera grindarbotnsæfingar og ef vandamálið væri enn til staðar eftir fæðinguna þyrfti hún að leita sér frekari aðstoðar. Eftir lestur fræðigreina þá sér maður það að besta úrræðið fyrir þessa konu hefði verið að byrja strax á fyrri meðgöngu, ef ekki fyrr, að þjálfar grindarbotnsvöðvana markvisst en það hefði jafnvel getað komið í veg fyrir að einkennin þróuðust áfram. Það væri mjög áhugavert að skoða tíðni þvagleka hjá konum á barneignaraldrinum hér á landi og jafnvel á meðgöngu. Mér finnst ég hafa lært heilmikið á þessu verkefni og hefur það strax leitt til þess að ég hef borið þetta upp í mæðraverndinni og hefur það gefist vel.

## Heimildaskrá

- Amar Hauksson, Helga Gottfréðsdóttir, Hildur Kristjánsdóttir, Rúnar Reynisson, Sigríður Sía Jónsdóttir, Þóra Steingrimsdóttir o.fl. (2008). *Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu. Klínískar Leiðbeiningar*. Sótt 25. nóvember 2012 á vef Landlækniseisbættisins: <http://landlaeknir.is/pages/145>
- Bo, K., Pauck Øglund, G., Sletner, L., Mørkrid, K., og Jenum, A. K. (2012). The prevalence of urinary incontinence in pregnancy among a multi-ethnic population resident in Norway. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*.
- Brook, G. (2011). Physical preparation for childbirth and beyond, and the role of physiotherapy. Í MacDonald, S. & Magill-Cuerden, J.(ritstj). *Maye's midwifery: a textbook for midwives* (bls. 253–263). UK: Bailliere Tindall.
- Brown, S. J., Donath, S., MacArthur, C., McDonald, E. A., og Krastev, A. H. (2010). Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. *International urogynecology journal*, 21(2), 193–202.
- Diez-Itza, I., Arrue, M., Ibañez, L., Murgiondo, A., Paredes, J., og Sarasqueta, C. (2010). Factors involved in stress urinary incontinence 1 year after first delivery. *International urogynecology journal*, 21(4), 439–445.
- Guðmundur Geirsson, Guðmundur Vikar Einarsson, Eiríkur Orri Guðmundsson og Þorsteinn Gíslason. (2002). Þvagleki meðal íslenskra kvenna – faraldsfræðileg rannsókn (Vefútgáfa). *Læknablaðið*, 88 (4). Sótt 3. nóvember 2012 af: <http://www.laeknabladid.is/2002>
- Guðrún Broddadóttir, Halldóra Eyjólfsdóttir, Rannveig Einarisdóttir, Sigríður Jóhannsdóttir og Sigurður Helgason. (2007). Þvagleki. Sótt 4. nóvember 2012 af: <http://www.landlaeknir.is/um-embattid/greinar/grein/item14756/Thvagleki>
- Haldóra Eyjólfsdóttir. (2008). *Grindarbotnsþjálfun með raðforvun og án hennar sem meðferð við áreynsluþvagleka*. Óbirt meistararitgerð: Háskóli Íslands. Sótt 5. nóvember 2012 af: <http://hdl.handle.net/1946/3357>
- Jackson, P. (2011). Morbidity following childbirth. Í MacDonald, S. & Magill-Cuerden, J.(ritstj). *Maye's midwifery: a textbook for midwives* (bls. 736–743). UK: Bailliere Tindall.
- Kocaöz, S., Talas, M. S., og Atabekoğlu, C. S. (2010). Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3314–3323.
- Lasserre, A., Pelat, C., Guéroult, V., Hanslik, T., Chartier-Kastler, E., Blanchon, T., og Bloch, J. (2009). Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. *European urology*, 56(1), 177.
- Lewicky-Gaup, C., Cao, D. C., og Culbertson, S. (2008). Urinary and anal incontinence in African American teenaged gravidas during pregnancy and the puerperium. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 21(1), 21–26.
- Low, L. K., Miller, J. M., Guo, Y., Ashton-Miller, J. A., DeLancey, J. O., og Sampselle, C. M. (2012). Spontaneous pushing to prevent postpartum urinary incontinence: a randomized, controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 1–8.
- Mørkved, S., Bo, K., Schei, B., og Salvesen, K. Å. (2003). Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 101(2), 313–319.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2006). *Urinary incontinence The management of urinary incontinence in women*. Sótt 5. nóvember 2012 af: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- Nilsson, M., Lalos, O., Lindkvist, H., og Lalos, A. (2011). Impact of female urinary incontinence and urgency on women's and their partners' sexual life. *Neurourology and urodynamics*, 30(7), 1276–1280.
- Sharma, J. B., Aggarwal, S., Singhal, S., Kumar, S., og Roy, K. K. (2009). Prevalence of urinary incontinence and other urological problems during pregnancy: a questionnaire based study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 279(6), 845–851.
- Wesnes, S. L., Hunskaar, S., Bo, K., og Rortveit, G. (2009). The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study\*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(5), 700–707.



[www.linde-healthcare.is](http://www.linde-healthcare.is)

