

Kliniska erfarenheter av kinesiotape hos svenska sjukgymnaster med kinesiotapeutbildning

En kvantitativ enkätstudie

Samuel Karlsson
Peter Vikström

Sjukgymnastexamen
Sjukgymnast

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap

LULEÅ TEKNISKA UNIVERSITET

Institutionen för hälsovetenskap

Sjukgymnastprogrammet, 180hp

***Kliniska erfarenheter av kinesiotape hos
svenska sjukgymnaster med
kinesiotapeutbildning***

- En kvantitativ enkätstudie

Clinical experience of kinesiotape in swedish physiotherapists with kinesiotape education

- a Quantitative questionnaire survey

Peter Vikström

Samuel Karlsson

Examensarbete i sjukgymnastik

Kurs: S0001H

Termin: *HT11*

Handledare: *Universitetslektor Inger Jacobsson*

Examinator: *Universitetslektor Irene Wikman*

Författarna önskar rikta ett stort tack till:

Vår handledare universitetslektor Inger Jacobsson för vägledning genom arbetet.

Björn Larsson, legitimerad sjukgymnast & kinesioteapeutbildare som hjälpt oss med rekrytering av mailadresser och enkäten.

Sandra Andersson, legitimerad sjukgymnast & kinesioteapeutbildare som hjälpt oss med enkäten.

Stig Nilsson & Jan Nyström. IT-pedagoger vid LTU, för handledning i EvaSys 4.1.

Och sist, men inte minst, alla respondenter som tog sig tid att besvara enkäten.

Abstrakt

Vikström, P. Karlsson, S. (2011). *Kliniska erfarenheter av kinesiotape hos svenska sjukgymnaster med kinesiotapeutbildning – en kvantitativ enkätstudie*. Examensarbete i sjukgymnastik. Institutionen för hälsovetenskap, Luleå tekniska universitet.

Bakgrund: Kinesiotape uppfanns av Kenzo Kase på 70-talet för att skapa en tejp som hade liknande egenskaper som huden. Detta för att ge patienter en större rörelsefrihet i behandlad struktur vid kinesiotapeapplicering. Behandling med kinesiotape var ett nytt alternativ för sjukgymnaster i Sverige och världen över. Det fanns ett lågt vetenskapligt stöd för att kinesiotapen var effektiv som behandlingsmetod. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka svenska sjukgymnaster med kinesiotapeutbildnings kliniska erfarenheter av kinesiotape.

Metod: En enkät utformades utifrån syftet och en pilotstudie gjordes genom att åtta sjukgymnaststudenter samt två sjukgymnaster med utbildning i kinesiotape fick se över den. Enkäten skickades ut till 164 sjukgymnaster i Sverige. Respondenternas e-mailadresser hittades via Google på internet samt en sjukgymnast som utbildar inom kinesiotape.

Resultat: 37 sjukgymnaster svarade på enkäten, vilket gav en svarsfrekvens på 22,6 %. De flesta som svarade på enkäten var utexaminerade under de senaste femton åren.

Respondenterna upplevde bäst effekt av kinesiotape vid patellofemoralt- och subacromiellt smärtsyndrom. Respondenterna använde kinesiotape mest frekvent vid subacromiellt smärtsyndrom och patellofemoralt smärtbesvär. Den appliceringsteknik som genomgående användes mest var muskelteknik. De behandlingseffekter som inkluderades i enkäten och som respondenterna ansåg stämde bäst överens med kinesiotape som behandlingsmetod var muskelstimuli, kortvarig smärtreducering, förbättrad funktion, minskad svullnad och avlastning. **Konklusion:** Subacromiellt smärtsyndrom och patellofemoralt smärtsyndrom var de diagnoser där kinesiotape oftast användes som behandlingsmetod och de diagnoser där respondenterna upplevde bäst effekt av kinesiotape. Muskeltekniken var den mest använda appliceringstekniken och av de upplevda effekter av kinesiotape som inkluderades i enkäten gav respondenterna samtliga effekter förutom ”förebyggande syfte” höga värden. Kinesiotape är en ny metod och det krävs ytterligare studier för att fastställa om kinesiotape är en effektiv behandlingsmetod.

Nyckelord: appliceringsteknik, behandlingseffekt, kinesiotape, klinisk erfarenhet, sjukgymnast

Innehållsförteckning

2. Syfte: 10

2.1 Frågeställningar: 110

3. Material: 10

3.1 Inklusionskriterier: 110

3.2 Exklusionskriterier: 120

4. Metod: 10

4.1 Mätmetoder: 10

4.2 Procedur: 11

4.3 Dataanalys: 12

4.4 Etiska aspekter: 13

5. Resultat: 14

5.1 Vanligaste diagnoser sjukgymnasterna använder kinesiotape vid: 14

5.2 Upplevd effekt av kinesiotape vid utvalda diagnoser: 15

5.3 Upplevd effekt av kinesiotape vid övriga diagnoser: 16

5.4 Appliceringstekniker vid subacromiella smärtsyndrom: 17

5.5 Appliceringstekniker vid lateral epikondylit: 17

5.6 Appliceringstekniker vid whiplash associated disorder: 18

5.7 Appliceringstekniker vid ländryggssmärta: 19

5.8 Appliceringstekniker vid patellofemoralt smärtsyndrom: 20

5.9 Appliceringstekniker vid fotledsdistorsion: 21

5.10 Upplevda effekterna av kinesiotape: 22

6. Diskussion: 24

6.1 Metoddiskussion: 24

6.2 Resultatdiskussion: 26

7. Konklusion: 31

8. Referenser: 32

Bilaga 1 - Vetenskapliga artiklar med PEDro score

Bilaga 2 - Enkät

Bilaga 3 - Sekretessavtal

Bilaga 4 - Informationsbrev

De flesta som sett sport på tv har nog inte undgått att se denna oftast färgglada tejp. Med sina skarpa kulörer har den varit lätt att lägga märke till. Att dessutom stora idrottsstjärnor som David Beckham, Novak Djokovic, Lance Armstrong m.fl. har använt sig av tejp har gjort att den marknadsfört sig världen över och att den blivit svår att missa. Kinesiotape® har idag filialer på samtliga kontinenter världen över, vilket visar på dess globalisering (1).

Kinesiotape har blivit allt mer populärt inom sjukgymnastyrket och inte enbart då inom idrottsmedicinen, utan även inom pediatriken och neurorehabiliteringen som ex. vid cerebral pares, stroke och multipel skleros (2, 3, 4).

Kinesiotape historia:

Kinesiotape utvecklades av japanen Dr Kenzo Kase redan under -70 talet (5). Han var då utbildad kiropraktor, akupunktör och hade även studerat kinesologi. Dr Kase uppfann kinesiotape-metoden då att han ville stötta och stabilisera skador med tejp utan att tejp hindrade rörligheten (1). I dag är Dr Kase president för Kinesio Taping Association och National Chiropractic College Japan (5). Under -70 talet var det mest osteopater, kiropraktorer och akupunktörer som använde sig av kinesiotape. Senare under 80- talet började idrottsstjärnor i Japan använda sig av kinesiotape, framförallt volleybollspelare (6).

Över tid har som tidigare nämnts användningen av kinesiotape spridit sig över världen. Det är dock på senare år den fått sitt stora genombrott, speciellt inom idrottsvärlden och framför allt vid OS i Bejing 2008. Mest ihågkommen blev OS guldmedaljören Kerri Walsh-Jennings, beach volleybollspelerska från USA som använde kinesiotape på sin högra axel efter en nyopererad rotatorcuffskada (7).

Kase's ambition med utformningen av kinesiotape var att efterlikna hudens egenskaper så mycket som möjligt, att tejpens tjocklek skulle efterlikna epidermis och fungera som en extra hud (8). Det unika med kinesiotape jämfört med vanlig sporttejp är att den har en töjbarhet på ca 55-60% i longitudinell riktning (9, 5). Kinesiotape består av 100 % bomull och kan sitta kvar på huden i upp till 3-4 dagar. Kinesiotape tillåter dessutom huden att andas och är vattentålig vilket gör att den kan användas vid dusch och bad. Man har heller kunnat se några allvarigare risker och biverkningar med kinesiotape utan endast viss hudirritation och rodnad (9).

Kinesiotape tros enligt Dr. Kase ha flera funktioner (10);

1. Att återställa korrekt muskelfunktion genom att stötta försvagade muskler.
2. Minska blodstockning genom att förbättra blodflödet.
3. Minska smärta genom att stimulera nervsystemet.
4. Korrigera felställda leder genom att skapa muskeltonus.

Evidens för kinesiotape:

Det finns idag liten evidens för att behandling med kinesiotape ger några kliniskt signifikanta fördelar vid muskuloskeletala åkommor. Trots att ett flertal olika terapeuter över hela världen använder sig av tejen finns det fortfarande få studier gjorda inom ämnet och dessutom är de flesta av studierna av låg kvalitet och varierar resultatmässigt (9). Relevanta artiklarna poängsattes enligt PEDro-scale (11), (se bilaga 1) för att ta reda på vilken kvalitet artiklarna hade och för att jämföra dagens forskning mot sjukgymnasternas kliniska erfarenheter.

Vetenskapliga artiklar:

I två studier där effekten av behandling med kinesiotape vid subacromiellt smärtsyndrom undersöktes visade båda på positiva resultat i både rörelseökning och reducerad smärta (9, 12). Två studier undersökte även kinesiotape som behandlingsmetod vid patellofemoralt smärtsyndrom och effekten av kinesiotape i förhållande till styrka i vastus medialis och lateralis. De visade på ökad muskulär stimulering, förbättrad knästabilitet och en av studierna visade på minskad smärta (13, 14). I en annan studie undersökte man kinesiotapens effekt på muskelstyrkan i vastus medialis och även där såg man en ökad muskeltonus i muskeln de första tre dyggen efter appliceringen men en minskad tonus under den fjärde dagen. (15). I en artikel som undersökte whiplash med kinesiotape som behandlingsmetod kom man fram till att kinesiotape gav smärtlindring omedelbart efter applicering (8). Två artiklar visade på en förbättrad rörlighet i bålen vid applicering av kinesiotape, den ena för en person med akut ländryggssmärta och den andra hos friska personer (16, 17). I en artikel som undersökte om kinesiotape kunde förebygga lateral epikondylit kom man fram till att tejen bidrog till mindre minskad styrka i handledsextensorerna hos friska tennisspelare (18). Alla studier visade dock inte på positiva resultat. Två artiklar där man undersökte kinesiotapens effekt på fotleden hos friska personer och personer med fotledsinstabilitet visade ingen förbättring av proprioception, stabilitet eller muskelaktivitet (10, 19).

Typer av Kinesiotape:

Det finns olika tillverkare av kinesiotape på den svenska marknaden. Mest kända av dessa är: Kinesio® tex, Rocktape, Peformtex, KT tape och Spider Tech.

Det finns tre olika storlekar av Kinesio® tex tillgängliga på marknaden, 1 tum, 2 tum, samt 3 tum. De olika storlekarna är lämpade för olika problem. Man använder i regel smalare tejp vid hand och fotskador och på mindre personer, medan man använder bredare tejp vid de flesta skador och på större personer (5).

Kinesiotape finns dessutom i en rad olika färger som ex; röd, svart, blå, beige och naturell. Val av färg på kinesiotape har betydelse beroende på vilket problem patienten har (5).

Eftersom röd och svart är mörka på färgspektrat absorberar de mera ljus, och ökar därmed temperaturen under tejp (5). Därför rekommenderas en mörkare kinesiotape vid skador som behöver värme. Eftersom blå och beige är ljusare färger reflekterar de bort ljus och sänker därmed temperaturen under tejp (5). Därför rekommenderas en ljusare kinesiotape vid skador som behöver kyla som ex. vid inflammatoriska tillstånd (5).

Appliceringsmetoder:

Det finns sju olika appliceringsmetoder inom kinesiotape beroende på besvär (5). Det är viktigt att man klagör en diagnos och vilka muskler som är involverade så man använder sig av rätt appliceringsteknik (5). Innan kinesiotapen appliceras ska man även se till att huden är torr och att patienten inte använder hudkräm då detta gör att kinesiotapen fäster sämre. Har patienten mycket kroppshår är det en fördel att raka bort hårväxt på områden där kinesiotape ska fästas (9, 5).

1) Muskelteknik (Basic application)

Muskeltekniken kan ha två syften beroende på i vilken riktning som man fäster tejp (5). Det skiljer sig om man fäster tejp från ursprung till fäste, eller från fäste till ursprung. För att uppnå en faciliterande/underlättande effekt för muskeln ska tejp appliceras från ursprung till fäste och för att uppnå en inhiberande/hämmande effekt för muskeln ska tejp appliceras från fäste till ursprung (5). Tejp ska appliceras med muskeln placerad i en förlängd position, tejpens bas fästs två tum under ursprunget eller två tum ovanför fästet och ska inte appliceras med stretch (5). Tejp appliceras sedan längst muskeln med en stretch på mellan 15-50% (5).

2) *Mekanisk korrektion (Recoiling)*

Teknik för att aktivera och öka proprioceptionen i muskler (5). Graden av stimuli är beroende på hur mycket stretch man satt på tejpens (5). Stretch av KT 50-75 % (av möjlig töjning).

3) *Fasciell korrektion (Holding)*

Teknik för att hålla muskelfaschian i en önskvärd position (5). Stretch av KT 25-50 %.

4) *Lyft korrektion (Lifting)*

Teknik för att skapa mera utrymme över det inflammerade, smärtfyllda området genom att lyfta huden (5). Stretch av KT 25-50 %.

5) *Ligament- och senkorrektion (Pressure)*

Teknik för att öka stimuli av mekanoreceptorer i ligament och/eller senor (5). Stretch av KT 50 - 75 %. Här kan man om man vill få mer stabilitet genom att använda 100 % stretch (5).

6) *Funktionell korrektion (Spring)*

Teknik för att öka sensorisk stimulering för att antingen assistera eller begränsa en rörelse (5). Stretch av KT 50-100 %. Det ökade stimuli av mekanoreceptorer tros agera som en förspänning vid slutet av en rörelse (5).

7) *Lymf korrektion (Channeling)*

Teknik för att skapa ett minskat tryck under kinesiotapen som transporterar bort vätskan likt en kanal till närmaste lymfkärl (5). Stretch av KT 0-15 %.

Kinesiotapen kan appliceras i form av ett "Y", "I", "X", "Fan", "Web" eller "Donut". Valet av form beror på muskelns storlek och önskad behandlingseffekt. Den "Y" formade tekniken är den vanligaste appliceringen. Den används mest till försvagad muskulatur. Den "I" formade tekniken används främst för att minska svullnad och smärta. Den "X" formade tekniken används när muskelns ursprung och fäste kan förändras beroende på rörelsemönstret i leden (5). "Fan" tekniken används för lymfdränage. Tejpens klipps så att det bildas "fingrar" som ska leda bort vätska till närmaste lymfkärl (se bild). "Web" tekniken var en modifierad "Fan" som används vid lyft korrigerande (5). Tejpens klipps på samma sätt som vid "Fan" med skillnaden

att man lämnar båda ändarna på tejpens intakta (se bild) (5).



Exempel på "fanteknik" och "webteknik"

"Donut" tekniken används främst mot svullnader på en lokal punkt eller i sportsammanhang. En serie av två eller tre överlappade tejpbitar appliceras med centrum på tejpens bortklippt. Det bortklippta centrumet på tejpens eller "the donuthole" placeras direkt över området som ska behandlas (5).

Evidensbaserad vård:

Idag ställs det höga krav på att val av behandling skall vara evidensbaserad. Man brukar då prata om "evidensbaserad medicin" eller "evidensbaserad vård", vilket är en svensk lag för att kvalitetssäkra behandlingen till patienterna (21). När man arbetar med evidensbaserad vård innebär det att man kombinerar evidens med kliniskt kunnande och patientens unika situation och önskemål (22).

Det finns begränsat med forskning och få randomiserade kontrollerade studier med god kvalitet gjorda där man undersöker kinesiotapens behandlingseffekter. Detta gör att det i dagsläget inte går att uppvisa någon stark evidens för denna behandlingsmetod.

Något som man då får använda sig av när det vetenskapliga underlaget inte räcker till är beprövad erfarenhet/klinisk erfarenhet. Enligt patientsäkerhetslagen 2010:659, Kap 6 § 1, skall den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (23).

Vi ville därför i detta examensarbete undersöka svenska leg. sjukgymnasters kliniska erfarenheter av kinesiotape, då det vetenskapliga underlaget var bristfälligt och då metoden har expanderat bland sjukgymnaster på den svenska marknaden under de senaste åren.

2. Syfte:

Syftet med studien var att undersöka svenska sjukgymnaster med kinesiotapeutbildnings kliniska erfarenheter av kinesiotape.

2.1 Frågeställningar:

- Vid vilka diagnoser anser sjukgymnaster att kinesiotape fungerar?
- Vilka appliceringstekniker använder sjukgymnaster sig av vid respektive diagnos?
- Vilka effekter anser sig sjukgymnaster uppnå med kinesiotape?

3. Material:

3.1 Inklusionskriterier:

Leg. sjukgymnast med minst Steg 1 utbildning (grundutbildning) i kinesiotape samt är lokaliserad i Sverige.

3.2 Exlusionskriterier:

Leg. sjukgymnast utan utbildning i kinesiotape.

Annan terapeututbildning men med utbildning i kinesiotape.

4. Metod:

4.1 Mätmetoder:

En egenkonstruerad webenkät användes i studien och gjordes i Education survey automation suite (Evasys) v.4.1.

Provenkäten utformades på ett sådant sätt som ansågs kunna besvara frågeställningarna.

Slutna frågor användes i så stor utsträckning som möjlig, dock hade respondenterna möjlighet att svara öppet på en tilläggsfråga efter varje slutna fråga där de kunde lägga till egna diagnoser eller tekniker. Totalt ingick tolv slutna frågor och nio öppna tilläggsfrågor i provenkäten.

Valet av diagnoser som fanns med i arbetet och enkäten är baserat på de vetenskapliga artiklar som hittades och som ansågs intressanta och relevanta utifrån ett sjukgymnastiskt perspektiv.

Databaserna där sökningen gjordes var Pubmed, Amed, Cinahl, Google scholar och Scopus.

En pilotstudie på provenkäten gjordes på åtta sjukgymnaststudenter som studerade i termin sex på Luleå tekniska universitet och två legitimerade sjukgymnaster som utbildar i kinesiotape. Detta gjordes för att testa enkätens omfattning, frågornas relevans och i etiskt

syfte dvs. om enkätens innehåll kunde uppfattas som stötande (24). De ändringar som gjordes efter pilotstudien var att lägga till vet ej/aldrig testat alternativ vid varje svarsalternativ, samt att ta bort Mulligans och McConnells tejptekniker som alternativ. Pisksnärtskada ändrades till whiplash associated disorder. En möjlighet till övriga kommentarer lades även till i slutet av enkäten. Den färdigställda enkäten (se bilaga 2).

4.2 Procedur:

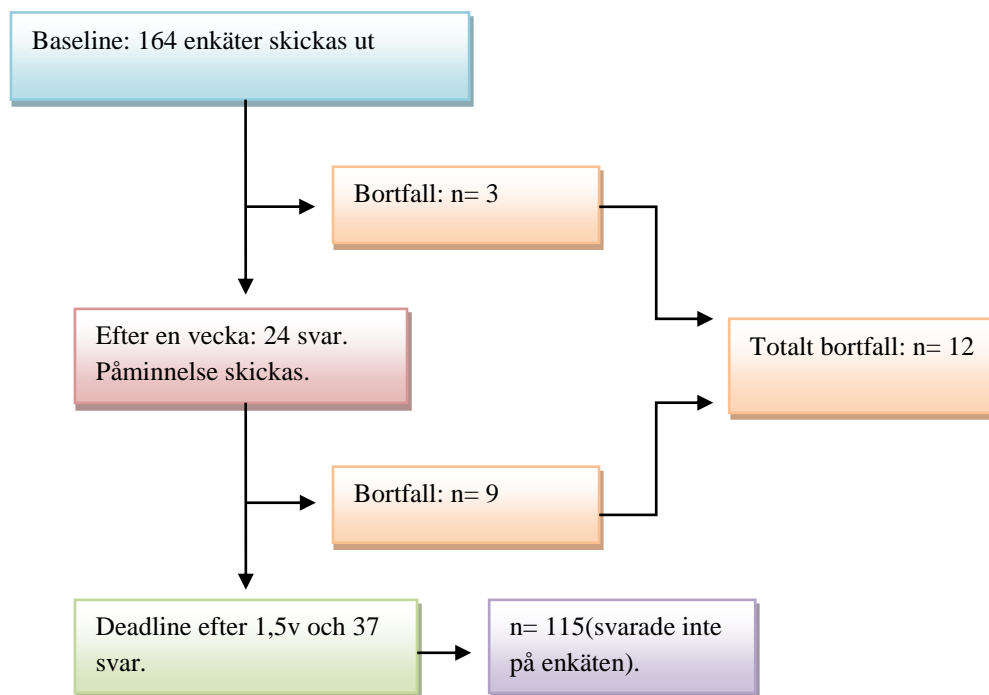
Pilotstudien till enkäten utfördes i två delar. Vid den första delen fick åtta sjukgymnast studenter i termin sex undersöka om frågorna i enkäten var tydliga och om enkäten var lagom omfattande. Vid det tillfället var en av författarna närvarande. Den andra delen av pilotstudien skickades sedan via e-mail till två sjukgymnaster, varav en håller kurser inom kinesiotape för att kritiskt granska enkätens innehåll och utformning. Vid det tillfället var ingen av författarna närvarande. Efter pilotstudien omarbetades enkäten utifrån den feedback som gavs och skickades ut till 164 respondenter. Det ena tillvägagångssätten vi använde oss av för att få tag på respondenternas e-maliadresser var att söka via sökmotorn Google där vi hittade 86 adresser till sjukgymnaster med kinesiotapeutbildning. Sökorden som användes i sökmotorn var "sjukgymnast och kinesiotape" och "sjukgymnast och kinesio-tejp". De sjukgymnaster som på respektive hemsida nämnde att de hade utbildning i kinesiotape blev därmed uttagna till kontaktlistan. Sökningen skedde mellan 2011-09-12 - 2011-10-28. Det andra tillvägagångssättet vi använde oss av var att via en sjukgymnast som utbildat mer än 3000 terapeuter i kinesiotape få tillgång till ytterligare e-mailadresser. För att få möjlighet att utnyttja dessa adresser skrev vi på ett sekretessavtal där vi bl.a. förkunnade att e-mailadresserna inte skulle spridas och att de skulle raderas så snart enkäterna hade skickats (se bilaga 3). Detta skickades sedan till sjukgymnasten som accepterade avtalet och kunde bistå med 80 e-mailadresser till sjukgymnaster med kinseiotapeutbildning.

Ett slumpmässigt urval gick inte göra då det fanns för få träffar på sjukgymnaster som angav att de använder sig av kinesiotape och samtliga av dessa inkluderades då i adresslistan. Två dubletter har även filtrerats bort från kontaktlistan, då samma e-mailadresser uppkommit från utbildaren och från sökningen.

Ett e-mail med ett informationsbrev angående studien (se bilaga 4) samt en länk till enkäten skickades ut via Evasys till deltagarna. En vecka efter första utskicket skickades en påminnelse till dem som inte svarat vid det första tillfället och dessa hade då tre dagar på sig innan enkäten stängdes. Detta för att öka chanserna till en ökad svarsfrekvens (24).

Totalt skickades det ut 164 enkäter varav 80 kom från en sjukgymnast som utbildar inom kinesiotape och 84 från egen kontaktlista. Evasys granskar automatiskt enkätens alla inkluderade e-mailadresser och om någon av adresserna inte är i bruk visas ett felmeddelande till författaren. Alla de inkluderade e-mailadresserna blev godkända av Evasys.

En av författarna fick tillbaka automatsvar från två sjukgymnaster som inte var kontaktbara under tiden som vår enkät låg ute. Två av deltagare var inte legitimerade sjukgymnaster och besvarade därför inte heller enkäten. Sju av deltagarna kom från en sjukgymnastklinik i Finland och besvarade därför inte heller enkäten. En deltagare som svarat på enkäten var inte leg. sjukgymnast och dennes svar har exkluderats (se figur 1). Svarsfrekvensen blev 22,6 % och det totala deltagandet blev 37 personer.



Figur 1. Flödesschema för enkätutskick.

4.3 Dataanalys:

Svaren från enkäten samlades in i programmet Evasys. Bearbetningen av datan och tabellerna utarbetades i Microsoft Office Excel 2010. Tabellerna är utformade i form av medianer då fördelningen av data var skevt fördelad. Medianen kan vara ett lämpligt mått om observationer har en sned fördelning, dvs. om man har ett fåtal mätvärden som kraftigt

avviker från de andra. I motsats till medelvärdet påverkas inte medianen av sådana extremvärden (25).

4.4 Etiska aspekter:

Ingen etisk granskning var nödvändig då enkäten inte skickades ut till patienter utan endast till leg. sjukgymnaster.

För att få tag på fler e-mailadresser än vad vi hade efter det att vi sökt på Google utformade vi ett sekretessavtal som vi skrev under och skickade till en sjukgymnast som utbildar i kinesiotape. Här försäkrade vi att e-mailadresserna inte skulle spridas, att e-mailadresserna skulle förstöras omedelbart efter att enkäten skickats, att deltagandet skulle vara anonymt och att vi inte skulle kunna se vem som svarat vad. Sjukgymnasten ville först inte ge oss tillgång till adresserna p.g.a. de utbildades rätt till anonymitet men när avtalet skickats godkändes detta och adresserna skickades därefter till oss.

Deltagarna fick ett informationsbrev där det tydligt framgick vilket som var undersökningens syfte och att deltagandet i studien var frivilligt då man inte behövde besvara någon av de två enkäterna (24). De upplystes även om att deras deltagande var anonymt då inga personuppgifter togs upp i enkäten och att det inte heller gick att spåra vem som besvarat enkäten eller vem som svarat vad (24). Provenkäten kontrollerades i en pilotstudie och ingen av respondenter upplevde någon av frågorna som stötande eller kränkande. Resultatet av enkäten har dessutom presenterats på gruppnivå vilket gör att det inte går att relatera något av svaren till en specifik individ.

5. Resultat:

I tabell 1 presenteras allmänna frågor om respondenterna. Fördelningen av kliniskt verksamma år visade att de som jobbat kliniskt mellan 6-10 år var högst representerade med 30 % (n=11). De som hade jobbat mellan 26-30 år samt < 31 år var lägst representerade med 5,5 % (n=2) vardera. Ingen respondent hade utbildat sig inom kinesiotape före 2003. De flesta respondenter hade gått kinesiotapeutbildning mellan 2006 – 2008 (n=18), samt mellan 2009 – 2011 (n=16). Endast tre respondenter hade gått utbildningen mellan åren 2003-2005.

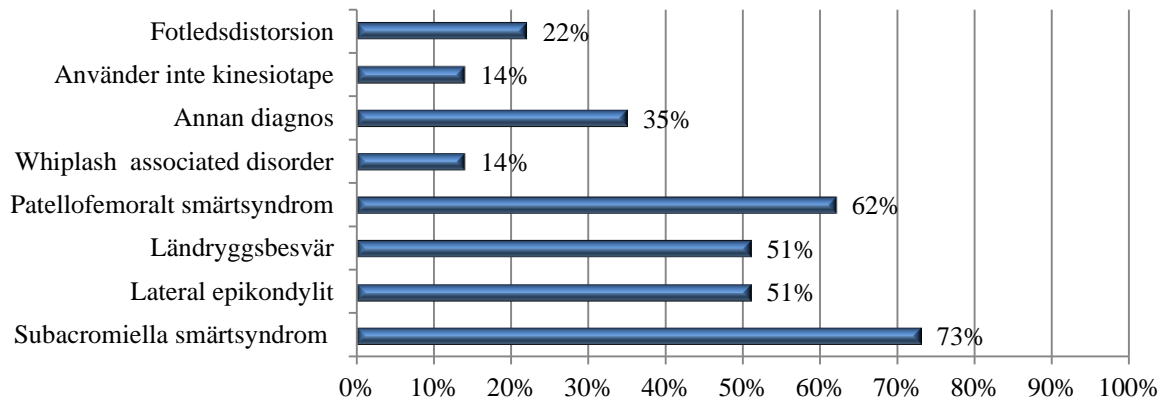
Tabell 1. Svaren angivna i procent (%), (n=37) respondenter.

Allmänna frågor:	%	n
Antal kliniskt verksamma år inom sjukgymnastyrket		
1-5	16	6
6-10	30	11
11-15	16	6
16-20	11	4
21-25	16	6
26-30	5,5	2
31<	5,5	2
Mellan vilka år respondenterna har utbildat sig i kinesiotape		
2011 – 2009	43	16
2008 – 2006	49	18
2005 – 2003	8	3
2002 >	0	0

5.1 Vanligaste diagnoser sjukgymnasterna använder kinesiotape vid:

Den diagnos som flest respondenter använde kinesiotape mot var subacromiella smärtsyndrom med 73 % (se figur 2). Därefter följer patellofemoralt smärtsyndrom med 62 %, ländryggsbesvär samt lateral epikondylit med 51 % vardera. De diagnoser som minst respondenterna tejpar mot var fotledsdistorsion med 22 % samt whiplash associated disorder med 14 %. Av de som inte använder sig av kinesiotape (14 %) uppgav en av respondenterna i

den öppna frågan att det var p.g.a. den låga evidensen som respondenten inte använde sig av kinesiotape. Respondenterna kunde här välja flera svarsalternativ.



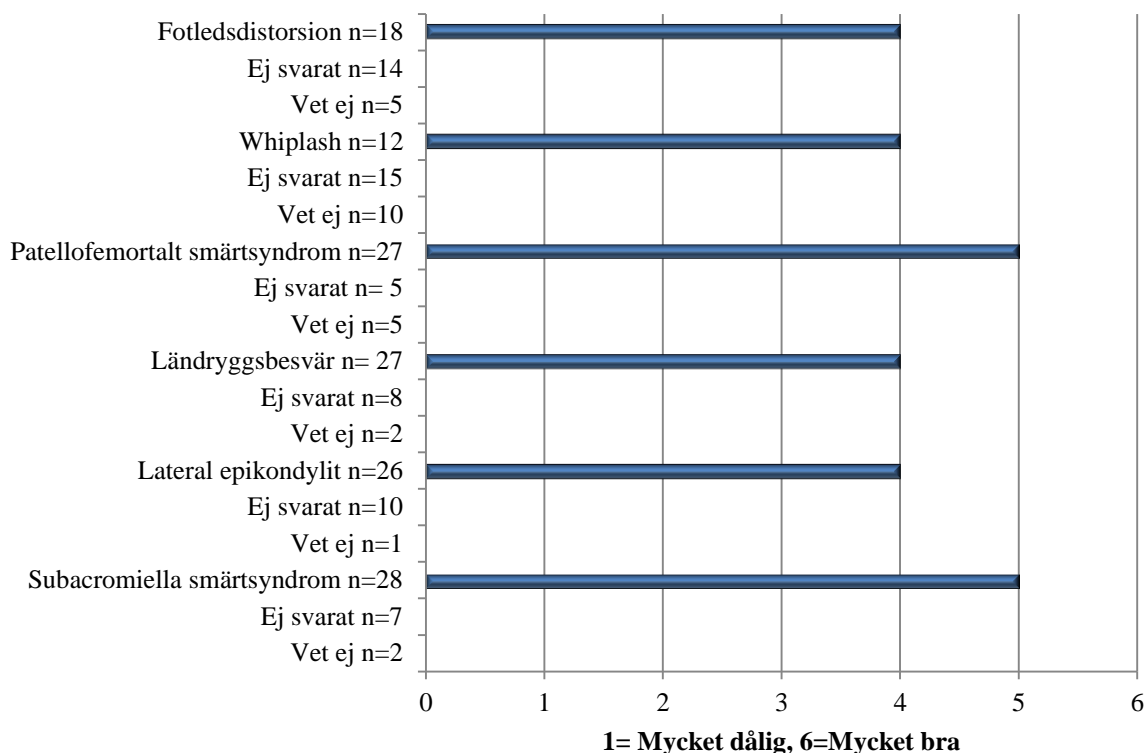
Figur 2. Vanligaste diagnoserna respondenterna tejpas vid (n=37)

Av respondenterna tejpas 35 % även mot andra diagnoser och dessa kunde redovisas vid den öppna frågan. Diagnoser kategoriserades utifrån svaren och antal respondenter (n) som nämnt samma diagnosgrupp redovisas i löpande text. De två mest förekommande diagnosgrupperna var muskelbesvär (n=5) och axelinstabilitet (n=5). Sedan följer i storleksordning akilodyni (n=4), knäinstabilitet (n=3), menisk (n=2), plantarfasciit (n=2), huvudvärk (n=2), knäledsartros (n=2) och benhinneinflammation (n=2), samt spänningstillstånd nacke (n=2). Övriga diagnoser som endast nämndes en gång var; gluteusmedius tendinit, thorakala symtom, strokeaxlar, hopparknä, rhizopatier arm, löparknä, patellaluxation och rotatorcuffruptur.

5.2 Upplevd effekt av kinesiotape vid utvalda diagnoser:

Figur 3 visar medianvärdet av effekten vid de utvalda diagnoserna där subacromiella smärtsyndrom samt patellofemoralt smärtsyndrom var de två diagnoser som upplevdes ha mycket bra effekt av kinesiotape med fem i värde vardera.

Övriga diagnoser fick en fyra i värde vilket motsvarade god effekt. Whiplash fick lägst antal svar (n=12), dock anser de få som tejpår att kinesiotape ger god effekt. Tio försökspersoner svarade vet ej på hur de upplevde effekten av kinesiotape vid whiplash, samt 15 respondenter har ej angivit något svar.



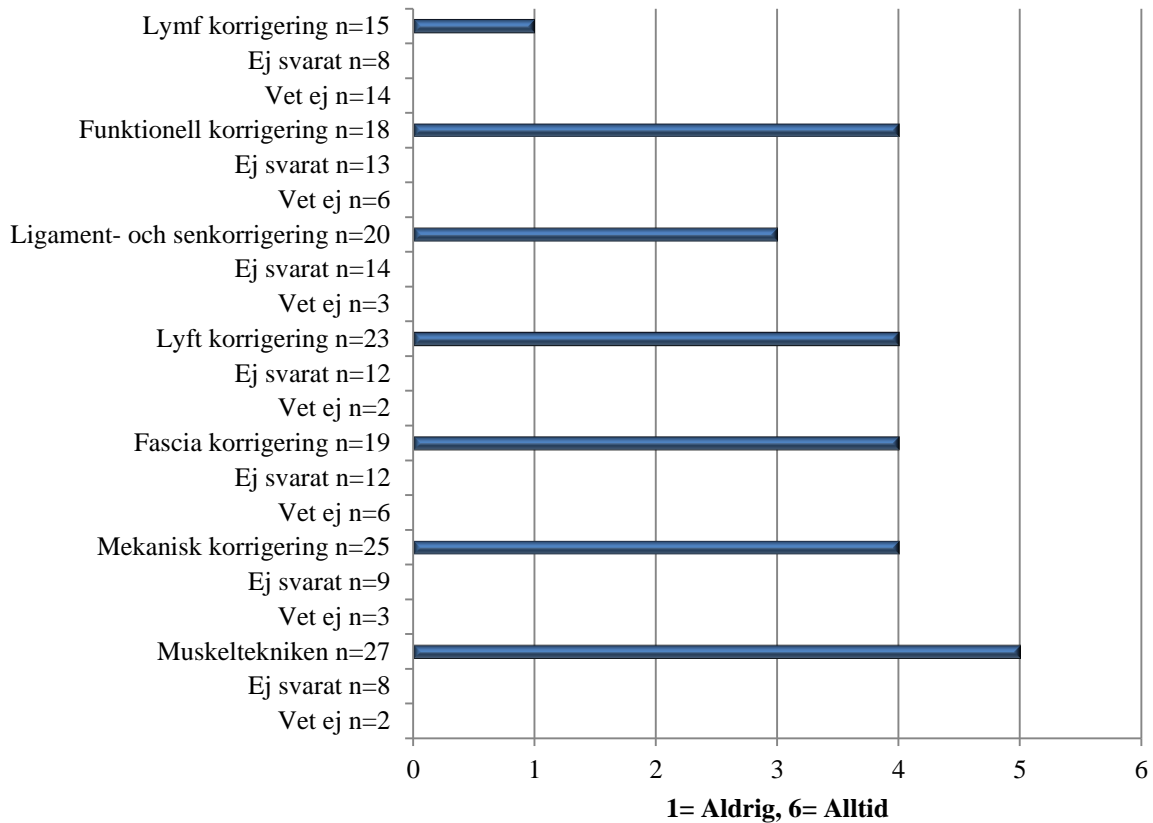
Figur 3. Upplevd effekt av kinesiotape vid de utvalda diagnoserna.

5.3 Upplevd effekt av kinesiotape vid övriga diagnoser:

Den diagnos som respondenterna upplevde bäst effekt på vid de övriga diagnoser var axelinstabilitet där fyra respondenter gav medianvärdet sex. Tre diagnoser där tre respondenter svarat och som fick medianvärde fem var; akilodyni, knäinstabilitet, samt muskelbesvär. Lägst medianvärde på (4,5) fick knäledsartros samt benhinneinflammation där två respondenter svarat. Övriga diagnoser som endast angetts en gång har inte tagits med.

5.4 Appliceringstekniker vid subacromiella smärtsyndrom:

I figur 4 kan man se att respondenterna använder olika appliceringstekniker vid subacromiella smärtsyndrom. Den appliceringsteknik som flest respondenter svarade (n=27) och som används mest var muskeltekniken. Lymf korrigerad var lägst representerad (n=15) och med lägst resultat med ett i medianvärde.

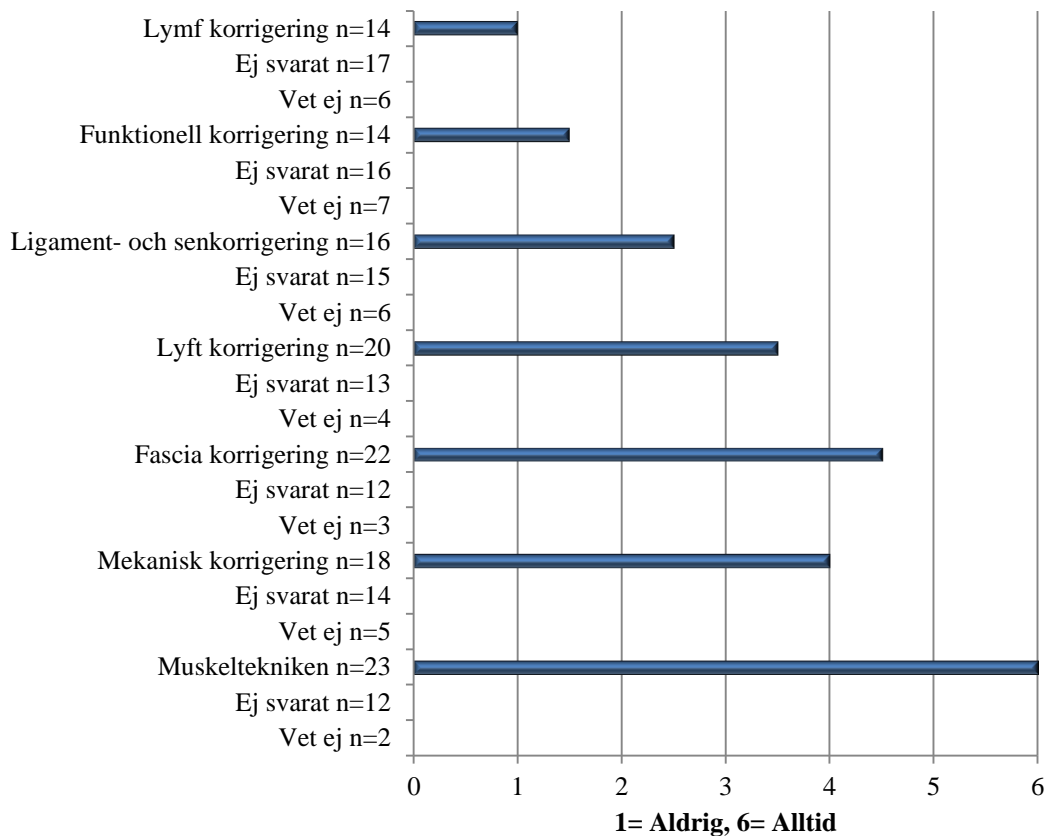


Figur 4. Appliceringstekniker vid subacromiella smärtsyndrom

5.5 Appliceringstekniker vid lateral epikondylit:

I figur 5 kan man se att det är tre appliceringstekniker som ofta eller alltid används, med fyra eller mer i medianvärde. Den appliceringsteknik som flest respondenter svarade (n=23) och som alltid används av respondenterna var muskeltekniken med sex i medianvärde.

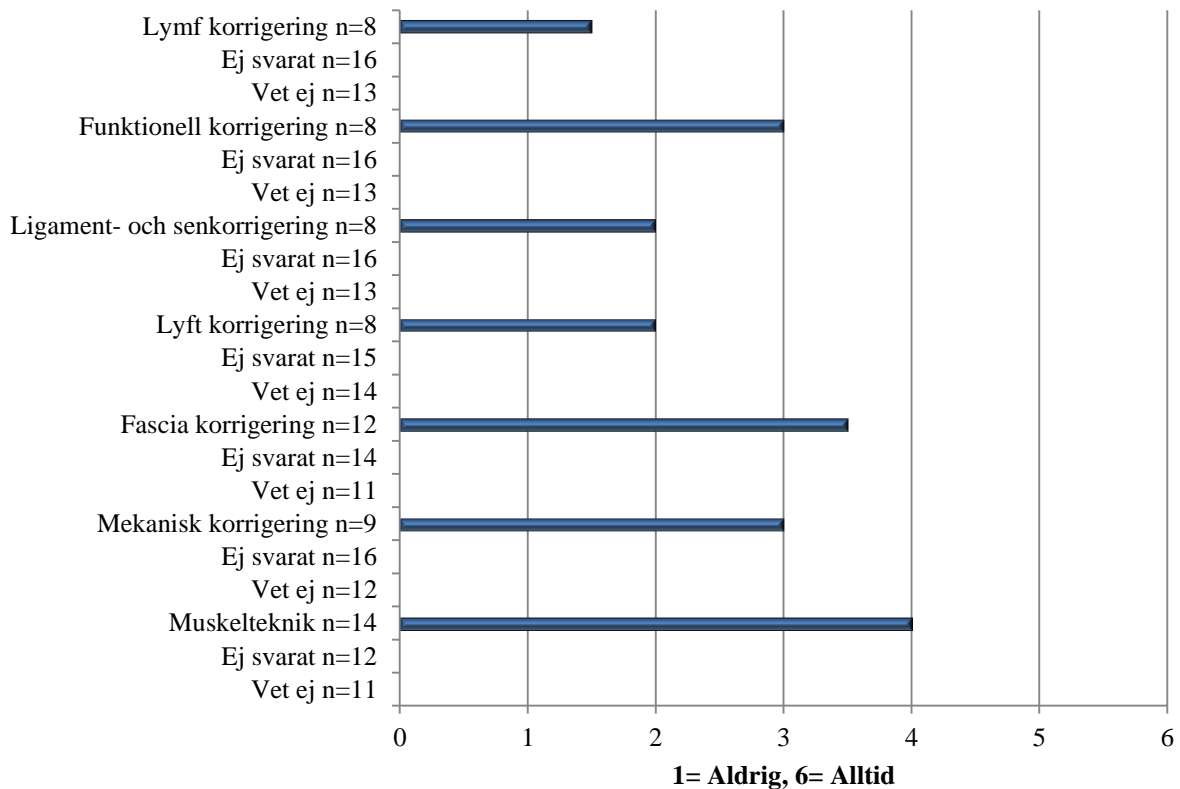
Lymfkorrigerad var lägst representerad (n=14) och med lägst resultat med ett i medianvärde.



Figur 5. Appliceringstekniker vid lateral epikondylit

5.6 Appliceringstekniker vid whiplash associated disorder:

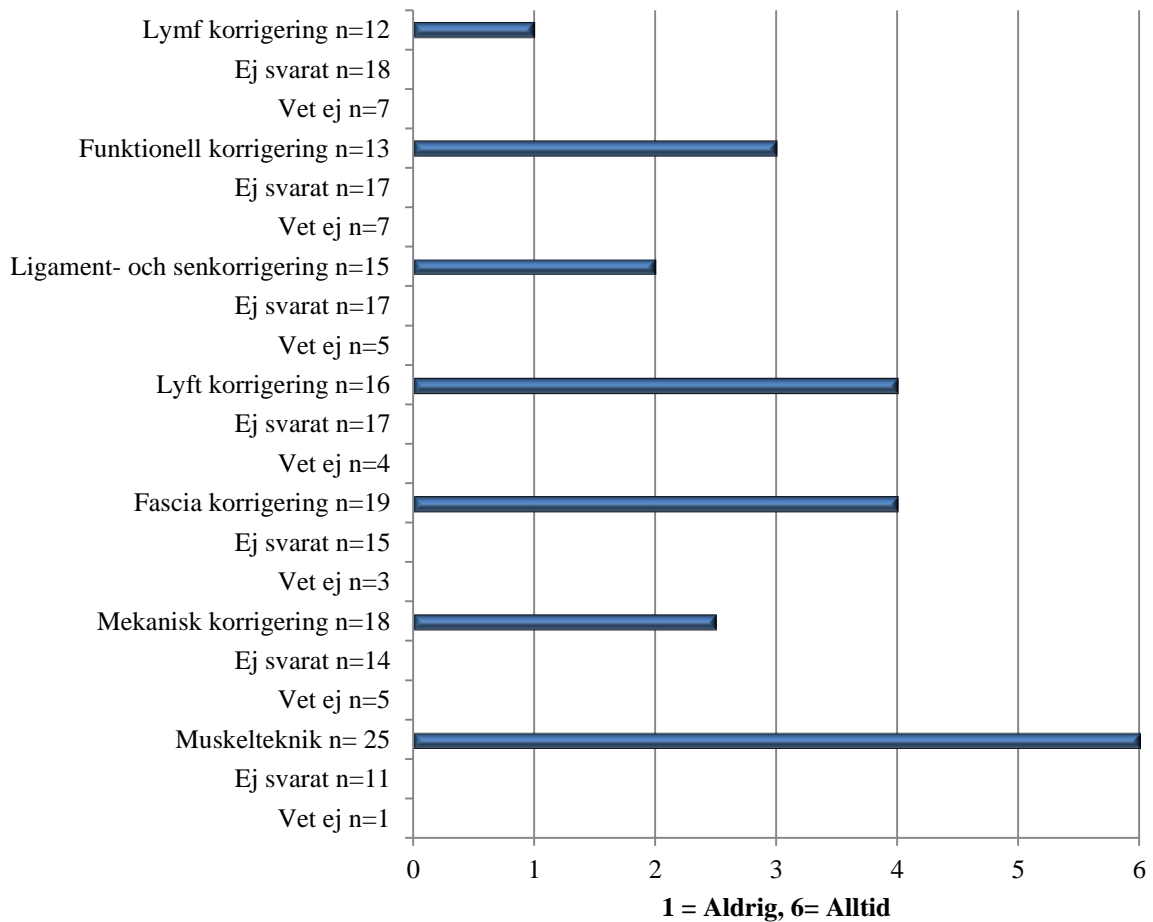
I figur 6 kan man se att det inte finns någon appliceringsteknik som nästan alltid/alltid används utan det är fyra appliceringstekniker som ligger mellan tre och fyra i medianvärde. Den appliceringsteknik som flest respondenter svarade (n=14) och som används ofta var muskeltekniken med fyra i medianvärde. Lymfkorrigerig var den teknik med lägsta resultat på 1,5 i medianvärde varav 13 respondenter har svarat vet ej och 16 har ej angivit något svar.



Figur 6. Appliceringstekniker vid whiplash associated disorder.

5.7 Appliceringstekniker vid ländryggssmärta:

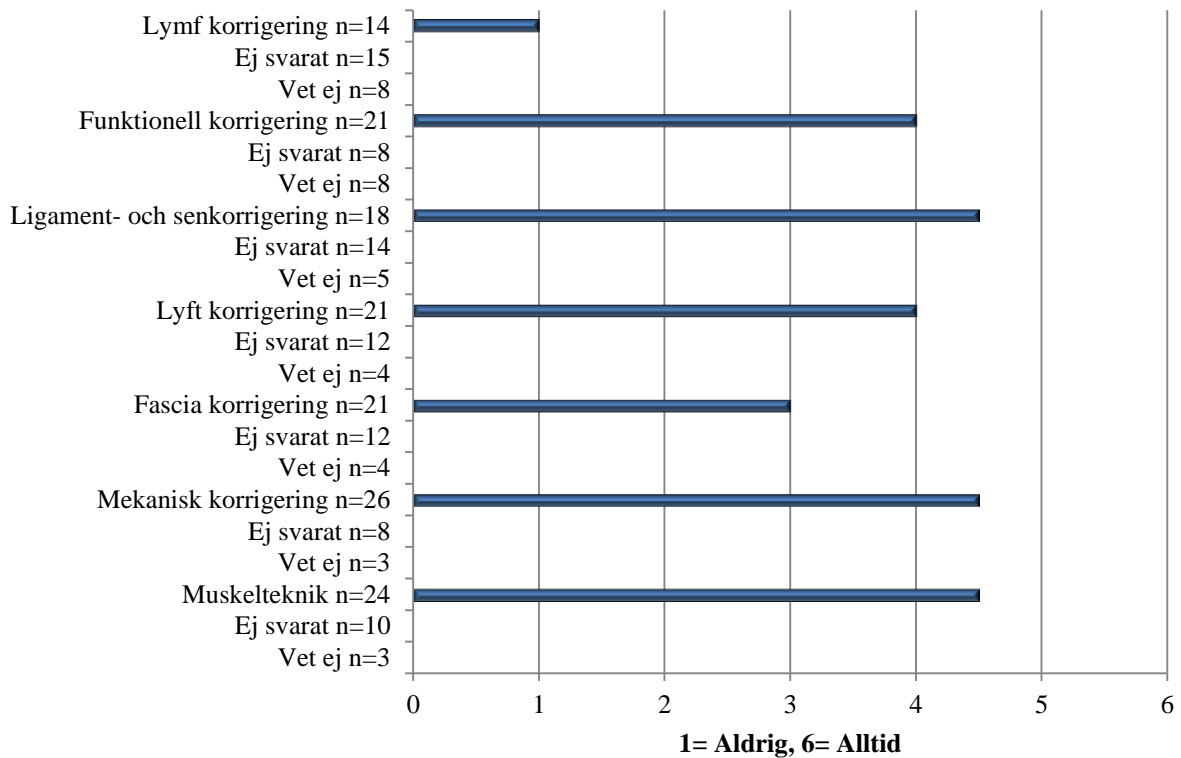
I figur 7 kan man se att den appliceringsteknik som flest respondenter svarade (n=25) och som alltid används var muskeltekniken med sex i medianvärde. En respondent har svarat vet ej på frågan, samt elva har ej besvarat den. Lymfkorrigerigering var lägst representerad (n=12) och hade lägst resultat med ett i medianvärde. Sju respondenter har svarat vet ej på frågan, samt 18 har ej besvarat den. Vid den öppna frågan svarade en av sjukgymnasterna att den alltid använder X – teknik applicering vid ländryggssmärta.



Figur 7. Appliceringstekniker vid ländryggsmärta

5.8 Appliceringstekniker vid patellofemoralt smärtsyndrom:

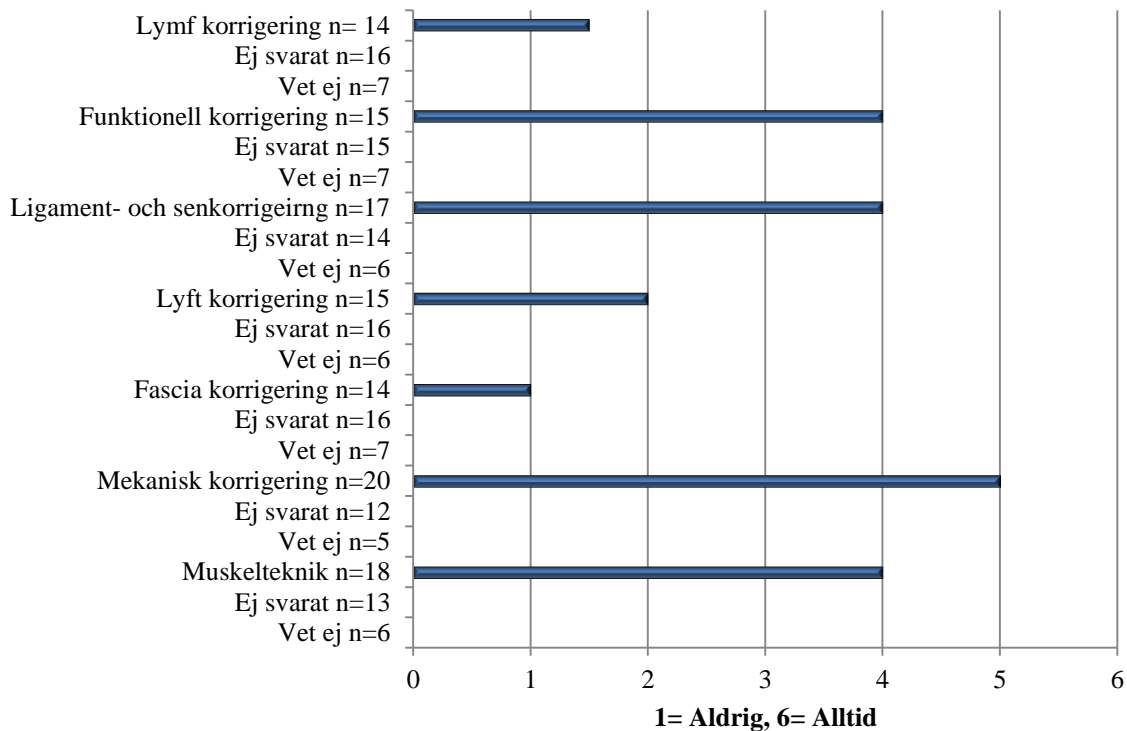
I figur 8 kan man se att respondenterna använder olika appliceringstekniker vid patellofemoralt smärtsyndrom. De appliceringstekniker som nästan alltid används är; mekanisk korrigerigering, muskelteknik, samt ligament- och senkorrigerigering, alla med 4,5 i medianvärde. Lymfkorrigerigering var lägst representerad (n=14) och med lägst resultat med ett i medianvärde.



Figur 8. Appliceringstekniker vid patellofemoralt smärtsyndrom

5.9 Appliceringstekniker vid fotledsdistorsion:

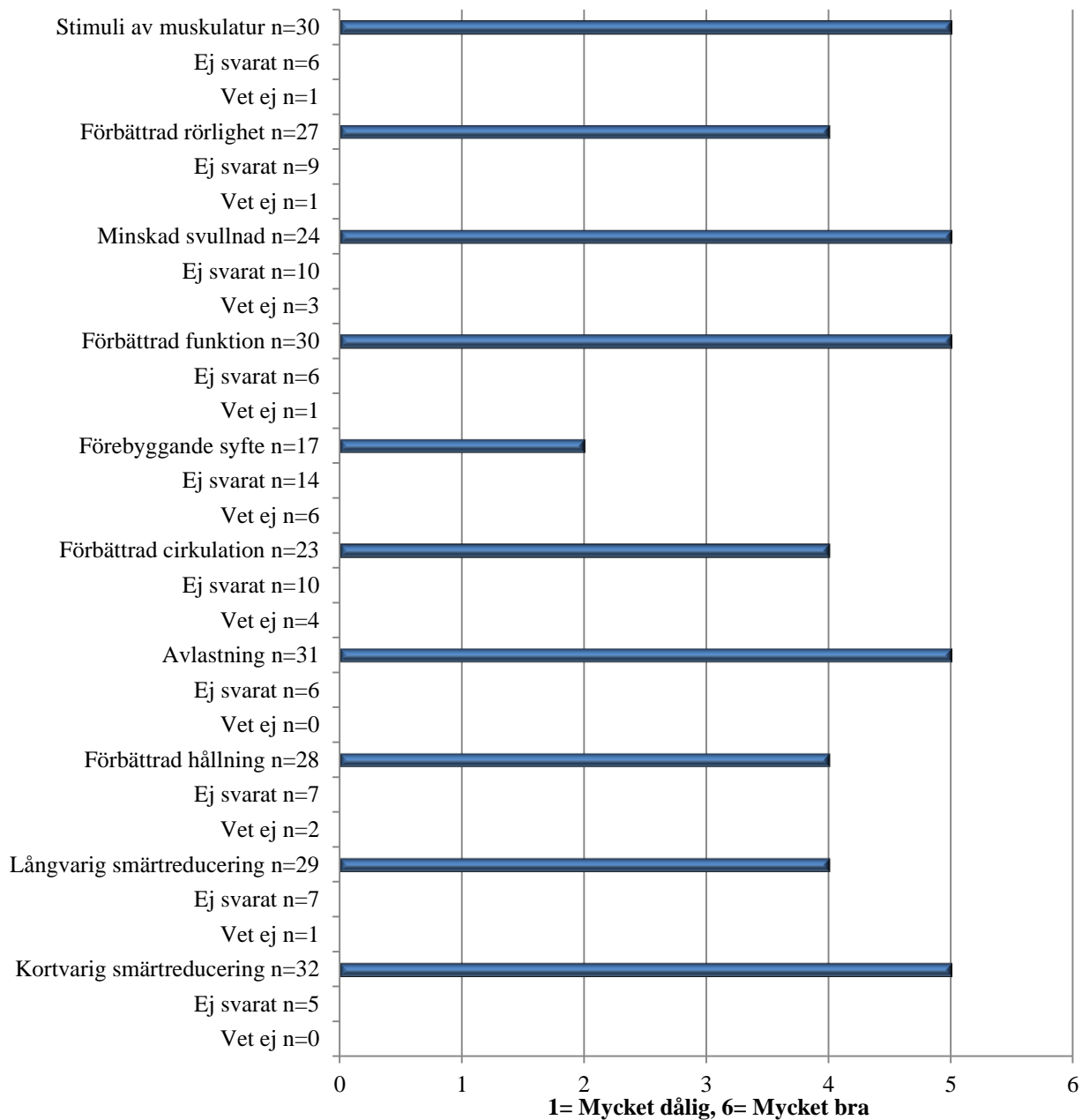
I figur 9 kan man se att de appliceringstekniker respondenterna använder ofta vid fotledsdistorsion är; mekanisk korrigerig med fem i medianvärde, muskelteknik, ligament- och senkorrigerig samt funktionell korrigerig alla med fyra i medianvärde. Lymf korrigerig var lägst representerad (n=14) och med lägst resultat med 1,5 i medianvärde. I den öppna frågan svarade en av respondenterna att denne använder kinesiotape med Mulligans tejptechnik vid fotledsdistorsioner.



Figur 9. Appliceringstekniker vid fotledsdistorsion.

5.10 Upplevda effekten av kinesiotape:

I figur 10 kan man se att respondenternas upplevda effekt av kinesiotape är bra/mycket bra vid nio av de tio frågorna. Kortvarig smärtreducering, avlastning, förbättrad funktion, minskad svullnad, samt stimuli av muskulatur är alla högt representerade och har ett högt medianvärde på fem. Långvarig smärtreducering, förbättrad hållning, förbättrad cirkulation och förbättrad rörlighet var också högt representerat med ett medelhögt resultat på fyra i medianvärde. Förebyggande åtgärder hade den lägsta representationen (n=17) och hade även lägst resultat med två i medianvärde. Det var även högst andel respondenter som svarade vet ej (n=6) vid förebyggande syfte.



Figur 10. Upplevd effekt av kinesiotape.

6. Diskussion:

6.1 Metoddiskussion:

I denna studie gjordes en kvantitativ undersökning för att få en bild av hur svenska sjukgymnaster med kinesiotapeututbildning upplever och använder behandlingsmetoden. Vi valde att konstruera en enkät med hjälp av det webbaserade enkätprogrammet EvaSys där vi utformade frågorna med syftet att få klarhet av vid vilka diagnoser sjukgymnaster använder kinesiotape, sjukgymnasternas bedömning av vilken effekt kinesiotapen har och vilka olika tejptechniker man tar i bruk vid olika typer av besvär. I enkäten inkluderades sex diagnoser där det gjorts forskning med kinesiotape som behandlingsmetod och som författarna ansåg vara relevanta. Ett par av fördelarna med att använda sig av en enkätstudie som undersökningsinstrument i jämförelse med en intervjustudie är att den kan göras på ett större urval respondenter och täcka ett större geografiskt område (24). Dessutom kan respondenterna i lugn och ro besvara frågorna och överväga svarsalternativen i enkäten (24). Ett par nackdel med enkätstudie jämfört med en intervjustudie är att det kan bli ett större bortfall och att man inte kan gå in på djupet vid vissa frågor och ex. ställa följdfrågor på samma sätt (24).

Diagnoserna valdes ut med hjälp av de sökord och databaser som anges i metod.

Respondenterna fick även lägga till ytterligare diagnoser som de tyckte kinesiotape hade effekt på. De fick också nämna effekter de ansåg att kinesiotape har utöver de som räknades upp i enkäten. De effekter som inkluderades i enkäten var de som författarna ansåg som relevanta i förhållande till behandlingsmetoden. Eftersom många kinesiotapeututbildningar skiljer sig från varandra i utformning så valde vi att följa rådet från vår sjukgymnastkontakt som utbildar i kinesiotape, vilket var att använda oss Kases originaltekniker i enkäten (5). Sjukgymnasten menade att detta var de tekniker som är absolut vanligast inom kinesiotaping.

Bearbetningen av enkäten och valet av de öppna och slutna frågorna är mycket viktig (24). För att ta reda på hur strukturen och frågorna uppfattades gjordes en pilotstudie för att testa enkäten (24). Åtta frivilliga sjukgymnaststudenter som går sjätte terminen på LTU samt två legitimerade sjukgymnaster som använder sig av kinesiotape engagerades. Intrycket vi fick efter pilotstudien var att respondenterna tyckte att enkäten var intressant utformad med intressanta frågor. De tyckte inte att den var för lång eller att den tog för lång tid att svara på och de upplevde inte frågorna som stötande. Nackdelen med detta test är att respondenterna som engagerades var mer eller mindre bekanta med författarna och att en av författarna var närvarande vid tillfället då studenterna fyllde i enkäten. Detta kan ha gjort att svaren vi fick ut

av pilotstudien kan vara subjektiva. En annan nackdel kan vara att sjukgymnaststudenterna inte var insatta i kinesiotape då det inte ingår i sjukgymnastprogrammet och att de därför hade svårare att bedöma om frågorna var relevanta. Fördelen med att en av författarna satt med vid detta tillfälle är att han kunde se till att enkäten blev gjord (24), svara på eventuella frågor och få direkt feedback på enkäten. Hade man istället skickat ut enkäterna till studenterna och låtit dessa fylla i frågorna till ett visst datum skulle risken för bortfall ha ökat (24). Nackdelen med att de två sjukgymnasterna inkluderades i provenkäten är att den ena av dem utbildar i kinesiotape och därför kan även dennes svar vara subjektiva. Fördelen är att båda sjukgymnasterna hade egen beprövad erfarenhet av kinesiotape och kunde därmed bidra med relevanta svar och synpunkter till enkäten.

Sammanlagt 164 enkäter skickades ut via e-mail till sjukgymnaster runt om i Sverige med kinesiotapeutbildning. E-målet bestod av ett informationsbrev som innefattade information om vilka vi var, syftet med studien, varför respektive respondent hade blivit kontaktad och att deltagandet var anonymt (24). Istället för att placera länken till enkäten i slutet av brevet lades den ut mitt i informationsbrevet för att öka chanserna att få svar från de som eventuellt inte skulle orka läsa hela informationsbrevet. Detta gjordes utifrån råd av en IT-pedagog på LTU. Adresserna fick vi tag på genom att söka via en sökmotor på internet samt via en sjukgymnast som utbildar inom kinesiotape. Sjukgymnasten var mån om sina studenters anonymitet så för att få tillgång till dennes adresser utformade vi ett sekretessavtal som vi sedan skrev under och vidarebefordrade. Efter det att sjukgymnasten godkänt vårt avtal så skickades adresserna till oss. Respondenterna hade tio dagar på sig att svara på enkäten och en påminnelse skickades automatiskt ut efter sju dagar. Syftet med att skicka ut en påminnelse var att öka svarsfrekvensen (24). Vi erhöll sammanlagt 37 enkätsvar och svarsfrekvensen hamnade därmed på 22,6 %. Den låga svarsfrekvensen är en svaghet i studien och gör det svårt att kunna dra konkreta slutsatser. En teori om varför deltagandet blev lågt kan vara ett begränsat användande av tejp hos sjukgymnasterna och att de därför inte kände intresse eller att de inte hade tillräckligt med kunskap för att svara på enkäten. En del av sjukgymnasterna kanske upplevde evidensen som för svag för att använda sig av tejp vilket också en av respondenterna påpekade. Det är möjligt att tidsfristen också var i kortaste laget och att vi kanske hade kunnat få en högre svarsfrekvens om de hade fått mer tid på sig att svara. En annan faktor som kan ha spelat in är att vissa av e-mailadresserna kan ha varit inaktuella d.v.s. att de existerade men inte var i bruk. Trots den låga svarsfrekvensen anser vi att tillvägagångssättet för att nå personer i målgruppen hade varit svårt att göra på ett annat sätt.

Kinesiotaping är en relativt ny behandlingsmetod i Sverige. Enligt en av våra sjukgymnastkontakter började man utbilda i kinesiotape i Sverige först 2006. Sjukgymnaster i denna studie som utbildat sig innan 2006 antas därför ha utbildat sig utomlands. Eftersom kinesiotape ännu inte är en etablerad metod i Sverige så går det t.ex. inte att gå via något förbund eller instans för att komma åt kontaktuppgifter för kinesiotapeutbildade sjukgymnaster. Vi hade själva hoppats och trott på en högre svarsfrekvens eftersom respondenterna var sjukgymnaster som själva hade valt att utbilda sig inom kinesiotape och att intresset därför borde ha varit större.

Genom enkätverktyget EvaSys är det möjligt att föra över den insamlade datan till filformatet Excel. Detta förenklade behandlingen av data och möjliggjorde analyser av datamaterialet. För att sedan tydliggöra resultatet använde vi oss av Excel för att utforma grafer och tabeller. I Excel använde vi oss av medianer för att redovisa mätvärdena. Detta efter att vi rådgjort med två av lärarna på LTU och läst i kurslitteraturen (25). De menade att om man har ett fåtal mätvärden som kraftigt avviker från de andra så är medianer lämpligare att använda sig av än medelvärden för att figurerna då visar upp en rättvisare bild av svaren (25). Svaren på de öppna frågorna var många och de diagnoser som respondenterna fick lägga till utöver de som redan fanns med i enkäten varierade stort. Därför gjordes kategoriseringar av diagnoserna som nämndes och skrevs i löpande text.

6.2 Resultatdiskussion:

Resultatet av studien har gett oss en insyn i hur sjukgymnaster som utbildat sig inom kinesiotape upplever och använder behandlingsmetoden. Vi fick även en bild av vilka diagnoser som sjukgymnaster tycker att metoden fungerar mot, vilka diagnoser man tycker sig se bäst effekt på, vilka appliceringstekniker man använder, när man utbildat sig och antal kliniska år som sjukgymnast.

Bland respondenterna hade 62 % varit kliniskt aktiva i mindre än 15 år. Detta tror vi kan bero på att det är vanligare att nyexaminerade sjukgymnaster letar nya behandlingsmetoder och är villiga att pröva på det som är nytt. De sjukgymnaster som varit kliniskt aktiva längre kanske redan har hittat sin inriktning och hellre vill vidareutbilda sig inom de områden som de redan behärskar. Man kan tydligt se att detta är en ny behandlingsmetod i Sverige då hela 91,5 % av

respondenterna utbildat sig från 2006 och framåt. Vi drar slutsatsen att resterande 8,5 % då har fått sin utbildning i utlandet.

Den diagnos där kinesiotape var mest förekommande som behandlingsform bland respondenterna var subakromiellt smärtsyndrom (73 %). Det kan bero på att det är en diagnos där man sett positiva vetenskapliga resultat med kinesiotape (9, 12). Behandling av subakromiellt smärtsyndrom med hjälp av kinesiotape verkar ge en omedelbar men kortvarig effekt på smärta och rörlighet (9, 12). Smärtmodulering via gate control på grund av neuromuskulär stimuli från tejpen kan vara en möjlig förklaring till det positiva resultatet (9). En annan möjlig förklaring till den förbättrade rörligheten kan vara en ökning i motoriska enheter hos supraspinatus muskeln genom en ökad proprioceptiv stimuli (9). Den omedelbara effekten på rörligheten skulle också kunna bero på kinesiotapens guidning av skuldran till en förbättrad rörelse i glenohumeral leden och genom detta en minskad retning av involverade strukturer (9). Slutligen kan effekten av placebo ha påverkat resultaten (9).

Muskelstimuli fick en hög siffra på frågan om vilka effekter sjukgymnaster anser att kinesiotapen har. En av respondenterna skrev under övriga kommentarer att han trodde mycket på kinesiotapens proprioceptiva stimuli. Dessutom ansåg respondenterna att tejpen har bra effekt på förbättrad funktion, kortvarig smärta och förbättrad rörlighet vilket stämmer bra överens med Thelen et al. teorier om vilka egenskaper och effekter kinesiotape kan ha (9).

Diagnoserna där respondenterna upplevde bäst effekt mot var subacromiellt smärtsyndrom och patellofemoralt smärtsyndrom. Som tidigare nämnts så verkar det som att respondenterna gärna använder sig av kinesiotape på subacromiellt smärtsyndrom och det kan även ha ett samband med att de fått positiva effekter av behandlingarna.

Subacromiellt smärtsyndrom:

Den appliceringsteknik som nästan alltid används av respondenterna mot subacromiellt smärtsyndrom var muskeltekniken med fem i medianvärde. Respondenterna använder även mekanisk-, funktionell-, fascia-, samt lyft korrigering relativt ofta med fyra i medianvärde. Varför man använder muskeltekniker vid subacromiellt smärtsyndrom är för att man vill avlasta m. supraspinatus senan som oftast är påverkad (5). Lyftkorrigering är en appliceringsteknik som ofta är att föredra vid inflammationsdiagnoser, för att minska svullnad och smärta. Den mekaniska- och fasciella korrigeringen används även dem ofta mot inflammationsdiagnoser och är därmed också användbara vid sådana skador (5).

Patellofemoralt smärtsyndrom:

Patellofemoralt smärtsyndrom är en skada som behandlas likt många andra knäåkommor, dvs. man vill stärka upp lår muskulaturen och då främst m. vastus medialis, minska Q-vinkeln genom att träna upp m. gluteus medius, samt stabilisera knäet med tejp eller ortos (26). Vi tror att respondenterna får bra effekter av kinesiotape mot patellofemoralt smärtsyndrom då även de vetenskapliga studierna som gjorts vid denna diagnos visar på positiva resultat (13,14). De appliceringstekniker som används mest frekvent bland respondenterna mot patellofemoralt smärtsyndrom var muskelteknik, mekanisk- samt ligament korrigerig med ett medianvärde på 4,5. Detta stämmer bra överens med Kases teori om vilka appliceringstekniker man bör använda vid patellofemoralt smärtsyndrom där muskeltekniken skall stödja försvagad muskulatur i form av m. vastus medialis och den mekaniska korrigeringen skall anpassa patellas läge (5). Kase nämner även att lyftkorrigering kan vara användbar för att minska på svullnad vid patellofemoralt smärtsyndrom (5).

Whiplash associated disorder:

Whiplash associated disorder var en diagnos som många respondenter inte tejpade mot (n=12). De få som tejpade mot dessa besvär upplevde dock relativt goda resultat då de gav en fyra i medianvärde. Detta stämmer bra överens med González-Iglesias et al. med hög PEDro score (se bilaga 1), som visade på positiva resultat på kortvarig minskad smärta i nacken hos patienter med whiplash (8). De appliceringstekniker som oftast användes av respondenterna var muskeltekniken samt fascia korrigeringen. Vi tror att man vill använda muskeltekniken för att avlasta och stötta musklerna kring nacken som kan vara spända efter en whiplashskada (5). Fascia korrigerig används då man vill stötta muskelfascian i en önskvärd position (5). Enligt Kase tejpar man även med lymfkorrigering vid det akuta skedet av en whiplash vilket få av respondenter använde (5). Vid det subakuta skedet använder Kase muskelteknik samt ligament korrigerig för att avlasta och stötta muskler, samt korrigera ligament (5).

Ländryggsbesvär:

Ländryggsbesvär var en diagnos där respondenterna upplevde bra behandlingsresultat med kinesiotape då de gav en fyra i medianvärde, vilket även stämmer bra överens med Hwang-Bo et al. kvalitativa studie om kinesiotapens effekt mot akut ländryggssmärta (16).

Den appliceringsteknik respondenterna alltid använde mot ländryggssmärta var muskeltekniken med sex i medianvärde. Tekniken används för att avlasta muskelspänningar i ländryggen samt minska smärta (5). Även fascia- och lyft korrigerig var två tekniker som används ofta med fyra i medianvärde. Dessa tekniker används även enligt Kase vid

ländryggsbesvär beroende på vilken typ avländryggssmärta patienten har (5). En av respondenterna använde alltid X – tekniken vidländryggssmärta vilket de inte använde i studien (16), eller i Kases appliceringsbok (5).

Lateral epikondylit:

Lateral epikondylit var även det en diagnos där respondenterna upplevde bra effekt mot med en fyra i medianvärde. Vi fann ingen studie som undersökt kinesiotape vid lateral epikondylit, utan endast en studie som visade på ev. minskad risk för lateral epikondylit hos friska tennisspelare (18). Det hade varit intressant att se resultatet från en studie som undersökte behandlingseffekten av kinesiotape hos försökspersoner med lateral epikondylit.

Den appliceringsteknik som respondenterna alltid använde vid lateral epikondylit var muskeltekniken med sex i medianvärde. Vi tror att respondenterna använde muskeltekniken främst för att avlasta extensorerna i handleden och påskynda läkningsprocessen. Man kan även kombinera övriga korrigerings tekniker beroende på i vilket tillstånd patienten är med sin epikondylit (5). Respondenterna använder även ofta fascia- samt mekanisk korrigerings med 4,5 samt fyra i medianvärde. Dessa tekniker används bl.a. vid mer kroniska tillstånd samt om man vill lägga på mer tryck över ett område (5).

Fotledsdistorsion:

Respondenterna upplever även att kinesiotape ger relativt bra resultat vid fotledsdistorsion då de svarade en fyra i medianvärde, vilket inte motsvarade resultatet i studierna (10, 19), där man inte fick någon ökad proprioception i fotleden hos friska personer, eller någon ökad stabilitet hos personer med fotledsinstabilitet. En av studierna var dock av relativt låg kvalitet (10) med fyra i PEDro score (se bilaga 1), dessutom utfördes den inte på personer med fotledsdistorsion. En svaghet som vi anser i studien av Briem et al. med hög PEDro score (se bilaga 1) var att de endast tejpade m. fibularis longus med en enda kinesiotape remsa från muskelns ursprung till fäste, vilket vi anser inte kan ge någon stor stabilitet i fotleden (19). Den appliceringsteknik som nästan alltid användes mot denna diagnos var mekanisk korrigerings med fem i medianvärde. Vanliga appliceringstekniker var muskeltekniken, ligament- sen korrigerings samt funktionell korrigerings alla med fyra i medianvärde. Den mekaniska korrigerings används troligen för att man vill öka på proprioceptionen i ankeln efter en distorsion samt att man tejpar med ligament korrigerings för att stötta de laterala ligamenten i fotleden som oftast skadas vid en distorsion (5, 27). Muskeltekniken används för

att stötta muskler och därmed förbättra rörligheten samt minska på smärtan vid fotledsdistorsioner. En appliceringsteknik som alltid används enligt Kase vid fotledsdistorsioner är lymfkorrigerig för att minska akut svullnad efter en distorsion (5), vilket inte många respondenter svarade. En av respondenterna svarade att denne använder kinesiotape med Mulligans tejpteknik, vilket är en teknik som bl.a. visat sig effektiv vid fotledsdistorsioner inom idrotten (28).

Övriga diagnoser:

Av de diagnoser som respondenterna själva lade till utöver de redan utvalda var axelinstabilitet och knäinstabilitet vanligast med ett högt medianvärde. Intressant att man även använder kinesiotapen till dessa typer av skador då kinesiotape är mer elastisk än andra typer av tejp. När man vill stabilisera en led skulle man kanske spontant tänka sig att en styvare tape skulle ge en bättre stabilitet än en med elastiska egenskaper. Enligt Kase så var detta ett av hans dilemman. Han ansåg att den tejp som då (början av 1970-talet) fanns tillgänglig hindrade rörligheten när han applicerade tejp vid en skadad led som han ville stabilisera. Detta var en av anledningarna till varför han kom på idén till kinesiotape. Det skulle vara intressant att se fler jämförelse mellan t.ex. Leukotejp P® och kinesiotape i hur rörligheten påverkas när man har stabiliseringstejpat en led. Till vår kännedom har detta endast undersökts i Briems et al. studie (19).

Den appliceringsteknik som används mest frekvent över lag var muskeltekniken.

Muskeltekniken är en slags standardteknik som antagligen är användbar vid flest diagnoser, vilket även kan ses i Kases appliceringsteknikbok (5).

Lymftekniken var den teknik som fick lägst värde. En av respondenterna ansåg i en öppen fråga att lymftekniken inte fick göra sig rättvisa utifrån valet av diagnoser. Lymftekniken används främst för att minska svullnad och vi tror att den kan vara användbar vid akuta fotledsdistorsioner med syftet att minska svullnaden.

7. Konklusion:

- Respondenterna upplevde att kinesiotape var en effektiv behandlingsmetod vid alla sex diagnoser som inkluderades i enkäten, framförallt vid subacromiella besvär och patellofemoralt smärtsyndrom. Axelinstabilitet samt muskelbesvär var de två vanligaste övriga tillstånd där respondenterna använder sig av kinesiotape.
- Av de appliceringstekniker som används för kinesiotape utmärkte sig muskeltekniken som fått höga värden vid alla utvalda diagnoser.
Användandet av övriga appliceringstekniker varierade beroende på syfte och diagnos.
- Respondenterna ansåg sig uppnå en god/mycket god effekt vid nio av de tio utvalda effekterna. Endast vid förebyggande syfte upplevdes effekten som dålig.
Effekterna av kinesiotape är fortfarande på ett hypotetiskt stadium och det krävs ytterligare studier för att kunna fastställa om kinesiotape är en effektiv behandlingsmetod.

8. Referenser:

1. Kinesio taping association international. [citerad 2011-10-05]; Tillgänglig från: <http://www.kinesiotaping.com/cta/>
2. Cortesi, M., Cattaneo, D., Jonsdottir, J. Effect of kinesio taping on standing balance in subjects with multiple sclerosis: a pilot study. *Neurorehabil.* 2011;28(4):365-72.
3. Simşek TT, Türkücüoğlu B, Cokal N, Ustünbaş G, Simşek IE. The effects of kinesio® taping on sitting posture, functional independence and gross motor function in children with cerebral palsy. *Disability and Rehabil.* 2011;33(21-22):2058-63.
4. Jaraczewska E, Long C. Kinesio® taping in stroke: improving functional use of the upper extremity in hemiplegia. *Top stroke Rehabil.* 2006;13(3):31–42.
5. Kase K, Wallis J, Kase T. *Clinical Therapeutic applications of the kinesio taping method.* Tokyo: Ken Ikai co. 2003.
6. Kase K. *Illustrated kinesio taping. Fourth edition.* Tokyo: Ken Ikai co. 2005.
7. Ma M. Run Like The Wind (Or Faster, If You Can). *Berkeley Scientific Journal.* 2009;13(1):21-24.
8. González-Iglesias J, Fernández-de-Las-Peñas C, Cleland JA, Huijbregts P, Del Rosario Gutiérrez-Vega M. Short-term effects of cervical kinesio taping on pain and cervical range of motion in patients with acute whiplash injury: a randomized clinical trial. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy.* 2009;39(7):515-21.
9. Thelen MD, Dauber JA, Stoneman PD. The clinical efficiency of kinesio tape for shoulder pain: a randomized, double-blinded, clinical trial. *Journal of Orthopedic and Sports Physical Therapy.* 2008;38(7):389-95.
10. Halseth T, McChesney JW, DeBeliso M, Vaughn R, Lien J. The effects of Kinesio taping on proprioception at the ankle. *Journal of sports science and medicine.* 2004;3:1-7.

11. PEDro scale(Physiotherapy evidence database scale). Hämtad från:
www.pedro.org.au/english/downloads/pedro-scale 2011-11-10
12. Hsu YH, Chen WY, Lin HC, Wang WT, Shih YF. The effects of taping on scapular kinematics and muscle performance in baseball players with shoulder impingement syndrome. *Journal of Electromyography and Kinesiology*. 2009;19:1092-99.
13. Chen PL, Hong WH, Lin CH, Chen WC. Biomechanics effects of kinesiotope for persons with patellofemoral pain syndrome during stair climbing. *Biomed*. 2008;21:395-97.
14. Chen WC, Hong WH, Huang TF, Hsu HC. Effects of kinesiotope on the timing and ratio of vastus medialis obliquus and vastus lateralis muscle for person with patellofemoral pain. *Journal of Biomechanics*. 2007;40(2):318.
15. Słupik A, Dwornik, M, Białoszewski D, Zych, E. Effect of kinesiotope on bioelectrical activity of vastus medialis muscle. Preliminary report. *Ortopoedia, Traumatologia, Rehabilitacja*. 2007;9(6):644–51.
16. Hwang-Bo G, Lee JH. Effects of kinesiotope in a physical therapist with acute low back pain due to patient handling: a case report. *International journal of occupational medicine and environmental health*. 2011;24(3):320-23.
17. Yoshida A, Kahanov L. The effect of kinesiotope on lower trunk range of motions. *Research in sports medicine*. 2007;15(2):103-12.
18. Schinder M, Rhea M, Bay C. The effect of kinesiotope on muscular strength of the forearm extensors on collegiate tennis athletes. *kinesiotope association international*. 2010.
19. Briem K, Eythörsdóttir H, Magnúsdóttir RG, Pálmarsson R, Rúnarsdóttir T, Sveinsson T. Effects of kinesiotope compared with nonelastic sports tape and the untaped ankle during a sudden inversion perturbation in male athletes. *J orthop sports phys ther*. 2011;41(5):328-35.

20. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. [citerad 2011-11-10]; Tillgänglig från: www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-var/Vad-innebar-evidensbaserad-var
21. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. [citerad 2011-12-19]; Tillgänglig från: www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-var/.
22. Sveriges riksdag, socialdepartementet. Patientssäkerhetslag Kap 6 § 1. [citerad 2011-10-26]; Tillgänglig från: www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2010:659
23. SCB – Statistiska centralbyrån. [citerad 2011-11-05]; Tillgänglig från: <http://www.scb.se/Pages/Standard80906.aspx>
24. Ejlertsson. Enkät i praktiken - En handbok i enkätmetodik (2:a upplagan). Studentlitteratur. Lund 2005.
25. Carter E, Lubinsky J, Domholdt, E. - Rehabilitation research. Principles and applications (4:e upplagan). USA: Elsevier Saunders. 2011.
26. Bahr R, Maehlum S, Bolic T, Rydevik K. Idrottsskador - förebygga, behandla & rehabilitera. SISU idrottsböcker 2004.
27. Chan KW, Ding BC, Mroczek KJ. Acute and Chronic Lateral Ankle Instability in the Athlete. Bull NYU Hosp Jt Dis. 2011;69(1):17-26.
28. Moiler K, Hall T, Robinson K. The role of fibular tape in the prevention of ankle injury in basketball: A pilot study. J orthop sports phys ther. 2006;36(9):661-68.

Bilaga 1:

Vetenskapliga artiklar:	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>Summa</i>
Thelen et al., (2008). (9)	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9
González-Iglesias et al., (2009). (8)	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	8
Briem et al., (2011). (19)	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	8
Slupik et al., (2007). (15)	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	5
Hsu et al., (2009). (12)	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	4
Halseth et al., (2004). (10)	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	4
Yoshida et al., (2007). (17)	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	4
Schinder et al., (2010). (18)	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	4
Chen PL et al., (2008). (13)	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	4
Chen WC et al., (2007). (14)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

Fråga 1 enligt PEDro scale är inte medräknad då den inte räknas till poängen, utan fråga 2-11 är medtagna i vår fig.

Bilaga 2:



Studentenkäter

Samuel Karlsson
Sjukgymnasters kliniska erfarenheter av kinesiotape

Klinisk erfarenhet:

Vilken utbildning har du?

Please select... ▼

Hur många år har du varit kliniskt aktiv?

1-5 6-10 11-15 16-20 21-25 26-30 31<

Mellan vilka år utbildade du dig i kinesiotape?

Please select... ▼

Diagnoser:

Vilka är de vanligaste diagnoser du använder kinesiotape mot?

- Subakromiella smärtsyndrom
- Lateral epikondylit
- Ländryggsbesvär
- Patellafemoralt smärtsyndrom
- Whiplash associated disorder
- Annan diagnos
- Använder inte KT (behöver ej svara på resterande frågor)
- Fotledsdistorsion

Om annan diagnos, vilken/vilka?

Hur upplever du att kinesiotape (KT) fungerar mot dessa diagnoser? Lägg ev. till andra diagnoser du upplever god effekt på.

	Mycket dåligt	Mycket bra	Vet ej
Subakromiella smärtsyndrom	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Lateral epikondylit	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Ländryggsbesvär	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Patellafemoralt smärtsyndrom	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Whiplash associated disorder	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Fotledsdistorsion	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>

Annan diagnos: (Gradera 1-6, max 3st)

Vilka appliceringstekniker av KT använder du dig av vid Subacromiella smärtsyndrom

	Aldrig	Alltid	Aldrig testat
Muskel teknik enligt Dr Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Mekanisk korrigerig enligt Dr Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Fascia korrigerig enligt Dr Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Lyft korrigerig enligt Dr Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Ligament- och senkorrigerig enligt Dr Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Funktionell korrigerig enligt Dr Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Lymf korrigerig enligt Dr Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Annan teknik, vilken/vilka? Gradera 1-6	<input type="text"/>		

Vilka appliceringstekniker av KT använder du dig av vid lateral epikondylit?

	Aldrig	Alltid	Aldrig testat
Muskelteknik enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Mekanisk korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Fascia korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Lyft korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Ligament- och senkorrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Funktionell korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Lymf korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Annan teknik, vilken/vilka? Gradera 1-6	<input type="text"/>		

Vilka appliceringstekniker av KT använder du dig av vid whiplash associated disorder?

	Aldrig	Alltid	Aldrig testat
Muskelteknik enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Mekanisk korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Fascia korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Lyft korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Ligament- och senkorrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Funktionell korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Lymf korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Annan teknik, vilken/vilka? Gradera 1-6	<input type="text"/>		

Vilka appliceringstekniker av KT använder du dig av vid ländryggsmärta?

	Aldrig	Alltid	Aldrig testat
Muskelteknik enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Mekanisk korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Fascia korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Lyft korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Ligament- och senkorrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Funktionell korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Lymf korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Annan teknik, vilken? Gradera 1-6			
<input type="text"/>			

Vilka appliceringstekniker av KT använder du dig av vid patellafemoralt smärtsyndrom?

	Aldrig	Alltid	Aldrig testat
Muskelteknik enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Mekanisk korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Fascia korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Lyft korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Ligament- och senkorrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Funktionell korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Lymf korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Annan teknik, vilken? Gradera 1-6			
<input type="text"/>			

Vilka appliceringstekniker av KT använder du dig av vid fotledsdistorsion?

	Aldrig	Alltid	Aldrig testat
Muskelteknik enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Mekanisk korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Fascia korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Lyft korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Ligament- och senkorrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Funktionell korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Lymf korrigerig enligt Dr. Kase	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Annan teknik, vilken? Gradera 1-6			
<input type="text"/>			

Vilka effekter anser du kunna uppnå med hjälp av kinesiotape?

	Ingen effekt	Stor effekt	Vet ej
Kortvarig smärtreducering	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Långvarig smärtreducering	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Förbättrad hållning	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Avlastning	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Förbättrad cirkulation	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Förebyggande syfte	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Förbättrad funktion	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Minskad svullnad	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Förbättra rörlighet	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Stimuli av muskulatur	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/>

Övriga kommentarer?

Close Window

Bilaga 3:

Sekretessavtal

Vi försäkrar härmed att vi inte under några omständigheter kommer att sprida mailadresserna som vi får skickade till oss av dig. Vi kommer även att radera mailet med adresserna så snart som vi har skickat iväg enkäten. Deltagandet kommer att vara anonymt. Vi kommer inte kunna se vem som har svarat vad och vem som inte har svarat.

Med vänliga hälsningar

Peter Vikström

Samuel Karlsson

Datum och ort:

Bilaga 4:

Informationsbrev



Bäste sjukgymnast!

Syftet med denna enkät är att få en bild av det kliniska användandet av kinesiotape hos sjukgymnaster i Sverige. Vi vill ta reda på vilka tejptechniker och mot vilka diagnoser man använder sig av kinesiotape samt vilka effekter man anser sig få ut av tejen.

Som metod i denna studie har vi valt att genomföra en enkätstudie där du som sjukgymnast i Sverige är responderad.

Enkäten är elektronisk och för att komma fram till den klickar du på länken i mailet. Vi beräknar att det kommer att ta 5-10 minuter att besvara alla frågor. När du svarat på enkäten kommer den att sparas på en dataserver fram tills dess att arbetet är färdigställt och publicerat. Därefter kommer all data att förstöras. Det publicerade arbetet kommer du att kunna hitta på <http://epubl.ltu.se/sok.shtml> där du kan söka på författarnas namn för att enkelt hitta arbetet. En påminnelse kommer automatisk att skickas till din e-post om du inte svarat på enkäten.

Ditt deltagande i studien är frivilligt och kommer att vara konfidentiellt, vidare kommer det inte att kunna gå att utläsa i rapporten vilka sjukgymnaster som deltagit i studien eller vem som har svarat vad. Endast författarna kommer att ha tillgång till deltagarnas e-postadress. Om du väljer att inte delta i studien kan du göra detta genom att inte fylla i enkäten samt att ignorera den påminnelse som automatiskt skickas ut till de som inte har svarat. När svarstiden för enkäten gått ut kommer vi att radera dina kontaktuppgifter. Genom att svara på enkäten accepterar du ditt deltagande i studien och ger oss rätt att inkludera dina svar i resultatet.

Vid frågor angående studien eller enkäten är ni välkomna att ta kontakt med någon av författarna eller handledaren för denna C-uppsats.

Med Vänliga Hälsningar

Författare:

Peter Vikström, Sjukgymnaststuderande
petwik-9@student.ltu.se

070-3010280

Samuel Karlsson, Sjukgymnaststuderande
samkar-5@student.ltu.se

073-8491118

Handledare:

Inger Jacobsson, Universitetslektor
inger.jacobsson@ltu.se

0920-493850