

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ  
I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2010:20

”Hjälp, jag läcker”  
Kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens

Katharina Blomqvist  
Ulrika Hakala



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

## ***Reflektion kring lidandet***

*Konstens källor är kärleken, livet och lidandet.  
Konsten springer fram ur människoanden och  
blandas med kroppens och själens nyanser till  
ett verk som avspeglar människans innersta  
väsen och hennes aktuella gestaltning av sin  
tillvaro.*

*Jag vill skapa en symfoni i dur och moll med  
glädje, liv, lidande, sorg och smärta. Dess  
Namn skall vara Lidande.*

*Jag vill forma ett konstverk av himmelens  
gnistrande stjärnor och havets koraller.  
Dess namn skall vara Kärlek.*

*Jag vill måla en tavla som rymmer hela  
Världens godhet och skönhet. Dess namn  
Skall vara Medlidande.*

*Tala till mej och lidande, om Ditt lidande.  
Tala så att det framstår i all dess särskildhet  
med alla dess nyanser och ingredienser.  
Jag vill försöka förstå och inom mig forma  
en gestalt av Ditt lidande genom mitt medlidande.*

(Eriksson, K. 1994)

Uppsatsens titel: "Hjälp jag läcker" Kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens.  
Författare: Katharina Blomqvist  
Ulrika Hakala  
Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad  
Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng  
Kurs: SSK 01 A  
Handledare: Lise-Lott Berg  
Examinator: Margareta Mollberg

## Sammanfattning

Urininkontinens är ett av våra största folkhälsoproblem som påverkar människors dagliga liv på ett negativt sätt. Det förekommer i alla åldrar och kvinnor drabbas i högre grad än män och uppskattningsvis lider 10 procent av landets kvinnor av urininkontinens. En djupare förståelse för hur kvinnor upplever sin situation är av stor vikt för att kunna bemöta dem på ett professionellt sätt som sjuksköterska. Denna studie syftar till att beskriva kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens. Studien har utförts som en litteraturstudie där nio kvalitativa artiklar har analyserats och sammanställts enligt Evans (2002) analysmodell. Analysen resulterade i tre teman: *Att leva med en förändrad självbild*, *Att känna begränsning i sitt sociala och aktiva liv samt Att erfara möten med vården*, med underliggande subteman. Resultatet visar att urininkontinens har en negativ inverkan på kvinnors livskvalitet. Att leva med en okontrollerad kropp leder till skamkänslor då kvinnan upplever urininkontinens som ett tabubelagt tillstånd. Kvinnor använder olika typer av strategier för att dölja sitt problem i ett försök att uppnå kontroll av urininkontinensens oförutsägbarhet. I vår diskussion har vi uppmärksammat att många kvinnor har svårt att söka professionell hjälp och på grund av skam och rädsla och väljer att låta urininkontinensen förbli ett dolt problem.

Nyckelord: *urininkontinens, levd erfarenhet, kvinnor, livskvalitet*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Definition</b>	<b>1</b>
<b>Klassifikation</b>	<b>1</b>
<b>Urininkontinens hos kvinnor</b>	<b>2</b>
Stress- /Ansträngningsinkontinens	2
Trängningsinkontinens	2
Blandinkontinens	3
Överrinnings- eller överflödesinkontinens	3
Läkemedelsutlösande inkontinens	3
<b>Utredning av urininkontinens</b>	<b>3</b>
<b>Behandlingsalternativ</b>	<b>4</b>
<b>Sjuksköterskans roll</b>	<b>4</b>
<b>Subjektiv kropp, livsvärld, hälsa och lidande</b>	<b>5</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>7</b>
<b>SYFTE</b>	<b>7</b>
<b>METOD</b>	<b>7</b>
<b>Datainsamling</b>	<b>7</b>
<b>Sammanfattning av databassökning</b>	<b>8</b>
<b>Dataanalys</b>	<b>9</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>10</b>
<b>Att leva med en förändrad självbild</b>	<b>10</b>
Att leva med en okontrollerad kropp	10
En känsla av skam	11
En önskan om normalitet leder till strategier	12
<b>Att känna begränsning i sitt sociala och aktiva liv</b>	<b>13</b>
Att dölja sitt problem	13
Urininkontinens som tabu och bristen på förståelse	13
Upplevelsen av en hämmad sexualitet	14
<b>Att erfara möten med vården</b>	<b>15</b>
Att söka hjälp – en känsla av sårbarhet	15
En önskan om att vården aktivt frågar om urininkontinens	15
<b>DISKUSSION</b>	<b>16</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>16</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>17</b>
Konklusion	20
Förslag till vidare forskning	20
<b>Praktiska implikationer</b>	<b>20</b>

<b>REFERENSER</b>	<b>21</b>
<b>Bilaga 1:</b>	<b>24</b>
<b>Bilaga 2</b>	<b>26</b>

## **INLEDNING**

Urininkontinens är ett utbrett folkhälsoproblem som berör cirka en halv miljon svenskar och uppskattningsvis lider 10 procent av landets kvinnor av urininkontinens. Studier tyder på att bara hälften av dessa människor söker hjälp för sina problem trots att urinläckaget stör deras vardagsliv i stor omfattning. En betydande anledning till att så få söker vård har sin grund i att problemet anses generande och tabubelagt. Urininkontinens kan bli ett hinder för människan att leva ett normalt liv och livskvaliten kan påverkas på ett negativt sätt (Statens beredning för medicinsk utvärdering –SBU, 2000).

Under sjuksköterskeutbildningen och under vårt tidigare yrkesverksamma liv har vi uppmärksammat att många kvinnor lider av urininkontinens i tysthet. Utifrån vår gemensamma upplevelse får urininkontinens för lite uppmärksamhet utifrån problemets prevalens i vården. Som sjuksköterskor kommer vi i vår yrkesprofession att möta detta problem oavsett var vi arbetar. En viktig del av detta arbete är att öka insikten om betydelsen av sjuksköterskans bemötande av patienter med urininkontinens samt belysa vikten av att anpassa vården utifrån enskild patient. Denna studie avser att beskriva vuxna kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens.

## **BAKGRUND**

Bakgrunden innefattar definition och klassifikation av urininkontinens. Därefter följer en beskrivning av urininkontinensens olika former, utredning av urininkontinens samt behandlingsalternativ. Därpå beskrivs sjuksköterskans roll och slutligen kommer de vårdvetenskapliga begreppen subjektiv kropp, livsvärld, hälsa och lidande att belysas.

### **Definition**

International Continence Society, ICS (1998) definierar urininkontinens som ofrivillig urinavgång som medför hygieniska och sociala problem som kan konstateras objektivt. Enligt Almås och Gjerland (2002) innebär urininkontinens att kvinnan delvis eller helt förlorar kontrollen över blåstömningen. Enligt SBU (2000) klassificeras inte urininkontinens som sjukdom och registreras där med sällan i sjukvårdsstatistik trots att det innebär ansevärd kostnader för samhället. Oavsett om definitionen av urininkontinens skiljer sig åt orsakar den förlust av kontroll av den egna kroppen vilket enligt Wiklund (2003) kan resultera i ett lidande för människan. Detta innebär att lidandet blir en inre process som beskrivs som hot, kränkning eller förlust av människan själv.

### **Klassifikation**

Urinproduktionen och transporten till urinblåsan är autonoma processer medan tömningen av blåsan sker viljestyrt. Perifera nerver styr detta samspel mellan lagring av urin och tömning av urinblåsan. När blåsan fylls aktiveras spinala reflexbanor och underlättar för lagring av urin. Parasympatiska kärnor från segmenten S2 till S4 styr innervationen mellan urinblåsan, bäckenbotten och urinrörssfinktern och svarar för sammandragning av blåsan. Känslan av fylld blåsa leds via långa nervbanor till

synapser i pons där blåsans motoriska nervceller kontrolleras. I corpus callosum och i frontalloben finns centra som kan hämma eller underlätta kontraktioner i blåsväggen och ge stimulering av de parasympatiska motoriska nerverna som ger en aktivering av detrusormuskulaturen som resulterar i blåstömning samtidigt utlöses sympatikusreflexer som är inhiberande (Rundgren & Dehlin, 2004).

## **Urininkontinens hos kvinnor**

De bakomliggande orsakerna till kvinnors inkontinens varierar och kan påvisas i bäckenbotten, urinröret och blåshalsen men även i nervsystemets styrning och kontroll av blåsans tömning. Ofta rör det sig av en kombination av orsakerna. Urininkontinens kan också delas in i tillfällig och kronisk där den tillfälliga urininkontinensen är av akut karaktär och orsakas oftast av akut sjukdom där behandling av sjukdomen medför att inkontinensen försvinner, såsom vid exempelvis konfusion och stroke. Den kroniska urininkontinensen har ofta samband med kroniska sjukdomstillstånd och många gånger är tillståndet komplex med flera bidragande orsaker (Rundgren & Dehlin, 2004). Urininkontinens medför sällan några större medicinska problem men vissa kvinnor kan utveckla hudbesvär och sårbildning (Almås & Gjerland, 2002). Enligt Wiklund (2003) kan medicinska problem beskrivas som hälsohinder som hämmar människans upplevelse av värdighet och därmed hennes upplevelse av hälsa. En förändring av kroppen kan även leda till att människan upplever sig själv på ett nytt sätt som också kan leda till att andra börjar behandla människan annorlunda. Det är genom kroppen människan förhåller sig till världen och av den orsaken blir kroppen viktig för människans identitet. En förändrad kropp kan komma att leda till att människan känner skam vilket är en konsekvens av en kränkt värdighet. Skamkänslorna kan ställa människan inför ett vägskäl där människan antingen undflyr skammen för att få lindring eller reflekterar över orsaken till skammen och går vidare på ett konstruktivt sätt (a.a).

## **Stress- /Ansträngningsinkontinens**

Vid stress-/ansträngningsinkontinens uppträder urinläckage vid ökat buktryck exempelvis vid hosta, hopp, tunga lyft och jogging (Peeker & Samuelsson 2005). Ansträngningen leder till att trycket i urinblåsan blir högre än trycket i urinröret vilket resulterar till att små mängder urin läcker ut. Denna typ av inkontinens är den vanligaste inkontinensformen hos yngre och medelålders kvinnor. Den orsakas vanligen av svaghet i de ligament och muskler som vid tryckökning skall hålla kvar urinröret i normalt anatomiskt läge (Almås & Gjerland, 2002). En svag bäckenbotten kan uppträda i samband med viktökning och efter graviditet. Stress-/ansträngningsinkontinens kan också orsakas av slemhinneatrofi på grund av östrogenbrist vilket ger en sämre slutning av urinröret (Holmdahl, 2002).

## **Trängningsinkontinens**

Vid trängningsinkontinens känner kvinnan plötsligt ett starkt behov av att tömma blåsan. Trängningen är svår att undertrycka och kvinnan hinner i många fall inte till toaletten i tid. Urinläckaget är ofta större än vid stress-/ ansträngningsinkontinens och nattliga läckage är vanliga (Almås & Gjerland, 2002). Trängningsinkontinens kan bero på retning i eller nära urinblåsa eller urinrör såsom exempelvis urinvägsinfektion,

ofrivilliga blåsmuskel-sammandragningar utan känd orsak eller på neurologiska skador. Sköra slemhinnor postmenopausal kan medföra irritation och sveda från urinröret. Trängningarna är ofta kombinerade med upplevelsen av fylld blåsa men urinvolymer i blåsan är liten. Då neurologiska skador orsakar trängningsinkontinens föreligger en bristande kontroll av miktionscentrum i pons. Denna typ av inkontinens är vanlig hos äldre kvinnor med skador på hjärnbarken, vilket normalt har en hämmande effekt på miktionsreflexen. Skador på hjärnbarken kan orsakas av demens, stroke eller som en del i neurologiska sjukdomar som exempelvis Multipel Sclerosis. Det typiska är att kvinnan upplever en mycket sen eller totalt förlorad blåsfyllnads- och trängningskänsla före urinläckaget (Peeker & Samuelsson, 2005).

### **Blandinkontinens**

Blandinkontinens är en blandning av stress-/ansträngningsinkontinens och trängningsinkontinens (Almås & Gjerland, 2002). Blandinkontinens karakteriseras av urinläckage både vid ansträngning och efter urinträngning (SBU, 2000).

### **Överrinnings- eller överflödesinkontinens**

Överrinnings- eller överflödesinkontinens uppstår när blåsan är höggradigt utspänd av urin och slutningsmuskulaturen inte längre förmår hålla emot. Överrinningsinkontinens är vanligast hos män men kan förekomma hos kvinnor vid t.ex. olika former av framfall (SBU, 2000). En svag blåsmuskulatur kan bero på diabetes, bäckenkirurgi eller sjukdom i nervsystemet som exempelvis ryggmärgsbråck eller MS (Hult, 2003). En ofullständig tömning av urinblåsan kan medföra besvär som infektioner och i värsta fall permanent njurskada på grund av stockning i de övre urinvägarna eller på grund av att urinvägsinfektionen sprider sig till njurarna (Almås & Gjerland, 2002).

### **Läkemedelsutlösande inkontinens**

Läkemedel framkallar ofta urininkontinens hos äldre, exempelvis kan en intensiv diuretikabehandling vara en utlösande faktor när andra samtidiga riskfaktorer finns (Holmdahl, 2002). Sedativa läkemedel och hypnotika som kan ge konfusion ökar också risken för inkontinens. Läkemedel med så kallad antikolinerg effekt, såsom psykofarmaka och antidepressiva läkemedel ökar risken för urinretention och överrinningsinkontinens. Substanser som stimulerar urinrörets alfaadrenerga receptorer kan bidra till överrinningsinkontinens, exempelvis adrenerga avsvällande medel som fenylpropanolamin och hostmediciner innehållande efedrin (Peeker & Samuelsson, 2005).

### **Utredning av urininkontinens**

I primärvården sker ofta den grundläggande utredningen och behandlingen av distriktssköterska, barnmorska, sjukgymnast eller uroterapeut. I den basala utredningen är anamnesen av stor betydelse och den bör innehålla kvinnans upplevelse av hur besvärande urinläckaget är både privat och socialt, samt en kartläggning av läckagen. Frågor som bör besvaras är: har kvinnan ofrivilligt urinläckage i samband med ansträngning eller trängning, förekommer nattliga läckage eller blåstömningssvårigheter, finns symtom som talar för att en neurologisk skada eller



sjukdom, känner kvinnan blåsfyllnad, är avföringsfunktionen och den sexuella funktionen normal eller finns några kognitiva störningar? Mediciner som kan påverka urinfunktionen ska också tas i beaktning under utredningen (Peeker & Samuelsson, 2005). Enligt Rundgren och Dehlin (2004) bör utredningen också bestå av urinscreening, för att utesluta hematuri, och urinodling då symtomen vid detrusoröveraktivitet och urinvägsinfektion kan likna varandra. Ytterligare utredning som omfattar bedömning av ADL-funktion samt gynekologundersökning görs om diagnosen är oklar (Rundgren & Dehlin, 2004). Utredningen måste alltid individanpassas och etiska avgöranden är viktiga i beslutet om omfattning och inriktning av behandlingen (Peeker & Samuelsson, 2005).

## **Behandlingsalternativ**

Inom primärvården finns behandlingsprogram där information om basal anatomi och vattenkastningsfysiologi är en grundläggande del. Att kvinnan har förmåga att vara avslappnad och inte pressa ut urinen är en central del i behandlingen tillsammans med miktionslistan där vätskeintag och miktions blir överskådligt. Andra behandlingsmetoder är bäckenbottenträning där kvinnan praktiserar knipövningar och där vaginala koner eller kulor kan vara behjälpliga för att finna de rätta musklerna. Blåsträning används i första hand till kvinnor med trängningsinkontinens och det innebär att kvinnan försöker hålla emot trängningarna och successivt öka intervallet mellan blåstömningarna. Vid måttlig till svår ansträngningsinkontinens kan läkemedelsbehandling prövas. Dock har studier visat höga placeboeffekter vilket talar för att läkemedelsbehandling bör kombineras med fysikalisk behandling som exempelvis bäckenbottenträning och blåsträning. Vaginal eller anal elektrostimulering kan prövas vid både trängnings- och ansträngningsinkontinens, detta kräver en god patientmedverkan då behandlingen ofta pågår i sex till tolv månader. Behandling genom operation används också vid inkontinens (Peeker & Samuelsson, 2005). Enligt Gil, Sommerville, Cichowski och Savitski (2009) är hälsorelaterad livskvalitet den främsta anledningen till att kvinnor söker kirurgisk behandling för sin urininkontinens. Den hälsorelaterade livskvaliteten är traditionellt ett begrepp som används för att bedöma människans totala känsla av välbefinnande och hur den förhåller sig till sjukdom och sjukdomsbehandling. Symtomens svårighetsgrad är av betydelse för kvinnans upplevelse av försämrad hälsorelaterad livskvalitet och som karaktäriseras av lidande i form framförallt ångest och oro (a.a.). I lidandets kamp kretsar det mellan skam och värdighet och det ligger i kvinnans rätt att bli bekräftad, känna frihet och förmåga att forma sitt eget liv vilket hon kan få möjlighet att göra med rätt behandling (Eriksson, 1994). Hjälpmedel är ett viktigt komplement till kurativ behandling och är den vanligaste åtgärden vid urininkontinens. Av de hjälpmedel som finns är absorberande produkter den mest förekommande behandlingsåtgärden. Övriga hjälpmedel är bland annat kvarliggande kateter, externa uppsamlingsystem, suprapubisk kateter och ren intermitterent katetrisering (SBU, 2000).

## **Sjuksköterskans roll**

Att kunna få hjälp är av stor betydelse för livskvaliten och sjuksköterskan blir ofta nyckelperson i detta tvärdisciplinära arbete och måste därför ha goda kunskaper om urininkontinens (Almås & Gjerland 2002). ICN:s (2000) etiska kod är en vägledning i att handla i överensstämmelse med sociala värderingar och behov. Koden sammanfattar

sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden som är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Riktlinjerna styr sjuksköterskans etiska handlande till allmänheten, yrkesutövningen, professionen och medarbetare. Den etiska koden beskriver också att sjuksköterskan ska vårda utifrån respekt för de mänskliga rättigheterna och rätten till liv, till värdighet och till att behandla andra med respekt. Sjuksköterskan bör bli medveten om sina egna värderingar, attityder och övertygelser om ett så tabubelagt och stigmatiserat ämne som urininkontinens. När sjuksköterskan öppet kan diskutera urininkontinensfrågor och ge patientutbildning kommer den offentliga medvetenheten att öka och kvinnor kan lättare komma att avslöja sina problem (Zeznock, Gilje & Bradway, 2009). I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska står att sjuksköterskan ska ha förmåga att kommunicera med patienten på ett respektfull, lyhört och empatiskt sätt och att i dialog med patienten ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling. Sjuksköterskan ska också ha förmåga att uppmärksamma patienter som inte själva uttrycker informationsbehov (Socialstyrelsen, 2005).

Sjuksköterskan bör i vårdprocessen integrera teori och praktik och därmed ett evidensbaserat vårdande som inte kommer med automatik utan kräver kunskap och medvetenhet (Eriksson, 1986). I omvårdnadssituationen räcker det inte att ha kunskap om evidensen, utan denna kunskap ska vägas samman med andra typer av kunskap såsom beprövad erfarenhet, patientens önskemål och de tillgängliga resurserna. Sjuksköterskan bör arbeta utifrån att varje omvårdnadssituation är individualiserad och efter samråd med patienten välja den åtgärd som med störst sannolikhet gör mest nytta och minst skada (Svensk sjuksköterskeförening, 2009). Det finns ingen säker forskning på att urininkontinens går att förebygga utöver den forskning som finns om knipövningar i samband med graviditet och förlossning som tyder på det. Genom att tidigt träna upp förmågan att ”knipa” kan risken för ansträngningsinkontinens minska. Bäckbottenträning under och efter graviditeten kan minska risken för urininkontinens. För att få fram vilken träning som bäst förebygger olika typer av urininkontinens bör större studier under flera år göras (Leander, 2001).

Enligt rekommendation skall utvärdering och behandling av urininkontinens ingå i utbildningen för sjuksköterskestudenter för att de ska vara bättre rustade att ta hand om det ökande antalet personer som lever med urininkontinens (Zeznock, et al. 2009).

## **Subjektiv kropp, livsvärld, hälsa och lidande**

Med den vårdvetenskapliga kunskapen som bas kan sjuksköterskan utveckla sin profession och utarbeta metoder och riktlinjer för hur omvårdnaden bör bedrivas (Wiklund, 2003).

För att få en djupare förståelse för kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens behöver ett vårdvetenskapligt perspektiv beaktas. Inom vårdvetenskapen finns många begrepp som kan relateras till upplevelsen av att leva med urininkontinens. Vi har i detta arbete valt att fördjupa begreppen kring subjektiv kropp, livsvärld, hälsa och lidande.

Merleau-Ponty (1997) har haft en stor betydelse för vårdvetenskapens sätt att förstå människans kroppsliga perspektiv. Han menar att kroppen är det medel vars hjälp människan förhåller sig till omvärlden. Alla människor har ett unikt förhållande till sin kropp och för Merleau-Ponty är kroppen ett subjekt. Det är genom den levda kroppen som människan får tillgång till världen och där kroppen blir säte för människans upplevelser och identitet. Genom våra sinnen skapar vi en bild av oss själva och den värld vi lever i. Det innebär också att när kroppen förändras, exempelvis till följd av skada eller sjukdom, förändras människans upplevelse av sig själv och hennes tillgång till världen. Livsvärlden är därför varken omvärlden eller vår subjektiva föreställning om den utan världen som vi lever den. Det vi möter i världen av människor, ting och företeelser erfars på ett speciellt och unikt sätt av varje människa i livsvärlden (a.a.). En av sjuksköterskans främsta roll är att vara nära patienten och ta del av dennes livsvärld genom att observera och lyssna. Det innebär också att värna om patientens värdighet och rätt att vara människa genom att sjuksköterskan respekterar patientens sätt att gestalta sitt liv. Att respektera patientens sätt att forma sitt liv är ett sätt att respektera människan (Wiklund, 2003).

Människobilden är avgörande för hur hälsa och ohälsa tolkas (Wiklund, 2003). Enligt Eriksson (1986) ställs människans hälsa och lidande i fokus snarare än sjukdom, där hälsa beskrivs med utgångspunkt i dess väsen och inte som motsats till sjukdom och kan skildras som en upplevelse av sundhet, friskhet och välbefinnande. Sundhetsbegreppet innebär att människan är orienterad i tid och rum och förmår handla på ett hälsosamt sätt. Frånvaro av sjukdom innefattas av begreppet friskhet och välbefinnande utgår från personens livsvärld och uttrycker en känsla hos människan, den inre upplevelsen som är unik och personlig. Utifrån det vårdvetenskapliga perspektivet ska sjuksköterskan kartlägga hur patienten upplever och uttrycker hälsa och lidande. Syftet med vård är att lindra lidande, att hjälpa och ge det stöd som behövs för att uppleva hälsa där hälsa ses som en del av människans liv och är därför beroende av människans förhållande till världen. Lidandet är en konsekvens av människans upplevelse av förlust av helhet och kontroll och där smärtan blir ett lidande först då den hindrar människan från att leva på ett sätt hon önskar. Det innebär också att de mål människan har med livet kan upplevas förlorade (Wiklund, 2003). Lidandet beskrivs som den mest centrala upplevelsen i människans värld och har sitt ursprung i olika delar av människans verklighet. Lidandet föder en känsla av hopplöshet och behöver hopp för att kunna lindras. Interaktionen mellan givande och tagande är bundet till hoppet och genom att hjälpa eller att bli hjälpt kan lidandet övervinnas (Eriksson, 1994).

Beroende på lidandets källa kan man tala om sjukdoms-, vård- och livslidande. Sjukdomslidandet kan beskrivas som de fysiska symtom som hör samman med sjukdomen och de konsekvenser dessa för med sig i form av upplevelsen av att vara begränsad. Vårdlidandet är det lidande som människan upplever som en följd av behandling och vård, eller brister eller otillräckligheter hos dessa. Denna typ av lidande har vårdaren stora möjligheter att lindra eller eliminera. Människor tillskrivs av olika anledningar olika värden och människor uppfattar sitt eget värde olika. Att som patient uppleva att man har ett egenvärde är av grundläggande betydelse för hälsoprocesserna. Alla former av kränkning av patientens värdighet innebär ett lidande och det är sjuksköterskans uppgift att förhindra kränkning och ge patienten möjlighet att uppleva sin fulla värdighet (Eriksson, 1994). Livslidandet berör hela människans liv och

hållning till sig själv och sin verklighet. Detta lidande är mer eller mindre påtagligt i människans liv men den aktualiseras ofta då människan blir sjuk. Människan kan uppleva lidande och tolka andra upplevelser med utgångspunkt i det perspektiv livslidandet ger. Att det är möjligt att finna mening i lidandet innebär inte att det ska förhållas eller förnekas. Lidandet finns och för att kunna lindra lidandet måste sjuksköterskan erkänna och bekräfta dess existens och vara öppen för de unika uttryck det tar sig hos varje människa (Wiklund, 2003).

## **PROBLEMFORMULERING**

Urininkontinens är ett av våra största folkhälsoproblem. Det förekommer i alla åldrar och kvinnor drabbas i högre grad än män. Drygt 40 % av kvinnor som söker allmänläkare har urininkontinens. Urininkontinens kan påverka människors dagliga liv mycket negativt och leda till bland annat nedsatt fysisk arbetsförmåga. Trots detta har urininkontinens fått en förhållandevis liten uppmärksamhet som problem inom sjukvården och är sällan registrerat i sjukvårdsstatistiken. I Sverige beräknas den totala kostnaden för urininkontinens till mellan 3 till 4 miljarder kronor per år där äldreomsorgens kostnader för hjälpmedel utgör de största posterna (SBU, 2000). Riktlinjer för inkontinensbehandling finns och är ett viktigt hjälpmedel i behandlingen av kvinnor med urininkontinens men en djupare förståelse för hur dessa kvinnor upplever sin situation och hur deras dagliga liv påverkas är av stor vikt för att kunna bemöta dem på ett professionellt sätt som sjuksköterska. Enligt Wiklund (2003) är det viktigt att kvinnans upplevelse och erfarenhet tas tillvara så att det inte blir sjuksköterskans uppfattning som dominerar.

Denna kunskap är väsentlig ur såväl humanitär som ekonomisk synvinkel och ger sjuksköterskan ytterligare redskap för att skapa strategier för drabbade kvinnor att kunna uppnå ett ökat välbefinnande.

## **SYFTE**

Studien syftar till att beskriva kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens.

## **METOD**

Denna litteraturstudie bygger på nio kvalitativa artiklar som analyserats för att förnya och utveckla kunskapen kring kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens. Den kvalitativa studien syftar till att fördjupa förståelsen för upplevelser, erfarenheter, förväntningar eller behov (Friberg, 2006).

## **Datainsamling**

För att skapa en helhetsbild kring kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens söktes information i databaserna Chinal, Pubmed, Medline samt Scopus. Sökorden som användes var: *urinary incontinence, quality of life, woman, lived experience, life quality, qualitative study och female*. Dessa sökord söktes var och en för sig till att börja med, sedan kombinerades *urinary incontinence* med de övriga sökorden enligt Boolesk sökteknik (Friberg, 2006). För att avgränsa sökningarna användes MeSH-

terms/ämnesordlistor för att sökningarna bättre skulle besvara vårt syfte. Ett tjugotal kvalitativa artiklar hittades och lästes igenom varav nio valdes ut som underlag till vår studie. Dessa nio artiklar uppfyllde inklusionskriterierna samt svarade till vårt syfte.

Inklusionskriterierna innebar att artiklarna var:

- publicerade på engelska
- vetenskapligt granskade
- intervjuerna innefattade vuxna kvinnor
- artiklarna ej äldre än elva år
- av hög eller medelhög vetenskaplig kvalitet

Ett granskningsprotokoll för kvalitativa studier användes för att bedöma artiklarnas vetenskapliga kvalitet enligt C.Wallengren (personlig kommunikation, 2010-01-26).

I exklusionskriterierna ingick:

- undersökningar gjorda på bara män
- kvinnor yngre än arton år
- låg vetenskaplig kvalitet

Några av de använda artiklarna förekom i samtliga databaser, och andra artiklar återfanns i vissa av databaserna (se tabell 1).

## Sammanfattning av databassökning

Tabell 1.

Databas	Sökord	Antal Träffar	Lästa Abstrakter	Lästa Artiklar	Använda artiklar
PubMed	Lived experience, Urinary incontinence, Life quality, Woman	3	3	0	0
	Urinary incontinence, Lived experience,	10	6	4	4
	Urinary incontinence , Women, Quality of life, Qualitative study	10	2	1	1 (dubblätt)
	Urinary incontinence , Women, Quality of life, Lived experience	5	0	0	0
MedLine	Urinary incontinence, Quality of life, Women, Lived experience	5	5	3	3
	Urinary incontinence, Women, Lived experience	8	6	4	4 (varav 3 dubbletter)

Cinahl	Urinary incontinence, Quality of life, Experience, Female	13	13	4	4 (varav 2 dubblett)
	Urinary incontinence , Women, Quality of life, Lived experience	2	2	2	2
	Urinary incontinence, Women, Qualitative study	29	10	3	3 (varav 1 dubblett)
Scopus	Urinary incontinence, women, Lived experience	8	6	4	4
	Quality of life, urinary incontinence, women, Qualitative study	28	9	5	3 (varav 1 dubblett)

## Dataanalys

Analysen av artiklarna gjordes enligt Evans (2002) analysmodell. Efter att litteratur valts ut och kvalitetsgranskats enligt C.Wallengrens (personlig kommunikation, 2010-01-29) modell lästes artiklarna igenom ett flertal gånger av båda författarna för att skapa en helhetsbild. Artiklarna analyserades därefter var och en för sig för att skapa en förståelse av artiklarnas innehåll och för att identifiera nyckelfynd såsom skam, tabu och hämmad sexualitet. Nyckelfynd som svarade an mot vårt syfte sorterades ut och sammanställdes. Likheter och skillnader identifierades i nyckelfynden och en djupgående reflektion av likheterna gjordes. Författarna förde därefter nyckelfynden samman till teman och subteman. Delar av textmaterialet från artiklarna klipptes ut och lades i olika högar som representerade de olika teman. Därefter delades urklippen upp utefter innehåll så att de innehållsmässigt skulle passa in i de olika subteman. Materialet skrevs ner till en ny sammanfattande text. Artiklarna lästes därefter på nytt igenom av båda författarna för att granska analysen trovärdighet mot originalartiklarna och resultatet styrktes därefter med citat från artiklarna. Då texterna som analyserats varit uppbyggda på olika sätt utifrån studiernas specifika utgångspunkt har vi försökt analysera dem på ett öppet och reflekterande sätt. Enligt Dahlberg (1997) kännetecknas öppenheten av en respekt, följsamhet och ödmjukhet inför den företeelse som studerats. Enligt Evans (2002) är det viktigt att inneha förmåga att sammanställa resultat från flera tolkande studier. Denna process innebär att recensenten systematiskt kan undersöka, jämföra och se olika företeelser av de fenomen som undersökts. Den nya helhet som framkommit är skapad av de nyckelfynd vi fann i de analyserade artiklarna och har blivit det sammanfogade resultatet av vår studie.

## RESULTAT

Resultatet beskriver kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens och hur livsvärlden förändras. Efter att litteraturen analyserats och bearbetats har resultatet delats in i tre teman med subteman. Dessa tre teman är: *Att leva med en förändrad självbild*, *Att känna begränsning i sitt sociala och aktiva liv* och *Att erfara möten med vården* (se tabell 2).

Tabell 2.

<b>Tema</b>	<b>Att leva med en förändrad självbild</b>	<b>Att känna begränsning i sitt sociala och aktiva liv</b>	<b>Att erfara möten med vården</b>
<b>Subtema</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Att leva med en okontrollerad kropp</li><li>• En känsla av skam</li><li>• En önskan om normalitet leder till strategier</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Att dölja sitt problem</li><li>• Urininkontinens som tabu och bristen på förståelse</li><li>• Upplevelsen av en hämmad sexualitet</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Att söka hjälp – en känsla av sårbarhet</li><li>• En önskan om att vården aktivt frågar efter urininkontinens</li></ul>

### Att leva med en förändrad självbild

Inom detta tema återfinns subtema: *Att leva med en okontrollerad kropp*, *En känsla av skam* och *En önskan om normalitet leder till strategier*. Att leva med en förändrad självbild relaterat till urininkontinens kan leda till att kvinnan försöker normalisera tillståndet genom strategier för att undvika den känsla av skam som en okontrollerad kropp kan ge.

### Att leva med en okontrollerad kropp

Enligt McDonald och Butler (2007) upplever kvinnor en förlust av kroppslig kontroll i samband med urininkontinens. Denna förlust av kontroll kan leda till stor osäkerhet när kvinnorna inte kan stoppa urinläckaget som ofta kommer snabbt (Hägglund & Ahlström, 2006).

*When urine runs down your legs, it's a feeling you can't compare to anything else. No, there's nothing you can compare it to, there really isn't. It's very, very hard to take, not being in control of your body (Hägglund & Ahlström, 2006, s. 1950).*

Att leva med urininkontinens innebär att kvinnorna har förändrat sina livsvanor så att de ska passa in i deras nya liv med en opålitlig kropp (Komorowski & Chen, 2006).

*When I go out I have to bring two skirts, just in case (Komorowski & Chen, 2006, s. 177).*

Enligt Hägglund och Wadensten (2007) försöker kvinnor att förklara urininkontinensen genom att se på den fysiologiska förklaringen som något som kan förväntas efter barnafödande, urinvägsinfektioner eller som något genetiskt. Att hitta förklaringar till urininkontinensen hjälper kvinnorna att anpassa sig till sitt handikapp och göra det begripligt. Kvinnor beskriver att tid och ålder är en viktig faktor för att lära sig acceptera att leva med urininkontinens. Att leva med urininkontinens berör kvinnor på olika sätt, variationer i upplevelsen av kontroll påverkas av hur de uppfattar sin situation (Hägglund & Ahlström, 2006). I en studie gjord av Zeznock, et al. (2009) beskriver kvinnorna urininkontinens som förlust av kontroll vilket resulterar i förlägenhet och en känsla av missmod. Urinläckaget ger kvinnorna fysiska problem som hudirritationer, inflammationer och en ständig känsla av att vara våt (McDonald & Butler, 2007). Att därutöver ständigt behöva tömma blåsan innebär att sömnen störs vilket ger dem en känsla av oro och depression (Nicolson, Kopp, Chapple & Kelleher, 2008).

*It bothers me mostly during the night because I have to get out perhaps 3 or 4 times and, you know, it breaks your sleep and you are worn out (Nicolson, et al., 2008, s 348).*

Att leva med urininkontinens under en längre tid kan leda till kronisk depression och en känsla av hopplöshet (Nicolson, et al. 2008). Många kvinnor kan inte släppa tanken på om det någonsin ska bli bättre (Mason, Walton & Appleton, 1999).

### **En känsla av skam**

Kvinnor pratar om urininkontinens som något besvärligt, generande och privat problem men inget tillräckligt stort problem för att söka hjälp (Hägglund & Wadensten, 2007). Att vara urininkontinent har en betydande inverkan på självkänslan och ger en känsla av en separation av sitt forna jag från kroppen (Nicolson, et al. 2008).

*Her "old" self was attractive and she had been proud of her physical appearance. Now she withdraws from her outside world and seems there is nothing she can do to stop this (Nicolson, et al, 2008, s .353).*

Enligt Nicolson, et al. (2008) resignerar de drabbade kvinnorna till att acceptera en låg självkänsla och på något vis godta att de drabbats av urininkontinens på grund av att de blivit äldre. Drabbade kvinnor anklagade sig själva för att ha blivit urininkontinenta genom att de inte sökt hjälp och för att de inte tränat sin bäckenbotten tillräckligt mycket (Mason, et al. 1999). Som ett resultat av urininkontinensen känner kvinnorna att de regredierar till barndomen och med en förlägenhet som innebär förödande negativ inverkan på deras självförtroende. Kvinnor kan känna en förlust av värdighet och en tillbakagång till barndomen (McDonald & Butler, 2007). Enligt Hägglund och Wadensten (2007) kan känslor kring urininkontinens relateras till att kvinnor som barn lärt sig att det är en skam att läcka. Det finns en uppfattning om att den vuxna kroppen ska var kontinent vilket leder till att kvinnor inte känner sig accepterade när de inte kan hålla sin urin (a.a.). Att leva med urininkontinens ger en känsla av oförutsägbarhet i



livet för kvinnor, om det tar över deras vardagsrutiner gör det att urininkontinensen får en ökad betydelse i deras liv. Kvinnor känner sig tvingade att kompensera för den opålitliga kroppen genom att medvetet planera i förväg (Koch, Kralik, Eastwood & Schofield, 2001).

*When you go out...I mentally organize myself. I am reluctant to accept an invitation if it is going to be difficult that way. I make a list of how I am going to get to the toilet (Koch, et al., 2001, s. 21).*

Kvinnor övervakar ständigt sina kroppar så att de kan bibehålla en självständighet med dagliga aktiviteter (Koch, et al. 2001). Ett sätt att övervaka sin kropp är att kontinuerligt tvätta sig för att hålla sig fräsch och undvika risken att lukta urin (Roe & May, 1999). Enligt Komorowski och Chen (2006) beskrivs känslomässig isolering med ensamhetskänslor och utanförskap vilket leder till skam, irritation, frustration, sorg och depression. För en del kvinnor innebär det även att stanna hemma och undvika sociala aktiviteter då känslan av skam och genans blir för stor tillsammans med andra (a.a.).

### **En önskan om normalitet leder till strategier**

Behovet av kontroll av urininkontinensens oförutsägbarhet resulterar i att kvinnor använder sig av olika strategier. För att normalisera problemet så att det passar in i det dagliga livet använder de sig av olika tillvägagångssätt som minskat vätskeintaget, dubbla inkontinensskydd, täta toalettbesök och en stor uppmärksamhet på den fysiska skötseln (McDonald & Butler, 2007). Kvinnor uttrycker att de tar störst ansvar av familjens dagliga liv. Att hantera både arbete och familjeansvar gav dem lite tid till att oroa sig över sina egna problem och urininkontinensen prioriterades inte (Hägglund & Wadensten, 2007). Enligt Koch, et al. (2001) är det viktigt för kvinnor att distansera sig för att klara sitt alltid närvarande problem. Att inte låta urininkontinensen bli ett problem leder till att de försöker finna en väg runt bekymret (Mason, et al., 1999). I en studie gjord av Zeznock, et al. (2009) beskriver kvinnor urininkontinensen som en utmaning och som hanterades på ett sådant sätt att det blev till en del i det vardagliga livet. Enligt Hägglund och Wadensten (2007) har kvinnor som lever med urininkontinens ett behov av distans till sitt problem då de känner sig trötta på att alltid behöva kontrollera sin urininkontinens. Ett sätt att distansera sig är att tänka på andra saker.

*I think to myself, when I get to the hill with the birch trees I'm not going to have to urinate, and when I get to the boulder, I can't hold myself any longer. But just quitting thinking about it, having someone along with me on the walk, then the thought doesn't enter my mind and I manage the walk, it is psychological (Hägglund & Wadensten, 2007, s. 309).*

En annan strategi är att använda sig av kläder som kamouflerar inkontinenshjälpmedel och eventuella läckage. Strategier för kvinnor har till syfte att kunna hantera det okontrollerbara och den reducerade livskvaliten (Nicolson, et al. 2008). Den vanligaste strategin är att använda sig av inkontinenshjälpmedel både dag och natt bara för att undvika problemet med eventuella läckage (Koch, et al., 2001).

*I wear a pad during the day and night-time, and rather than have the problem, I wear the pad. I hate it; it makes me feel old...we seem to revert back to being a child as we get older (Koch, et al., 2001, s. 19).*

## **Att känna begränsning i sitt sociala och aktiva liv**

Inom detta tema återfinns subtema: *Att dölja sitt problem på grund av förlägenhet, Urininkontinensen som tabu och bristen på förståelse och Upplevelsen av en hämmad sexualitet.* Kvinnor med urininkontinens gör allt för att dölja sitt problem både på grund av förlägenhet och för att det upplevs som tabubelagt. Det medför en begränsning för kvinnor i det dagliga livet.

### **Att dölja sitt problem**

Att vara urininkontinent och väta ner sig offentligt är för de flesta kvinnor enligt Roe och May (1999) det värsta som kan hända vilket leder till att kvinnor begränsar sina vistelser utanför hemmet. Urininkontinens är av så privat karaktär att kvinnor enligt Zeznock, et al.(2009) inte talar med andra om sina problem. Då det inte anses vara ett socialt accepterat samtalsämne erkänner kvinnor inte sin urininkontinens för andra, vilket leder till att de hemlighåller problemet och isolerar sig socialt (McDonald & Butler, 2007).

Att använda sig av inkontinensskydd ger kvinnor en möjlighet att hantera problemet på ett privat sätt (Koch, et al., 2001). Inkontinenshjälpmedlen är också ett bra sätt för en del kvinnor att vara förberedda på incidenter och upplevelse av minskad begränsning vid fysiska aktiviteter (Mason, et al., 1999). Andra kvinnor väljer att dölja sitt problem genom att undvika fysiska aktiviteter eftersom det kan leda till urinläckage (Hägglund & Ahlström, 2006). Även om kvinnan känner att hon kan hantera urininkontinensen med hjälp av inkontinensskydd finns det även ett behov att av dölja användandet av dessa skydd (Koch, et al., 2001).

*I feel I am coping with incontinence. Although there are problems like when I know I am going out somewhere and will be out all day and have to change a pad. Where am I going to put it? I make sure I don't disgrace myself. I'll put a soiled pad in my bag and just hope no one notices. You feel a bit like an idiot having to ask to go to the toilet all time (Koch, et al., 2001, s. 20).*

Kvinnor uppskattar användningen av inkontinensskydd då det ger dem möjligheten att leva i beredskap så att de kan minimera betydelsen av urininkontinens i sitt sociala liv (Hägglund & Ahlström, 2006).

### **Urininkontinens som tabu och bristen på förståelse**

Kvinnor talade om sina liv som mödrar och hustrur i form av samhällsengagemang, karriärer och upplevelsen av att vara mycket aktiva som alla gav mening och värdighet i deras liv före de drabbades av urininkontinens (McDonald & Butler, 2007). Hägglund och Wadensten (2007) beskriver att känslor av skam är mycket framträdande hos dessa

kvinnor och de beskriver urininkontinens som något tabubelagt och som hindrar dem från att tala fritt om det. Kvinnorna upplevde att det inte skulle vara acceptabelt att omgivningen fick vetskap om att de var inkontinenta, det skulle upplevas som genant och förnedrande (Koch, et al. 2001).

*To talk about diabetes and diet for example is of general interest, what you are supposed to eat and what you're not. But a bladder control problem is a bit private; it doesn't feel as natural to talk about. It's connected to a feeling of shame. Urinary incontinence has to do with the genital area and is linked to a person's muscles being weak (Hägglund & Wadensten, 2007, s. 308).*

Enligt Komorowski & Chen (2006) generas kvinnor när de är tillsammans med andra då de känner att andra människor inte har förståelse för sjukdomen.

*Others do not understand this disease. They do not consider me sick because I "look fine" (Komorowski & Chen, 2006, s. 177).*

Hägglund och Ahlström (2006) skriver att en del kvinnor har starka upplevelser av skam och utanförskap på grund av sin urininkontinens och att de har svårigheter att prata med sina familjer om det. Ibland kan kvinnornas tonårsdöttrar uppleva sig generande på grund av moderns inkontinens och de gömmer inkontinensskydden när vänner och släktingar är på besök (a.a.).

Kvinnor som sökt socialt stöd för sin urininkontinens av närstående skiljer sig åt avseende på hur hjälpsamma de upplevde att de närstående var. En del upplever att det hjälper dem att diskutera sitt problem med de närstående medan andra upplever det som att deras tillstånd bagatelliseras eftersom de behandlas på ett humoristiskt sätt av de närstående (Mason, et al., 1999). Kock et al. (2001) beskriver att kvinnor erfar deras partners frustration inför deras urininkontinens och att de inte har förståelse inför deras behov eller begränsningar.

*Carol told of a motoring holiday she went on with her husband and he would not stop the car so she could go to the toilet. He disregarded her request because he was in a hurry to arrive at their destination. Carol recalled the embarrassment and humiliation she felt because she was incontinent in the car seat (Kock, et al., 2001, s.20).*

### **Upplevelsen av en hämmad sexualitet**

Effekterna av urininkontinens inkräktar på kvinnans sexualitet vad det gäller spontaniteten i sexlivet. På grund av de förberedelser kvinnan känner sig tvingad att göra såsom intim tvätt hindrar den naturliga spontaniteten vid sexuell samvaro. Även om det inte spelar någon roll för partnern så är det hämmande för kvinnan att inte känna sig fräsch. Sexualiteten är en hälsofråga då kvinnorna anser att det är en viktig del för nära relationer, identitet och hälsa (Hägglund & Wadensten, 2007). Enligt Nicolson, et al. (2008) mår ofta kvinnor med urininkontinens dåligt och har låg självkänsla vilket ger effekter på deras sexualitet och sexuella relationer. En stor anledning till att de avstår

från sexuell aktivitet är att de upplever att de luktar illa (a.a.). Även om urininkontinensen inte bekommer deras partner hämmar det den sexuella relationen (Hägglund & Wadensten, 2007).

*It doesn't matter that he says he doesn't notice anything or that it doesn't matter to him, there is still that feeling you're not fresh (Hägglund & Wadensten, 2007, s. 309).*

Enligt Roe och May (1999) är sexualiteten särskilt drabbad i de fall där kvinnorna är tvungna att bära kateter. Att genomföra ett samlag innebär en alldeles särskild teknik som kan ta lång tid för många kvinnor att lära sig. Intimskötsel och beröring av underlivet är också nära förknippat med sexuell upplevelse och kvinnor beskrivs bli upprörda vid intim omvårdnad av andra. Sjuksköterskan måste vara medveten om effekten av urininkontinensen på individens sexualitet och måste reflektera över hur hon på ett lämpligt sätt diskuterar detta med patienten (a.a.).

### **Att erfara möten med vården**

Inom detta tema återfinns subteman: *Att söka hjälp – en känsla av sårbarhet och en önskan om att vården aktivt frågar om urininkontinens*. Här återspeglas orsaken till kvinnors ovilja att söka hjälp, deras frustration i mötet med vården samt deras kritik emot att vården inte uppmärksammar urininkontinens i det dagliga arbetet.

### **Att söka hjälp – en känsla av sårbarhet**

Många kvinnor söker inte hjälp för sina problem med urininkontinens beroende på känslan av förlägenhet, pinsamhet och skam (Mason, et al. 1999; Hägglund & Wadensten; 2007 & Nicolson, et al, 2008). Att behöva berätta för någon annan om sina problem upplevdes besvärande och en påminnelse om att de är annorlunda (Koch, et al, 2001). Att leva med urininkontinens associerades med skamkänslor och dessutom att berätta för någon, även om det var till professionell vårdpersonal, ökade dessa känslor av skam (Mason, et al. 1999 & Hägglund & Wadensten, 2007). Rädsla var också en av anledningarna till att kvinnor inte söker hjälp. Denna rädsla grundade sig i okunskap kring behandlingsalternativen men även en ängslan för att få ett dåligt bemötande vid kontakt med vården för sina problem med urininkontinens (Nicolson, et al., 2008).

*I think about getting help every day but I keep putting it off all the time (Hägglund & Wadensten, 2007, s. 309).*

### **En önskan om att vården aktivt frågar om urininkontinens**

Underförstått var kvinnorna överens om att urininkontinens inte var ett normalt tillstånd men att de gjorde vad de kunde för att normalisera det. Något som förvånar kvinnor är att vårdgivare inte ställer frågor kring urininkontinens under årliga kontroller eller andra tillfällen då de söker vård. Kvinnor uttryckte att de glömde att nämna problemet för vårdpersonal, medan andra kände obehag inför ämnet och inte ville ta upp det utan kände att vårdpersonalen skulle ställa frågor om urininkontinens om det vore viktigt (Zeznoc, et al., 2009).

*The last time I was in for a PAP-test, the gynecology nurse didn't ask me anything except if I was using any type of birth control. I had expected more questions that covered a little of everything like how a person is doing. I'm soon 40 and I've had three kids so of course I expected some questions on bladder control and if I had any problems with things like that. I think it is important that the gynecology nurse has questions about urine leakage as standard question's ( Hägglund & Wadensten, 2007, s. 309).*

Kvinnor har en önskan om att vårdgivare aktivt frågar dem om urininkontinens med hjälp av direkta frågor och att vårdgivarna skapar en förstående atmosfär då kvinnan inte vill eller vågar diskutera sina problem om urininkontinens. För att kunna skapa ett förtroende mellan kvinnan och vårdgivaren är vårdgivarens förmåga och vilja till att förstå kvinnan av avgörande betydelse. Detta genom att vara öppen och lyhörd för kvinnans individuella upplevelser och känslor kring urininkontinens (Hägglund & Wadensten, 2007).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Då syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med urininkontinens valdes en kvalitativ data-analys. Enligt Friberg (2006) har den kvalitativa studien till syfte att öka förståelsen för vad lidande innebär för människan och dennes upplevelser, erfarenheter, förväntningar och behov i relation till hälsofaktorer och processer. Som författare har vi ställt oss frågan om denna modell var den bästa för att få den djupa förståelse kring fenomenet som vi önskat eller om intervjuer där möjligheten att ställa följdfrågor hade resulterat i att ämnet belysts på ett mer facetterat sätt.

Artiklar söktes i databaserna Cinahl, PubMed, MedLine och Scopus för att få ett så heltäckande underlag som möjligt som svarade an mot vårt syfte. Under datainsamlingen uppmärksammade vi att forskning inom urininkontinens fokuserar mest på olika behandlingsmöjligheter och hur livskvalitet förändras efter en viss behandling. Vi valde att utesluta artiklar som innefattande någon form av behandlingsåtgärd för att istället välja artiklar som endast byggde på kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens. Dock var det svårt att finna artiklar som grundade sin forskning utefter kvinnors upplevelser av att leva med urininkontinens då ingen behandling givits.

Analysen gjordes utefter Evans (2002) analysmodell som på ett strukturerat och lättförståeligt sätt väglett oss i denna process och som vi anser vare ett bra verktyg för analys vid litteraturstudier. Analysen genomfördes tillsammans av författarna och endast genomläsning av artiklarna gjordes enskilt. De teman som framkommit var emellanåt svåra att särskilja då de innehållsmässigt gick in i varandra. Efter diskussioner oss författare emellan valde vi att dela in våra teman utefter kvinnans personliga upplevelse i olika sammanhang. I vårt första tema att leva med en förändrad självbild

fokuserar vi på kvinnan som individ. Under tema att känna begränsning i sitt sociala och aktiva liv belyser vi kvinnors upplevelser i samspel med andra. Slutligen i vårt sista tema återspeglas kvinnors rädslor att söka vård samt deras frustration i mötet med vården.

I denna litteraturstudie har vi försökt att inkludera den senaste forskningen inom vårt område och sex av de artiklarna som valdes var inte äldre än fyra år vilket visar att vårt resultat bygger på aktuell forskning. Alla de utvalda artiklarna är engelskspråkiga och för att minska risken för feltolkningar har de noggrant lästs igenom ett flertal gånger av båda författarna. Artiklarna i resultatet kommer från Sverige, England, Canada, Australien och USA där intervjuerna i en av artiklarna utfördes i China. Trots de geografiska skillnaderna bland artiklarna fann vi många likheter om kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens. Resultatet speglar dock endast forskning gjorda i västerländska länder vilket kan ses som en svaghet i denna litteraturstudie. Eftersom Sverige är ett mångkulturellt land är kunskaperna om kvinnors upplevelser kring urininkontinens från andra länder av betydelse då sjuksköterskan även möter dessa kvinnor i sitt dagliga arbete.

Detta arbete är ett resultat av författarnas intresse kring urininkontinens. Styrkan i vårt samarbete har varit vår målmedvetenhet och att vi uppskattar och tar tillvara varandras likheter och olikheter. Detta tillvägagångssätt har varit gynnsamt i vår studie då vi kompletterar varandra väl.

## **Resultatdiskussion**

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2008) bygger den hälsofrämjade omvårdnaden på en humanistisk syn på människan och inriktar sig på att förstå människans livsvärld i relation till hälsa, sjukdom och lidande. Enligt Wiklund (2003) innebär lidandet en ständig kamp för att bevara eller återupprätta sin känsla av värdighet och för att kunna hantera skamkänslor på ett konstruktivt sätt. För att återvinna en känsla av kontroll tar människan till olika strategier för att övervinna skammen och lidandet. Trots att sjuksköterskan dagligen kommer i kontakt med lidande upplever vi att det sällan talas om det. Vi har under vår utbildning fått lära oss att betrakta vårdsituationer objektivt för att personliga värderingar inte ska påverka mötet med patienten. För att vinna patientens förtroende måste sjuksköterskan vara lyhörd och lyssna för att uppmärksamma det som patienten inte förmår uttrycka i ord. Att vara personlig men inte privat i mötet med patienten kan vara till hjälp för att få patienten att sätta ord på sitt lidande. Det är angeläget att sjuksköterskan har kunskap om lidandets uttryck och i sitt arbete har möjlighet via handledning att tala om lidandet och hur sjuksköterskan personligen berörs av det. Det kan jämföras med det Vånar Hermansen, Bruland Vråle och Carlsen (1994) beskriver om handledning gällande bemötande av patienter. Under handledningens process blir sjuksköterskan mer medveten om sitt sätt att vara och får en djupare förståelse för människan som helhet vilket kan verka lindrande och läkande för patienten (a.a.).

Enligt vårt resultat i temat *Att leva med en förändrad självbild*, är urininkontinens ett ständigt närvarande problem där kvinnor har ett oavbrutet behov av att normalisera den opålitliga kroppen genom olika strategier. Kvinnors grundläggande syn på sig själva är

avgörande för vilken strategi som används och hur de hanterar sitt problem (Bradway, 2005). För att undvika ensamhetskänslor och utanförskap distanserar sig kvinnor från sina svårigheter genom att hitta en väg runt problemet och låta det bli en del av vardagen i ett försök att uppnå välbefinnande i sin situation. Enligt Wiklund (2003) är välbefinnande ett fenomenologiskt begrepp som utgår från personens livsvärld och uttrycker en känsla. Det är svårt för omgivningen att sätta objektiva kriterier för välbefinnande då det har att göra med individens inre upplevelser och därför är personligt och unikt. För att hantera sin situation förändrar många kvinnor sina livsvanor så att de ska passa in i deras liv med urininkontinens för att på så sätt begränsa känslan av skam. Wiklund (2003) beskriver skammen som en överlevnadsfunktion där den sunda skammen hjälper människan att hålla sig inom de socialt accepterade gränserna och främjar på så sätt vår gemenskap med andra. Vi tolkar att skammen som sådan kan vara något positiv och visar oss våra gränser och skammen kan visa oss riktningen när vi växer som människor. Men skammen kan uppkomma där den egentligen inte borde finnas. Mänskliga känslor och behov kan bindas till skammen och leda till att hela personen binds till skam. Detta är något som ofta inträffar för kvinnor med urininkontinens. För att få en djupare förståelse av skammens betydelse och verkningar anser vi att det är av vikt att sjuksköterskan vågar möta skammen med ett öppet förhållningssätt. Vårt resultat av kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens är jämförbart med det män upplever. I en studie av Wareing (2005) upplever män med urininkontinens skam att inte kunna kontrollera sin urinblåsa. Männen upplever förlägenhet på grund av urinläckage och att de tvings gå på toaletten ofta, denna förlägenhet var särskilt påtaglig i närvaro av familj och vänner (a.a.). Enligt vår uppfattning är mäns erfarenheter av att leva med urininkontinens också en viktig kunskap som spelar en central roll i sjuksköterskans arbete för att kunna ge en genusmedveten vård.

I vårt resultats tema *Att känna begränsning i sitt sociala och aktiva liv*, leder kvinnors upplevelse av utanförskap till en känslomässig isolering vilket grundar sig i förlägenhet och att urininkontinens uppfattas som ett tabubelagt ämne i samhället. Att vara urininkontinent anses vara ett privat problem och många anser att det inte är acceptabelt att omgivningen har vetskap om problemet. Enligt Griffiths, Pepper, Jörstad-Stein, Smith, Hill och Lamb (2009) berättar kvinnor inte om sin urininkontinens ens för sina närmaste. Enligt vår uppfattning kan detta vara en av de bidragande orsakerna till kvinnans upplevelse av en hämmad sexualitet. Enligt vår studie får urininkontinens effekter på kvinnors sexualitet och särskilt gällande spontaniteten i samlivet. I SBU-rapporten (2000) är det framförallt yngre kvinnor som känner en rädsla för att lukta urin vilket leder till att de undviker kontakt med det motsatta könet. Kvinnor framställer sexualiteten som en hälsofråga då den anses vara viktig för människan, den sexuella relationen är en erkänd integrerad del av självbilden och ett viktigt medel för att skapa självuppskattning. Enligt Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) skall sjuksköterskan arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa genom sin förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker. Sjuksköterskan bör kunna motivera till livsstilsförändringar samt undervisa och stödja patienter och närstående. Vi anser att innebörden av detta även gäller den sexuella delen av människans livsvärld. Som sjuksköterska kan det vara svårt att diskutera sexualitet med patienten då det kan upplevas som en kränkning av integriteten. Samtidigt som sjuksköterskan visar respekt för patientens integritet ska hon vara öppen och lyhörd för patientens behov av att prata

om sin sexualitet. Enligt Wiklund (2003) fungerar begär som en drivkraft för människan och är en beskrivning på vad människan innerst inne vill. Sexualitet kommer fram i människans begär efter kärlek och innebär en människas längtan efter gemenskap med konkreta och abstrakta andra. Om kvinnor med urininkontinens upplever sig hämmade i sin sexualitet på grund av sina besvär tolkar vi innerbörden av det som att begäret efter sexualitet inte har försvunnit utan att känslan av förlägenhet är större än begäret.

Att många kvinnor inte söker hjälp för sina problem med urininkontinens, som framkommer i vårt resultats tema *Att erfara möten med vården*, beror på känslan av förlägenhet. Att söka hjälp ses som ett stort steg att ta då det ger en påminnelse om att vara annorlunda. Detta överensstämmer med det Shaw (2000) beskriver om att få kvinnor söker hjälp för sina symtom av urininkontinens trots att det har en betydande inverkan på deras livskvalitet. Det är människans föreställning och tolkning om urininkontinens som gör att hon inte söker vård och behandling. Dessa missförstånd förstärks emellanåt av sjukvårdspersonal som har egna attityder och övertygelser om urininkontinens som då blir till ett hinder för att tillhandahålla effektiv behandling. För att få människor att söka hjälp måste samhället öka insatserna som syftar till att allmänhetens medvetenhet ökar och att lämpliga tjänster tillsätts inom sjukvården (a.a.). Enligt SBU (2000) är urininkontinens ett symtom och inte en diagnos i sig, vilket överensstämmer med vårt resultat som bekräftar att kvinnor inte upplever urininkontinens som ett medicinskt problem utan en naturlig konsekvens av graviditet och ålder. Detta har till följd att kvinnor inte söker vård utan istället försöker att normalisera tillståndet. Kvinnors olika syn på sig själva gör att de hanterar problemet på olika sätt vilket innebär att individualisering av problemet är av största vikt. Det är vanligt förekommande att kvinnor anklagar sig själva för att ha drabbats av urininkontinens och därmed låter det bli ett personligt och privat problem.

Då kvinnor söker hjälp för besvär till följd av urininkontinens framkommer det i denna studie att vårdgivare inte uppmärksammar urininkontinens på ett naturligt sätt. Kvinnor uttrycker en önskan om att sjukvården aktivt frågar med hjälp av direkta frågor och gör det till en rutin i sina möten med patienten. Enligt SBU (2000) beskrivs en rädsla hos många att prata om symtomen och en uppfattning om att det inte finns någon effektiv behandling för urininkontinens. Sjukvårdens uppgift är att upplysa om behandlingsalternativ och erbjuda behandling till dem som önskar. Då kvinnor söker hjälp för besvär till följd av urininkontinens så som hudirritationer, inflammationer, oro, depression och sömnbesvär bör vårdgivaren ha förmåga att förstå de bakomliggande orsakerna och aktivt fråga om kvinnan lider av urininkontinens. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2008) skapas tillit genom ett fungerande samspel och är en förutsättning för att sjuksköterskan och patienten ska våga ge varandra förtroende och tillsammans verka för att förbättra patientens subjektiva hälsa. Budskapet Papanicolaou, Hunskaar, Lose och Sykes (2005) ger i sin undersökning är att samhället måste stärka betydelsen av utbildning om urininkontinens och öka medvetenheten hos sjukvårdspersonal och på detta sätt öka tillgången till vård för urininkontinens.

Som blivande sjuksköterskor vidhåller vi att synen på människan är en av de grundläggande faktorerna i vår profession där utgångspunkten är egenvårdsteorin vilket innebär att alla människor har kapacitet och resurser att definiera sina problem och att utveckla handlingsstrategier för att lösa dessa. För att stötta och hjälpa patienten att bli



medveten om sin kapacitet och sina resurser anser vi att sjuksköterskan bör ha en coachande roll i samspelet med patienten.

### **Konklusion**

Sammanfattningsvis framkommer det i vårt resultat att kvinnor i allmänhet på grund av skam och rädsla väljer att låta urininkontinensen förbli ett privat problem trots den stora påverkan på deras livsvärld och välbefinnande.

### **Förslag till vidare forskning**

För framtida forskning vill vi efterfråga fler studier kring upplevelsen av att leva med urininkontinens där fokus ligger på livsvärldsperspektiv hos både kvinnor och män och där behandlingsresultat inte ligger till grund för forskningen. Vidare kan forskning kring urininkontinens vara inriktat på eventuella skillnader mellan kvinnor och mäns upplevelse av att söka vård.

### **Praktiska implikationer**

Som sjuksköterska är det en utmaning att möta kvinnor med urininkontinens då problemet är mycket individuellt och komplex. Både kunskaper om urininkontinens och dess uttryck ligger till grund i sjuksköterskans arbete. Att inneha förmåga att bemöta dessa kvinnor med respekt för deras integritet, lyhördhet inför deras önskemål och uttalade behov är en ovärderlig egenskap.

I mötet med kvinnor med urininkontinens bör sjuksköterskan utifrån studiens resultat arbeta utifrån följande:

- Skapa en förtroendefull atmosfär genom att ha en ostörd miljö (exempelvis avstängd telefon och stör ej- skylt på dörren) för att sätta kvinnan i fokus.
- Våga fråga om urininkontinens med tanke på att det kan vara ett känsligt ämne att prata om.
- Utarbeta standardfrågor om urininkontinens att använda vid vårdkontakt.
- Inbjud till samtal kring urininkontinens genom att vara lyhörd och uppmuntra kvinnan att sätta ord på sitt problem.

## REFERENSER

- Abrams, P., Blaivas, J-G., Stanton, S-L., & Andersen, J-T. (1988). The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *The International Continence Society skapa* 19.
- Almás, H., & Gjerland, A. (2002). Omvårdnad vid sjukdomar och rubbningar i urinvägarna och de manliga könsorganen. Ingår i H. Almás (red.), *Klinisk omvårdnad del 2*. Stockholm: Liber.
- Bradway, C. (2005). Women's narratives of long-term urinary incontinence. *Urologic Nursing*. 24 (5).
- Eriksson, K. (1986). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20 (2) 22-26.
- Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.
- Gil, K, M., Somerville, A, M., Cichowski, S., & Savitski, J, L. (2009). Distress and quality of life characteristics associated with seeking surgical treatment for stress urinary incontinence. *Health and Quality of Life Outcomes*. Publicerad online 5/2-2009, BioMed Central. PubMed: DOI: 10. 1186/1477-7525-7-8. PMCID: PMC2645374.
- Griffiths, F., Pepper, J., Jörstad-Stein, E., Smith, J F., Hill, L., & Lamb, S E. (2009). Group versus individual sessions delivered by a physiotherapist for female urinary incontinence: an interview study with women attending group session nested within a randomised controlled trial. *BMC Women's Health*. 9:25.
- Holmdahl, L. (2002). Geriatriska sjukdomar. Ingår i Lyngstam, O., Medin, L-O., & Sahlquist, M (red.), *PM Praktisk medicin* (95-114). Uddevalla: Three Doctors Förlag.
- Hult, R. (red.). (2003). *Stora familjeläkarboken*. Stockholm: Forum.
- Hägglund, D., & Ahlström, G. (2006). The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 1946-1954.
- Hägglund, D., & Wadensten, B. (2007). Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scand J Caring Sci*. 21, 305-312.
- International Council of Nurses (ICN). (2000). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Geneva, Switzerland.

- Koch, T., Kralik, D., Eastwood, S., & Schofield, A. (2001). Breaking the silence: Woman living with multiple sclerosis and urinary incontinence. *International Journal of Nursing Practice*. 7, 16-23.
- Komorowski, L., & Chen, B. (2006). Female urinary incontinence in China: Experiences and perspectives. *Health care for women international*, 27, 169-181.
- Leander, G. (2001). *Behandling av urininkontinens. Frågor & svar*. SBU och Apoteket AB.
- MacDonald, C, D., & Butler, L. (2007). Silent No More. *Journal of gerontological nursing*. 33(1).
- Mason, L., Walton, I., & Appleton, C. (1999). The Experience of Stress Incontinence After Childbirth. *BIRTH*. 26(3).
- Merleau-Ponty, M. (1997). *Kroppens fenomenologi*. Göteborg: Diadalos AB.
- Nicolson, P., Kopp, Z., Chapple, C,R., & Kelleher, C. (2008). It's just the worry about not being able to control it! A qualitative study of living with overactive bladder. *British Journal of Health Psychology*. 13, 343-359.
- Papanicolaou, S., Hunskaar, S., Lose, G., & Sykes, D. (2005). Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in woman in France, Germany, Spain and the UK. *Bju international*. 96, 831-838.
- Peeker, R., & Samuelsson, E. (2005). Urininkontinens. Ingår i Apotekets AB, AO Konsult, *Läkemedelsboken 2005-2006*. Stockholm.
- Roe, B., & May, C. (1999). Incontinence and sexuality: findings from a qualitative perspective. *Journal of Advanced Nursing* 30(3), 573-579.
- Rundgren, Å., & Dehlin, O. (2004). *Äldresjukvård. Medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter*. Lund: Studentlitteratur.
- Shaw, C. (2000). A review of the psychosocial predictors of help-seeking behaviour and impact on quality of life in people with urinary incontinence. *Journal of Clinical Nursing*. 10, 15-24.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU. (2000). *Behandling av urininkontinens*. Sammanfattning och slutsatser av SBU:s styrelse och Råd. Stockholm: SBU.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Hämtad 2010-04.20 från <http://www.swenurse.se>

Svensk sjuksköterskeförening. (2009). *Svensk sjuksköterskeförening om: Omvårdnad och god vård*. Hämtad 2010-04-10 från <http://www.swenurse.se/Publikationer--Remisser/Publikationer/Svensk-sjukskoterskeforening-om/>

Vånar Hermansen, M., Bruland Vråle, G., & Carlsen, L B. (1994). *Omvårdnadshandledning*. Lund: Studentlitteratur.

Wareing, M. (2005). Lower urinary tract symptoms: a hermeneutic phenomenological study into men's lived experience. *Journal of Clinical Nursing* 14, 239–246.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Zeznock, D,E., Gilje, F,L., & Bradway, C. (2009). Living with Urinary Incontinence: Experiences of Women from "The Last Frontier". *Urologic nursing*. 29(3), 157-163, 185.

## Bilaga 1:

### Översikt av analyserad litteratur

	Design/Metod	Syfte	Resultat	Vetenskaplig kvalitet
<p><b>Titel:</b> Living with urinary incontinence: experiences of women from "the last frontier"</p> <p><b>Författare:</b> Zeznock, D, E., Bradway, C &amp; Gilje, F,L.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Urologic nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 2009</p> <p><b>Land:</b> USA</p>	Kvalitativ deskriptiv, patient-perspektiv	Utforska kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens och få en bättre förståelse av deras levda erfarenheter.	Att kvinnors erfarenheter av att leva med urininkontinens är mångfacetterade. Vårdgivare kan göra stor skillnad genom att identifiera dessa kvinnor, genom ställa frågor, lyssna och ge kvinnorna kunskaper om behandlings-möjligheter.	Hög
<p><b>Titel:</b> It's just the worry about not being able to control it!</p> <p><b>Författare:</b> Nicolson, P., Kopp, Z. Chapple, C,R&amp; Kelleher, C.</p> <p><b>Tidskrift:</b> British journal of health psychology.</p> <p><b>Årtal:</b> 2008</p> <p><b>Land:</b> England</p>	Kvalitativ hermeneutisk, patient-perspektiv	Att redogör för uppfattningen av den hälsorelaterade livskvaliten för patienter med överaktiv urinblåsa.	Att då många av de drabbade inte erkänner sitt problem med urinläckage och / eller söker behandling för det är de psykologiska kostnader för dem större än med en diagnostiserad sjukdom på grund av att urininkontinensen förblir förbisedd och därför olöst.	Medelhög
<p><b>Titel:</b> Silent no more.</p> <p><b>Författare:</b> MacDonald, C, D &amp; Butler, L.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Chlinical outlook-</p> <p><b>Årtal:</b> 2007</p> <p><b>Land:</b> Kanada</p>	Kvalitativ med tematisk analys, patient-perspektiv	Att undersöka äldre kvinnors upplevelse av urininkontinens vid beroende av långtidsvård.	Att äldre kvinnor sällan talar med personal om sina problem pga. skam. Att personal har sin erfarenhet men det brister i beslutsfattandet om val av inkontinenshjälpmedel till kvinnorna.	Medelhög
<p><b>Titel:</b> Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behavior for long-term urinary incontinence.</p> <p><b>Författare:</b> Hägglund, D &amp; Wadensten, B.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Scand J Caring Sci</p> <p><b>Årtal:</b> 2007</p> <p><b>Land:</b> Sverige</p>	Kvalitativ fenomenologisk hermeneutisk analys, patient-perspektiv	Att belysa innebörden av kvinnors levda upplevelse av sitt beteende när de söker vård för långvarig urininkontinens.	Att rädsla för förödmjukelse hämmar kvinnor från att söka vård för sin urininkontinens.	Hög

<p><b>Titel:</b> The meaning of women´s experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness.</p> <p><b>Författare:</b> Hägglund, D &amp; Ahlström, G.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Journal of Clinical Nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 2007</p> <p><b>Land:</b> Sverige</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk hermeneutisk metod. patientperspektiv</p>	<p>Att belysa innebörden av kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens.</p>	<p>Att kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens är maktlöshet och att utbildning för att uppnå kontroll över inkontinensen kan hjälpa dem att återta makten.</p>	<p>Hög</p>
<p><b>Titel:</b> Female urinary Incontinence in China: Experiences and perspectives.</p> <p><b>Författare:</b> Komorowski, L. &amp; Chen, B.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Health care for women international.</p> <p><b>Årtal:</b> 2006</p> <p><b>Land:</b> USA</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk, patientperspektiv</p>	<p>Att undersöka kinesiska kvinnors, med diagnosen urininkontinens, erfarenheter och perspektiv på urininkontinensens effekter på livskvalitén och behandlingserfarenheter.</p>	<p>Att kinesiska kvinnor med urininkontinens lider av liknande effekter av livskvalitet som västerländska kvinnor. Att dölja att fenomenet finns skapar en situation som inte bara innebär lidande för kvinnorna utan även medför betydande vårdkostnader.</p>	<p>Hög</p>
<p><b>Titel:</b> Breaking the silence: woman living with multiple sclerosis and urinary incontinence</p> <p><b>Författare:</b> Koch, T., Kralik, D., Eastwood, S. &amp; Schofield, A.</p> <p><b>Tidskrift:</b> International journal of nursing practice.</p> <p><b>Årtal:</b> 1999</p> <p><b>Land:</b> Australien</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk analys, patientperspektiv</p>	<p>Att ta itu med en märkbar frånvaro i forskningslitteraturen om multipel skleros i relation med urininkontinens, genom att ge en förståelse för hur kvinnor uppfattar och formulerar konsekvenserna av detta problem.</p>	<p>Att de värsta symtomen med multipel skleros var oförmågan till kontroll över urininkontinens.</p>	<p>Medelhög</p>
<p><b>Titel:</b> The experience of stress incontinence after childbirth</p> <p><b>Författare:</b> Mason, L., Glenn, S., Walton. I &amp; Appleton, C.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Birth</p> <p><b>Årtal:</b> 1999</p> <p><b>Land:</b> England</p>	<p>Kvalitativ epidemiologisk deskriptiv studie, patientperspektiv</p>	<p>Att undersöka effekterna av stressinkontinens på kvinnor i fertil ålder efter förlossning.</p>	<p>Ett år efter förlossning hade problemen av urininkontinens minskat men för en del kvarstod problemen både fysiskt och psykiskt.</p>	<p>Hög</p>
<p><b>Titel:</b> Incontinence and sexuality: findings from a qualitative perspective.</p> <p><b>Författare:</b> Roe, B &amp; May, C.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Journal of advanced nursing.</p> <p><b>Årtal:</b> 1999</p> <p><b>Land:</b> England</p>	<p>Kvalitativ hermeneutisk analys, patientperspektiv</p>	<p>Att undersöka effekterna av urininkontinens på individens sexualitet och kartlägga effekterna av hälsorelaterade insatser för hantering av urininkontinens vid sexualitet.</p>	<p>Bristande medvetenhet hos sjukvårdspersonal gällande effekterna relaterat till sexualiteten för kvinnor med urininkontinens.</p>	<p>Hög</p>

## Bilaga 2

### Granskningsprotokoll för kvalitativa studier.

#### Instruktion

Varje fråga graderades med 3 poäng (ja), 2 poäng (delvis), 1 poäng (nej) eller 0 poäng (vet ej). Den erhållna poängen inom varje frågeområde summeras och den erhållna summan divideras med antalet besvarade delfrågor.

	Ja	Delvis	Nej	Vet ej
<b>Frågeområde A. Syfte</b>				
1. Är syftet med studien tydligt beskrivet?	3	2	1	0
<b>Kommentar:</b> _____	Ja	Delvis	Nej	Vet ej

#### Frågeområde B. Metod

2. Redogörs för vilken kvalitativ metod som använts?	3	2	1	0
3. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?	3	2	1	0
<b>Kommentar:</b> _____	Ja	Delvis	Nej	Vet ej

#### Frågeområde C. Urval

4. Är urvalskriteriet för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?	3	2	1	0
5. Beskrivs var undersökningen genomfördes?	3	2	1	0
6. Beskrivs var undersökningsgruppen kontaktades?	3	2	1	0
7. Beskrivs när undersökningsgruppen kontaktades?	3	2	1	0
8. Beskrivs hur undersökningsgruppen kontaktades?	3	2	1	0

9. Beskrivs vilken urvalsmetod som användes?	3	2	1	0
10. Beskrivs den inkluderade undersökningsgruppen på ett tydligt sätt?	3	2	1	0
11. Är undersökningsgruppen lämplig?	3	2	1	0

**Kommentar:** \_\_\_\_\_

	Ja	Delvis	Nej	Vet ej
--	----	--------	-----	--------

#### Frågeområde D. Datainsamling

12. Beskrivs vem som utförde datainsamlingen?	3	2	1	0
13. Beskrivs vilka datainsamlingsmetoder som använts på ett tydligt sätt?	3	2	1	0
14. Är data systematiskt samlade?	3	2	1	0

**Kommentar:** \_\_\_\_\_

	Ja	Delvis	Nej	Vet ej
--	----	--------	-----	--------

#### Frågeområde E. Dataanalys

15. Beskrivs hur begrepp, teman och kategorier är utvecklade och tolkade på ett tydligt sätt ex. tabeller och citat?	3	2	1	0
16. Är analys och tolkning av resultat diskuterade?	3	2	1	0
17. Är resultaten trovärdiga?	3	2	1	0
18. Är resultaten pålitliga?	3	2	1	0
19. Finns stabilitet och överensstämmelse?	3	2	1	0

**Kommentar:** \_\_\_\_\_



	<b>Ja</b>	<b>Delvis</b>	<b>Nej</b>	<b>Vet ej</b>
<b>Frågeområde F. Etiska frågor</b>				
20. Finns det tillräckligt beskrivet hur deltagarna informerats?	3	2	1	0
21. Finns det beskrivet om forskarna har inhämtat informerat samtycka?	3	2	1	0
22. Har etisk kommitté godkänt studien?	3	2	1	0

**Kommentar:** \_\_\_\_\_

	<b>Ja</b>	<b>Delvis</b>	<b>Nej</b>	<b>Vet ej</b>
--	-----------	---------------	------------	---------------

#### **Frågeområde G. Diskussion**

23. Är tolkningarna som presenteras baserat på insamlad data?	3	2	1	0
24. Går det att återkoppla resultaten till den ursprungliga forskningsfrågan?	3	2	1	0
25. Har resultaten klinisk relevans?	3	2	1	0
27. Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?	3	2	1	0

**Kommentar:** \_\_\_\_\_

#### **Sammanvägd poängbedömning**

Den erhållna poängen för varje frågeområde ovan summeras och divideras med antalet frågor.

Hög vetenskaplig kvalitet (19-21 p)

Medelhög vetenskaplig kvalitet ( 12-18 p)

Låg vetenskaplig kvalitet ( 7-11 p)