



Röda Korsets Högskola

Sjuksköterskeprogrammet 180hp

Vetenskaplig metodik III, självständigt examensarbete

KURS VK 12, 15 hp

VT 2014

Att leva med urininkontinens

– En litteraturstudie ur kvinnans perspektiv

Living with urinary incontinence

- A literature study from a woman's perspective

Julia Abebe och Linn Gustafsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Urininkontinens är ett vanligt förekommande tillstånd hos kvinnor som påverkar den psykiska hälsan negativt. Tillståndet påverkar det vardagliga livet och framkallar känslor som nedstämdhet och ångest hos kvinnor. De vanligaste riskfaktorerna för att drabbas är hög ålder och genomgången vaginal förlossning. Trots goda behandlingsmöjligheter söker kvinnor inte vård. **Syfte:** Att beskriva kvinnors erfarenheter av att leva med urininkontinens. **Metod:** Allmän litteraturstudie baserad på tio vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. **Resultat:** Kvinnorna planerade sina vardagliga aktiviteter för att kontrollera de oförutsägbara urinläckagen. Läckagen hämmade sexuallivet samt gav upphov till skam- och skuldkänslor. Urininkontinensen begränsade även kvinnornas förmåga att utöva sin religiösa tro. Trots de hinder som urininkontinensen medförde sökte kvinnorna inte vård då tillståndet inte ansågs vara ett legitimt problem. De kvinnorna som sökt vård hade erfarenheter av att inte bli tagna på allvar. **Slutsats:** Att skapa en positiv vårderfarenhet var av stor vikt för att få kvinnor att känna förtroende för sjukvården och våga söka hjälp. Urininkontinens gav upphov till skam- och skuldkänslor vilket vårdare bör beakta vid mötet med dessa kvinnor. För att kunna hjälpa kvinnorna krävs ökad kunskap om erfarenheter av hur det är att leva med urininkontinens. **Klinisk betydelse:** Förståelse för hur kvinnor upplever livet med urininkontinens kan ge vårdare kunskapen som krävs för att ge patienten en god omvårdnad. Sjuksköterskor bör ställa direkta frågor om urininkontinens för att legitimera problemet och på så sätt få reda på mer om sjukdomens påverkan på livet.

Nyckelord: Urininkontinens, kvinna, livskvalitet, intervju, kvalitativ

ABSTRACT

Background: Urinary incontinence is a common illness among women that has a negative effect on the mental health. The illness affects the everyday life and raise emotions such as dejection and anxiety. The most common risk factors for urinary incontinence are advanced age and post-delivery. Despite sufficient treatment options women do not seek help. **Aim:** To describe women's experiences of living with urinary incontinence. **Method:** General literature study based on ten scientific articles with a qualitative approach. **Findings:** In order to control urinary leakage women planned the daily activities, adjusting to the unforeseeable nature of the disease. Urinary leakage interfered with their sex life and created feelings of shame and guilt. Urinary incontinence also hampered the ability to practice religion. Despite of the problems that urinary incontinence brought women did not see the disease as a legitimate problem and therefore did not seek care. Women who had sought help had experiences of not being taken seriously. **Conclusion:** Creating a positive experience of health care was of great importance to make women gain trust for the care system and therefore seek help. Urinary incontinence created feelings of shame and guilt which should be considered by caregivers when facing these women. In order to help these women knowledge is required about experiences of living with urinary incontinence. **Relevance to clinical practice:** Understanding how women experience living with urinary incontinence can bring caregivers required knowledge for nursing these women in the best way possible. Nurses should ask patients direct questions about urinary incontinence in order to legitimize it and gain knowledge about the disease impact on life.

Keywords: Urinary incontinence, female, quality of life, interview, qualitative

Innehållsförteckning

BAKGRUND.....	1
Kroppens urinvägar	1
Urininkontinens	1
Utredning och behandling	2
Tidigare forskning	3
Teoretisk referensram.....	4
PROBLEMFÖRMULERING.....	5
SYFTE	6
METOD	6
Design	6
Urval	6
Datainsamlingsmetod	6
Dataanalys.....	8
RESULTAT	10
Begränsningar	10
Skam	11
Ovilja till att söka vård	12
Anpassning	13
Möten med vården.....	14
DISKUSSION.....	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion	18
SLUTSATS.....	20
KLINISK BETYDELSE.....	21
FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING.....	21
BILAGOR.....	26

INLEDNING

Under vår verksamhetsförlagda utbildning träffade vi kvinnor som delade med sig av sina erfarenheter av att leva med urininkontinens. De berättade att tillståndet skapade olika hinder i det vardagliga livet samt gav upphov till känslor som nedstämdhet och ångest.

Urininkontinens upplevdes som ett genant problem vilket gjorde att kvinnorna sällan talade om det med vårdpersonalen. Mötet med dessa kvinnor väckte ett intresse för hur livet med urininkontinens upplevdes samt varför det var ett känsligt samtalsämne. Denna litteraturstudie kan bidra till ökad förståelse för tillståndet ur kvinnornas egna perspektiv, vilket kan vara till hjälp för yrkesverksamma sjuksköterskor och förbättra omvårdnaden av dessa patienter.

BAKGRUND

Urininkontinens

Urininkontinens är en utbredd folksjukdom och globalt lider cirka 50 miljoner människor av detta (Socialstyrelsen, 2012). I Sverige är ungefär 500 000 människor drabbade varav dubbelt så många kvinnor som män och prevalensen ökar med stigande ålder (Kang, Philips & Kim, 2010). Urininkontinens kan ses som ett kliniskt tecken, tillstånd, symtom eller sjukdom (SBU, 2000). Definitionen av urininkontinens är ofrivillig urinutsöndring (<http://www.icsoffice.org>). Huvudtillstånden är stressinkontinens, trängningsinkontinens och blandinkontinens (Howard & Steggall, 2010). Stressinkontinens är den vanligaste inkontinensformen och karaktäriseras av en försvagad bäckenbottenmuskulatur. Trängningsinkontinens är då kvinnan har en överaktiv blåsa vilket ger plötsliga behov av miktion. Blandinkontinens är en blandning av stress- och trängningsinkontinens.

Kroppens urinvägar består av njurar, urinledare, urinrör och urinblåsa (Steen, 2013). Det ryms ca 300-400 ml urin i urinblåsan när det parasympatiska nervsystemet signalerar att det är dags för tömning. Urinen töms via urinröret som sträcker sig från urinblåsehalsen till urinmyningen. Urinröret hos kvinnor är cirka fyra centimeter långt och har både en cirkelformad intern och extern sfinkter. Den interna sfinktern är autonom medan den externa är viljestyrd och vid miktion töms urinblåsan genom att sfinktrarna relaxerar och urinröret öppnar sig (Nazarko, 2013).

När människan åldras ökar den fibrotiska vävnaden i urinblåsan, vilket leder till minskad elasticitet (Nazarko, 2013). Muskulaturen i blåsan får svårare att kontrahera, vilket gör att en ökad mängd urin blir kvar i blåsan efter tömning. Brist på könshormonet östrogen påverkar urinröret vilket gör att vävnaden blir tunnare och får en minskad förslutningskapacitet. Nazarko förklarar att dessa faktorer ökar risken för att drabbas av tillståndet.

Ytterligare en stor riskfaktor hos kvinnor för att drabbas är genomgången vaginal förlossning (Bray, Van Sell & Miller-Andersson, 2007). Under graviditeten ökar utsöndringen av progesteronhormon vilket leder till att ligament och muskulatur relaxeras. Detta skapar uttöjning av bäckenbottenmuskulaturen vilket i kombination med förlossningsskador kan leda till urininkontinens.

Utredning och behandling

En noggrann utredning av urinkontinens bör utföras för att ta reda på bakomliggande orsaker samt inkontinensstyp (Rantell & Vosloo, 2008). Detta sker genom gynekologisk undersökning och anamnes. Anamnesen innefattar patientens tidigare neurologiska, gynekologiska och kirurgiska sjukdomar. Patientens symtombild bör även uppmärksammas med specifika frågor om när och hur symtomen uppstår (Steen, 2013). Efter utredning väljs en individanpassad behandlingsmetod (Rantell & Vosloo, 2008). Konservativa behandlingsmetoder föredras framför farmakologiska och kirurgiska på grund av färre biverkningar. Konservativa behandlingsmetoder är exempelvis livsstilsförändringar, blåsträning och bäckenbottenträning. Exempel på livsstilsförändringar är tobaksavvänjning (då tobak har en urindrivande effekt) och viktnedgång (Bray et al., 2007). Farmakologisk behandling är exempelvis antikolinergika, behandling med östrogenhormon samt duloxetin (Statens beredning för medicinsk utvärdering, [SBU], 2013). Duloxetin är ett antidepressivt läkemedel som har visat sig kunna påverka tonus i urinrörets muskulatur. Farmakologisk behandling används vanligen i kombination med annan behandling (SBU, 2000). En vanlig och effektiv kirurgisk metod för behandling av urininkontinens är intravaginal slyngplastik där ett plastnätband läggs in under urinröret som stöd (SBU, 2013).

Inkontinensskydd finns som alternativ eller komplement till behandling av urininkontinens. Inkontinensskydd hjälper kvinnor att upprätthålla en god intimhygien för att undvika svamp- och urinvägsinfektion. Tillgängliga skydd är absorberande skydd såsom bindor, blöjor och lakanskydd.

Tidigare forskning

Leroy och Lopez (2012) beskriver urininkontinensens negativa effekt på de olika livsaspekterna. Studien visar att urininkontinens påverkar kvinnors psykiska hälsa samt försämrar förmågan till fysisk aktivitet. De livsaspekter som främst påverkas är det vardagliga livet och känslolivet. Heidrich och Wells (2004) förklarar att även den subjektiva hälsan påverkas av urininkontinens då tillståndet orsakar minskat självförtroende samt försämrar relationer till andra människor. Heintz, DeMucha, Deguzman och Softa (2013) beskriver i sin studie att kvinnor känner sig nedstämda och ångestfyllda på grund av de problem som urininkontinens medför.

I Hannestad, Rortveit och Hunskaar (2002) studie förklaras att de flesta kvinnor inte söker vård för urininkontinens och av de kvinnor som uppvisar symtom söker endast 26 procent vård. De kvinnor som söker vård är oftast äldre och har mer frekventa urinläckage. När kvinnor söker vård ignorerar ofta vårdare kvinnors klagomål över tillståndet och undviker samtalsämnet, vilket bidrar till en ökad stress hos kvinnor (Heintz et al., 2013). Vårdare negligerar urininkontinensens betydelse vilket kan bero på bristande kunskap. Ehlman et al. (2012) belyser i sin studie att många sjuksköterskor har bristande kunskap om tillståndets uppkomst då de tror att urininkontinens uppkommer som en naturlig följd av åldrandet och inte inser att ålder endast är en riskfaktor för uppkomst.

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning framhålls att patientens lidande bör uppmärksammas och lindras genom adekvata åtgärder. (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan bör även informera och undervisa patienter samt uppmärksamma de som inte själva uttrycker ett informationsbehov. Det är av stor vikt att patienter med urininkontinens uppmärksammas och erhåller behandling i god tid då fördröjning av behandling kan leda till en förvärring av symtombilden (Kang, Philips & Kim, 2010). Sjuksköterskor som vårdar patienter med urininkontinens finns främst inom primär- och äldreomsorg (SBU, 2000).

Teoretisk referensram

Begreppet patient betyder den lidande människan, den som uthärdar någonting beskriver Eriksson (1994) i sin vårdteori. Lidande är något som allmänheten uppfattar som något ont men i realiteten är det en kamp mellan det goda och onda i människans liv. I det onda lidandet upplever människan sin livssituation som hopplös och maktlös. I det goda lidandet har människan dock lyckats finna en mening i lidandet vilket leder till ökad livsglädje. Varje människa upplever lidandets kamp på ett unikt sätt. Människan kämpar för att bli kvitt känslor av förnedring och skam och strävar mot någonting bättre. Eriksson förklarar att lidandet är en del av livet men ingenting som bör eftersträvas då lidandet är en kränkning av värdigheten. Människor kan både fördöma sig själva och känna att de blir fördömda av omgivningen på grund av sitt lidande. Det kan bli outhärdligt och för att uthärda behöver människan finna en mening i lidandet. Här kan människan finna en tröst i att bli sedd i sitt lidande och få sitt människovärde bekräftat av andra. När livssituationen upplevs som meningsfull förändras inställningen till lidandet trots att de faktiska omständigheterna inte ändrats. Först då kan lidandet förvandlas till något positivt och människan försonas med sig själv och sitt lidande. Eriksson beskriver lidandet utifrån tre begrepp: sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande.

Sjukdomslidande

Sjukdomslidande är det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling (Eriksson, 1994). Sjukdomslidandet kan beskrivas med begreppen; kroppslig smärta samt själsligt och andligt lidande. Kroppslig smärta orsakas av sjukdom eller behandling och fokusera till en bestämd del av kroppen men upplevs ofta som en helhet. Upplevelser av skam, förnedring eller skuld i relation till sjukdom och behandling skapar ett själsligt och andligt lidande. Skam är en känsla hos individen som uppkommer då människan gestaltas som något mindre och sämre än hon själv tänkt och hoppats på. Förnedring är en sorts skam som upplevs i förhållande till andra människor. Upplevelsen av skam och förnedring kan förstärkas inom vissa delar av vården exempelvis inom gynekologi där patienten upplever ett intrång på de mest intima områdena av kroppen. Sjukdomslidande är även känslan av skuld som uppkommer då människan tror att hon överträtt vissa gränser. Känslan kan uppstå då patienten tror att hon själv orsakat lidandet genom en ohälsosam livsstil (Eriksson, 1994).

Vårdlidande

Vårdlidande är det lidandet som upplevs i relation till vårdsituationen (Eriksson, 1994).

Kränkning av patientens värdighet är den vanligaste formen av vårdlidande.

Vid kränkning förminskas patientens människovärde och denne fråntas möjligheten att fullt ut vara människa. Alla människor har ett egenvärde med skilda uppfattningar om sin egen värdighet. Värdigheten upprätthålls då människan blir tagen på allvar och hennes upplevelser betraktas som sanna. Kränkning av värdigheten sker då patienten inte bekräftas eller ges utrymme i vårdsituationen. Vårdarens uppgift är att förhindra att kränkning uppstår speciellt vid vårdåtgärder som berör personliga frågor och intima kropps-zoner. Vårdaren kan själv kränka patienten genom att exempelvis nonchalera vid tilltal. Detta är ett sätt att missbruka makt då patienten alltid är i ett underläge gentemot vårdaren. Maktutövningen orsakar vårdlidande hos patienten då patienten inte tas på allvar och en känsla av maktlöshet uppstår. Maktutövning är exempel på vård som inte utgår från en vårdande dimension, så kallad icke-vård. Icke-vård uppstår ofta då grundhållningen om vårdmotivet är felaktigt hos vårdaren. När vårdaren istället har en oförmåga att upptäcka patientens vårdbehov är det så kallad utebliven vård vilket Eriksson beskriver som slarv eller vanvård. Utebliven vård och icke-vård skapar ett livsinskränkande vårdlidande för patienten.

Livslidande

Livslidande är det lidande människan upplever i relation till livet förklarar Eriksson (1994). Det är det lidande som uppstår när sjukdomen påverkar hela livssituationen och relationen till andra människor. Livslidandet kan beskrivas med två centrala teman: att förintas och att ge upp. Hotet om att förintas innebär en rädsla för att dö och att inte veta när man ska dö. Det kan även innebära förintelse av den gamla identiteten och att människan inte har hunnit anpassa sig till det nya meningssammanhanget. Att människan ger upp innebär att hon slutar kämpa för sitt liv och inte längre finner någon mening med livet, förklarar Eriksson. Livssituationen upplevs då som hopplös och människan känner sig värdelös,

PROBLEMFÖRMULERING

Urininkontinens är en vanlig konsekvens av åldrande och genomgången vaginal förlossning hos kvinnor. Den orsakar hinder i vardagen, försämrar förmågan till fysisk aktivitet samt har en negativ effekt på den psykiska hälsan. För att hjälpa patienten att uppnå ett tillstånd av kroppsligt och andligt välbefinnande krävs vård som strävar mot att lindra patientens lidande.

Många kvinnor söker inte vård för urininkontinens trots problemen det skapar i vardagen. Kunskap om kvinnors upplevda erfarenheter av att leva med urininkontinens kan bidra till insikt om varför kvinnor inte söker vård och hur de kan uppmärksammas för att få rätt hjälp och behandling.

SYFTE

Att beskriva kvinnors erfarenheter av att leva med urinkontinens.

METOD

Design

Allmän litteraturstudie som baserats på vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats där kvinnors erfarenheter av urinkontinens var beskrivna. Vid problemområden där människors erfarenheter och upplevelser är i fokus rekommenderas en litteraturöversikt med analys av berättelser som metod (Friberg, 2012a). Denna design valdes då målet var att fånga kvinnors subjektiva upplevelser och erfarenheter.

Urval

Inklusionskriterier för artiklarna var att de skulle ha en kvalitativ ansats, vara skrivna på engelska och ur patientperspektiv samt publicerade mellan år 2004-2014. De skulle även vara etiskt granskade/ ha ett etiskt resonemang samt vara peer-reviewed. Kvaliteten på artiklarna bedömdes enligt Fribergs (2012b) granskningsmall (*Bilaga 2*). Exklusionskriterier var artiklar med kvantitativ ansats och de artiklar som beskrev mäns erfarenheter av att leva med sjukdomen. Artiklar som endast var medicinskt inriktade exkluderades.

Datansamlingsmetod

Datansamlingen initierades med en bred databassökning via sökmotorn EBSCO Discovery Service för att få fram artiklar som svarade på litteraturstudiens syfte. Sökordet "*urinary incontinence*" användes i denna sökning. Då mängden träffar blev för stor lades sökord till med den booleska operatorn AND, se *Tabell 1*. Booleska sökoperatorn AND användes för att kombinera sökord och begränsa sökningen till ett avgränsat område i enlighet med Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Sökorden var: "*urinary incontinence*", *female**, *quality of life*, *wom** och *interview**.

En sökning utfördes även i databasen PubMed och där användes sökorden: "*urinary incontinence*", *wom** och *qualitative**. Sökningarna begränsades genom urvalskriterierna samt genom att använda "*urinary incontinence*" som enda ämnesord (*Subject Terms*) samt *full text*. Citationstecken användes för att hålla ihop fraser och trunkering användes för att söka på ord med samma rot i enlighet med Karlsson (2012).

Använda sökord var vedertagna MeSH-termer vilket kontrollerades via Karolinska Institutets hemsida (<http://mesh.kib.ki.se>). Sökordet *quality of life* valdes då tidigare forskning visat att urininkontinens påverkar flera olika livsaspekter. För att finna artiklar som belyste de kvinnliga erfarenheterna valdes sökorden *female**, *wom**, *interview** och *qualitative*.

Vid databassökningarna lästes samtliga artikeltitlar för att bedöma om de överensstämde med litteraturstudiens syfte. Sedan lästes abstract på de artiklar som svarade på syftet. En del av artiklarna exkluderades då de beskriver både mäns och kvinnors erfarenheter av att leva med tillståndet och kvinnors erfarenheter inte gick att urskilja. Andra exkluderades då de beskrev urininkontinens från sjukvårdens perspektiv, var medicinskt inriktade eller hade kvantitativ ansats. De kvarvarande artiklarna genomlästes i sin helhet. Under genomläsningen framkom att en del av artiklarna var litteraturoversikter eller innefattade både kvantitativ och kvalitativ metod och artiklarna exkluderades följaktligen. Efter genomläsningen granskades de elva artiklar som återstod för att säkerställa relevansen hos dessa. Granskningen utfördes gemensamt utifrån Fribergs (2012b) granskningsmall, se *Bilaga 2*, av litteraturstudiens författare vilket enligt Karlsson (2012) ökar litteraturstudiens trovärdighet. En artikel exkluderades på grund av ofullständig metodbeskrivning och de tio artiklar som framställs i resultatet kvarstod.

Tabell 1. Databassökningar i EBSCO Discovery Service och PubMed.

Sökmotor/ Databas	Datum för sökning	Sökning	Sökord	Antal träffar/antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Inkluderade artiklar
EBSCO Discovery Service	2014-02- 10	1	<i>"urinary incontinence" AND female* AND quality of life</i>	603	51	11	7 (2, 3,4,5,6,7,10)
EBSCO Discovery Service	2014-02- 10	2	<i>"urinary incontinence" AND wom* AND interview*</i>	259	11	5	1 (1)
PubMed	2014-02- 11	3	<i>"urinary incontinence" AND wom* AND qualitative*</i>	15	4	2	2 (8,9)

Dataanalys

Analysen av artiklarna genomfördes individuellt och gemensamt med hjälp av en analysmetod inspirerad av Friberg (2012a). Inledningsvis lästes alla artiklar upprepade gånger individuellt för att skapa en överblick, helikopterperspektiv, och således få en grundläggande känsla för studiernas innehåll. Sedan studerades artiklarnas struktur, datainsamlingsmetod, analysmetod och resultat vilket presenteras i en tabell (*Bilaga 1*). Ur resultatdelen i artiklarna urskiljdes sedan meningsbärande termer och ord och plockades ut i varje studie för att identifiera underliggande mönster. Fynden skrevs ner på papperslappar vilket skapade en översikt över insamlat material. Analysfynden diskuterades sedan mellan litteraturstudiens författare och verifierades med studiens syfte i ständigt beaktande. Därefter namngavs analysfynden gemensamt för att skapa ett rättvist representerat resultat. Fynden delades upp i högar, där skillnader och likheter mellan artiklarna framkom. Sedan utfördes en temaindelning där analysfynd med liknande innebörd fördes samman. Analysen resulterade slutligen i fem teman där kvinnors erfarenheter beskrivs: *begränsningar, skam, ovilja till att söka vård, anpassning samt vårderfarenheter (Tabell 2)*.

Tabell 2. Resultatmatris

Temat:	Begränsningar	Skam	Ovilja till att söka vård	Anpassning	Vårderfarenheter
Artiklar:					
1. Andersson, G., Johansson, J., Nilsson, K. (2009)	X	X		X	X
2. Zeznock, D., Gilje, F., & Bradway, C. (2009)	X		X		X
3. Komorowski, L., & Chen, B. (2006)	X	X	X	X	X
4. MacDonald, C., & Butler, L. (2007)	X	X		X	X
5. Hägglund, D., & Wadensten, B. (2007)	X	X	X	X	X
6. Hägglund, D., & Ahlström, G. (2007)	X	X		X	X
7. Andersson, G., Johansson, J., Nilsson, K. (2008)		X	X	X	X
8. van den Muijsenbergh, M., & Lagro-Janssen, T. (2006)	X	X		X	X
9. Doshani, A., Pitchforth, E., Mayne, C., & Tincello, D. (2007)			X	X	X
10. Bradway, C. (2005)		X	X	X	

ETISKA ASPEKTER

Östlundh (2012) förklarar att datainsamling och tolkning av data kan försvåras då författarna inte har engelska som modersmål. För att undvika feltolkningar i resultatet och säkerhetsställa noggrannheten har engelskt lexikon använts kontinuerligt. Vidare har ett källkritiskt synsätt tillämpats kring urvalet av artiklar. Försiktighet har även tillämpats vid tolkning av data så förvrängning eller misstolkning inte sker. Helsingforsdeklarationen framhåller att den medicinska forskningen är underordnad de etiska normer som är till för att främja respekten för människor samt skydda deras hälsa och rättigheter (Milton, 2002).

RESULTAT

Resultatet presenteras i fem teman (*Tabell 2*): *begränsningar, skam, ovilja till att söka vård, anpassning* samt *vårderfarenheter*.

Begränsningar

Kvinnorna kände sig begränsade av urininkontinens i vardagen (Andersson et al., 2009; Hägglund & Ahlström, 2007; Hägglund & Wadensten, 2007; MacDonald & Butler, 2007; Komorowski & Chen, 2006). De behövde ständig tillgång till en toalett vilket skapade hinder i det vardagliga och sociala livet (Andersson et al., 2009; Zeznock et al., 2009).

Well, when it comes to just pours; everything comes. Sometimes when you're travelling it isn't possible to get to a toilet. If there isn't a toilet I wet myself and then I have to change when I get home. You know it isn't just when I laugh; it doesn't matter where I am, if I have to urinate then I have to get to a toilet, otherwise it leaks. (Andersson et al., 2009, s. 299)

Kvinnorna valde medvetet att avstå från vissa fysiska aktiviteter samt undvek att åka iväg på resor då det kände oro för plötsliga urinläckage (Andersson et al., 2009; Hägglund & Ahlström, 2007; Komorowski & Chen, 2006). De berättade hur urininkontinensen begränsade förmågan till att delta i aktiviteter som innefattade att lyfta, hoppa eller springa. De försökte även låta bli att skratta och tänkte på att stå med benen ihop för att minska risken för urinläckage (Komorowski & Chen, 2006; Hägglund & Ahlström, 2007).

Urininkontinens hade en negativ påverkan på kvinnornas sexualliv (Komorowski & Chen, 2006; Hägglund & Wadensten, 2007). Tillståndet ledde till att den sexuella spontaniteten försvann och därmed även glädjen med sex:

I'm beginning to feel the need to do something about the bladder control problem. It's becoming more and more of a hindrance. Intimate relations with my husband don't feel fresh unless they are planned and that's not fun, it's not spontaneous. (Hägglund & Wadensten, 2007, s. 308)

Kvinnornas partners verkade inte märkbart besvärade av läckagen medan kvinnorna upplevde sjukdomstillståndet som ett hinder i den sexuella relationen då känslan av ofräschet ständigt var närvarande. För kvinnorna var ett fungerande sexliv viktigt för känslan av hälsa och välbefinnande (Hägglund & Wadensten, 2007).

Urininkontinens påverkade även de religiösa kvinnornas förmåga att utöva sin tro (Komorowski & Chen, 2006; van den Muijsenbergh & Lagro-Janssen, 2006). En kvinna berättade hur urinläckagen hindrade henne från att klättra upp i de heliga bergen för att besöka buddhisttemplen (Komorowski & Chen, 2006). Andra berättade hur urininkontinensen påverkade de muslimska bönesessionerna (van den Muijsenbergh & Lagro-Janssen, 2006). De berättade att de bad flera gånger per dag och att den troende bör vara ”ren” inför en bönesession. Tidigare räckte det med att kvinnorna genomgick endast en ceremoniell rening per dag men på grund av urinläckage var de nu tvungna att genomföra proceduren inför varje enskild bönesession:

I can't go to the mosque and pray straight away any more. I can't guarantee that after ablution I will retain the state of purity. Having to wash myself five to seven times a day is really starting to get me down. Sometimes I can't pray because there is nowhere I can wash. (van den Muijsenbergh & Lagro-Janssen, 2006, s. 946)

Skam

Kvinnorna upplevde urininkontinens som skamfullt då det inte betraktades som något socialt accepterat (Andersson et al., 2008; Hägglund & Ahlström, 2007; Hägglund & Wadensten, 2007; MacDonald & Butler). Urininkontinens fick kvinnor att känna sig mindervärdiga och läckagen väckte minnen av sängvätning från barndomen ”When the urine flows, I'm thinking, it's crazy; it's like return into childhood...” (Andersson et al., 2008, s.118). Skammen skapade en negativ självbild hos kvinnorna (MacDonald & Butler, 2007). En kvinna beskriver ”... I was so embarrassed, I wet myself, I never done that ...” (Bradway, 2005, s.341). Känslan förstärktes av att kvinnor skuldbelade sig själva för att de drabbats av urininkontinens ”After delivery I didn't stay in bed. I did housework. This might have caused it” (Komorowski & Chen, 2006, s.176).

Då skammen förstärktes vid sociala situationer undvek kvinnorna umgänge med andra människor (Hägglund & Ahlström, 2007; Hägglund & Wadensten, 2007; Komorowski & Chen, 2006; MacDonald & Butler). Rädslan för att ingen skulle förstå gav upphov till känslor av isolering och ensamhet ”Others do not understand this disease. They do not consider me to be sick because I look fine” (Komorowski & Chen, 2006, s. 177).

För en del av kvinnorna var urininkontinens så skamfyllt att det doldes även för familjemedlemmar (Andersson et al., 2009; Hägglund & Ahlström, 2007; van den Muijsenbergh & Lagro-Janssen, 2006). Skamkänslan skapade således en känslomässig distans även från de närmsta i kvinnornas liv.

Ovilja till att söka vård

Rädslan för förnedring var en vanlig anledning till att kvinnorna inte sökte vård (Doshani et al., 2007; Komorowski & Chen, 2006; Hägglund & Wadensten, 2007). Urininkontinens var ett intimt och privat problem som kvinnorna ogärna talade om:

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)

Många av kvinnorna ansåg inte att tillståndet var ett legitimt problem att söka vård för och trodde att det var något de kunde hantera på egen hand (Andersson et al., 2008; Bradway, 2005; Hägglund & Wadensten, 2007; Zeznock et al., 2009).

I think about getting help every day but I keep putting it off all the time. It is hard getting a replacement for me at work. I don't ask for help, it somehow feels wrong that someone should have to do my job too. A person wants to be able to manage by them self, right? If I have an operation to fix the bladder problem I'd have to be off work six weeks. That would be a problem at work; A person has to think about that too. (Hägglund & Wadensten, 2007, s. 309)

Kvinnorna med andra sjukdomar prioriterade att söka vård för dessa då de ansågs vara allvarligare än urininkontinens (Andersson et al., 2008; Doshani et al., 2007). En kvinna berättar:

The problem is that there is more than one problem, like heart and diabetes, so there are many problems and this may not be so important. When we get older diseases engulf us, so there is little we can do. (Doshani et al., 2007, s. 588)

För en del av kvinnorna var tidigare negativa vårderfarenheter anledningen till att de inte sökte vård, (Andersson et al., 2008; Komorowski & Chen, 2006)” Then I tried to get help at my primary health care center, and I think in the end they thought I was a hypochondriac because they never found any bacteria. But still my problems were just as great” (Andersson et al., 2008, s.119).

Anpassning

En del av kvinnorna var osäkra på anledningen till att de drabbats av urininkontinens (Andersson et al., 2008; Andersson et al., 2009; Doshani et al., 2007; Hägglund & Ahlström, 2007; Komorowski & Chen, 2006). Andra trodde att orsaken var en naturlig konsekvens av förlossning eller en del av det naturliga åldrandet. Kvinnorna betraktade inte läckagen som symtom av patologisk karaktär utan som någonting mer naturligt (Doshani et al., 2007). Följaktligen normaliserades urininkontinensen och blev lättare att acceptera (Hägglund & Ahlström, 2007). De lärde sig anpassa livet efter problemets oförutsägbara natur och med tiden blev urininkontinens något de kunde leva med: “I’ve gone through menstruation, had children and learned to live with this during my life. So that’s made me feel secure, and I think... this is also a part of life” (Andersson et al., 2008, s.118). Religiösa kvinnor hade även tron att urininkontinens var en del av deras förutbestämda öde: ” It has nothing to do with shame. Some things we receive from Allah, and I am not going to feel ashamed about them” (van den Muijsenbergh & Lagro-Janssen, 2006, s. 947).

Kvinnorna fann sätt att hantera de hinder som urininkontinens skapade i vardagen (Hägglund & Wadensten, 2007; Komorowski & Chen, 2006; MacDonald & Butler, 2007). De inkluderade urininkontinens i de dagliga rutinerna för att bibehålla känslan av kontroll och självförtroende (MacDonald & Butler, 2007). Genom att planera sin vardag förhindrade kvinnorna att de blev blöta på grund av plötsliga urinläckage (Hägglund & Ahlström, 2007). Inkontinensskydd användes regelbundet för att skapa en känsla av trygghet och kvinnorna såg alltid till att ha med sig extra skydd och rena underkläder när de lämnade hemmet (van den Muijsenbergh & Lagro-Janssen, 2006). För att hålla läckagen under kontroll användes strategier som att dricka mindre, frekventa toalettbesök och snabb lokalisering av toaletter på främmande platser (Andersson et al., 2008; Komorowski & Chen, 2006). Att lyssna på sin kropp skapade god kännedom om när läckagen uppstod (Andersson et al., 2008).

Urininkontinens betraktades som ett begränsande problem men minimerades då andra saker i livet ansågs vara viktigare att fokusera på (Hägglund & Wadensten, 2007; Bradway 2005).

I think a person doesn't have the time: there is always something else that has to go first in some way; children, family and husband. I think it's a complex problem. It's all about inheritance and all, it's something that runs deep that you have to find out about. (Hägglund & Wadensten, 2007, s. 309)

Förståelse och gemenskap söktes hos andra med urininkontinens då de befann sig i samma utsatta situation och erfarenheter kunde utbytas sinsemellan (Andersson et al., 2008). Således kunde kvinnorna även ta lärdom av hur andra hanterade problemet.

Möten med vården

Kvinnorna som sökt vård för urininkontinens hade erfarenheter av att inte bli lyssnade på och tagna på allvar (Andersson et al., 2008; van den Muijsenbergh & Lagro-Janssen, 2006).

En vanlig erfarenhet var att inte få tillräcklig hjälp (Doshani et al., 2007; Komorowski & Chen, 2006; MacDonald & Butler, 2007; Zeznock et al., 2009). Kvinnorna upplevde skamkänslor då de behövde tala om sitt intima problem med någon av motsatt kön och många föredrog kvinnliga vårdare (Andersson et al., 2009; Doshani et al., 2007; van den Muijsenbergh & Lagro-Janssen, 2006;) ”I think having a female makes it easier to talk about your personal problems especially those down below, because it's embarrassing” (Doshani et al., 2007, s.589). Denna preferens fanns dock främst bland äldre kvinnor då yngre kvinnor inte kände samma skam inför manliga vårdare (Andersson et al., 2009).

Vårdmötet försvårades för kvinnor med begränsade språkkunskaper då det var svårt att göra sig förstådd och missförstånd lätt kunde uppstå (Andersson et al., 2009; Doshani et al., 2007; van den Muijsenbergh & Lagro-Janssen, 2006). Vid behov av tolk föredrog kvinnor en betrodd familjemedlem istället för en okänd tolk på grund av rädslan för att tolken kunde vara av motsatt kön eller skulle svika deras förtroende (Andersson et al., 2009; Doshani et al., 2007) ”I wouldn't feel comfortable, again it would be a complete stranger and you end up talking to two people who you don't know. The interpreter may go home and talk about it and they come from the same community” (Doshani et al., 2007, s.589).

Kvinnorna beskrev att vårdare med en positiv och förstående attityd var mer förtroendeingivande än andra vårdare, vilket gjorde det lättare att dela med sig av sina erfarenheter (Hägglund & Wadensten, 2007; MacDonald & Butler, 2007). Trygghet skapades då vårdaren ställde direkta frågor om urininkontinensen (Doshani et al., 2007; Hägglund & Wadensten, 2007).

... 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 questions. (Hägglund & Wadensten, 2007, s. 309)

En del av kvinnorna blev tryggare i vårdmötet då vårdaren hade samma kulturella bakgrund eller religion som de själva (Andersson et al., 2009; Doshani et al., 2007). Kvinnor beskrev känslan av misstro mot vårdare med annan religion ”Down there, we were discriminated against by Muslims. Our sick went to hospitals and came back even worse” (Andersson et al., 2009, s.299). En del av kvinnorna blev positivt överraskade av vårdmötet trots att hjälpen inte alltid var som de förväntat sig (Hägglund & Ahlström, 2007; Zeznock et al., 2009).

At that point, I sought an urologist, and I was very much hoping for a quick fix, and I was upset to find out that I wasn't a candidate for a quick fix and would need a graft and a lot more work...than I had anticipated. I respected the doctor because I think to go through all of that and then have problems, it would have been devastating. My alternative and this works well. It was a little harder in the beginning; it's self-catheterization, and it's really improved my life a lot. (Zeznock et al., 2009, s. 161)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Enligt Henricson (2012) kan begreppen *trovärdighet*, *pålitlighet* och *överförbarhet* användas för metoddiskussion i kvalitativa studier. Då endast kvalitativa studier har analyserats i denna litteraturstudie är dessa begrepp relevanta.

Trovärdighet

Vald design är en allmän litteraturstudie som baserats på artiklar med kvalitativ ansats. Fördelen med litteraturstudier är att översikt fås över det aktuella kunskapsläget inom befintlig forskning (Segesten, 2012b).

Litteraturstudiens data har till skillnad från en empirisk studie inte varit rådata då data redan analyserats och präglats av artikelförfattarnas syfte och tolkning. Då litteraturstudiens syfte var att beskriva kvinnors erfarenheter hade en empirisk studie föredragits då förstahandsanalys av kvinnors narrativ kunnat genomföras.

Inkluderade artiklar var skrivna på engelska vilket Segesten (2012a) beskriver som det officiella vetenskapliga språket. En svaghet är dock att engelska inte är vårt modersmål vilket kompenseras av stor noggrannhet vid översättning. Lexikon användes kontinuerligt och översättningen genomfördes under diskussion. Exklusionskriterier var medicinskt inriktade artiklar. Medicinskt inriktade artiklar utelämnar omvårdnadsperspektivet och är därför inte relevanta för litteraturstudien.

Under datainsamlingen begränsades sökningen inte till en databas utan ett tiotal databaser genomsöktes samtidigt via sökmotorn EBSCO Discovery Service. Vid systematisk litteratursökning räcker det inte med att utföra sökningar i en databas utan strävan bör vara att genomsöka många relevanta databaser för att uppnå en tillfredställande bredd på sökningen (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Vid datainsamlingen användes booleska sökoperatorm AND för att få en hanterbar mängd träffar. Sökoperatorm OR användes således inte då den gav upphov till en ökad mängd träffar då söktermer kombinerade. Följaktligen finns möjligheten att relevanta artiklar för litteraturstudiens syfte föll bort. Vid granskningen av artiklarna användes Fribergs (2012b) granskningsmall. En svaghet med mallen var att frågorna inte kunde besvaras med ja eller nej utan egen tolkning brukades för att bedöma hur väl frågorna besvarades i artiklarna. Granskningsmallen bedömdes dock som relevant för litteraturstudiens syfte och för kvalitativ ansats vilket använts i artiklarna. Granskningen utfördes gemensamt av litteraturstudiens författare vilket ökar litteraturstudiens trovärdighet.

Datainsamlingsmetoder i studierna som använts i resultatet var fokusgrupper och enskilda intervjuer (se *Bilaga 1*). Enligt Forsberg och Wengström (2013) används fokusgrupper för att samla in stor mängd kvalitativ data på ett effektivt sätt. Nackdelen kan dock vara att gruppdynamiken gör att avvikande erfarenheter inte lyfts fram vilket leder till att liknande data erhålls. Intervjuer som är ostrukturerade är med fördel upplagda för fritt berättande av erfarenheter. En nackdel kan dock för stor variation på insamlad data som resulterar i irrelevant data.

Strukturerade- och semistrukturerade intervjuer resulterar med fördel i mer enhetlig data och mindre missförstånd i tolkning av intervjufrågor. Dock kan en svaghet vara att standardiserade frågor leder till försämring av relevans och naturlighet i frågor och svar (ibid).

Pålitlighet

Dataanalysen genomfördes individuellt och gemensamt. Egen förförståelse hanterades således för att uppnå en rättvis analys. Förförståelse beskrivs som de erfarenheter, kunskaper och värderingar författare innehar innan studien påbörjas (Henricson, 2012). Ytterligare en faktor som ökade litteraturstudiens pålitlighet var regelbunden diskussion med och opponering från studiekamrater. Litteraturstudien gynnades av detta då studiekamrater med en annan förförståelse granskade studien för att säkerställa att innehållet var relevant och motiverat.

Överförbarhet

Artiklar inkluderades från olika delar av världen: Sverige, USA, Kina, Nederländerna, Kanada och Storbritannien. Då sjukvården internationellt skiljer sig åt kan litteraturstudiens resultat vara svårt att överföra till svensk sjukvård (Henricson, 2012). USA är ett västerländskt land vars sjukvård skiljer sig från den svenska genom höga sjukvårdskostnader för individen. Detta kan ge upphov till en skillnad i tillgänglighet mellan människor beroende på ekonomisk situation. Skillnad kan även ses mellan svensk och kinesisk sjukvård då traditionell kinesisk medicin används för att behandla urininkontinens i Kina. Därför kan resultat som belyser vårdsökande beteende från dessa länder vara svårt att överföra till svensk sjukvård. Övrigt resultat ansågs dock vara relevant och överförbart.

I tre av studierna beskrivs kvinnliga immigranternas erfarenheter av urininkontinens. Här fångades immigranternas perspektiv vilket ansågs vara relevant för svensk sjukvård då Sveriges befolkning har en stor andel immigranter. I en studie beskrivs muslimska kvinnors erfarenheter av urininkontinens och dess påverkan på livet inklusive påverkan på religiösa riter. Detta ansågs vara relevant för svensk sjukvård då det finns många troende muslimer som lever i Sverige. Resultatet som framkom i dessa studier skilde sig dock inte anmärkningsvärt från övriga studiers resultat.

Resultatdiskussion

Litteraturstudiens syfte har infriats då analysen resulterat i fem teman: *begränsningar, skam, ovilja till att söka vård, anpassning* och *vårderfarenheter* vilka beskriver kvinnors erfarenheter av att leva med urininkontinens. I resultatet framkom att urinläckagen hämmade sexuallivet samt förmågan att utöva den religiösa tron. För att kontrollera urinläckagen planerade kvinnor sina vardagliga aktiviteter så att de anpassades efter problemets oförutsägbara natur.

Urininkontinens gav upphov till känslor av skuld och skam men trots det fanns en ovilja att söka vård då problemet inte ansågs vara legitimt. Tidigare vårderfarenheter var att inte bli tagen på allvar och inte bli lyssnad på. Ett gott bemötande ansågs således vara viktigt för att våga berätta för vårdare om sjukdomen.

Sjukdomslidande

Sjukdomslidande innefattar själsligt och andligt lidande (Eriksson, 1994). Detta lidande uppstår vid upplevelser av skuld, skam och förnedring i relation till sjukdom och behandling.

Litteraturstudiens resultat visar att kvinnor skuldbelade sig själva för uppkomsten av urininkontinens och trodde att det hade ett samband med felaktigt beteende efter genomgången förlossning. Ashworth och Hagan (1993) beskriver att detta var en vanlig missuppfattning och att skuldkänslan medförde en föreställning om att de inte förtjänade någon sympati från omgivningen. Eriksson (1994) förklarar att skuld uppkommer då människan tror att en ohälsosam livsstil orsakat sjukdomen. Skuld är ett själsligt lidande som i likhet med skam uppstår då människan gestaltas som något mindre än hon själv hoppats på. I resultatet framkommer att skamkänslorna som urininkontinens medförde fick kvinnor att känna sig mindervärdiga. Kvinnors självbild påverkades således negativt av tillståndet (Bradway & Strumpf, 2008; Heidrich & Wells, 2004; Heintz et al., 2013). Den negativa självbilden uppstod exempelvis då sexlivet förändrades och för cirka hälften av kvinnorna hämmades den sexuella funktionen (Lim, 2013; Mason, Glenn, Walton & Appleton, 1999). Enligt resultatet kände kvinnor sig ofräscha vid urinläckage vilket orsakade minskad spontanitet vid sex. Detta överensstämmer med Nilsson, Lalos, Lindkvist och Lalos (2011) beskrivning av att urinläckage fick kvinnor att känna sig oattraktiva och således förstörde den sexuella upplevelsen.

Många kvinnor föredrog att hantera problemet själva och sökte inte vård för urininkontinensen (Shaw, 2000). Urininkontinens betraktades nämligen inte som ett sjukdomstillstånd utan som en normal del i åldrandet.

Ehlman et. al. (2012) beskriver att denna missuppfattning delades av många sjuksköterskor. Litteraturstudiens resultat visar att urininkontinens inte betraktades som ett legitimt problem att söka vård för vilket styrks av Hannestad, Rortveit och Hunskaars (2002) studie som beskriver att endast en fjärdedel av kvinnor med urininkontinens sökte hjälp för problemet. Bradway och Strumpf (2008) förklarar att de vårdsökande kvinnorna var äldre samt hade en relativt god allmän hälsa. Detta kan härledas till resultatet som visar att kvinnor med andra sjukdomar prioriterade dessa framför urininkontinensen vid vårdsökande.

Vårdlidande

Vårdlidande är det lidande som upplevs i relation till vårdsituationen (Eriksson, 1994). En vanlig form av vårdlidande är kränkning av patientens värdighet som kan ske då patienten inte bekräftas eller ges utrymme i vårdsituationen. I litteraturstudiens resultat beskrivs kvinnors erfarenheter av att inte bli tagna på allvar och att de kände att hjälpen vid vårdkontakt inte var tillräcklig. Heintz et al. (2013) belyser att många vårdare ignorerade kvinnors klagomål om urininkontinens och undvek samtalsämnet. Då vårdaren inte sett till patientens vårdbehov beskrivs detta som utebliven vård enligt Eriksson (1994). Resultatet visar även att kvinnor föredrog vårdare med en positiv och förstående attityd då det hjälpte kvinnorna att våga tala om sin urininkontinens. Thompson och Smiths (2002) studie överensstämmer med fyndet då de förklarar att sjuksköterskor bör försöka skapa en förtroendeingivande atmosfär vid mötet med dessa kvinnor. Sjuksköterskor bör även uppmärksamma tecken på låg självkänsla, social isolering och depression då kvinnors psykiska hälsa är försämrad vid urininkontinens (Leroy & Lopez, 2012; Thompson & Smith, 2002). Att uppmärksamma dessa tecken kan utifrån Eriksson (1994) beskrivas som ett sätt att bekräfta patienten och se henne i sitt lidande.

Livslidande

Livslidande är då människan upplever lidande i relation till livet (Erikssons, 1994). Det är det lidande som uppstår när sjukdomen påverkar hela livssituationen samt relationen till andra människor. Lidandet kan innebära förintelse av den gamla identiteten vilket ses i litteraturstudiens resultat som visar att urininkontinensen fick kvinnor att känna sig otillräckliga då förmågan att delta i vardagliga aktiviteter och religiösa bönesessioner försämrades. Detta kan härledas till Erikssons (1994) förklaring om att svårigheter med anpassning till en ny livssituation kan få människan att känna sig värdelös.

Litteraturstudiens resultat visar att en del kvinnor hade funnit sätt att anpassa sig till livet med urininkontinens genom planering av det vardagliga livet för att undvika läckage. Kvinnor förminskade urininkontinensens betydelse och lät det inte bli ett problem (Ashworth & Hagans., 1993; Mason et al., 1999). Dessa strategier återfinns i Shaws (2008) studie där det beskrivs hur kvinnor använder coping för att kunna lösa problemet på egen hand och således inte behöva uppsöka vård. Copingstrategierna var exempelvis begränsning av vätskeintag, användning av inkontinenshjälpmedel samt frekventa toalettbesök vilket överensstämmer med litteraturstudiens resultat.

Largo - Janssen, Smits och van Weel (1990) visar dock ett motsatt fynd om att urininkontinens inte begränsade kvinnor i det vardagliga livet och att de inte kände oro över läckagen. Urininkontinens upplevdes inte som ett problem och således kunde kvinnor delta i vardagliga aktiviteter och upprätthålla sina sociala relationer. Detta kan förklaras med Erikssons (1994) teori om att människan ständigt strävar efter att finna mening i sitt lidande. Kvinnor med urininkontinens sökte, enligt resultatet, gemenskap hos kvinnor med samma sjukdom vilket var ett sätt att finna mening i tillvaron. I lidandets ständiga kamp använder människan meningsskapande strategier för att försöka uppnå försoning med sig själv och sitt lidande (Eriksson, 1994).

SLUTSATS

Urininkontinens orsakar skam- och skuld känslor vilket vårdare bör beakta i mötet med kvinnor som lider av detta. Många sjuksköterskor har begränsad kunskap om urininkontinens ur ett patientperspektiv vilket leder till sämre förståelse för hur tillståndet påverkar kvinnors liv. Bristen på kunskap kan vara en bidragande faktor till att kvinnor ofta negligeras i vårdmötet. Kunskap om erfarenheter om hur det är att leva med urininkontinens krävs således för att förbättra omvårdnaden av dessa patienter. God omvårdnad samt identifiering av dessa kvinnor är av stor vikt då fördröjning av behandling kan leda till en förvärring av symtomen. Då kvinnor med negativa vårderfarenheter ofta känner en ovilja inför att åter söka vård bör vårdmötet tillvaratas för att skapa en positiv uppfattning om sjukvården hos kvinnorna. Vårdmötet bör även tillvaratas för att nå de kvinnor som söker vård för andra sjukdomar än urininkontinens.

När sjuksköterskan ställer direkta frågor om tillståndet visar hon att problemet är legitimt och får patienten att förstå att det är något hon kan få hjälp för och inte behöver hantera på egen hand.

KLINISK BETYDELSE

Att förstå urininkontinens ur ett patientperspektiv hjälper sjuksköterskan att få en helhetsbild över dess påverkan på livet. Insikt i kvinnors levda erfarenheter kan således ge sjuksköterskor kompetensen som krävs för att vårda kvinnorna på ett optimalt sätt. Litteraturstudiens resultat visar att kvinnor vill få direkta frågor om urininkontinens, vilket skulle kunna inkorporeras i vårdmötet genom att frågor om urininkontinens ställs under ankomstsamtalet inom primär- och äldreomsorg. För att få fördjupad kunskap om urininkontinens och dess påverkan på de olika livsaspekterna kan tillgängliga frågeformulär och specialutformade mätinstrument användas. Kvinnorna bör även erbjudas information om stödgrupper med andra kvinnor som har urininkontinens, då litteraturstudiens resultat visar att kvinnor finner gemenskap hos andra som befinner sig i samma situation.

FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING

Förslag på vidare forskning är att beskriva mäns erfarenheter av att leva med urininkontinens, då det kan jämföras med kvinnors erfarenheter och diskuteras utifrån ett genusperspektiv. Ytterligare forskning kan även fokusera på yngre kvinnors erfarenheter av sjukdomen vilket kan bidra till jämförelser mellan kvinnor i olika åldrar. Kvantitativ forskning på nationell nivå kan även utföras för att undersöka det generella kunskapsläget om tillståndet bland kvinnor.

REFERENSER

* = Resultatartiklar

* Andersson, G., Johansson, J., Nilsson, K., & Sahlberg-Blom, E. (2009). Perceptions of urinary incontinence among Syrian Christian women living in Sweden. *Journal Of Transcultural Nursing: Official Journal Of The Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 20(3), 296-303. doi:10.1177/1043659609334850

* Andersson, G., Johansson, J., Nilsson, K., & Sahlberg-Blom, E. (2008). Accepting and adjusting: older women's experiences of living with urinary incontinence. *Urologic Nursing*, 28(2), 115-121. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Ashworth, P., & Hagan, M. (1993). The meaning of incontinence: a qualitative study of non-geriatric urinary incontinence sufferers. *Journal Of Advanced Nursing*, 18(9), 1415-1423. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

* Bradway, C. (2005). Women's narratives of long-term urinary incontinence. *Urologic Nursing*, 25(5), 337-344. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Bradway, C., & Strumpf, N. (2008). Seeking care: women's narratives concerning long-term urinary incontinence. *Urologic Nursing*, 28(2), 123-129. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Bray, B., Van Sell, S., & Miller-Anderson, M. (2007). Stress incontinence: it's no laughing matter. *Rn*, 70(4), 25-29. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

* Doshani, A., Pitchforth, E., Mayne, C., & Tincello, D. (2007). Culturally sensitive continence care: a qualitative study among South Asian Indian women in Leicester. *Family Practice*, 24(6), 585-593. Hämtad från databasen PubMed with Full Text.

Ehlman, K., Wilson, A., Dugger, R., Eggleston, B., Coudret, N., & Mathis, S. (2012). Nursing home staff members' attitudes and knowledge about urinary incontinence: the impact of technology and training. *Urologic Nursing*, 32(4), 205-213. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. (1. uppl.) Stockholm: Liber. ISBN: 91-47-05822-6.

Friberg, F. (2012a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s.121-132). Lund: Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-07323-1.

Friberg, F. (2012b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s.133-143). Lund: Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-07323-1.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (2., [uppdaterade] utg.) Stockholm: Natur & Kultur. ISBN: 978-91-27-10016-9.

Hannestad, Y., Rortveit, G., & Hunskaar, S. (2002). Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT Study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 20(2), 102-107. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Heidrich, S., & Wells, T. (2004). Effects of urinary incontinence: psychological well-being and distress in older community-dwelling women. *Journal Of Gerontological Nursing*, 30(5), 47-54. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Heintz, P., DeMucha, C., Deguzman, M., & Softa, R. (2013). Stigma and microaggressions experienced by older women with urinary incontinence: a literature review. *Urologic Nursing*, 33(6), 299-305.

Henricson, M. (2012). Diskussion I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.471-479). Lund: Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-07135-0.

Howard, F., & Steggall, M. (2010). Urinary incontinence in women: quality of life and help-seeking. *British Journal Of Nursing*, 19(12), 742, 744, 746, 748-749 passim. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

* Hägglund, D., & Ahlström, G. (2007). The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *Journal Of Clinical Nursing*, 16(10), 1946-1954. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

* Hägglund, D., & Wadensten, B. (2007). Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 21(3), 305-312. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Kang, Y., Phillips, L., & Kim, S. (2010). Incontinence quality of life among Korean-American women. *Urologic Nursing*, 30(2), 130. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.95-114). Lund: Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-07135-0.

* Komorowski, L., & Chen, B. (2006). Female urinary incontinence in China: experiences and perspectives. *Health Care For Women International*, 27(2), 169-181. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Lagro-Janssen, T., Smits, A., & Van Weel, C. (1990). Women with urinary incontinence: self-perceived worries and general practitioners' knowledge of problem. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*, 40(337), 331-334.

Leroy, L., & Lopes, M. (2012). Urinary incontinence in the puerperium and its impact on the health-related quality of life. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 20(2), 346-353. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Lim, P. (2013). How incontinence affects sexual health. *Australian & New Zealand Continence Journal*, 19(4), 117-120. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

* MacDonald, C., & Butler, L. (2007). Silent no more: elderly women's stories of living with urinary incontinence in long-term care. *Journal Of Gerontological Nursing*, 33(1), 14-20. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Mason, L., Glenn, S., Walton, I., & Appleton, C. (1999). The experience of stress incontinence after childbirth. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 26(3), 164-171. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

- Milton, A. (2002). Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration: etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor. *Läkartidningen*, volym (11), 1214-1216. Hämtad från <http://www.sls.se/>
- Nazarko, L. (2013). Urinary incontinence: providing respectful, dignified care. *British Journal Of Community Nursing*, 18(2), 58. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.
- Nilsson, M., Lalos, O., Lindkvist, H., & Lalos, A. (2011). How do urinary incontinence and urgency affect women's sexual life?. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 90(6), 621-628. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01120.x
- Polit, D.F & Beck, C.T. (2010). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for nursing Practice* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Rantell, A., & Vosloo, R. (2008). Managing urinary incontinence in women. *Practice Nursing*, 19(5), 235. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.
- Segesten, K. (2012a). Användbara texter. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s.47-57). Lund: Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-07323-1.
- Segesten, K. (2012b). Att välja modell för sitt examensarbete. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s.97-101). Lund: Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-07323-1.
- Shaw, C. (2001). 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(1), 15-24. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.
- Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen. Från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen. (2012, oktober) Urininkontinens - kunskapsunderlag. Hämtad 18 februari, 2014, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/aldreomsorg/Documents/Urinkontinens-kunskapsunderlag-121025.pdf>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2000). *Behandling av urininkontinens: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/urininkontinens_2000/urininkontinens/Urin_kap1.pdf
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2013). *Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/SBU_Urininkontinens_2013_219.pdf
- Steen, M. (2013). Promoting continence in women following childbirth. *Nursing Standard* (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987), 28(1), 49-57. doi:10.7748/ns2013.09.28.1.49.e7510
- Thompson, D., & Smith, D. (2002). Continence nursing: a whole person approach. *Holistic Nursing Practice*, 16(2), 14-31. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

* van den Muijsenbergh, M., & Lagro-Janssen, T. (2006). Urinary incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*, 56(533), 945-949. Hämtad från databasen PubMed with Full Text.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3. rev. uppl.). Lund: Studentlitteratur. ss. 49-102. ISBN: 978-91-44-05644-9

* Zeznock, D., Gilje, F., & Bradway, C. (2009). Living with urinary incontinence: experiences of women from 'The last frontier'. *Urologic Nursing*, 29(3),157. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s.57-79). Lund: Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-07323-1.

BILAGOR

Bilaga I. Artikelmatris

Artikel	Författare/land/år/titel/tidsskrift	Syfte	Metod	Resultat
1.	Andersson, G., Johansson, J., Nilson, K., Sahlberg-Blom, E Sverige (2009) Perceptions of urinary incontinence among Syrian Christian women living in Sweden <i>Journal of transcultural nursing</i>	Att beskriva uppfattningen om urininkontinens hos syrianska kristna kvinnor bosatta i Sverige.	Design: Kvalitativ. Urval: 14 kvinnor. Ålder 30-80 år. Datainsamling: Fokusgrupper, inledande fråga med följande diskussion Analys: Innehållsanalys	Resultatet visade att tre kategorier tog form för att beskriva kvinnornas tankar om UI. Respondenterna vittnade om att UI var ett vanligt och förväntat problem som var hanterbart. Dock var skammen påtaglig hos vissa. Några berättade om kommunikationsproblem med sjukvården.
2.	Zeznock, D., Gilje, F., Bradway, C USA (2009) Living with Urinary Incontinence: Experiences of Women from "The Last Frontier" <i>Urologic Nursing</i>	Att beskriva och utforska kvinnor från Alaskas personliga erfarenheter av att leva med urininkontinens.	Design: Kvalitativ. Urval: 17 kvinnor. Ålder 33-86 år. Datainsamling: Ostrukturerade intervjuer. Analys: Innehållsanalys.	Resultatet presenterade sex kategorier för att beskriva kvinnors erfarenheter av att leva med UI: Att dela med sig av hemligheten, hur de lärt sig att leva med det, oron över att läcka, hur de söker lösningar, hur de känner sig bemötta av sjukvården och hur de löser problemet.
3.	Komorowski, L., Chen, B Kina (2006) Female Urinary Incontinence in China: Experiences and Perspectives <i>Health Care for Women International</i>	Att förstå de erfarenheter och uppfattningar som kinesiska kvinnor som lever med urininkontinens har.	Design: Kvalitativ, Urval: 15 kvinnor. Medelålder 49,9 år. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Fenomenologisk innehållsanalys	Resultatet presenterade fem kategorier för att beskriva kvinnors erfarenheter och perspektiv på UI: Osäkerhet om UI, att skylla på sig själv, den känslomässiga isoleringen samt kvinnors längtan efter bot.
4.	MacDonald, C D., Butler, L Kanada (2007) Silent No More: Elderly Women's Stories of Living with Urinary Incontinence in Long-term Care <i>Journal of Gerontological Nursing</i>	Att utforska äldre kvinnors erfarenheter av urininkontinens under tiden de bor på ett äldreboende.	Design: Kvalitativ Urval: 6 kvinnor Ålder 73-94. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Uppföljningssamtal. Analys: Innehållsanalys.	Resultatet presenterade tre kategorier som förklarade UIs påverkan på kvinnornas liv: Betydelsen av UI för kvinnor inom långtidsvården, UIs fysiska påverkan och kontakten med institutionell kultur inom långtidsvård.

5.	Hägglund, D., Wadensten, B Sverige (2007) Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>	Att belysa vad för betydelse kvinnors levda erfarenheter har vid sökandet av vård för långvarig urininkontinens.	Design: Kvalitativ Urval: 13 kvinnor Ålder 37-52 år. Datainsamling: Individuella intervjuer. Inledande öppen fråga. Analys: Hermeneutisk innehållsanalys	Resultatet visade att tre kategorier tog form för att beskriva hur kvinnors rädsla för att skämmas påverkade deras hjälpsökande beteende: Befinna sig i en utsatt situation, personliga uppfattningar om att söka vård och önskemål om vården.
6.	Hägglund, D., Ahlström, G Sverige (2007) The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Att belysa betydelsen av kvinnors erfarenheter av att leva med urininkontinens	Design: Kvalitativ Urval: 14 kvinnor. Endast kvinnor som sökt vård. Ålder 34-52 år. Datainsamling: Individuella intervjuer. Analys: Hermeneutisk innehållsanalys	Resultatet presenterade två kategorier. I dessa beskrivs hur kvinnorna upplevde sig vara i en sårbar situation och strävan efter anpassning till UI. Det beskrivs hur kvinnor upplevde hjälplöshet men försökte återfå kontroll över sitt liv och acceptera sin livssituation.
7.	Andersson, G., Johansson, J., Nilsson, K., Sahlberg-Blom, E Sverige (2008) Accepting and Adjusting: Older Women's Experiences of Living With Urinary Incontinence. <i>Urologic Nursing</i>	Att beskriva erfarenheter av att leva med urininkontinens bland personer som inte önskar framtida bedömning eller behandling.	Design: Kvalitativ Urval: 11 kvinnor som kontaktat distriktssköterskan för inkontinenshjälpmedel. Ålder 66-89. Datainsamling: Individuella intervjuer. Analys: Fenomenologisk deskriptiv innehållsanalys	Resultatet visade att kvinnor upplevde livet med UI som hanterbart och hade lärt sig leva med det. UI prioriterades ofta inte framför andra hälsoproblem. Kvinnorna kände enmotvillighet till att söka vård och upplevde hinder för att få den hjälp dem behövde

8.	<p>van den Muijsenbergh, M., Lagro-Janssen, T</p> <p>Nederländerna (2006)</p> <p>Urinary incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment.</p> <p><i>British Journal of General Practice</i></p>	<p>Att få insikt i påverkan av urininkontinens i det dagliga livet hos marockanska och turkiska kvinnor samt deras behandlingspreferenser</p>	<p>Design: Kvalitativ</p> <p>Urval: 30 kvinnor. Medelålder 45 år.</p> <p>Datansamling: Semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Analys: Innehållsanalys.</p>	<p>Resultatet visade att UI upplevdes som smutsigt och skamfullt. UI hindrade religiösa riter vilket orsakade begränsningar. En del av kvinnorna upplevde att de inte blivit tagna på allvar när dem sökte vård. Majoriteten föredrog en kvinnlig läkare vid vårdkontakt</p>
9.	<p>Doshani, A., Pitchforth, E., Mayne, C J., Tincello, D G</p> <p>Storbritannien (2007)</p> <p>Culturally sensitive continence care: a qualitative study among South Asian Indian women in Leicester.</p> <p><i>Oxford University Press</i></p>	<p>Att utforska erfarenheter och syn på inkontinens och uppfattning av vård bland sydasiatiska kvinnor i Leicester, Storbritannien.</p>	<p>Design: Kvalitativ,</p> <p>Urval: 24 kvinnor. Ålder 30-60 år.</p> <p>Datansamling: Fokusgrupper med frågeschema.</p> <p>Analys: Innehållsanalys.</p>	<p>Resultatet visade att kvinnor normaliserar UI. De tror att det är en normal del av åldrandet eller följd av förlossning. UI upplevdes som skamfullt att tala om vilket bidrog till att kvinnor inte sökte vård. Det var främst de äldre kvinnorna som inte sökte vård. Det framkom att kvinnor upplevde brist på information om UI i media.</p>
10.	<p>Bradway, C.</p> <p>USA (2005)</p> <p>Women's narratives of long-term urinary incontinence</p> <p><i>Urologic nursing</i></p>	<p>Att använda narrativ analys som metod för att undersöka den upplevda erfarenheten och betydelsen av långvarig urininkontinens hos kvinnor.</p>	<p>Design: Kvalitativ</p> <p>Urval: 17 kvinnor Ålder 65 ± 17.3.</p> <p>Datansamling: Semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Analys: Narrativ innehållsanalys</p>	<p>Resultatet visade att kvinnor upplevde UI som en del av livet men besvärligt. De hittade sätt att leva med tillståndet och försökte hantera problem som uppstår i samband med UI. Kvinnorna försökte ha ett positivt synsätt och jämförde sig med andra som hade det sämre.</p>

Bilaga II: Granskningsmall

1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är den i så fall beskriven?
4. Vad är syftet? Är det klart formulerat?
5. Hur är metoden beskriven?
6. Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
7. Hur har data analyserats?
8. Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
9. Vad visar resultatet?
10. Hur har författarna tolkat studiens resultat?
11. Vilka argument förs fram?
12. Förs det några etiska resonemang?
13. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
14. Sker en återkoppling till teoretiska antaganden t.ex. omvårdnadsvetenskapliga antaganden? (Friberg, 2012b, s.138-139)