JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Kvinnors upplevelser av att leva med urininkontinens

– En kvalitativ litteraturöversikt

HUVUDOMRÅDE: *Omvårdnad*
FÖRFATTARE: *Felicia Luu & Maria Sköldunger*
HANDLEDARE: *Lena Haraldsson*
JÖNKÖPING: 2018 juni

Sammanfattning

Bakgrund: Urininkontinens är ett tabubelagt ämne som påverkar kvinnor negativt både fysiskt, psykiskt och socialt. **Syfte**: Att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med urininkontinens. **Metod:** En litteraturöversikt gjordes. Kvalitativa artiklar bearbetades och analyserades med Fribergs femstegsmodell. Cinahl och Medline användes för att få fram artiklarna som svarade på syftet. **Resultat:** Av de 10 kvalitativa artiklarna som valdes växte två huvudkategorier fram: *en känsla av maktlöshet och en del av livet*. Den första huvudkategorin utvecklades av två subkategorier: frustration och skam. Den andra huvudkategorin bildades utan subkategorier beroende på att innehållet inte kunde särskiljas. Kvinnor upplevde begräsningar i vardagslivet. Upplevelser som är kopplade till urininkontinens var skam, ångest, rädsla, oro och genants. Många kvinnor accepterade sin urininkontinens och såg det som en del av livet. **Slutsats:** Kvinnor upplevde att urininkontinens påverkade vardagslivet negativt. Urininkontinens var förenat med skamkänslor och ett lidande i tystnad. För att sjuksköterskan ska kunna bemöta kvinnor med urininkontinens på ett professionellt sätt, bör hen ha omfattande kunskap i ämnet. Ett gott bemötande ledde till att kvinnor upplevde att de kunde hantera och bibehålla egenvårdskapaciteten.

Nyckelord: Urininkontinens, kvinnor, upplevelser, egenvård, litteraturöversikt.

Women´s experiences of living with urinary incontinence – a qualitative literature review

Summary

Background: Urinary incontinence is a taboo subject that affect women negatively on physical, psychological and social. **The aim:** To describe women's experience of living with urinary incontinence. **Methods**: A literature review was made. Qualitative articles were processed and analyzed by Fribergs five steps model. Cinahl and Medline was used to get the articles who answered the aim. **Result:** 10 qualitative articles was chosen to consist of two main categories: *feelings* of *powerlessness and part of life*. The first category developed from two subcategories: *frustration and shame.* The second category emerged without any subcategory since the content can't be separated. Women experienced limits in their daily life. Experiences that was connected to urinary incontinence was shame, anxiety, fear, worry and embarrassment. Many women accepted their urinary incontinence and saw it as part of life. **Conclusion:** Women experience that urinary incontinence affected negatively on their daily life. Women suffered in silent and urinary incontinence is associated with feelings of shame. In order for the nurses to meet women with urinary incontinence in professional way, nurses should have knowledge of the subject. A good meeting can lead to women's experience of be able to handle the urinary incontinence and preserve self-management.

Keywords: Urinary incontinent, women, experience, self-management & literature review

Innehållsförteckning

Inledning 1

Bakgrund 1

- Urininkontinens 1
- Olika typer av urininkontinens 1
- Riskfaktorer 2
- Behandling 2
- Hinder från att söka hjälp 2
- Egenvård 3
- Sjuksköterskans stöd vid egenvård 3

Syfte 4

Material och metod 4

- Design 4
- Urval och datainsamling 4
- Dataanalys 4
- Etiska överväganden 5

Resultat 5

En känsla av maktlöshet 5

- Frustration 6
- Skam 7

En del av livet 7

Diskussion 8

- Metoddiskussion: 8
- Resultatdiskussion 10

Slutsatser 11

Kliniska implikationer 11

Referenslista 12

Bilagor .....

- Bilaga 1 .....
- Databasmatris .....
- Bilaga 2 .....
- Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod .....
- Bilaga 3 .....
- Artikelmatris .....

Inledning

Urininkontinens innebär ofrivilligt urinläckage, som är ett lidande för kvinnor och är ett tabubelagt ämne (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010). Urininkontinens påverkar vardagslivet därför är sjuksköterskans roll viktig för kvinnor med inkontinensproblem både genom förebyggande insatser och genom att psykologiskt stötta och samtala om problematiken (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010). För att kunna hjälpa kvinnor med urininkontinens bör sjuksköterskan ha förståelse för upplevelsen i dess mening och sammanhang och hur det påverkar kvinnor i vardagslivet (Dahlberg & Segesten, 2010; Lopez & Willis, 2004). Urininkontinens förkortas fortsättningsvis med UI.

Bakgrund

Urininkontinens

Tidigare definierade International Continence Society (ICS) att UI som medför hygienisk problematik kunde påvisa läckage objektivt. En klinisk bedömning ska innehålla en detaljerad historik av antal toalettbesök/ läckage, volym samt genomförande av kroppsundersökning (Abrams, Blaivas, Stanton & Andersen, 1989). Den gamla definitionen kritiserades för att den var olämplig i den kliniska verksamheten. Patientens urinläckage togs inte på allvar eller ignorerades eftersom det inte gick att påvisa urinläckaget objektivt (Minassian, Bazi & Stewa, 2017). År 2002 formulerade ICS en ny definition av UI som ett ofrivilligt läckage som vårdsökande upplevde (Abrams et al., 2002). En utredning ska innehålla ett helhetsperspektiv. Typer av läckage, frekvens och hur allvarliga symtomen var ska framgå av utredningen. Hur hygienen, det sociala livet och hur vardagen påverkades ska också belysas liksom den vårdsökandes motivation att söka hjälp för enbart UI. Behandlingsmöjligheter ska också bedömas. Syftet med den nya definitionen var att främja epidemiologiska studier och skapa jämförbara resultat som går att diskutera (Abrams et al., 2002).

Olika typer av urininkontinens

UI beror på många olika orsaker och det finns många olika sorter som till exempel ansträngningsinkontinens, trängningsinkontinens, överfyllnadsinkontinens, fistel- eller missbildnings inkontinens och blandinkontinens samt medfödd inkontinens (Price & Currie, 2010). Beroende på vad för sorts inkontinens det är, har personen olika ”triggers” som kan orsaka läckage. Här presenteras tre stora huvudgrupper för UI. Ansträngningsinkontinens är den vanligaste formen hos kvinnor och innebär läckage vid ökat buktryck exempelvis i samband med hostning eller nysning. Oftast associeras ansträngningsinkontinens i samband med graviditet, efter födsel av barn, förstoppning och fetma (Bardsley, 2016). Vid trängningsinkontinens uppstår ofrivilligt läckage. Personen har en stark känsla av att inte kunna hålla tätt och har konstant behov av att gå på toaletten. Blandinkontinens är en blandning av ansträngningsinkontinens och trängningsinkontinens (Price & Currie, 2010; Bardsley, 2016; Abrams et al., 2002).

Riskfaktorer

UI förekommer oftare hos kvinnor än män, prevalensen ökar med åldern (Price & Currie, 2010). Orsaken till att UI förekommer mer hos kvinnor än män har att göra med kvinnans anatomi och fysiologi. Kvinnans urinrör är kortare än mannens. Efter menopaus upphör östrogenproduktionen hos kvinnan, vilket orsakar att väggstrukturer tillbakabildas i urinröret som leder till att kvinnan har svårare att hålla blåsan tätt (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2007). Flera riskfaktorer som kan associera till UI som exempel ökad ålder, skador vid vaginal förlossning, kronisk lungsjukdom, diabetes mellitus och fetma (Schreiber Pedersen et al., 2017). Andra riskfaktorer som förekommer är skador efter operation på blåsan eller på närliggande område, urinvägsinfektion och obstipation samt medfödda tillstånd som cerebral pares. Minskat vätskeintag eller för mycket intag av alkohol eller koffein kan orsaka stark koncentration av urin som kan irritera blåsan. Detta kan leda till frekventa behov av att tömma urinblåsan (Bardsley, 2016).

Behandling

Kvinnor som drabbas av UI behöver bemötas ur ett helhetsperspektiv av sjukvårdspersonalen. Flera faktorer påverkade individens val av behandlingsmöjligheter samt utfallet av lyckad behandling. Patienten ska kunna få välja den behandling som ska utföras i dialog med en specialutbildad sjuksköterska (Abrams et al., 2009). Det finns olika behandlingsmöjligheter som träningsprogram, hjälpmedel och kirurgisk behandling (Revicky, & Tincello, 2014; Van der Aa, Deprest & De Ridder, 2017). Vid ansträngningsinkontinens var det vanligt med kirurgisk behandling. De flesta kvinnor var villiga att genomgå operation för att återfå välbefinnande. Trots att det inte finns tillräckligt med studier som bevisar att operationerna hjälper långsiktigt (Van der Aa, Deprest & De Ridder (2017). Vid trängningsinkontinens och blandinkontinens rekommenderades blåsträning så att toalettbesöken därigenom kunde begränsas (Revicky, & Tincello, 2014). Bäckenbottenträning rekommenderas för varje kvinna som en förebyggande åtgärd mot inkontinens och som därmed lindrade symtomen (Paiva, Ferla, Darski, Catarino, & Ramos, 2017). Effektivt förebyggande åtgärd hos förstföderskor var träning med knipövningar tre gånger per vecka i totalt 22 veckor (Pelaez, Gonzalez-Cerron, Montejo, & Barakat, 2014). Bäckenbottenträning var ett förstahandsval vid ansträngningsinkontinens. Sjuksköterskan har ansvar att göra en utredning av kvinnans besvär, hitta en lämplig behandling, ge adekvata råd och föreslå val av hjälpmedel exempelvis inkontinensskydd (Socialstyrelsen, 2016).

Hinder från att söka hjälp

Flera faktorer som hindrade kvinnorna från att söka hjälp var skamkänslor och upplevelsen av genans. Bristande kunskap om behandlingsmöjligheter, rädsla för operation och föreställningar om att UI ansågs som en naturlig del av åldrandet (Hines et al., 2007). Flera kvinnor sökte inte vård för UI (Hägglund & Wadensten, 2007).
Detta medförde att kvinnor led i tystnad och drabbades av psykosociala funktionshinder exempelvis sexuell dysfunktion och social isolation. Kvinnornas UI påverkade även närstående, speciellt makens psykosociala hälsa (Yip, & Cardozo, 2007).

Egenvård

Egenvård handlar om individens förmåga att bevara sin hälsa och sitt välmående och att förebygga sjukdom, begränsa sjukdomstillståndet och återställa sin egen hälsa (Orem, Renpenning & Taylor, 2003). Egenvård är nödvändigt och en komponent som inte går att separera från hälso- och sjukvårdsverksamheten speciellt vid kroniskt symtom (Ogunbayo, Schafheutle, Cutts, & Noyce, 2017). Orems teori om egenvårdsbalans består av att respektera sig själv och sina närstående genom god omsorg (Orem & Taylor, 2011). Att visa omsorg mot sig själv och andra bidrar till en hälsorelaterad sund balans och helhet. Egenvårdsbalansen handlar om vilken förmåga människan har att hantera och möta de krav som människan utsätts för i olika situationer. Orem utgår från åtta universella egenvårdsbehov, som varje frisk människa kan ta tillvara och tillfredsställa på sitt unika sätt. Hur människan tillgodoser dessa egenvårdsbehov varierar med erfarenheter och resurser. Egenvårdsbehoven handlar om att upprätthålla ett adekvat syreintag, vätskeintag och födointag såväl som att kunna sköta sina eliminationsprocesser. Egenvård innebär också att åstadkomma en balans mellan aktivitet och vila, ensamhet samt social interaktion. Orem beskriver också i sin teori att egenvårdsbehoven handlar om att minimera risker och att främja hälsa. Sjuksköterskans uppgift innebär att stödja människans behov utifrån dennes förutsättningar. Om människan utsätts för ohälsa, sjukdom eller fysiska begränsningar ställs ökade krav på egenvårdsförmågan utöver de åtta egenvårdsbehoven som Orem beskriver. Egenvård är en fokuserad och medveten handling som individen utför aktivt och som är en ansvarshandling mot såväl sig själv som sin omgivning. Orem uttrycker i sin teori att då egenvårdsansvaret blir för stort krävs stöd för att utföra egenvården. Motivation och resurser att ta till sig nya färdigheter påverkar individens egenvårdskapacitet (Orem, & Taylor, 2011).

Sjuksköterskans stöd vid egenvård

När egenvårdskapaciteten brister är det sjuksköterskans uppgift att se, stödja och åstadkomma egenvårdsbalans. Sjuksköterskans uppgift blir att minimera glappet mellan egenvårdskraven och egenvårdskapaciteten. Detta kan uppnås genom att göra patienten och närstående delaktiga i en omvårdnadsplan. Sjuksköterskan ska noggrant kartlägga individens omvårdnadshistoria för att egenvårdskraven ska kunna tillgodoses (SOSFS 2009:6; Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskan ska stödja, bedöma och anpassa informationen, identifiera kvinnans kunskap om egenvård, handlingsförmåga och motivation samt att relevanta mål för individens egenvårdsbehov bestäms (Mohammadpour, Rahmati Sharghi, Khosravan, Alami & Akhond, 2015; Orem, & Taylor, 2011). Sjuksköterskan ska erbjuda kvinnor med UI att bli utredda angående symtom och behandlingsmöjligheter. Genom att ställa enkla frågor kan sjuksköterskan identifiera omfattningen av urinläckaget. Om kvinnan läcker urin hinner hon då fram till toaletten, använder hon inkontinensskydd och hur många blåstömningar sker per dygn. Sjuksköterskans uppgift är att ge tydlig information och individanpassa hjälpmedel hos kvinnor med urininkontinens (Socialstyrelsen, 2013). När en människas egenvårdskapacitet främjas bidrar det till hälsa och att människan upplever sig som autonom och kompetent, vilket är viktiga faktorer för god hälsa. (Orem, & Taylor, 2011).

Syfte

Att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med urininkontinens.

Material och metod

Design

En litteraturöversikt gjordes för att skapa en bild av kunskapsläget inom området som behandlade kvinnors upplevelser av UI. För att få en ökad förståelse av ämnet så användes forskning som fanns tillgänglig (Friberg, 2017). Artiklar med kvalitativa ansatser användes för att belysa syftet. De kvalitativa ansatserna kännetecknades av induktivt tänkande, som innebar att utgå från empiriska data som sedan generaliserades eller jämfördes mot en teori (Forsberg & Wengström, 2013; Henricson & Billhult, 2017). Enligt Henricson & Billhult (2017) så finns det ingen absolut sanning om människans upplevelser utifrån kvalitativ design.

Urval och datainsamling

Informationssökning är en process som inte löper linjärt. Det är en delprocess som är beroende av varandra vid sökning för att kunna vidareutveckla sökningarna (Östlundh, 2017). För att göra urval av en litteraturöversikt utgår det från ett tydligt syfte eller problemområde. Urvalet av artiklarna skedde genom systematisk sökning (se bilaga 1). Inklusionskriterierna som ingick var peer-review, kvinnor, UI, kvalitativ ansats och publikations år från 2007 tills nuvarande årtal. Alla inklusionskriterier uppfylldes och artiklarnas kvalitet granskades (Danielson, 2017; Rosén, 2017).
Artiklarna som söktes besvarade syftet som berörde kvinnors upplevelser av UI. Relevanta sökord som användes var: urinary incontinence, women, female, experience, perception, attitudes, views, qualitative och living with. För att få olika ändelser på sökorden, så användes trunkering (Östlundh, 2017). Dessa sökord som hade trunkering var: women*, female* och experience*. Sökningarna började med enskilda ord som sedan kombinerades med hjälp av booleska termer som AND och OR (Karlsson, 2017). Artiklarna hämtades ur databaser CINAHL och MEDLINE. Enligt Forsberg och Wengström (2013) har CINAHL stort utbud av forskning inom omvårdnad. Barn upp till 18 år exkluderades. Artiklarna kvalitetsgranskades med hjälp utav ett protokoll, framtaget av hälsohögskolans avdelning för omvårdnad (se bilaga 2).

Dataanalys

Fribergs analysmetod användes, den omfattade följande fem steg. Första steget innebar att artiklarna studerades flera gånger för att öka förståelsen av innehåll och resultat. I den andra steget identifierades artiklarnas resultat för att analysera fynden som besvarades i syftet (Fribergs, 2017). Det första steget genomfördes flera gånger under arbetets gång för att få en bättre förståelse. De meningarna som svarade på syftet markerades med överstrykningspennor och jämfördes mellan författarna. Tredje steget innebar att sammanställa de olika studiernas resultat för att få en schematisk översikt (se bilaga 3). I fjärde steget jämfördes studiernas resultat i syftet att hitta likheter och skillnader (Fribergs, 2017). Alla understrykningar skrevs ner på A4 papper som sedan klipptes ut för sortering och analyserades för att hitta likheter och skillnader därefter kategoriserades fynden. Under hela analysarbetet var det viktigt att ständigt

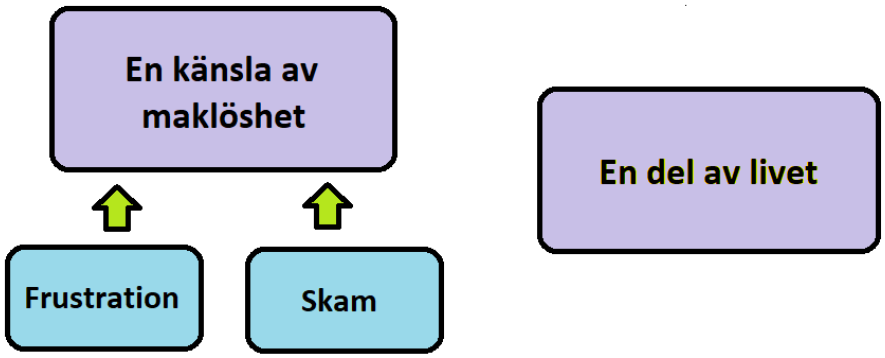
ha syftet närvarande. Femte steget innebar att beskriva det nya temat på ett tydligt och läsbart sätt (Fribergs, 2017). Utifrån sorteringen och analysen av de olika upplevelserna framkom subkategorier som ledde till huvudkategorier.

Etiska överväganden

För att få bedriva forskning gällande människor ska forskningen godkännas av etikprövningsnämnden som bygger på respekt för andra människors värdighet, värna om människors självbestämmande och frihet. Litteraturöversikt i grundutbildning anses inte som forskning, vilket innebär att det inte behöver granskas av etiknämnden (Kjellström, 2017). Artiklar som används för litteraturstudier bör vara godkända av etiska kommittén (Forsberg & Wengström, 2013). För att säkerhetsställa att de artiklar som valdes har fått godkänt på forskningsetik används kvalitetsprotokoll (Bilaga 2) från hälsohögskolan i Jönköping. Alla de artiklar som valdes hade etiskt godkännande från sina respektive etiska kommittéer. Förförståelse handlar om författarens tidigare kunskaper och erfarenheter som påverkade studien. Dessa erfarenheter kommer ifrån tidigare kontakt med ämnet som studerades (Priebe & Landström, 2017).

Resultat

Utifrån analysen framkom två huvudkategorier: *En känsla av maktlöshet och en del av livet*. Den första huvudkategorin utvecklades av två subkategorier: *frustration och skam*. Den andra huvudkategorin bildades utan subkategorier beroende på att innehållet inte kunde särskiljas (Se figur 1).



Figur 1: Schematisk bild över huvudkategorier och dess subkategorier.

En känsla av maktlöshet

UI var förknippat med ångest, ilska, maktlöshet och frustration. Det fanns upplevelser av bristande hjälp från sjukvårdspersonalen som inte tog deras UI på allvar. Kvinnor blev dåligt bemötta och nonchalerade i vården. UI begränsade vardagslivet både fysiskt, psykiskt och socialt. Smärtproblematiken gjorde att kvinnor undertryckte sina behov. Det sociala livet och intimiteten påverkades detta ledde till isolering vilket gjorde att kvinnor upplevde hopplöshet inför framtiden.

Frustration

Det fanns upplevelser av att UI påverkade det dagliga livet och var starkt kopplat till negativa känslor (Pakgohar, Hamid, Ibrahim & Vahid-Dastjerdi 2015; Zesnock, Gilje & Bradway, 2009; Higa, Chvatal, Lopes & Turato, 2011). Higa et al. (2011) beskrev att genom att prata om problemet under intervjuerna kom många kvinnor fram till hur allvarligt det påverkade deras vardagsliv. De beskrev att all tid slösades på UI och att de hela tiden blev försenade med vardagssysslorna på grund av tiden som spenderades på toaletten, att byta om, tvätta sig och sina kläder, för att hålla sig torra och att förhindra läckage (Pakgohar et al., 2015; Hamid, Pakgohar, Ibrahim & Dastjerdi, 2015). En del kvinnor kände hopplöshet och plåga när urinläckaget rann ner på benen (Hägglund & Ahlström, 2007). Det fanns upplevelser att inkontinensskydd inte hjälpte vid större mängder av urinläckage (Andersson, Johansson, Nilsson & Sahlberg-Blom, 2009). Det beskrevs att de var rädda för att familjen inte tolererade dem om de misslyckades med att kontrollera sin UI (Hamid et al., 2015). Det kändes onaturligt att inte kunna kontrollera urinen som hos små barn och det upplevdes som en regression (Andersson, Johansson, Nilsson & Sahlberg-Blom 2008; Gjerde, Rortveit, Muleta & Blystad, 2012; Hamid et al., 2015; Hägglund & Ahlström, 2007; Pakgohar et al., 2015). Känslor som är kopplade till UI är ångest, ilska, besvär, extrem trötthet och stress (Higa et al., 2011; Pakgohar et al., 2015; Hägglund & Ahlström, 2007; Hamid et al., 2015; Andersson et al., 2008; Andersson et al., 2009; Gjerde et al., 2012). En del kvinnor undertryckte sin glädje att skratta för att förhindra läckage (Hamid et al., 2015). Lukten av urin upplevdes motbjudande både för de drabbade kvinnorna och även för resten av hushållet (Gjerde et al, 2012). Det fanns upplevelser av att känna sig okvinnlig vid användning av inkontinensskydd (Hägglund & Alhström, 2007). Intimiteten påverkades hos de drabbade kvinnorna på grund av UI (Bradway & Strumpf, 2008; Gjerde et al., 2012). Att detta påverkar själva samlaget visade en studie av Hamid (2015) och Andersson (2008) till skillnad från Bradway och Strumpf (2008) där det visade sig inte ha en påverkan på samlaget. I en viss kultur i Etiopien fick kvinnorna bara använda toaletten för att tvätta sig tidigt på morgonen eller på kvällen när det var mörkt ute, vilket resulterade i att de upplevde det ansträngande att hålla sig rena (Gjerde et al., 2012). Att inte kunna prata eller skriva på svenska ansågs som ett stort problem speciellt för äldre kvinnor från Syrien, de hade också svårigheter att beskriva problematiken och att förstå information på recept och andra behandlingsmöjligheter i samband med UI, vilket ledde till missförstånd (Andersson et al., 2009). Muslimska kvinnor upplevde skuld över deras religiösa riter på grund av att de stressade med att be fort för att förhindra läckage. Därför upplevde kvinnorna sig spirituellt orena (Hamid et al., 2015). De beskrev en osäkerhet över plötsliga urinläckage (Higa et al., 2011; Hägglund & Ahlström, 2007). När läckagen inte kunde förhindras upplevdes maktlöshet och desperation. Det var en utmaning att skydda sig från läckage (Gjerde et al. 2012). Konsekvenserna av att leva med UI upplevdes mer påfrestande för yngre kvinnor än för äldre kvinnor (Hägglund & Ahlström, 2007). Higa et al. (2011) observerade på kvinnors kroppsspråk att det skiljde sig åt från deras verbala åsikt om att allt upplevdes som normalt. Genom kroppsspråket uttrycktes det motsatta. Genom tystnad förnekade kvinnorna att de hade UI och användes som en copingstrategi. Det observerades också att kvinnor misslyckades med att tänka klart och de hade svårt att hitta ord när de beskrev hur UI påverkade dem. Många kvinnor upplevde att det fanns svårigheter att få hjälp av sjukvården och de kände sig dåligt bemötta och nonchalerade som om sjukvårdspersonalen inte tog deras upplevelser på allvar. Detta gjorde att de kände sig otillfredsställda och därmed var det vissa som undvek att kontakta sjukvården (Andersson et al., 2008; Andersson et al., 2009; Hägglund & Ahlström, 2007; Zeznock et al., 2009). Vissa kvinnor valde istället att köpa

inkontinensskydd från en butik (Andersson et al., 2009). Kvinnors ovilja att söka vård berodde på flera faktorer, exempelvis att läckagen började som en komplikation till operationen eller att någon i deras närhet hade beskrivit dåliga erfarenheter av vården. Några uttryckte att de upplevde undersökningarna och behandlingarna som smärtsamma (Andersson et at., 2008). Vissa kvinnor kände sig beroende av sina familjemedlemmar när de inte bemästrade svenska språket (Andersson et al., 2009). Vissa var rädda och ångestfyllda över framtiden och att UI skulle förvärras (Hamid et al., 2015; Pakgobar et al., 2015). En del kvinnor avskydde att leva med sin UI och dödslängtan blev stor då de upplevde hjälplöshet inför framtiden (Hamid et al, 2015; Higa et al., 2011).

Skam

UI upplevs som ett tabubelagt ämne (Hägglund & Ahlström, 2007). De valde omsorgsfullt vilka de diskuterade UI med (Anderson et al., 2008). Upplevelser av skam hade olika innebörder exempelvis att ha UI, att prata med andra om problemet, att söka hjälp och att stå inför intima situationer (Andersson et al., 2009; Buurman & Lagro-Janssen, 2013; Hägglund & Ahlström, 2007). Det fanns upplevelser av skam inför familjen medan andra kunde prata öppet om UI (Hägglund & Ahlström, 2007). Oroligheter för att folk skulle göra sig roliga på kvinnans bekostnad förekom (Gjerde et al., 2012). Det fanns upplevelser att det var omöjligt att leva ett socialt liv speciellt de som har en bestående UI och på grund av detta inte kunde gömma sitt problem. Detta ledde till att kvinnor undvek sociala sammanhang, som att umgås med sina barn, familjesammankomster, picknick, resor och shopping (Gjerde et al., 2012; Hamid et al., 2015). Kvinnor undvek också simning, sex samt fysisk aktivitet som att lyfta, springa och gympa (Hamid et al., 2015; Hägglund et al., 2007). Exempel på fysisk smärtproblematik som kvinnor med UI upplevde var ryggproblem, fotvärk, hudproblem, dålig sömn och underlivssmärta. Vissa kvinnor trodde att för att söka hjälp inom vården så måste känslan av smärta finnas för att problemet ska tas på allvar (Andersson et al., 2008). Det fanns upplevelser att hålla UI hemligt och kvinnorna använde tystnaden som strategi, för att kunna hantera känslorna kring UI. Upplevelser av rädsla för att familjen skulle få veta om problemet som UI skapade resulterade till ensamhet (Hamid et al., 2015; Higa et al., 2011; Gjerde et al., 2012, Zesnock et al., 2009). Upplevelser av rädsla hade flera dimensioner exempelvis att inte bli stöttad eller att bli avslöjad om sin UI, osäkerheten infor framtiden och att bli missförstådd, diskriminerad eller kritiserad (Gjerde et al., 2012; Pakgohar et al., 2015; Andersson et al., 2009; Higa et al., 2011). Kvinnor beskrev urinläckage som irriterande, otrevligt, blött och ruttet. Upplevelsen av oro att lukta urin gjorde att kvinnor tog stort ansvar för den personliga hygienen och konstant bytte inkontinensskydd för att minimera lukten (Andersson et al., 2008; Hamid et al., 2015). Kvinnor uttryckte ledsenhet och genans (Andersson et al., 2008; Andersson et al., 2009; Gjerde et al., 2012; Hamid et al., 2015; Pakgohar et al., 2015).

En del av livet

Kvinnor hittade egna strategier och ansåg UI som hanterbart. Att planera för att förhindra urinläckage blev en del av vardagen för de flesta kvinnor. Genom acceptans blev UI något som de lärde sig att leva med. De prioriterade andra problem i livet som de ansåg viktigare.

UI upplevdes som ett litet problem som inte hindrade dem från att göra det de önskade (Andersson et al. 2008; Hägglund & Ahlström, 2007). Kvinnorna upplevde att de hade kontroll över UI. Äldre kvinnor hade lättare att acceptera sin UI än yngre kvinnor (Hägglund & Ahlström, 2007). Det upplevdes som betydelsefullt att få stöd av varandra av de som var i samma situation, familj, grannar och vänner (Andersson et al. 2009). Bradway (2008) beskrev att kvinnor som inte sökte professionell hjälp upplevde att UI inte påverkade självkänslan. Medan i den andra gruppen som sökte efter hjälp upplevde det motsatta.

Kvinnor betraktade inte UI som en sjukdom efter förlossningen utan beskrev det som en del av förlossningen som förväntades att gå över av sig självt. Kvinnor upplevde att UI inte är något att oroa sig över eller få medicinsk hjälp för (Buurman & Lagro-Janssen, 2013). Kvinnorna planerade dagen in i minsta detalj och UI blev en del av det dagliga livet. Kvinnor levde i beredskap med rena kläder och lokalisering av offentliga toaletter i närheten (Hägglund & Ahlström, 2007). Vissa kvinnor beskrev det som något de har lärt sig att leva med (Andersson et al., 2008; Hägglund & Ahlström, 2007). De hittade egna strategier hur de skulle hantera UI, exempelvis reducerade matintag, dryck, vätskedrivande läkemedel och val av klädsel (Andersson et al., 2008; Gjerde et al., 2012; Hamid et al., 2015; Pakgohar et al., 2015). Äldre kvinnor såg UI som naturligt för åldern och upplevde att andra problem var viktigare. På grund av åldern och deras grundsjukdomar trodde dessa kvinnor att behandlingen inte skulle vara framgångsrik (Andersson et al., 2008; Hägglund och Ahlström, 2007). Europeiska amerikaner beskriver hälsotillståndet med UI som bättre hälsa i jämförelse med afrikanska amerikaner (Bradway & Strumpf, 2008). UI upplevdes som ett vanligt problem där erfarenheterna skilde sig åt på olika sätt och var ett viktigt ämne att diskutera. Genom att diskutera UI förstod kvinnorna bättre sina känslor som skuld, smärta och ångest (Andersson et al., 2009; Higa et al., 2011). Med hjälp av hjälpmedel som inkontinensskydd och andra lösningar tilläts kvinnor att leva det liv som de vill (Andersson et al., 2008).

Diskussion

Metoddiskussion:

En litteraturöversikt med kvalitativ metod valdes för att få bredare kunskap om kvinnors upplevelser av UI (Henricsson & Billhult, 2017). För att få en bättre och uppdaterad inblick i det valda ämnet, så skulle författarna kunna göra egna intervjuer och jämföra med andra studiers resultat. Men detta kunde inte genomföras på grund av tidsbrist. Därför valdes en litteraturöversikt. Vid artikelsökningarna valdes databaserna Cinahl och Medline. Cinahl har utbud med information inom omvårdnad och Medline riktar sig främst mot medicinsk vetenskap men det finns också omvårdnadsrelaterade artiklar (Östlund, 2017). Det var svårt att hitta tillräckligt med artiklar. Författarna hade förväntningar att det skulle finnas mer material. Författarna har tagit hjälp av bibliotekarien vid olika tillfällen. De flesta artiklarna under sökningarna hamnade i det bestämda tidsspannet, 2008–2018. Författarna valde att gå tillbaka till år 2007 för att det skulle ge mer artiklar till resultatet. Det rekommenderas att inte gå tillbaka mer för att vetenskapliga artiklar är en färskvara (Östlund, 2017). Dock kan det diskuteras om upplevelser kan bli för gammalt, eftersom

det inte finns någon sanning eller felaktiga upplevelser (Henricsson & Billhult, 2017). PsycINFO användes tidigare under sökningen när sökningarna inte räckte till men ingen av de artiklar som gav träffar svarade på syftet. Efter flera försök med olika kombinationer av sökord i Cinahl och Medline, gav det till slut tillräckligt med artiklar. Två av artiklarna som valdes fanns både i Cinahl och Medline (se bilaga 1). Vid slutet av arbetets gång upptäcktes felanvändning av trunkering på vissa sökord som *women** och *female**, vilket kan leda till att vissa artiklar sorterades bort eller inte reagerade alls på trunkering. Detta upptäcktes för sent och gick inte att åtgärda, artiklarna som valdes ansågs som tillräckligt material. Artiklarnas titlar lästes igenom och de som inte svarade på syftet, rensades bort. Under selektionen av artiklarna användes kvalitetsgranskningsprotokollet (se bilaga 2) för att hitta relevanta artiklar som svarade på syftet, samt för att få en hög kvalitet av trovärdighet. Enligt protokollet ska 4/4 kriterier vara uppfyllda i del 1 som är en beskrivning av studien. I del två som innehåller kvalitetsfrågor bör 8/8 kriterier vara uppfyllda för att få en stark trovärdighet. Fem artiklar har alla kriterier uppfyllda. Resterande har 7/8 kriterier, fyra artiklar saknade begreppet trovärdighet men valdes att inkluderas. Dessa artiklar valdes på grund av att de svarade på syftet. I artiklarna diskuterades svagheter som kan öka trovärdigheten i studien (Henricsson, 2017). En artikel beskrev inte direkt metoden utan hänvisades till tidigare artiklar som författaren hade skrivit. Författarna valde artikeln för att den svarade på syftet och den tog upp kvalitetssäkringsbegreppen i studien. Kvalitetsäkringsbegreppen är en viktig del i bedömningen av de utvalda artiklarna (se bilaga 2). Under processen av Fribergs femstegsmodell har författarna stött på olika problem. Exempelvis att hitta fynden. Författarna jobbade enskilt med varje artikel sedan fick författarna diskutera, analysera och jämföra tillsammans. Slutligen bestämdes det att det var bättre att arbeta med materialet tillsammans. Det var effektivare att arbeta tillsammans och det stärkte arbetet eftersom författarna kunde diskutera med varandra direkt och komma vidare i processen. Arbetet har granskats och bearbetats av handledaren och handledningsgruppen. Genom att utomstående har bearbetat materialet så ökar trovärdigheten och pålitligheten i resultatet (Henricsson, 2017). Engelska var inte författarnas modersmål, vilket kan leda till feltolkningar som kan påverka pålitligheten negativt. Den svåraste delen var att sortera fynden till de olika kategorierna. Det fanns många likheter hos fynden som gjorde det svårt att hitta en specifik kategori. Målet med urvalet var att fånga upp en mångfald av kvinnors upplevelser av UI. Författarna valde att inkludera alla åldrar från 18 år till arbetet. Artiklar som valdes har olika geografiska ursprung där intervjuerna utspelades sig. Tre av tio artiklar kommer från Sverige, två från Iran, två från USA, resterande var från Brasilien, Etiopen och Holland. Artiklarna gav en stor räckvidd över världen kring upplevelser av UI. Kvinnorna i de olika studierna har liknande upplevelser kring UI, trots olika förutsättningar vilket ökade trovärdigheten (Borglin, 2017; Petersson,2017). Men samtidigt fungerar inte överförbarheten på grund av att ländernas sjukvårdssystem och resurser ser olika ut (Henricsson, 2017; Mårtensson & Fridlund, 2017). I denna litteraturöversikt har författarna förförståelse om UI. Författarna har varit i kontakt med denna patientgrupp genom verksamhetsförlagd utbildning och en av författarna har vårdat patienter med UI på arbetet. De är medvetna om att deras förförståelse kan påverka hela litteraturöversikten. Det går inte att hålla sig helt fri från förförståelse. Men pålitligheten kunde stärkas genom att förförståelsen redovisades och författaren reflekterade och granskade genom arbetet för att reducera subjektivitetens inflytande över kunskapen. Genom öppenhet och reflektion försökte författarna påverka arbetet så lite som möjligt med sina egna erfarenheter inom ämnet. Att författarna visade förförståelse gör att läsaren själv kan avgöra arbetets kvalitet (Priebe & Landström, 2017).

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att skildra kvinnors upplevelser av UI. Under bearbetningen av resultatet framkom två huvudkategorier, *en känsla av maktlöshet och en del av livet*. I den första huvudkategorin *en känsla av maktlöshet* framkom det att UI upptog mycket av kvinnornas tid och det medförde ångest, stress och trötthet. Svårigheter att ha kontroll över sin UI och de negativa känslor som UI skapade, medförde dålig självkänsla vilket ledde till vanmakt och frustration. Resultatet i litteraturöversikten visade att kvinnor med UI upplevde att den psykologiska aspekten, exempelvis som skam, oro, rädsla och ångest tar över deras vardagsliv. Resultatet i litteraturöversikten kan jämföras med Mohd Yusoff (2017) som beskrev kvinnors frustration att inte kunna hantera sin hygien och UI upplevs som ett hot mot vardagslivet. I sin text lyfte Mohd Yusoff (2017) att det fanns osäkerhet kring urinläckage som ledde till en begränsad aktivitet och intimitet. Hägglund och Wadenstens (2007) studie visade att kvinnor upplevde en konstant rädsla och oro för att förlora kontroll över urinblåsan och att vara långt borta från en offentlig toalett. Yip och Cardozo (2007) lyfte upp om kvinnors lidande av psykosociala funktionshinder, exempelvis sexuell dysfunktion och försämrat vardagsliv. Resultatet i litteraturöversikten visade att UI upplevs som onaturligt och det kopplades till en känsla av regression. När maktlösheten tog över så hade omgivningen stor betydelse för välbefinnandet. När vården brister i kommunikationen, blev kvinnor med UI beroende av medsystrar för att hantera situationen. Resultatet i litteraturöversikten visade att det fanns upplevelser av dåligt bemötande i sjukvården. Sjukvårdspersonalen nonchalerade kvinnors upplevelser av UI detta ledde till känslor av skam och rädsla för att söka vård. Liknande resultat beskrevs av Hines et al. (2007) att kvinnor som inte sökte hjälp för sin UI berodde på bristande kunskap om behandlingsmöjligheter, starka negativa känslor som skam, genans och rädsla. Kvinnor med UI led i tystnad (Yip, & Cardozo, 2007). Hägglund och Wadensten (2007) beskrev att kvinnor hade svårt att ta upp ämnet och diskutera det eftersom det är ett tabubelagt ämne som också framkom i resultatet. När kvinnor diskuterade om sin UI visade resultatet i litteraturöversikten att de upplevde lättnad. Sjuksköterskans uppgift är att identifiera kvinnans problem och genom motivation sätta relevanta mål för kvinnans unika förutsättningar (Mohammadpour, Rahmati Sharghi, Khosravan, Alami & Akhond, 2015). Orem beskrev också i sin teori att egenvårdsbehoven handlar om att minimera risker och att främja hälsa. Vidare beskrev Orem att sjuksköterskans uppgift innebar att stödja människans behov utifrån kvinnans förutsättningar (Orem, & Taylor, 2011). Som sjuksköterska är det viktigt att skapa kontinuitet i vårdkedjan för att kvinnan ska känna att hennes upplevelser blir bekräftade och respekterade. Detta uppfylls genom att skapa förutsättningar och värna om kvinnans behov, rättigheter och möjligheter (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Den sista huvudkategorin *en del av livet* beskrev att kvinnor hittade olika strategier för att lära sig att leva med UI. Resultatet visade att kvinnor är restriktiva med mat, dryck, aktiviteter som motion och sex för att förhindra urinläckage. Sjuksköterskan ska främja egenvårdsbehoven det vill säga att kvinnor inte ska vara restriktiva med mat, dryck och aktiviteter samt att eliminationsprocesserna fungerar (Orem, & Taylor, 2011). Det rekommenderades att göra bäckenbottenträning som lindrade symtom och förbättrade tillståndet (Paiva, Ferla, Darski, Catarino, & Ramos, 2017). Sjuksköterskan har ansvar att göra en utredning av kvinnans besvär och hitta en lämplig behandling och att anpassa inkontinensskydd efter kvinnans behov (Socialstyrelsen, 2016; Abrams

et al., 2009). Resultatet i litteraturöversikten visade att äldre kvinnor hade lättare att acceptera sin UI i jämförelse med yngre kvinnor. Detta kunde bero på att äldre kvinnor upplevde UI som åldersrelaterat samt att de inte trodde det fanns någon framgångsrik behandling. Äldre kvinnor som accepterade sin situation löpte mindre risk att hamna i depression än yngre kvinnor (Avery, Braunnak, Mayer, Duggan, Taylor & Stocks, 2014). Vidare i litteraturöversiktens resultat beskrevs att yngre kvinnor efter förlossningen trodde att UI skulle gå över av sig självt. Pelaez et al. (2014) beskrev för att förebygga UI rekommenderades knipövningar tre gånger per vecka som ett bra komplement hos förstföderskor. Resultatet i litteraturöversikten visade att kvinnorna upplevde UI som ett naturligt fenomen och något som de hade lärt sig att leva med. Genom att acceptera sin UI och göra det bästa av situationen bevarade dessa kvinnor sin hälsa och sitt välmående, förebyggde samt begränsade symtomen (Orem, Renpenning & Taylor, 2003). Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning beskrivs det att sjuksköterskan ska erbjuda människan möjlighet till förbättring, bibehålla och främja hälsa för att uppnå välbefinnande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Orems egenvårdsteori innebär att åstadkomma en balans mellan aktivitet, vila och social interaktion. För att kvinnor ska uppleva ett mindre begränsat liv krävs stöttning och hjälp med att förbättra sin egenvård (Orem, & Taylor, 2011). I litteraturöversikten visade resultatet att kvinnor oftast upplevde otillräckligt med stöd och bristande hjälp av sjukvården. Mohammadpour et al. (2015) och Ogunbayo, Schafheutle, Cutts och Noyce (2017) beskrev att patienter som fick kunskap och utbildning om egenvård från sjuksköterskan hade högre nivå av motivation, egenvårdsförmåga och att kunna hantera sin livssituation. Stöttning utanför sjukvården som familj och vänner var också en viktig faktor för att öka livskvalitén. Om sjuksköterskan stöttar egenvårdskapaciteten hos kvinnor så främjar det autonomin och kompetensen vilket leder till en god hälsa (Orem, & Taylor, 2011).

Slutsatser

UI har en negativ påverkan på vardagslivet som innebär ett förändrat liv. Resultatet visade att kvinnor upplevde att de levde i beredskap och hade svårt att förutsäga när urinläckage kunde inträffa. Detta ledde till att de flesta begränsade sina behov som mat, dryck, aktiviteter och sex. Kvinnors unika förutsättningar och egenvårdskapacitet spelade en avgörande roll för att kunna acceptera och hantera sin UI. De led av dålig självkänsla som bidrog till minskat välbefinnande. Genom att prata öppet om ämnet så upplevde kvinnor en lättnad och UI blev mer hanterbart. Mer forskning behövs om hur sjuksköterskan ska bemöta kvinnor med UI. Hur de ska underlätta deras vardag, och hur sjuksköterskans uppfattning om dessa kvinnor är.

Kliniska implikationer

Som sjuksköterska behövs kunskap om UI eftersom det är ett tabubelagt ämne som drabbar många kvinnor. Får sjuksköterskan bättre förståelse för UI, så kan hen närma sig kvinnan som söker vård på ett professionellt sätt som främjar hälsa, välbefinnande och egenvårdskapacitet. Genom mötet kan sjuksköterskan bekräfta och normalisera kvinnans upplevelse av problemet och skapa förutsättningar för en öppen dialog.

Referenslista

* Referenser som används i studiens resultat

Abrams, P., Blaivas, J., Stanton, G., & Andersen, S. (1989). The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *World Journal of Urology*, *6*(4), 233-245. Hämtad från https://link-springer-com.proxy.library.ju.se/content/pdf/10.1007%2FBF00328107.pdf

Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., & ... Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *187*(1), 116-126. https://doi.org/10.1067/mob.2002.125704

Abrams, P., Andersson, K. E., Birder, L., Brubaker, L., Cardozo, L., Chapple, C., & ... Wyndaele, J. J. (2009). Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourology And Urodynamics*, *29*(1), 213-240. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1002/nau.20870

*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 http://web.b.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=cdc64786-c389-444c-b406-24ac6810fd0b%40sessionmgr101

*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*, *20*(3), 296-303. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1177/1043659609334850

Avery, J., Braunack Mayer, A., Duggan, P., Taylor, A., & Stocks, N. (2015). 'It's our lot': How resilience influences the experience of depression in women with urinary incontinence. *Health Sociology Review*, *24*(1), 1-15. https://doi.org/10.1080/14461242.2015.1007512

Bardsley, A. (2016). An overview of urinary incontinence. *British Journal Of Nursing*, *25*(18), 14-21. Hämtad från http://web.b.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=24f473b9-5e88-4108-86e0-3c17824c95a8%40sessionmgr120

Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E., & Andersson, U.B (2010). *Obstetrik och gynekologi*. Lund: Studentlitteratur.

Borglin, G. (2017). Mixad metod – En introduktion. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s. 233 – 248). Lund: Studentlitteratur.

*Bradway, C., & Strumpf, N. (2008). Seeking care: Women's narratives concerning long-term urinary incontinence. *Urologic Nursing, 28*(2), 123-9. Hämtad från https://search-proquest-com.proxy.library.ju.se/docview/220145160?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo

*Buurman, M., & Lagro-Janssen, A. (2013). Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 27*(2), 406-413. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/j.1471-6712.2012.01044.x

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 285-297). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier - Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* (s. 141-152). Lund: Studentlitteratur.

*Gjerde, J., Rortveit, G., Muleta, M., & Blystad, A. (2012). Silently waiting to heal; Experiences among women living with urinary incontinence in northwest Ethiopia. *International Urogynecology Journal, 24*(6), 953-8. http://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.1007/s00192-012-1951-4

*Hamid, Pakgohar, Ibrahim, & Dastjerdi. (2015). "Stain in life": The meaning of urinary incontinence in the context of muslim postmenopausal women through hermeneutic

phenomenology. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 60*(3), 514-521. https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.01.003

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ Metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 111-115). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 411-420). Lund: Studentlitteratur.

*Higa, R. S., Chvatal, V. B., De Moraes Lopes, M. R., & Turato, E. (2011). The meanings of silence in brazilian women with urinary incontinence. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 38*(5), 565-568. https://doi.org/10.1097/WON.0b013e31822b2e9d

Hines, S. H., Sampselle, C. M., Ronis, D. L., Yeo, S., Fredrickson, B. L., & Boyd, C. J. (2007). Women's self-care agency to manage urinary incontinence: the impact of nursing agency and body experience. ANS. *Advances In Nursing Science, 30*(2), 175–188. https://doi.org/10.1097/01.ANS.0000271107.80161.19

*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. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/j.1365-2702.2007.01787.x

Hägglund, D. & Wadensten, B. (2007). Fear of humilation inhibits women's care-seeking behavior for long-term urinary incontinence. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences, 21*(3), 305-312. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/j.1471-6712.2007.00481.x

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*, (s. 81-97). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*, (s. 57-77). Lund: Studentlitteratur.

Lopez, K. A., & Willis, D. G. (2004). Descriptive versus interpretive phenomenology: Their contributions to nursing knowledge. *Qualitative Health Research*, 14(5), 726–735. https://doi.org/10.1177/1049732304263638

Minassian, V. A., Bazi, T., & Stewart, W. F. (2017). Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *International Urogynecology Journal, 28*(5), 687-696. https://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.1007/s00192-017-3314-7

Mohammadpour, A., Rahmati Sharghi, N., Khosravan, S., Alami, A., & Akhond, M. (2015). The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: A randomised controlled trial. *Journal Of Clinical Nursing, 24*(11-12), 1686-1692. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/jocn.12775

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.

Ogunbayo, O. J., Schafheutle, E. I., Cutts, C., & Noyce, P. R. (2017). Self-care of long-term conditions: Patients' perspectives and their (limited) use of community pharmacies. *International Journal Of Clinical Pharmacy, 39*(2), 433-442. https://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.1007/s11096-016-0418-y

Orem, D., Renpenning, K., & Taylor, S. (2003). *Self-care theory in nursing selected papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Pub.

Orem, D., & Taylor, S. (2011). Reflections on nursing practice science: The nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nursing Science Quarterly, 24*(1), 35-41. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1177/0894318410389061

Paiva, L. L., Ferla, L., Darski, C., Catarino, B. M., & Ramos, J. L. (2017). Pelvic floor muscle training in groups versus individual or home treatment of women with urinary incontinence: Systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, 28(3), 351-359. https://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.1007/s00192-016-3133-2

*Pakgohar, M., Hamid, T., Ibrahim, R., & Vahid-Dastjerdi, M. (2015). Portrait representation of postmenopausal women's experiences of living with urinary incontinence. *Journal of Women & Aging, 27*(1), 1-15. https://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.1007/s00192-016-3133-2

Pelaez, M., Gonzalez-Cerron, S., Montejo, R., & Barakat, R. (2014). Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourology And Urodynamics, 33*(1), 67-71. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1002/nau.22381

Petersson, P. (2017). Aktionsforskning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 251-261). Lund: Studentlitteratur.

Price, N. & Currie, I. (2010). Urinary incontinence in women: Diagnosis and management. *The Practitioner 254*(1727), 27–32. Hämtad från https://search-proquest-com.proxy.library.ju.se/docview/1010047545?accountid=11754

Priebe, G & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – Grundläggande vetenskapsteori. I M, Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 25-40). Lund: Studentlitteratur.

Revicky, V., & Tincello, D. G. (2014). New surgical approaches for urinary incontinence in women. *Maturitas*, *77*(3), 239–242. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.12.008

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M, Henricson (Red.*), Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 375-387). Lund: Studentlitteratur.

Sand, O., Sjaastad, Ö., Haug, E., Bjålie, J. (2007). *Människokroppen: Fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber.

Schreiber Pedersen, L., Lose, G., Høybye, M. T., Elsner, S., Waldmann, A., & Rudnicki, M. (2017). Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, *96*(8), 939-948. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/aogs.13149

Socialstyrelsen. (2013). Urininkontinens i öppna jämförelser. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 25 maj, 2018, från https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/urininkontinens-kunskapsunderlag-130624.pdf

Socialstyrelsen. (2016). Blåsdysfunktion hos äldre personer – Indikatorer vid urininkontinens och andra symtom vid vård av äldre personer i särskilt boende eller hemsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 27 april, 2018, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20347/2016-9-33.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 26 april, 2018, från, https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf

Yip, S., & Cardozo, L. (2007). Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *21*(2), 321-329. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.002

Van der Aa, F., Deprest, J., & De Ridder, D. (2017). Surgical treatment of female stress urinary incontinence: Do tapes stand the test of time?. *European Urology*, *72*(4), 592-593. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.05.013

*Zeznock, Donna E., Gilje, Fredericka L., & Bradway, Christine. (2009). Living with urinary incontinence: Experiences of women from 'The Last Frontier". *Urologic Nursing*, *29*(3), 157-163, 185. Hämtad från http://web.b.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=5325be03-e75c-481e-8a26-e6c0b3ce8503%40sessionmgr102

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F., Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1

Databasmatris

Cinahl

Sökningar 29/1–2018	Träff	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Till resultat
Urinary incontinence AND	7902				
Women AND	2303				
Experience	99	99	12	8	2
Ny sökning 7/3–2018					
Urinary incontinence AND	7953				
*Female** AND	4258				
Perception	56	56	8	2	2
Begränsningar: Peer reviewed, public year 2007-2018, English language					

Medline

Sökningar 7/2 - 2018	Träff	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Till resultat
Urinary incontinence AND	17 402				
*Women** AND	5992				
Experience OR perception OR attitudes OR views AND	375				

Living with	86	86	13	11	7 (2 av artiklar upprepas I Chinahl)
5/3 – 2018					
Urinary incontinence AND	17 402				
Female* AND	11 021				
Experience* AND	1056				
Qualitative	55	55	5	4	1
Begränsningar: Peer reviewed, public year 2007-2018, English language					

Bilaga 2

Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

Titel: _____
Författare: _____
Årtal: _____
Tidskrift: _____

Del I.
Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrund/inledning? ☐ Ja ☐ Nej

Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet? ☐ Ja ☐ Nej

Är syftet relevant till ert examensarbete? ☐ Ja ☐ Nej

Är urvalet beskrivet? ☐ Ja ☐ Nej ….

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

Del II
Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod? ☐ Ja ☐ Nej

Hänger metod och syfte ihop? ☐ Ja ☐ Nej
(Kvalitativt syfte – kvalitativt metod)

Beskrivs datainsamlingen? ☐ Ja ☐ Nej

Beskrivs dataanalysen? ☐ Ja ☐ Nej .

Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/ställningstagande? ☐ Ja ☐ Nej

Diskuteras metoden mot kvalitetssäkringsbegrepp (t ex tillförlitlighet och trovärdighet) i diskussionen? ☐ Ja ☐ Nej

Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen?

☐ Ja ☐ Nej

Sker återkoppling, från bakgrunden gällande, teori, begrepp eller förhållningssätt i diskussionen? ☐ Ja ☐ Nej

Är resultatet relevant för ert syfte?
Om ja, beskriv:
……
……
……

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:
……
……
……

Forskningsmetod/-design (t ex fenomenologi, grounded theory)

……
……

Deltagarkarakteristiska
Antal……
Ålder……....
Man/Kvinna…….

Granskare sign: ……

Framtaget vid Avdelningen för omvårdnad, Hälsohögskolan i Jönköping/henr

Bilaga 3

Artikelmatris

Författare, titel och år	Syfte	Design:	Deltagare:	Resultat:	Kvalitet & kommentarer
Andersson, G., Johansson, J., Nilsson, K. & Sahlberg-Blom, E. (2008). *Accepting and adjusting: Older women' experiences of living with urinary incontinence*. Sverige	Beskriva upplevelse av att leva med UI bland personer som har valt att inte göra vidare bedömning och behandling.	Kvalitativ design Beskrivande intervju. Fenomenologisk metod	Antal: 11 kvinnor Ålder: 66–89 medelålder 78 år	Kvinnor beskriver att UI är något som de lär sig att hantera. Många kvinnor upplever en barriär mellan sjukvården. Kontakten med sjukvården är något som de behöver övervinna för att få hjälp.	Del 1: 4/4 Del 2: 7/8
Andersson, G., Johansson, J., Nilsson, K. & Sahlgren-Blom. (2009). *Perceptions of urinary incontinence among Syrian Christian women living in Sweden.* Sverige	Beskriva kristna syrianska kvinnors upplevelser av UI som lever i Sverige.	Kvalitativ design Beskrivande gruppintervjuer	Antal: 14 kvinnor Ålder: 30–80 +	UI är ett vanligt problem bland kvinnor. Känslor som uttrycktes var skam och genant. De upplever kommunikationsproblem med sjukvården.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
Bradway, C. & Strumpf, N. (2008). *Seeking Care: Women `s narratives concerning long- term urinary incontinence*. USA	Två syften med studien 1) Undersöka beteendemönster hos hjälpsökande kvinnor med UI. 2) Beskriva individuella erfarenheter hur UI påverkar sexualiteteten och intimiteten.	Kvalitativ metod med intervjuer	Antal: 17 kvinnor Medelålder 65 år	Kvinnor som söker hjälp beskriver att UI har en negativ inverkan på självkänsla. Äldre europeiska kvinnor som haft UI länge upplever en god hälsa. Kvinnor beskriver att UI har påverkan på intimitet men inte specifik på sexuell aktivitet.	Del 1: 4/4 Del 2: 7/8
Buurman, M., & Lagro-Janssen, A. (2013). *Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction*	Att förklara kvinnors upplevelser av bäckenbotten	Kvalitativ design En semi strukturerad intervju	Antal: 26 kvinnor Ålder: 20–40	Alla kvinnor som har fött barn led av bäckenbottenproblem	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8

and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. Holland	dysfunktion och deras hjälpsökande beteende.			exempelvis UI. Kvinnorna trodde att UI skulle gå bort av sig själv. De upplever skam över ämnet.	
Gjerde, J., Rortveit, G., Muleta, M., & Blystad, A. (2012). *Silently waiting to heal Experiences among women living with urinary incontince in northwest Ethiopia*. Etiopien	Att få djupare förståelse av kvinnors lidande av UI på landsbygden i Etiopien	Kvalitativ design. En semi strukturerad djupintervju	Antal: 26 kvinnor Ålder: 27–60 år	Kvinnorna har begränsade resurser för att hantera UI. Kvinnor försöker dölja sin UI. De upplever skam, genants, rädsla och att bli diskriminerad. Kvinnor upplever UI som onaturligt och oftast tar de ingen hjälp för att förbättra sin situation.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
Hamid, T. A., Pakgohar, M. Ibrahim, R. & Dastjerdi, M. V. (2015). *"Stain in life": The meaning of urinary incontinence in the context of Muslim postmenopausal women through hermeneutic phenomenology*. Iran	Beskriva upplevelse av att leva med UI hos muslimska kvinnor i klimakteriet.	Hermeneutisk fenomenologisk kvalitativ design. Intervju.	Antal: 17 kvinnor Ålder:52–68 medelålder 60	UI påverkar kvinnors vardagsliv fysiskt, psykiskt, socialt och spirituellt. De begränsar sig själva och undviker sociala sammanhang.	Del 1: 4/4 Del 2: 7/8
Higa, R., Chvatal, V. S. L., Lopes, M. H. B. M. & Turato E. R. (2011). *The meanings of silence in Brazilian women with urinary incontince*. Brasilien	Utforska meningen med tystnaden hos Brasilianska kvinnor med UI	Kvalitativ metod med semi strukturerade intervjuer.	Antal: 8 kvinnor Ålder: 30 – 45 år	Kvinnor undviker att diskutera om UI. De vill inte se sig själva som inkontinenta. Men under observationen uttryckte dessa kvinnor ångest.	Del 1: 4/4 Del 2: 7/8
Hägglund, D. & Ahlström, G. (2007). *The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness*. Sverige	Upplysa kvinnors upplevelser av att leva med UI	Kvalitativ design Hermeneutisk fenomenologisk metod. Intervjuer.	Antal: 14 kvinnor Ålder: 34-52 år	Kvinnor är i en sårbar situation och upplever ingen kontroll över sin UI. Detta leder till vanmakt. Kvinnor strävar efter att få balans i livet.	Del1:4/4 Del 2: 7/8

Pakgohar, M. Hamid, T. A. Ibrahim, R. & Dastjerdi. M. V. (2015). *Portrait representation of postmenopausal women's experiences of living with urinary incontinence*. Iran	Beskriva muslimska kvinnors erfarenhet av att leva med UI genom att rita ett porträtt av sig själv och deras upplevelse.	Hermeneutisk fenomenologisk metod. Semi strukturerad intervju.	Antal: 9 kvinnor Ålder: 52–64	Kvinnor gjorde självporträtt som illustrerade deras upplevelser av att leva med UI. Kvinnor upplever att UI påverkar deras vardagsliv och känslan av hopplöshet.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
Zesnock, D. E., Gilje, F. J. & Bradway, C. (2009). *Living with urinary incontinence: Experience of women from the last frontier*. USA	Beskriva kvinnors upplevelse av att leva med UI och få en bättre förståelse av deras erfarenheter och historia.	Kvalitativt beskrivande djupintervju.	Antal: 17 kvinnor Ålder: 33–86 ålder	Kvinnor upplever en oro och undviker att prata om sin UI. Bemötandet med vården brister och UI förbises av vårdpersonalen.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8