

# **Kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens**

- En litteraturbaserad studie

**Emma Jakobsson    Märtha Jansson**

**Examensarbete i omvårdnad på grundnivå**

**Sjuksköterskeprogrammet**

**Institutionen för hälsovetenskap/ Högskolan väst**

**VT 2018**

**Högskolan väst**

**Institutionen för Hälsovetenskap**

**461 86 Trollhättan**

**Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99**

**[www.hv.se](http://www.hv.se)**

## Abstract

---

<b>Examensarbetets titel</b>	Kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens Women's experience of living with urinary incontinence
<b>Författare</b>	Emma Jakobsson Märtha Jansson
<b>Handledare</b>	Birgitta Stenström
<b>Examinator</b>	Ulla Fredriksson Larsson
<b>Institution</b>	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
<b>Arbetets art</b>	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
<b>Program/kurs</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
<b>Termin/år</b>	VT 2018
<b>Antal sidor</b>	21

---

**Background:** The definition of urinary incontinence is involuntary loss of urine that is objectively detectable and results in a social and hygienic inconvenience for the individual. There are different types and causes of urinary incontinence and the symptoms often occur more frequently with higher age. Women are affected to a greater extent than men. Urinary incontinence may affect everyday life and lead to changes in quality of life.

**Aim:** To illuminate women's experiences of living with urinary incontinence.

**Method:** A literature study was conducted using qualitative analysis through five steps. An analysis of ten qualitative articles was carried out.

**Results:** Four main themes emerged, a suffering in everyday life, perceived body perception, feelings about sexuality and hope and despair. The results showed that living with urinary incontinence affected everyday life activities. The women felt limited and learned to cope through different strategies. Urinary incontinence affected the women's body image and could result in less confidence and the feeling of powerlessness. The complex situation sometimes leads to negative sexual effects. Women lived with the hope to recover but at the same time there were feelings of despair for what the future would hold for them.

**Conclusion:** Women suffering from urinary incontinence experience restrictions in their everyday life, in physical, mental and social aspects. It creates a feeling of loss of control. And many women suffer in silence without seeking help. Urinary incontinence has a negative effect on their quality of life.

**Keywords:** coping, quality of life, sexuality, urinary incontinence, women's experience.

## Populärvetenskaplig sammanfattning

Urininkontinens har i Sverige varit ett dolt problem under en längre tid. Definitionen av urininkontinens beskrivs som ett ofrivilligt urinläckage. Symtomen förekommer främst hos kvinnor och upplevelsen av att leva med urininkontinens påverkar det dagliga livet. Denna litteraturstudie belyser därför kvinnors upplevelse av att leva med urininkontinens.

Kvinnor upplever att urininkontinens påverkar olika aspekter i vardagslivet negativt vilket skapar ett lidande. Urininkontinens begränsar vardagen då kvinnor undviker dagliga aktiviteter på grund av en ständig rädsla för läckage och illaluktande doft av urin. Kvinnor utvecklar en hanterbarhet och acceptans för att klara av problematiken i vardagen och de lär sig leva med situationen. Uppkomsten av urininkontinens anses vara en normal del av åldrandet eller en konsekvens av graviditet eller förlossning, vilket skapar en normalisering av problematiken och kvinnor accepterar sin situation och söker därför inte vård.

Kvinnor upplever en maktlöshet av att leva med urininkontinens på grund av känslan av att förlora kontrollen över en kroppsfunction som tidigare varit självklar. Kontrollförlusten skapar en känsla av regression till barndomen eller en känsla av att åldras, vilket medför ett minskat självförtroende.

Problematiken kring urininkontinens påverkar även kvinnors sexualitet i form av oförmåga att kunna njuta vilket kan leda till ett undvikande av samlag. Skamkänslor uppkommer i samband med samlag eftersom kvinnor ständigt är rädda för läckage och relationen till sin partner påverkas i sin tur negativt. Kvinnor som lever med urininkontinens upplever en ständig oro och rädsla som de väljer att hålla för sig själva.

Sjuksköterskor har ett ansvar att lyfta problematiken kring urininkontinens eftersom det anses vara ett tabubelagt ämne där kvinnor väljer att hålla problematiken för sig själva och avstår att söka vård på grund av stigmatisering. Eftersom sjuksköterskor möter denna patientgrupp inom olika områden i sjukvården behövs en förståelse och kunskap kring dessa kvinnors individuella upplevelser, för att tillsammans kunna sträva efter ett välbefinnande och god livskvalitet.

## Innehållsförteckning

Inledning .....	1
Bakgrund.....	1
Definition av urininkontinens.....	1
Olika typer av urininkontinens.....	1
Urinvägarnas anatomi hos kvinnor.....	2
Miktionsfysiologi .....	2
Sjuksköterskans funktion och ansvar .....	2
Personcentrerad vård .....	2
Hälsa.....	3
Sexuell hälsa.....	3
Lidande.....	4
Problemformulering.....	4
Syfte.....	4
Metod.....	4
Litteratursökning .....	4
Urval.....	5
Analys.....	6
Resultat .....	7
Ett lidande i vardagen.....	7
Begränsningar i vardagslivet.....	7
Att acceptera och hantera situationen .....	8
Upplevd kroppsuppfattning.....	9
Minskat självförtroende .....	9
Känslan av att förlora kontrollen .....	9
Känslor kring sexualitet.....	9
Hopp och förtvivlan.....	10
Hoppet om att bli återställd.....	10
Känslan av att vara ensam i upplevelsen .....	10
Diskussion.....	11
Metoddiskussion.....	11
Resultatdiskussion .....	13
Ett lidande i vardagen .....	13
Upplevd kroppsuppfattning .....	15
Känslor kring sexualitet .....	15
Hopp och förtvivlan .....	16
Slutsatser .....	16
Praktiska implikationer.....	17
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde .....	17
Referenslista .....	19

## Bilagor

I	Redovisning av systematisk sökning
II	Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod
III	Översikt av analyserad litteratur

## **Inledning**

I Sverige uppskattas ungefär en halv miljon människor leva med urininkontinens. De flesta som drabbas är kvinnor. Urininkontinens påverkar det dagliga livet då det medför begränsningar i vardagen vilket kan resultera i nedsatt livskvalitet. Urininkontinens förekommer i alla åldrar och orsakerna kan variera (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2001).

Sjuksköterskor ska ha en humanistisk människosyn och respektera människors individuella behov av omvårdnad. Omvårdnaden ska ge en möjlighet för personen att antingen förbättra, återfå eller bibehålla hälsa för att uppleva välbefinnande och god livskvalitet. Sjuksköterskor ansvarar för att informera och utbilda personen för att öka delaktigheten i vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Urininkontinens inom svensk sjukvård har varit ett dolt problem under en längre tid. Enbart 20-50% av de som drabbas av urininkontinens söker hjälp av sjukvården (SBU, 2001).

Upplevelsen av att leva med urininkontinens ligger inom sjuksköterskors kompetensområde och det praktiska omvårdnadsarbetet behöver utvecklas genom att belysa individuella aspekter inom området. För att få en ökad förståelse kring kvinnors upplevelser av hur det är att leva med urininkontinens är det angeläget att studera denna patientgrupp för att fler ska få den hjälp de behöver. Begreppet urininkontinens benämns fortsättningsvis som UI.

## **Bakgrund**

### **Definition av urininkontinens**

En definition av UI har tagits fram av International Continence Society (ICS) som beskriver det som ofrivilligt urinläckage som är objektivt påvisbart och som utgör ett socialt eller hygieniskt problem för personen (SBU, 2001).

### **Olika typer av urininkontinens**

Förekomsten av UI kan bero på flera olika faktorer och symtomen skiljer sig beroende på vilken typ av UI det handlar om (SBU, 2001). Howard och Steggall (2010) beskriver olika riskfaktorer för förekomsten av UI. Dessa innefattar bland annat stigande ålder och övervikt, vilket ökar risken för alla typer av UI. Kvinnor som genomgått graviditet och förlossning löper även större risk. Andra orsaker till förekomsten kan vara rökning, koffein och medicinering.

En typ av UI är ansträngningsinkontinens som medför ett läckage på grund av ett högt bukåtryck, vilket kan innebära att det kommer urin trots ett obefintligt behov av miktion. Läckage sker oftast i anknytning till tunga lyft, skratt, träning eller hosta.

Ansträngningsinkontinens kallas även stressinkontinens trots att orsaken inte grundar sig i psykologisk stress. Symtomen förekommer oftare med stigande ålder (SBU, 2001). Detta på grund av att östrogenproduktionen avstannar efter menopaus och leder till att vävnaden i urinrörets vägg tillbakabildas vilket kan orsaka ofrivilligt läckage (Sand, 2007).

Trängningsinkontinens är en annan typ av UI som orsakar frekventa trängningar och problem med att hinna till toaletten. Denna typ kan ge upplevelser av trängningar utan att det sker ett läckage vilket leder till ett ökat behov av toalettbesök (SBU, 2001).

Blandinkontinens är en form av både ansträngnings- och trängningsinkontinens. Sker ett kontinuerligt läckage kan det röra sig om en så kallad överrinningsinkontinens som beror på att blåsan antagligen är överfylld (SBU, 2001).

Ytterligare en typ av UI är efterdropp som kan ge läckage även efter ett toalettbesök. Detta kan orsakas av att musklerna kring urinröret blir försvagade med stigande ålder. En annan orsak till UI kan grunda sig i divertiklar, alltså små bråck utmed urinröret. Detta kan medföra en svidande känsla när personen kissar eller smärta vid samlag (SBU, 2001).

## **Urinvägarnas anatomi hos kvinnor**

Urinvägarna omfattar två njurbäcken, två urinledare, urinblåsan och urinröret. Insidan av urinvägarna täcks till stor del av flerskiktat epitel och bindväv. Formen på epitelcellerna i urinvägarna varierar beroende på hur uttänjt rörsystemet är. På utsidan av epitelet finns två muskelskikt. Genom en alternerande sammandragning och relaxation av muskelcellerna förs urinen mot urinledarna och vidare mot urinblåsan som fylls, oavsett kroppsläge (Sand, 2007).

Njurbäckenet omsluter njurpapillen och tar emot urin från njuren. Njurbäckenet smalnar succesivt av för att övergå till urinledaren och sedan mot urinblåsan. Urinblåsans funktion att lagra urin förenklas genom dess elastiska egenskap. När urinblåsan inte är fylld är blåsväggen tjock och insidan är veckad. Vid fylld blåsa är blåsväggen tunn och slätare invändigt på grund av utfyllnaden. Urinröret har en inre och yttre slutmuskel som ska kontraheras för att det inte ska uppstå läckage. Den inre muskeln kontrolleras av det autonoma nervsystemet och den yttre är viljestyrd och används för att knipa och fördröja blåstömning. Mynningen av urinröret sitter mellan klitoris och vaginalöppningen. Urinrörets längd hos kvinnor är ungefär 3-4 centimeter (Sand, 2007).

## **Miktionsfysiologi**

Mängden urin i urinblåsan styr reflexen av miktion. I urinblåsan finns sträckkänsliga sinnesceller som förmedlar sensoriska impulser till den sakrala delen i ryggmärgen och inverkar på aktiviteten i parasympatiska fibrer, som förs vidare till urinblåsans vägg som består av glatta muskelceller. Stimuleringen av sinnesceller ökar när urinblåsan fylls. Till slut blir stimuleringen mer påtaglig och de glatta muskelcellerna i blåsväggen kontraheras samtidigt som slutmusklerna slappnar av (Sand, 2007).

## **Sjuksköterskans funktion och ansvar**

Sjuksköterskor ansvarar för att bibehålla, förbättra eller återställa personens hälsa samt att sträva efter välbefinnande och livskvalitet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Sjuksköterskors huvudområde är omvårdnad där personens hälsa är det högsta målet. Professionen innefattar egenskaper som respekt, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Kvinnor med UI avstår att söka vård, detta kan grunda sig i att den befintliga kunskapen kring behandlingsalternativ är begränsad (Strickland, 2014). Sjuksköterskor har därför ett ansvar att ge individanpassad och tillgänglig information för att dessa kvinnor ska få kunskap kring behandlingsalternativ. Sjuksköterskor ska även sträva efter delaktighet och självbestämmande för att stärka personens ställning (SFS 2014:821). Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa och bedrivas genom en jämlik vård med respekt för alla människors lika värde och människans värdighet (SFS 2017:30).

## **Personcentrerad vård**

Personcentrerad vård handlar om att se personen och inte sjukdomen eller symtomen. Det är viktigt att förstå att en människa inte blir sin sjukdom vid en diagnos. Människor har rätt till självbestämmande och det är sjukvårdens ansvar att informera kring valmöjligheter i förhållande till deras hälsa. Personens val ska sedan respekteras och inte värdesättas (Svensk sjuksköterskeförening, 2016a). Centrum för personcentrerad vård (2017) har tagit fram tre

viktiga definitioner av personcentrerad vård. Den första belyser ett partnerskap, där de tar upp vikten av en gemensam respekt för patientens och sjuksköterskans kunskap. I den andra definitionen handlar det om patientberättelsen samt vikten av att lyssna på personens situation och det som personen vill belysa. Dokumentation är den tredje och sista definitionen. Dokumentationen behöver ständigt uppdateras och vara lättåtkomlig för personen (Centrum för personcentrerad vård, 2017). Enligt Patientsäkerhetslagen ska sjuksköterskor också respektera och omsorgsfullt värna om personen. Vården ska bedrivas tillsammans med personen i så stor utsträckning som möjligt (SFS 2010:659).

## **Hälsa**

World Health Organization definierar hälsa som ett fullständigt psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom eller skada (WHO, 2014). Eriksson (1996) beskriver att hälsa är en del av människans helhet och kan definieras som ett tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande trots att sjukdom eller skada kan förekomma. Hälsa är unikt för varje enskild person och kan beskrivas genom två olika aspekter, subjektivt och objektivt. Subjektiv hälsa handlar om personens egen upplevelse av sin hälsa. Objektiv hälsa är den som kan observeras. Den subjektiva upplevelsen av hälsa styrs av flera faktorer som exempelvis kultur, normer, värderingar och förväntningar. Sjuksköterskor behöver kunskap kring personens subjektiva hälsa för att kunna ge god omvårdnad. Ett humanistiskt synsätt inom vården där respekt för värdighet ges är en förutsättning för att hjälpa personen till en medvetenhet kring sin hälsa och en möjlighet att delta i utformandet av den (Eriksson, 1996).

## **Sexuell hälsa**

Sexuell hälsa definieras enligt World Health Organization som psykiskt, fysiskt, socialt och känslomässigt välbefinnande i relation till sexualitet och inte enbart avsaknad av sjukdom, svaghet eller dysfunktion (WHO, 2006). Sexuell hälsa kräver en positiv och respektfull inställning till sexualitet och sexuella relationer, men även möjligheten till att få njutning av sexuella erfarenheter utan diskriminering eller våld. En central del i att vara människa genom livet består av erotik, njutning, intimitet och reproduktion. Sexualitet är en individuell upplevelse som kan innefatta exempelvis lust, tankar, tro och relationer. Sexualitet påverkas av bland annat psykologiska, sociala eller kulturella faktorer (WHO, 2006). Kvinnors livskvalitet och sexuella funktioner har ett starkt samband och påverkas av UI (Ozkan, Ogce & Cakir, 2011). Sjuksköterskor har ett ansvar att belysa frågor om UI genom att våga ställa frågor om sexuella problem då det är vanligt förekommande till följd av UI, och kan vara svårt att prata om då det kan uppfattas som ett känsligt ämne (Lim, 2013).

För att underlätta samtal kring personens sexuella hälsa kan sjuksköterskor använda en modell som utvecklats som ett hjälpmedel. Modellen är vidareutvecklad av Taylor och Davis (2006) och utgår från Annon (1976) PLISSIT modell, som utgår från fyra steg, Permission, Limited Information, Specific Suggestions och Intensive Therapy. Den vidareutvecklade modellen handlar om vikten av reflektion kring sexuell hälsa, inte enbart för personen utan även för sjuksköterskan, för att skapa en öppen dialog. Denna modell är användbar för att sjuksköterskor ska kunna identifiera personens individuella behov och för att kunna lyfta problematik kring personens sexuella hälsa (Taylor & Davis 2006).



## **Lidande**

Eriksson (2015) beskriver att lidande är en del av att vara människa och kan upplevas i olika dimensioner. Lidande är unikt, individuellt och kan upplevas som en kamp för personens värdighet och frihet. Svensk sjuksköterskeförening (2016b) belyser att människors lidande upplevs beroende på personens tidigare erfarenheter av omfattande livshändelser. Lidande kan innefatta känslor såsom att kämpa eller bli av med skada. För sjuksköterskor i omvårdnaden handlar det om att lindra lidande genom att bekräfta och vara närvarande för personens känslor trots att allt lidande inte kan lindras. Lidande uppstår inte enbart på grund av sjukdom, det kan också uppkomma från ett bemötande av vården som upplevs nedsättande eller kränkande mot personens livssituation (Svensk sjuksköterskeförening, 2016b).

## **Problemformulering**

UI begränsar det dagliga livet och påverkar både hygien- och sociala aspekter. Kvinnor lever i större utsträckning med UI än män och förekomsten ökar med stigande ålder. Inom sjukvården är UI ett dolt problem och ämnet har under en lång tid varit tabubelagt. Detta resulterar i att många kvinnor väljer att inte söka vård då det är svårt att prata om. Problematiken kring UI ligger inom området omvårdnad. För att sjuksköterskor ska kunna bemöta dessa kvinnor genom en personcentrerad vård är det viktigt att öka kunskapen kring upplevelserna av att leva med UI och hur det påverkar det dagliga livet. Denna kunskap utvecklar sjuksköterskors kliniska arbete eftersom detta möjliggör för patientberättelsen att äga rum. Det behöver forskas mer kring kvinnors upplevelser och detta behöver uppmärksammas för att stärka den evidensbaserade omvårdnaden. Kvinnor ska erhålla den omvårdnad de är i behov av och därav är det angeläget att sjuksköterskan tillsammans med kvinnan belyser detta problem och tar bort stigmatiseringen kring ämnet. Detta ämne behöver studeras för att utveckla förståelsen kring kvinnors problematik.

## **Syfte**

Syftet var att belysa kvinnors upplevelser av att leva med urininkontinens.

## **Metod**

För att bidra till en evidensbaserad omvårdnad genomfördes en litteraturbaserad studie som framställdes genom analys av kvalitativ forskning beskriven av Friberg (2017). Kvalitativa artiklar har ett forskningsvärde som ökar genom en litteraturstudie där åtskilliga artiklars resultat kopplas samman till en ny helhet. Syftet med en litteraturstudie är att få ökad förståelse av människors behov, upplevelser, förväntningar och erfarenheter för att skapa förutsättningar för en god hanterbarhet i vårdarbetet. Genom den fördjupade kunskapen ökar förståelsen för hur personen påverkas genom livet. Målet med en litteraturbaserad studie är att det framtagna resultatet ska kunna användas i det kliniska vårdarbetet (Friberg, 2017).

## **Litteratursökning**

Innan ett genomförande av en systematisk litteratursökning är det angeläget att skapa en överblick, ökad förståelse och begränsning av det valda ämnet, genom att utforska olika söktekniker och källor. Osystematiska litteratursökningar är en viktig del för att utforska utbudet av vetenskapliga artiklar som är relevanta för det valda området. Genom att studera tidigare artiklars val av ämnesord kan det resultera i inspiration till nya kombinationer av sökord. Detta skapar en förkunskap kring tillvägagångssättet när de systematiska litteratursökningarna inleds. Osystematiska litteratursökningar kan även användas för att

komplettera de systematiska sökningarna. Det kan handla om att studera referenslistor för att utforska andra relevanta artiklar som kan användas till resultatet (Östlundh, 2017).

I början av sökprocessen utfördes flera osystematiska litteratursökningar i databaser med sökord i varierande kombinationer. Två systematiska litteratursökningar gjordes i databaserna Cinahl och PubMed. Cinahl är en omvårdnadsvetenskapligt inriktad databas. PubMed innehåller omvårdnadsvetenskap men inriktar sig främst mot medicinsk vetenskap (Östlundh, 2017). Eftersom det valda syftet var kopplat till omvårdnad så ansågs databaserna relevanta för området.

Östlundh (2017) beskriver att trunkering (\*) används i slutet av vissa sökord, vilket resulterar i en bredare sökning på ordets alla ändelser. Boolesk sökteknik genom AND, OR eller NOT kombinerar sökorden för att databaser ska finna litteratur som omfattar sökorden i samma källa. AND och OR används för att bestämma samband mellan sökorden. OR används även för få en bredare träff på ordets olika synonymer (Östlundh, 2017).

I den första systematiska litteratursökningen i databasen Cinahl användes sökorden Women\*, Urinary incontinence som ämnesord, Experience\* OR Quality of life i abstract. Dessa sökord lades sedan ihop genom AND och avgränsningar gjordes. Avgränsningarna omfattade att artiklarna skulle vara på engelska, peer reviewed, årtal mellan 2008-2018 och female. Detta gav ett stort antal sökträffar, men inga ytterligare begränsningar gjordes då tidigare osystematiska sökningar påvisat ett lågt utbud av kvalitativa artiklar. Den andra systematiska sökningen gjordes i databasen PubMed. Sökorden som användes var Urinary incontinence, Experience\* OR Lived experience\*, Women\* och Living with. Sökorden adderades genom AND och avgränsningar gjordes. Avgränsningarna omfattade att artiklarna skulle innehålla abstract, vara på engelska, årtal mellan 2008-2018 och female (Bilaga I).

Då de systematiska litteratursökningarna enbart resulterade i åtta artiklar kompletterades litteratursökningen genom en osystematisk sökning som gav ytterligare två artiklar. Genom att studera tidigare artiklars referenslistor kunde intressanta artiklar som svarade på det valda syftet väljas ut. Dessa artiklar söktes sedan fram i Google Scholar. Google Scholar är en sökmotor som inkluderar bland annat vetenskapliga artiklar från flera kunskapsområden (Polit och Beck, 2016).

## **Urval**

Inklusionskriterier för urvalet av litteratur omfattade att det skulle handla om ämnet UI, kvinnor över 18 år, innefatta upplevelsen av hur detta påverkade dem i deras vardag samt innehålla ett etiskt resonemang. Artiklar av medicinsk karaktär exkluderades då dessa inte beskriver upplevelser utan fokuserar på behandling. Män exkluderades eftersom syftet med denna studie var att belysa kvinnans upplevelser.

Genom sökning i databasen Cinahl lästes 15 artiklar varav tre ansågs vara relevanta för det valda området. Sökningen i PubMed resulterade i 17 lästa artiklar varav sex valdes till resultatet. En osystematisk sökning gjordes även där två artiklar ansågs vara relevanta och valdes till resultatet. Sammanlagt resulterade dessa sökningar i 11 artiklar som granskades utifrån granskningsmall för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier utformad av William, Stoltz och Bahtsevani (2011) utarbetad av Högskolan Väst (Bilaga II). Tio artiklar bedömdes uppnå grad I efter granskningen och inkluderades till resultatet. En artikel exkluderades då den inte uppfyllde kriterier för grad I enligt granskningsmallen. De tio artiklar som valdes till resultatet redovisas i en översikt av analyserad litteratur (Bilaga III).

## Analys

Friberg (2017) beskriver modellen som bidrar till en evidensbaserad omvårdnad. Analysen sker i fem steg för att skapa en överblick kring de valda kvalitativa artiklarna. Det handlar om att bryta ner material för att sedan strukturera upp en ny helhet av resultatet. Det första steget i analysen handlar om att noggrant läsa igenom artiklarna som valts ut, framförallt resultatdelen, upprepade gånger för att få en god överblick och förståelse för artiklarnas helhet. I det andra steget urskiljs nyckelfynd ur de olika artiklarnas resultat. Det är viktigt att ta del av den beskrivande text som finns i förbindelse med artikelns olika teman eller kategorier eftersom de innehåller kunskap som författaren till artikeln vill belysa. I det tredje steget sker en sammanställning av artikelns resultat för att skapa en översikt, vilket underlättar analysen av resultatet. Följt av det fjärde steget där samband och skiljaktigheter ur artikelns resultat framställs. Utifrån denna process underlättas skapandet av teman och eventuella subteman. Femte och sista steget framställer skildringar av nya teman. De analyserade artiklarna bearbetas och en tydlig text som beskriver resultatet framställs (Friberg, 2017).

Analysprocessen inleddes genom att alla artiklar som valts ut till resultatet numrerades från ett till tio, för att underlätta för analysen och referenshanteringen. Alla artiklar lästes separat ett flertal gånger för att skapa en överblick av helheten. Därefter lästes resultatdelarna upprepade gånger för att få en ökad förståelse. Under det andra steget bearbetades varje enskild artikels resultat genom att stryka under de meningar som innehöll upplevelser av det valda syftet. Vid det tredje steget skrevs alla upplevelser ner på A4-papper för att få en överblick och underlätta processen att skapa teman och subteman. I det fjärde steget delades de olika upplevelsorna upp utifrån likheter på ett nytt A4-papper. Detta medförde fyra grupperingar som namngavs med ett tema som representerade innehållet i grupperingarna samt subteman, som innehöll ytterligare en begränsning utifrån likheter och skiljaktigheter. När resultatet bearbetats grundligt skapades teman och subteman. Varje tema tilldelades en färg. Därefter fortsatte analysen av artiklarna genom att markera de meningar i artiklarna som tidigare framställts som viktiga för resultatet, med en överstrykningspenna med den färg som representerade temat. I det sista steget genomfördes en sammanställning av de olika temana var för sig. Detta skapade en text som sedan bearbetades utförligt för att göras så tydlig som möjligt för läsaren.

## Resultat

Efter analys av valda artiklar framkom fyra huvudteman och sex subteman. Dessa presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Översikt av teman och subteman.

Tema	Subtema
Ett lidande i vardagen	Begränsningar i vardagslivet Att acceptera och hantera situationen
Upplevd kroppsuppfattning	Minskat självförtroende Känslan av att förlora kontrollen
Känslor kring sexualitet	
Hopp och förtvivlan	Hoppet om att bli återställd Känslan av att vara ensam i upplevelsen

### Ett lidande i vardagen

Temat ett lidande i vardagen handlade om kvinnors upplevelse av UI påverkan i det dagliga livet, hur de ställdes inför och hanterade olika situationer. Subteman som framkom var begränsningar i vardagslivet samt att acceptera och hantera situationen.

### Begränsningar i vardagslivet

UI skapade en begränsning i det sociala livet och kvinnorna upplevde att de inte kunde känna ett välbefinnande i vardagen (Akyuz, Kok, Kilic & Guvenc, 2014; Avery, Mayer, Duggan, Taylor, & Stocks, 2015; Hamid, Pakgohar, Ibrahim & Dastjerdi, 2015; Pakgohar, Hamid, Ibrahim & Vahid-Dastjerdi, 2015; Siu & Lopez, 2012). Vardagslivet påverkades i den bemärkelsen att de ständigt var tvungna att sköta sin personliga hygien, rengöra kläder, sänglakan och möbler vilket var utmattande (Akyuz et al., 2014; Hamid et al., 2015; Pakgohar et al., 2015). Rengöringen gav upphov till hudirritationer, smärtor i rygg samt fötter (Hamid et al., 2015; Siu & Lopez, 2012). Problematiken kring UI kunde även resultera i extrem trötthet (Pakgohar et al., 2015). Påfrestningen över att hålla rent gjorde att vardagen försköts, vilket skapade känslan av att tiden inte räckte till (Hamid et al., 2015).

UI upplevdes som ett stort projekt att hantera i vardagen, vilket medförde att motivationen till spontanitet försvann (Roos, Thakar, Sultan, Burger & Paulus, 2014). En del kände att de inte kunde lämna sitt hem eller utföra andra aktiviteter som tog lång tid (Avery et al., 2015; De Cássia Altino Delarmelindo, Garcia de Lima Parada, Partezani Rodrigues & Mangini Bocchi,

2013; Hamid et al., 2015; Gjerde, Rortveit, Muleta & Blystad, 2013). Kvinnorna upplevde att de inte kunde utföra fysiska aktiviteter, hosta eller skratta på grund av rädsla för ett läckage. UI påverkade även sömnen negativt (De Cássia Altino Delarmelindo et al., 2013; Hamid et al., 2015). När kvinnorna utförde vissa fysiskt ansträngande aktiviteter så som tunga lyft, eller att springa till bussen så skedde ett läckage, vilket gjorde att de undvek dessa situationer. Kvinnorna upplevde att UI begränsade deras lek och relation med sitt barn då de kände sig fysiskt begränsade (Siu & Lopez, 2012).

Muslimska kvinnor upplevde ett problem i den dagliga bönen eftersom UI orsakade en känsla av att de inte var tillräckligt rena då detta var ett krav utifrån deras religion. Kvinnorna kände en stress över att behöva skynda sig igenom sin bön på grund av UI. Ett ständigt behov av att vara ren var påfrestande (Hamid et al., 2015; Pakgohar et al., 2015). En del kvinnor upplevde även att deras UI var ett straff av Gud eller av onda andar (Gjerde et al., 2013).

På grund av UI sökte kvinnorna ständigt efter en toalett, vilket gjorde att de avstod att vistas på vissa platser på grund av osäkerheten kring var närmaste toalett var lokaliserad (Avery et al., 2015; De Cássia Altino Delarmelindo et al., 2013; Gjerde et al., 2013; Pakgohar et al., 2015). Kvinnorna upplevde en begränsning i sitt intag av dryck, mat och vätskedrivande läkemedel för att undvika läckage vid aktiviteter (Andersson, Johansson, Nilsson & Sahlberg-Blom, 2008; De Cássia Altino Delarmelindo et al., 2013; Gjerde et al., 2013; Hamid et al., 2015; Pakgohar et al., 2015; Siu & Lopez, 2012). Även klädval begränsades, för att i största möjliga utsträckning dölja läckage (De Cássia Altino Delarmelindo et al., 2013; Hamid et al., 2015; Siu & Lopez, 2012). Rädslan för att lukta urin gjorde att kvinnorna ständigt var tvungna att byta inkontinensskydd (Andersson et al., 2008; Hamid et al., 2015). De upplevde en känsla av ilska och förtvivlan över att alltid behöva bära med en väska med extra kläder och inkontinensskydd (Pakgohar et al., 2015).

Vissa kvinnor upplevde svårigheter i att hålla sig rena på grund av att tillgången av tvål och vatten inte var självklar. Det fanns även svårigheter att få tillgång till inkontinensskydd vilket försvårade vardagen med UI, där de själva fick komma på lösningar för att hålla torrt (Gjerde et al., 2013). När UI uppkom försvann den meningsfulla vardagen då kvinnorna ibland inte ville lämna sitt hem vilket ledde till en känsla av meningslöshet (Avery et al., 2015; Gjerde et al., 2013; Roos et al., 2014). Ett liv med UI ansågs inte värdigt och gav en stor påverkan på livskvaliteten och upplevelsen av att leva med UI var för vissa kvinnor ohållbar (Hamid et al., 2015).

### **Att acceptera och hantera situationen**

Kvinnorna upplevde UI som ett normalt tillstånd som förväntades med stigande ålder eller efter graviditet och förlossning (Andersson et al., 2008). I början av kvinnornas UI upplevdes symtomen som normala och förväntades att försvinna, men när symtomen bestod och tiden pågick uppfattades UI inte längre som normalt (Akyuz et al., 2014). En del upplevde att orsaken till deras UI var att de inte upprätthållit en tillräckligt god hälsa och anklagade därför sig själva (Siu & Lopez, 2012). Kvinnorna som upplevt UI över en tid lärde sig till slut att hantera situationen och de ansåg att det enda som gick att göra var att acceptera situationen (Andersson et al., 2008; Avery et al., 2015; Zeznock, Gilje & Bradway, 2009). De lärde sig att leva med sina symtom trots svårigheter och de ansåg att UI övergick till att vara en del av livet (Andersson et al., 2008).

Genom att lära känna sina kroppar och förstå i vilka lägen läckage förekom så förenklades hanterbarheten och acceptansen (Andersson et al., 2008; Avery et al., 2015). Via hanterbarhet och en realistisk bedömning av situationen upplevdes en god livskvalitet. Vissa kvinnor kunde varken acceptera eller hantera situationen vilket istället kunde leda till depression.

Äldre kvinnor med god återhämtningsförmåga, goda relationer och socialt stöd upplevde depression i mindre utsträckning (Avery et al., 2015).

### **Upplevd kroppsuppfattning**

Temat upplevd kroppsuppfattning handlade om hur kvinnors UI påverkade deras självbild. Subteman som framkom var minskat självförtroende och känslan av att förlora kontrollen.

#### **Minskat självförtroende**

Kvinnornas kroppsuppfattning påverkades av UI, då de kände skam över att ett läckage skulle kunna inträffa. På grund av att inte kunna kontrollera sin blåsa upplevde de att det skedde en regression till barndomen (Andersson et al., 2008; De Cássia Altino Delarmelindo et al., 2013; Hamid et al., 2015; Pakgohar et al., 2015; Roos et al., 2014). Det fanns även de som upplevde UI som ett symtom på ålderdom och upplevde sig därför oattraktiva (Hamid et al., 2015; Roos et al., 2014). Det kunde även handla om att användningen av inkontinensskydd och att lukta urin förknippades till känslan att vara oattraktiv. UI påverkade deras självförtroende negativt då de inte längre uppskattade sin kropp (Roos et al., 2014). En del kvinnor kunde känna ett hat emot sig själva till följd av UI (Pakgohar et al., 2015). På grund av kontrollförlusten minskade självförtroendet (De Cássia Altino Delarmelindo et al., 2013). Lukten av urin gjorde att de kände sig smutsiga vilket i sin tur påverkade självkänslan (Roos et al., 2014). En del kvinnor sökte inte alltid vård för sin UI då de inte haft möjligheten eller varit medvetna om att behandlingsalternativ funnits (Gjerde et al., 2013). Kvinnorna uttryckte en rädsla för att söka hjälp för sin UI då de trodde att de inte skulle bli tagna seriöst av vårdpersonal. De ansåg att UI inte är meningsfullt att söka hjälp för då det inte ansågs likvärdigt med exempelvis smärtproblematik (Andersson et al., 2008).

#### **Känslan av att förlora kontrollen**

Kvinnornas upplevelse av att leva med UI gav en känsla av ångest och maktlöshet (Akyuz et al., 2014). Det uppkom en oro av att inte kunna kontrollera sin urinblåsa vilket ledde till en frustration (Avery et al., 2015; De Cássia Altino Delarmelindo et al., 2013), samt en rädsla över att mista kontrollen (Siu & Lopez, 2012). De kände skam och sorg över att tappa en förmåga som de tidigare behärskat (Akyuz et al., 2014; De Cássia Altino Delarmelindo et al., 2013; Hamid et al., 2015; Pakgohar et al., 2015; Zeznock et al., 2009). Det pågick en ständig oro kring att lukta urin (Pakgohar et al., 2015; Siu & Lopez, 2012). Rädslan av att bli ertappad skulle leda till skam (Avery et al., 2015; Pakgohar et al., 2015; Roos et al., 2014). Kvinnorna upplevde det jobbigt att ständigt behöva gå på toaletten på grund av trängningskänsla eller läckage. De begränsades ytterligare genom att de inte kunde uttrycka sina känslor, på grund av rädslan att det skulle ske ett läckage om de till exempel skrattade (Hamid et al., 2015; Siu & Lopez, 2012). En rädsla och oro över hur deras problem skulle eskalera i framtiden pågick ständigt (Hamid et al., 2015). UI ansågs vara problematiskt och för många var det bland det värsta som hänt dem (Akyuz et al., 2014).

#### **Känslor kring sexualitet**

Temat känslor kring sexualitet berörde kvinnors sexuella problematik som kunde uppstå i samband med UI.

UI påverkade kvinnornas sexliv och gav upphov till flera olika känslor. Under samlag upplevde många kvinnor en skam (Akyuz et al., 2014). För en del var samlaget en stor utmaning på grund av rädslan för läckage (Gjerde et al., 2013). Detta medförde att samlagen blev mindre frekventa och skapade en oförmåga att kunna njuta (Akyuz et al., 2014; Hamid et al., 2015). När UI uppkom i samband med menopaus så minskade även lusten (Akyuz et al., 2014). UI kunde orsaka smärtor under samlaget (Akyuz et al., 2014; Hamid et al., 2015).

Roos et al., 2014). Smärtorna kunde bero på att det fanns svårigheter i att bli upphetsad och slappna av, då tankarna var upptagna med oro kring läckage. De spände sig därför under samlaget för att hindra detta. Kvinnorna tillät sig inte heller att få en orgasm eftersom de upplevde att det ökade risken att ett läckage skulle inträffa. De undvek även vissa samlagsställningar och var noggranna med att kissa innan samlag. Kvinnorna upplevde att motivationen till samlag försvann på grund av rädslan för UI. De undvek all penetration, skyndade sig igenom det eller avbröt samlaget på grund av smärta eller läckage (Hamid et al., 2015; Roos et al., 2014). Kvinnorna var rädda för att ett samlag skulle förvärra deras UI (Siu & Lopez, 2012). En del kvinnor försökte genom bäckenbottenträning stärka musklerna för att minska risken för läckage i samband med samlag (Roos et al., 2014).

Kvinnor med UI upplevde sig sårbara och var rädda för förnedring (De Cássia Altino Delarmelindo et al., 2013; Pakgohar et al., 2015). De skämdes inför sin partner på grund av läckage under samlag. Problematiken skapade även en oförmåga hos kvinnorna att kunna ha ett bra sexliv tillsammans med sin partner, vilket i sin tur påverkade relationen (Akyuz et al., 2014; Roos et al., 2014). UI påverkade även kvinnor som levde ensamma då de upplevde att UI var ett hinder i att finna en livspartner (De Cássia Altino Delarmelindo et al., 2013). En del kvinnor upplevde trots allt inte någon negativ påverkan på deras sexliv och kunde njuta av samlag (Roos et al., 2014).

## **Hopp och förtvivlan**

Temat hopp och förtvivlan berörde tankar och känslor hos kvinnor vars upplevelser av att leva med UI pendlade mellan olika faser. Subteman som framkom var hoppet om att bli återställd och känslan av att vara ensam i upplevelsen.

### **Hoppet om att bli återställd**

När symtom av UI först uppkom förväntade sig många kvinnor att bli återställda (Akyuz et al., 2014). De upplevde en tillfredsställelse när förbättring kunde ses (De Cássia Altino Delarmelindo et al., 2013). Då symtomen istället kvarstod lade kvinnorna skulden på sig själva för att de inte sökt vård i ett tidigare skede (Akyuz et al., 2014). Insikten av att UI var bestående och att de inte skulle bli återställda medförde ett lidande (De Cássia Altino Delarmelindo et al., 2013). Vissa kvinnor hoppades på en förbättring (Gjerde et al., 2013), genom att hitta medicinsk eller kirurgisk behandling för att bli av med UI (De Cássia Altino Delarmelindo et al., 2013). En del kvinnor trodde att heligt vatten skulle kunna hjälpa till i att bli återställd (Gjerde et al., 2013).

Rädslan för kirurgisk behandling var stor, därför hoppades vissa kvinnor att konservativ behandling skulle fungera för deras livssituation (Siu & Lopez, 2012). De som var optimistiska kring behandling blev ofta besvikna och ledsna när den inte fungerade (Zeznock et al., 2009). När läkare avrådde kvinnor från kirurgisk behandling och konservativ behandling inte var tillräcklig uppstod sorg och frustration (Gjerde et al., 2013). En ständig oro och hopplöshet inför framtiden var återkommande och de var rädda att UI skulle förvärras (Gjerde et al., 2013; Pakgohar et al., 2015). Hopplösheten kunde medföra en känsla av att inte längre vilja fortsätta leva (Hamid et al., 2015).

### **Känslan av att vara ensam i upplevelsen**

Kvinnorna kände en rädsla över att inte få stöd i sin situation och höll därför sina besvär för sig själva. De upplevde det svårt att prata om UI och det fanns en oro av att inte bli förstådd, vilket var orsaker till att de inte delade med sig av sina problem till andra människor i omgivningen (Gjerde et al., 2013; Siu & Lopez, 2012; Zeznock et al., 2009). En annan anledning handlade om tron att bli återställd inom kort, vilket gjorde att kvinnorna kände att

det inte var nödvändigt att berätta för någon (Gjerde et al., 2013). Vissa kvinnor upplevde en önskan om få att hantera UI på egen hand då de ansåg att de kände sin kropp bäst (Andersson et al., 2008).

UI upplevdes ha en negativ påverkan på sociala sammanhang. Kvinnorna trodde att de inte skulle bli behandlade på samma sätt om deras UI blev känt för omgivningen. Det fanns en känsla av att de inte kunde uttrycka sig fritt till andra människor som inte befann sig i samma situation på grund av upplevelsen av att inte bli förstörd (Siu & Lopez, 2012). Ett läckage som kunde uppmärksammas inför andra människor skulle leda till obehag (Gjerde et al., 2013; Siu & Lopez, 2012). Stöd från sin partner upplevdes betydelsefullt, men då det inte fanns uppkom en känsla av ensamhet kring situationen (Akyuz et al., 2014).

Kvinnorna upplevde att de ville hålla UI som en hemlighet inför sin familj på grund av skam (Hamid et al., 2015; Pakgohar et al., 2015). Det fanns även en oro för att familjen skulle skämmas för dem på grund av deras problematik (Hamid et al., 2015; Gjerde et al., 2013). Kvinnorna tvättade därför sina kläder i skymundan för att inte bli påkomna (Pakgohar et al., 2015). De var rädda att UI skulle göra dem ensamma på grund av att familjen inte skulle tolerera deras problematik, eftersom läckage kunde orsaka en illaluktande doft (Hamid et al., 2015). Kvinnorna ansträngde sig därför för att familjen inte skulle få reda på deras hemlighet (Hamid et al., 2015; Pakgohar et al., 2015). Skedde ett läckage i familjens närvaro kände kvinnorna sig skamfyllda och ledsna (Hamid et al., 2015; Siu & Lopez, 2012).

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Syftet var att genom en litteraturstudie belysa kvinnors upplevelse av att leva med UI, för att öka kunskapen och lyfta den individuella problematiken som kvinnorna upplevde i vardagen. Sjuksköterskor behöver förstå det omfattande känsleregistret kring upplevelserna och beakta dessa i omvårdnaden. Polit och Beck (2016) belyser att det är av vikt för studiens giltighet att metoden som används mäter det som från början var avsett att studeras. Utifrån detta valdes analys av kvalitativ forskning. Förståelse för upplevelserna kan uppnås genom användning av modellen som bidrar till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning (Segesten, 2017). Med tanke på detta var modellen som användes i litteraturstudien lämpligast, eftersom den gav en ökad förståelse kring upplevelserna och styrkte giltigheten.

Enligt Polit och Beck (2016) innebär den kvalitativa metoden att forskaren är involverad i mötet med människorna som deltar i studien, för att kunna studera deltagarna ur ett sammanhang och belysa deras erfarenheter. Forskarens engagemang bidrar till en ökad förståelse för helheten (Polit och Beck, 2016). Således kan forskarens delaktighet i artiklarna som valdes till resultatet inte uteslutas. I de valda artiklarna skildrade forskarna den egna delaktigheten samt deltagarnas genom beskrivandet av tillvägagångssättet.

Litteratursökningarna utfördes i databaserna Cinahl och PubMed, dessa valdes eftersom de innehöll omvårdnadsvetenskapligt underlag. Google Scholar användes för att komplettera sökningarna. Det fanns ytterligare databaser att tillämpa men eftersom det uppnåddes tillräckligt med träffar för det valda området utfördes inga fler sökningar, vilket skulle kunna ha varit en begränsning då utbudet i andra databaser inte utforskades. För att finna de sökord som användes prövades olika ord fram och tillbaka i olika kombinationer. Sökorden som valdes var utformade för att skildra syftet. I den första systematiska sökningen i Cinahl påvisades ett stort antal kvantitativa artiklar. Eftersom de kvantitativa artiklarna inte var relevanta så resulterade detta i enbart 15 lästa artiklar varav tre som svarade på syftet och valdes till resultatet. Sökningen genererade inte tillräckligt med vetenskapliga artiklar därför



fortsattes en andra systematisk sökning i PubMed. Sökorden som användes skiljde något från sökningen i Cinahl. Sökorden valdes för att få en bredare sökning och för att skildra syftet. Detta resulterade i 17 lästa artiklar varav sex svarade på syftet och valdes till resultatet. Efter kvalitetsgranskning föll dock en av dessa artiklar bort. Genom en kompletterande osystematisk sökning i Google Scholar framkom två artiklar som valdes till resultatet. Under sökningar i databaserna observerades även samtliga referenslistor för att finna potentiella användbara artiklar till resultatet, men även till resterande delar i litteraturstudien. Osystematiska sökningar beskriver Östlundh (2017) som tidsparande och effektiva för att inte undgå relevanta artiklar.

Avgränsningarna i de systematiska sökningarna innefattade att de skulle vara peer reviewed, vara på engelska, publicerade mellan 2008-2018 och då det valda syftet handlade om kvinnor användes female för att begränsa artiklarna ytterligare. I sökningen i PubMed gjordes även avgränsningen att artiklarna skulle ha abstract. Trots avgränsningen female framkom artiklar som innehöll både män och kvinnors upplevelser av att leva med UI. Dessa artiklar lästes men då det var svårt att urskilja skillnaden mellan könen i resultatet exkluderades dessa. I början av litteratursökningarna användes årtal från 2013-2018 då det fanns en tanke kring att få med så aktuell forskning som möjligt. Då detta resulterade i lågt antal kvalitativ forskning, ökades årtalen upp till tio år.

Antalet sökträffar blev stort i de båda systematiska sökningarna. Detta skulle kunna anses som en orsak att behöva begränsa sökningen ytterligare genom att exempelvis lägga till fler sökord, eller genom att urvalet hade kunnat specificeras. Begränsningen skulle kunna ha inneburit att exempelvis enbart inkludera kvinnor över en viss ålder eller att det skulle handlat om kvinnor som genomgått graviditet eller förlossning. Eftersom det inte fanns tillräckligt med kvalitativa artiklar kring det valda området så ansågs den stora sökträffen inte behöva begränsas ytterligare för att inte undgå potentiella artiklar till resultatet.

I urvalet inkluderades kvinnor över 18 år. Kvinnor valdes eftersom de i större utsträckning än män levde med UI. Det förekom ofta att artiklarna i resultatet inkluderade äldre kvinnor, troligtvis eftersom UI ökar med stigande ålder. Trots detta inkluderade ett flertal artiklar kvinnor från 18 år. Litteraturstudiens ålderskriterium valdes eftersom UI även kan förekomma i varierande åldrar och inte enbart hos äldre kvinnor. Det är av vikt att utforska kvinnors upplevelse av UI och påverkan på vardagen oavsett ålder.

Forskningsetiska ställningstaganden och etiska resonemang är enligt Polit och Beck (2016) viktigt i studier med människor. Forskare ska undvika, minimera och förebygga skada i studier som involverar människor. Studierna ska inte innebära risker för den enskilda personen och obehag ska undvikas i största möjliga mån. Ett deltagande behöver bidra med kunskap som utvecklar samhällsproblematik. Det är av vikt för forskare till studier att tydliggöra att ett deltagande är frivilligt och noggrann information angående konfidentialitet och studiens syfte ska ges (Polit och Beck, 2016). Det var därför angeläget att de valda artiklarna skulle innehålla ett etiskt resonemang. Friberg (2017) belyser att användning av granskningsmall underlättar det kritiska förhållningssättet som är relevant för att bedöma artiklarnas kvalitet och vilka artiklar som ska ingå i resultatet. En artikel exkluderades då den inte uppnådde tillräckligt hög kvalitet utifrån granskningsmallen. Orsaken till den låga kvaliteten var bland annat att artikelns syfte var otydligt samt att det saknades etiskt resonemang.

Exklusionskriterier innefattade artiklar av medicinsk inriktning eftersom syftet var omvårdnadsbaserat. Artiklarna som valdes till resultatet var från olika delar av världen. Detta kan anses som en styrka enligt Östlundh (2017) eftersom det ger ett bredare perspektiv på

resultatet. Utifrån detta kan litteraturstudiens resultat anses vara styrkt eftersom artiklarna omfattade både industriländer och utvecklingsländer samt mångkulturella och religiösa skiljaktigheter. Polit och Beck (2016) beskriver att en studies resultat är överförbart om det kan överföras till likartade situationer eller till andra grupper. Med utgångspunkt i detta skulle litteraturstudiens resultat kunna anses som överförbart till liknande situationer eftersom de valda artiklarna representerade människor från olika världsdelar och med olika förutsättningar. Artiklarna som valdes representerade främst kvinnor i högre ålder, vilket skulle kunna anses som en begränsning i överförbarheten eftersom de yngre kvinnorna var en minoritet. Majoriteten av äldre kvinnor berodde troligtvis på att UI ökar med stigande ålder och därför förekom denna grupp mer frekvent i artiklarna.

Modellen som valdes beskriver Friberg (2017) bidrar till en evidensbaserad omvårdnad med grund i kvalitativ forskning. Denna modell ansågs vara lämplig eftersom den gav en förståelse för kvinnors upplevelser av att leva med UI genom en kunskapssammanställning. Analysförfarandet skedde i fem steg. Artiklarna lästes upprepade gånger. Polit och Beck (2016) belyser att trovärdigheten i studier grundar sig på hur innehållet tolkas av författarna, samt på vilket sätt studierna är framställda och hur tydligt innehållet skildras. I litteraturstudien diskuterades tolkningar av resultatet vilket ökade trovärdigheten eftersom detta bidrog till chansen att viktig information inkluderades och tolkningar eller missuppfattningar minimerades.

Polit och Beck (2016) belyser att när flera studiers resultat visar samma innehåll främjar detta trovärdigheten. Med utgångspunkt i detta ökade litteraturstudiens trovärdighet ytterligare eftersom de valda artiklarna till resultatet hade stora likheter. Processen att dela upp de olika meningarna tog tid eftersom de bearbetades ett antal gånger och omplacerades till olika grupperingar för att finna den som var lämpligast. Tillslut fastställdes fyra teman och subteman skapades i de olika grupperingarna. Framställandet av teman och subteman underlättades genom förkunskapen av att studierna lästs igenom noggrant och resultatet studerats i omgångar. I det sista steget sammanställdes och bearbetades resultatet till en löpande text. För att säkerställa att upprepningar inte förekom var det en lång process där texten lästes ett flertal gånger. Detta resulterade i att benämningar på subteman ändrades eller plockades bort under processens gång. Polit och Beck (2016) beskriver att genom en noggrann beskrivning av metoden och tillvägagångssättet ökar studiens tillförlitlighet. Den beskrivna metoden skulle kunna leda till att studien kunde upprepas och fortfarande ge samma resultat. I litteraturstudien var tillvägagångssättet av litteratursökning, urval och analys utförligt för att möjliggöra för tillförlitligheten.

## **Resultatdiskussion**

### **Ett lidande i vardagen**

Kvinnor upplever en negativ påverkan i vardagen och i samband med sociala sammanhang på grund av UI. UI är ett känsligt ämne som kvinnor vill hålla privat. Det är svårt att tala om på grund av skam och rädslan för att inte bli förstådd. Hägglund och Ahlström (2007) beskriver att kvinnor upplever UI som tabubelagt och att de känner skam inför att prata om ämnet och håller det därför för sig själva. Utifrån detta kan upplevelsen av att kvinnor anser UI som tabubelagt grunda sig på okunskap kring behandlingsalternativ och att de inte är tillräckligt informerade om att det finns hjälp att få. Okunskap kan även existera hos vårdpersonal som på grund av detta väljer att inte lyfta fram frågan tillsammans med personen. Det kan även handla om att UI genom tiden har upplevts som ett genant ämne vilket kan ha bidragit till att fler människor vill hålla det privat. Hägglund och Wadensten (2007) beskriver att kvinnor hellre vill att hälso- och sjukvårdspersonal lyfter ämnet eftersom de upplever sig för

skamfyllda att ta upp det själva. Kvinnor med UI befinner sig i en sårbar position och de upplever en ständig oro över hur andra människor ska uppfatta deras besvär. Upplevelsen kan alltså innebära att kvinnorna är i en sårbar position vilket kan medföra att deras integritet hotas.

Svensk sjuksköterskeförening (2017) beskriver att sjuksköterskor ska arbeta för personens välbefinnande och livskvalitet. Sjuksköterskor har ett ansvar att respektera människan och värna om integritet. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) är det av vikt för sjuksköterskor att stärka personens ställning genom att möjliggöra delaktighet och självbestämmande. I mötet med personen bör frågor kring UI belysas av sjuksköterskor även om ämnet är genant och svårt att tala om. Kvinnans tystnad betyder inte nödvändigtvis att problematiken inte existerar.

Kvinnor som lever med UI upplever sig i en sårbar position. Utifrån detta skulle ett maktförhållande kunna uppstå eftersom sjuksköterskor besitter kunskap om behandlingsalternativ och andra hjälpmedel vid UI. Detta maktförhållande bör sjuksköterskor vara medvetna om för att kunna skapa ett partnerskap vilket även är en förutsättning för en personcentrerad vård. Centrum för personcentrerad vård (2017) belyser att partnerskap är en betydelsefull del i den personcentrerade vården. Detta tyder på att det är av vikt att personen får dela med sig av sin berättelse kring upplevelsen av att leva med UI, eftersom det är personen som har den främsta kunskapen kring sin hälsa. Sjuksköterskor behöver skapa en förtroendefull relation så att utbyte av kunskap mellan parterna kan ske. Kvinnans berättelse hjälper sjuksköterskan att få insikt kring den individuella problematiken av UI så att de tillsammans kan arbeta mot ett välbefinnande i vardagen. För att möjliggöra för den personcentrerade vården belyser Nazarko (2018) att sjuksköterskor behöver vara medvetna om att personen har unika värderingar och hälsoproblem. I mötet med personen som söker vård för UI behöver sjuksköterskor förstå uppkomsten, vad personen vill uppnå med vården samt hur de tillsammans ska uppnå det individuella målet. Målet skulle kunna handla om att bibehålla, återfå kontroll eller att skapa en hanterbarhet.

Problem som kan uppstå i vardagen och begränsa livet till följd av UI, kan handla om att kvinnan isolerar sig och undviker dagliga aktiviteter. Genom att avstå eller minska intag av dryck, mat och läkemedel anpassar sig kvinnor till livssituationen. Med tanke på denna anpassning reduceras livskvaliteten och det skapas ett onödigt lidande. Undvikande av läkemedel på grund av att vilja klara av vardagsaktiviteter påverkar inte enbart personens egen hälsa och välbefinnande utan kan även bli ett samhällsproblem. När det inte finns följsamhet av personens medicinering kan detta leda till ett förvärrat sjukdomstillstånd vilket i sin tur kan resultera i ökade kostnader för sjukvården.

Kvinnor som lever med UI upplever en ständig oro kring att lukta urin. På grund av ständigt läckage kämpar kvinnor med att upprätthålla sin personliga hygien. För vissa kvinnor upplevs situationen ohållbar och de känner att det inte är ett värdigt liv. Det framkom att muslimska kvinnor upplever en påfrestning vid den dagliga bönen då det är ett krav att vara ren. Detta skapar en inre stress som är individuell och specifik för deras religion. Resultatet kan således tolkas som att upplevelsen av att leva med UI för många ofta är densamma, men olika religiösa traditioner skiljer sig åt. Sjuksköterskor behöver därför vara lyhörda kring problematiken och anpassa vården utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

UI upplevs som en normal del av åldrandet eller som ett naturligt tillstånd efter graviditet och förlossning. Kvinnor accepterar därför sin situation då de anser att UI är hanterbart. Det finns även en rädsla i att inte bli tagen seriöst av vårdpersonal och därför avstår kvinnor att söka

vård. Med tanke på att kvinnor anser UI som normalt, kan det bli en anledning att inte söka vård. De lär sig leva med sina symtom och hanterar situationen på egen hand, istället för att söka kunskap och hjälp från sjukvården för att underlätta deras vardag. Hägglund och Wadensten (2007) beskriver att kvinnor accepterar sin UI i större utsträckning vid hög ålder eftersom det förekommer oftare då. Innebörden av detta skulle kunna resultera i att äldre kvinnor inte söker vård för sin problematik eftersom de kanske anser att det är en normal del av åldrandet och istället väljer att acceptera situationen.

Ett välbefinnande kan upplevas trots att olika sjukdomstillstånd förekommer. Hälsa för en person är unikt och tolkas individuellt (Eriksson, 1996). Acceptans och hanterbarhet skapar ett välbefinnande och genom ett positivt förhållningssätt kan hälsa upplevas. Hos en del kvinnor kan det vara det motsatta och det saknas då välbefinnande och hälsa. Hägglund och Ahlström (2007) beskriver att kvinnor kan känna sig maktlösa i situationen. Eriksson (1996) beskriver att sundhet, friskhet och välbefinnande är en förutsättning för personens hälsa. Utifrån kvinnornas situation kan en avsaknad av sundhet, friskhet och välbefinnande uppstå och vissa kvinnor upplever därför försämrad hälsa på grund av UI.

### **Upplevd kroppsuppfattning**

UI påverkar kvinnors självförtroende på grund av ständig rädsla för kontrollförlusten som UI medför. Läckage leder till en känsla av att de är oattraktiva. En del kvinnor upplever att det sker en regression till barndomen då de tappar kontrollen av något de tidigare klarat av. Kao, Hayter, Hinchliff, Tsai och Hsu (2015) belyser att kvinnors självbild påverkas av kroppsuppfattning, känslan av att vara feminin och attraktiv där UI skapar en negativ känsla kring dessa aspekter. Detta påverkar vardagen i den mån att kvinnor måste vara observanta på klädval och undvika vissa färger som kan avslöja ett läckage. Kvinnor upplever således en daglig kamp för att dölja deras UI.

Eriksson (1996) belyser att hälsa är både en objektiv och subjektiv upplevelse. Kvinnors subjektiva syn på hälsa speglas av egna tankar och känslor. Med tanke på att synen på hälsa även styrs av värderingar, sociokulturella faktorer och normer innebär det att kvinnans upplevelse av att leva med UI varierar. Sjuksköterskor behöver vara lyhörda eftersom den subjektiva upplevelsen speglar kvinnans syn på hälsa. Det finns samhällsnormer som påstår att en kvinna bör vara feminin vilket alla kvinnor inte identifierar sig med. Detta kan skapa en påfrestning att leva upp till samhällets förväntningar på vad en kvinna ska representera.

Kvinnor som lever med UI upplever en maktlöshet i att inte ha kontroll vilket även styrks av Hägglund och Ahlström (2007) som visar att kvinnor strävar efter att anpassa sig till sin sårbara situation för att återfå viss kontroll och för att kunna fortsätta med sina liv. I resultatet framkommer det att kvinnor lever med en rädsla för huruvida UI kommer att bestå och eskalera i framtiden. Med utgångspunkt i att kvinnorna lever i ständig oro påverkas livskvaliteten och det är förstäligt att kvinnor upplever en sorg av att mista kontrollen över en kroppsfunction.

### **Känslor kring sexualitet**

Kvinnor upplever en negativ påverkan på sitt sex- och samliv på grund av UI. Den ständiga rädslan kring läckage skapar svårigheter i att bli upphetsad och att njuta. Detta skapar en oförmåga att slappna av vilket kan skapa smärtor under samlag. När läckage sker under samlag upplever kvinnor en skam inför sin partner. Problematiken kring samlag kan göra att kvinnor undviker penetration.

Kao et al. (2015) belyser att sexualitet är tabubelagt inom vissa kulturella normer. Med utgångspunkt i att sjukvården i Sverige är mångkulturell och sjuksköterskor möter personer med olika bakgrunder, behövs kunskap kring olika kulturella skillnader för att kunna möta individen och skapa ett förtroendefullt partnerskap. Enligt WHO (2006) består en central del av människans liv av erotik, njutning och intimitet. Sexualitet är en individuell upplevelse och att få möjligheten att njuta är en central del för att uppleva sexuell hälsa. Utifrån att den sexuella hälsan hotas skulle detta kunna innebära att livskvaliteten även påverkas. Därav skulle ett undvikande av samlag kunna påverka båda parterna som i sin tur kan leda till kriser i samlivet. Med tanke på detta är det viktigt för sjuksköterskor i mötet med kvinnor som söker vård att uppmärksamma och ställa frågor kring sexuell problematik eftersom detta kan uppkomma i samband med UI. Sexuella frågor kan upplevas tabubelagt därför är det av vikt att sjuksköterskor lyfter ämnet för att ta bort stigmatiseringen och underlätta för personen. Sjuksköterskor skulle kunna lyfta den sexuella problematiken genom att använda den vidareutvecklade PLISSIT modellen. Taylor och Davis (2006) beskriver att modellen möjliggör en öppen dialog kring sexuella frågor samt en reflektion för båda parterna. Modellen kan hjälpa till att skildra personens sexuella hälsa. Med denna vetskap skulle sjuksköterskor kunna ha användning av denna modell som ett hjälpmedel för att skapa en trygghet och lyfta problematiken.

### **Hopp och förtvivlan**

Till en början när symtom av UI uppkommer upplever kvinnor att de lever med ett hopp om att bli återställda. När dessa symtom kvarstår uppstår en förtvivlan och oron för framtiden växer fram. Det framkommer i Li, Low och Lee (2007) att kvinnor upplever hoppet om bli återställd som en motivation till att söka vård. I litteraturstudiens resultat framkom det att hopplösheten av att leva med UI skapar en förtvivlan som kan leda till minskad livslust, vilket skapar ett lidande för kvinnan. Eriksson (2015) belyser att lidande är en individuell kamp för personens värdighet och frihet. I resultatet framkommer det att kvinnor som lever med UI upplever sig begränsade vilket påverkar deras frihet. Med utgångspunkt av detta innebär upplevelsen av att leva med UI som ett lidande och en daglig kamp för att återställa hälsa. Svensk sjuksköterskeförening (2016b) beskriver att personens tidigare erfarenheter av livshändelser kan påverka personens upplevelse av lidande. Utifrån att upplevelsen av UI är individuell, behöver sjuksköterskor vara medvetna om tidigare livshändelser eftersom detta påverkar hur personens lidande gestaltar sig.

Kvinnor som lever med UI upplever sig ensamma i situationen och saknar stöd. Rädsla för vad omgivningen ska tycka och tänka om deras problematik gör att de håller det för sig själva. En del kvinnor upplever gott stöd vilket underlättar bördan att leva med UI och de upplever sig inte lika ensamma i situationen.

### **Slutsatser**

Denna litteraturstudie visar att kvinnor dagligen upplever begränsningar i vardagen på grund av UI, både fysiskt, psykiskt och socialt. Upplevelserna pendlar mellan olika faser av hopp och förtvivlan. Kvinnors självbild påverkas negativt vilket leder till minskat självförtroende som domineras av skamkänslor. De lever med en känsla av maktlöshet på grund av kontrollförlusten som UI medför. Livskvaliteten påverkas av kvinnans sexuella hälsa som till följd av UI försämras. Kvinnorna upplever sig ensamma i situationen på grund av att de inte vill dela med sig kring problematiken, då det är ett ämne som är svårt att prata om.

Det framkommer att kvinnor avstår att söka vård och väljer att hantera situationen på egen hand på grund av okunskap kring behandlingsalternativ. En kvalitetsutveckling inom detta

område behöver ske, de kvinnor som lider i det tysta behöver identifieras och alla kvinnor behöver informeras kring behandlingsalternativ. Dessa behov skulle kunna identifieras genom att sjuksköterskor utgår från en personcentrerad vård. Kvinnor som lever med UI ska inte behöva bli isolerade eller begränsade i sin vardag. Det behövs inte enbart hjälp med behandlingsalternativ som exempelvis inkontinensskydd, konservativ- eller kirurgisk behandling det behövs resurser för att emotionellt stödja dessa kvinnor som lider av UI. Sjuksköterskor har ett ansvar, att genom ett partnerskap, informera och stödja kvinnor för att minska ensamheten och lidandet. Psykisk ohälsa och sexuell hälsa bör även lyftas i samband med frågor kring UI.

## **Praktiska implikationer**

Ur litteraturstudien framkommer det att UI är ett ämne som kvinnor upplever svårt att prata om. Till följd av UI skapas problematik kring sexuell hälsa samt begränsningar i vardagen. Upplevelsen av UI ligger inom området omvårdnad som handlar om att se hela personen och inte enbart den objektivt påvisbara ohälsan. Omvårdnaden styrs efter personens behov och den individuella synen på hälsa. Litteraturstudien bidrar med ökad insikt för hur kvinnor upplever livet med UI. Kunskapen skulle även kunna underlätta för sjuksköterskor att identifiera det individuella behovet av omvårdnad.

Sjuksköterskors kompetensområde är omvårdnad och för att möjliggöra en god omvårdnad behöver dessa kvinnors upplevelser belysas. Eftersom ämnet är svårt att tala om och många kvinnor lider i det tysta är det sjuksköterskors uppgift att våga lyfta ämnet för att möjliggöra för berättelsen. Sjuksköterskor behöver vara medvetna om att den sexuella hälsan även påverkas i samband med UI och att kvinnor upplever sexuell problematik som ett genant ämne som de undviker att tala om. Kvinnor föredrar att ämnet tas upp av sjuksköterskan. Litteraturstudien bidrar med kunskap kring att tydligare riktlinjer krävs för att underlätta samtalet kring UI och den sexuella problematiken som uppstår till följd av UI, för att bryta barriären och sträva mot personens hälsa. Sjuksköterskor skulle också kunna erbjuda stödsamtal till dessa kvinnor för att minska upplevelsen av att vara ensam i situationen.

UI kan förekomma inom flera olika vårdsammanhang och problematiken som dessa kvinnor lever med behöver uppmärksammas inom sjukvården. Kvalitetsutvecklingen skulle kunna innebära tydligare riktlinjer eller bättre uppföljning för denna patientgrupp exempelvis efter graviditet eller förlossning samt för äldre personer eftersom UI förekommer mer frekvent med stigande ålder. Ur ett samhällsperspektiv bidrar kunskapen kring kvinnornas upplevelser med att ämnet normaliseras och det skulle kunna medföra att stigmatiseringen kring ämnet minskar, vilket skulle kunna underlätta beslutet att söka vård.

## **Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde**

Sjuksköterskor behöver ständigt hålla sig uppdaterade genom en kunskapsutveckling för att stärka den evidensbaserade omvårdnaden. Behovet av ytterligare kunskap inom området skulle kunna innefatta hur kvinnors upplevelser av att leva med UI skiljer sig beroende på ålder, kultur, religion och socioekonomiska faktorer samt hur förutsättningarna ser ut för dessa kvinnor. Vidare skulle det även vara intressant med studier som belyser orsaker till stigmatiseringen och hur dessa kan elimineras.

Flertalet studier inom området är av kvantitativ metod. Därav finns ytterligare behov av forskning med kvalitativ metod för att kunna belysa kvinnors upplevelser av att leva med UI. Forskningen skulle kunna inkludera hur kvinnor ser på bemötandet inom vården för att

undersöka möjligheter till kunskapsutveckling. Ytterligare studier inom professionen skulle kunna belysa varför kvinnor väljer att inte söka vård för UI. Det skulle även vara en fördel att belysa sjuksköterskors perspektiv på situationen, för att utforska behovet av ytterligare resurser. Eftersom samtal kring UI eller sexuella frågor kan upplevas svårt att prata om behöver kunskapen kring samtalsmetodik stärkas genom att exempelvis sjuksköterskor redan i grundutbildningen undervisas mer ingående kring detta för att underlätta för dessa ämnen i mötet med kvinnorna.

## Referenslista

- Akyuz, A., Kok, G., Kilic, A., & Guvenc, G. (2014). In her own words: living with urinary incontinence in sexual life. *Sexuality and Disability*, 32(1), 23-33.
- 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.
- Annon, J. S. (1976). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1-15.
- Avery, J. C., Mayer, A. B., Duggan, P. M., Taylor, A. W., & Stocks, N. P. (2015). 'It's our lot': how resilience influences the experience of depression in women with urinary incontinence. *Health Sociology Review*, 24(1), 94-108. doi:10.1080/14461242.2015.1007512
- Centrum för personcentrerad vård. (2017). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2018-03-16, från <https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld>
- De Cássia Altino Delarmelindo, R., Garcia de Lima Parada, C. M., Partezani Rodrigues, R. A., & Mangini Bocchi, S. C. (2013). Between suffering and hope: rehabilitation from urinary incontinence as an intervening component. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 1981-1991.
- Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. Stockholm: Liber/Almqvist & Wiksell medicin.
- Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 129-138). Lund: Studentlitteratur.
- Gjerde, J. L., Rortveit, G., Muleta, M., & Blystad, A. (2013). Silently waiting to heal; Experiences among women living with urinary incontinence in northwest Ethiopia. (Report). *International Urogynecology Journal*, 24(6), 953-958.
- 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. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 60(3), 514-521. doi:10.1016/j.archger.2015.01.003
- Howard, F., & Steggall, M. (2010). Urinary incontinence in women: quality of life and help-seeking. *British Journal of Nursing*, 19(12), 742-749.
- 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. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01787.x
- 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.
- Kao, H., Hayter, M., Hinchliff, S., Tsai, C., & Hsu, M. (2015). Experience of pelvic floor muscle exercises among women in Taiwan: a qualitative study of improvement in urinary incontinence and sexuality. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13/14), 1985-1994. doi:10.1111/jocn.12783



- Li, F. L. W., Low, L. P. L., & Lee, D. T. F. (2007). Coping with stress incontinence: women's experiences of everyday inconveniences. *International Journal of Urological Nursing*, 1(3), 112-119.
- Lim, P. H. (2013). How incontinence affects sexual health. *Australian & New Zealand Continence Journal*, 19(4), 117-120.
- Nazarko, L. (2018). Person-centred care of women with urinary incontinence. *Practice Nursing*, 29, S15-S19. doi:10.12968/pnur.2018.29.Sup1.S15
- Ozkan, S., Ogce, F., & Cakir, D. (2011). Quality of life and sexual function of women with urinary incontinence. *Japan Journal of Nursing Science*, 8(1), 11-19.
- 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), 81-95. doi:10.1080/08952841.2014.928145
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Roos, A. M., Thakar, R., Sultan, A. H., Burger, C. W., & Paulus, A. T. (2014). Pelvic floor dysfunction: Women's sexual concerns unravelled. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(3), 743-752.
- Sand, O. (2007). *Människokroppen: fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2001). *Behandling av urininkontinens- Frågor och svar*. Hämtad 2018-03-16, från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/skrifter-och-faktablad/behandling-av-urininkontinens/>
- Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss.105-108). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Siu, L. S. K., & Lopez, V. (2012). Chinese women's experiences of stress incontinence: a descriptive qualitative study. *International Journal of Urological Nursing*, 6(3), 125-136.
- Strickland, R. (2014). Reasons for not seeking care for urinary incontinence in older community-dwelling women: a contemporary review. *Urologic Nursing*, 34(2), 63-68.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2018-04-13, från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2016a). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2018-03-16, från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2016b). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 2018-03-23, från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad\\_reviderad\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning*. Hämtad 2018-04-09, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Taylor, B., & Davis, S. (2006). Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard*, 21(11), 35-40.

World Health Organization. (2014). *Basic documents*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health*. Geneva: World Health Organization.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur.

Zeznock, D., Gilje, F., & Bradway, C. (2009). Living with urinary incontinence: experiences of women from 'The Last Frontier'. *Urologic Nursing*, 29(3), 157-185.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 59-70). Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga I

### Redovisning av systematisk sökning

Databas/datum Cinahl 2018-03-28	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
1	(MH "Urinary incontinence")	6199				
2	AB Experience* OR Quality of life	235307				
3	Women*	207057				
4	1+2+3	393				
Avgränsningar: Peer reviewed, engelska, 2008- 2018, female		168	168	63	15	3

Databas/ datum PubMed 2018-03-28	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
1	Urinary incontinece	40876				
2	(Experience* OR Lived experience*)	915445				
3	Women*	1002581				
4	Living with	1600428				
5	1+2+3+4	444				
Avgränsningar: Abstract, engelska, 2008-2018, female		195	195	59	17	5

### Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte?  Ja  Nej  Framkom ej

Informant karaktäristika

Antal .....

Ålder .....

Man/kvinna .....

Är kontexten presenterad?  Ja  Nej  Framkom ej

Finns etiskt resonemang?  Ja  Nej  Framkom ej

#### Urval

- Relevant?  Ja  Nej  Vet ej

- Strategiskt?  Ja  Nej  Ej relevant

-datainsamling tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

- analys tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

#### Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt?  Ja  Nej  Vet ej

- Råder datamätnad?  Ja  Nej  Ej relevant

- Råder analysmätnad?  Ja  Nej  Ej relevant

#### Kommunicerbarhet

-Är resultatet klart och tydligt?  Ja  Nej  Vet ej

-Redovisas resultatet i förhållande till  Ja  Nej  Vet ej

-Teoretisk referensram?  Ja  Nej  Vet ej

-Genereras teori?  Ja  Nej  Ej relevant

#### Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent

Granskningspoäng; grad I (80-100%)  grad II (70-79%)  grad III (60-69%)

**Tidskriftens bedömningssystem**  Double  Single  Ej  
Peer review  blinded  blinded  angivet

## Bilaga III

### Översikt av analyserad litteratur

	<b>Problem och syfte</b>	<b>Ansats och metod</b>	<b>Urval och studiegrupp</b>	<b>Huvudsakligt resultat</b>	<b>Kvalitetsgranskning</b>
<p><b>Författare:</b> Akyuz, A., Kok, G., Kilic, A., &amp; Guvenc, G <b>Årtal:</b> 2014 <b>Land:</b> Turkiet</p>	<p>Det förekommer bristande kunskap kring sexuell påverkan av UI hos kvinnor.</p> <p>Syftet var att identifiera känslor och upplevelser av UI påverkan sexualiteten.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Fenomeno- logiskt tillväga- gångsätt genom semi- strukturerade intervjuer.</p>	<p>12 kvinnor mellan 41 och 53 år.</p> <p>Inklusionskriterier var kvinnor &gt;20 år, som haft UI &gt;1 års tid, haft ett aktivt sexliv, ingick i äktenskap, behärskade det turkiska språket. Exklusionskriterier var gynekologiska besvär som påverkade sexualiteten eller sexuell dysfunktion hos partnern.</p>	<p>UI påverkade kvinnornas sexualitet negativt vilket gav en minskad njutning samt skamkänslor och minskad sexlust.</p>	<p>Grad I</p>

	<b>Problem och syfte</b>	<b>Ansats och metod</b>	<b>Urval och studiegrupp</b>	<b>Huvudsakligt resultat</b>	<b>Kvalitetsgranskning</b>
<p><b>Författare:</b> Andersson, G., Johansson, J., Nilsson, K., &amp; Sahlberg- Blom, E <b>Årtal:</b> 2008 <b>Land:</b> Sverige</p>	<p>Kunskapen kring kvinnors upplevelser av att leva med UI samt behovet av vård och behandling är otillräcklig.</p> <p>Syftet var att beskriva upplevelser av att leva med UI hos kvinnor som inte önskar vidare behandling.</p>	<p>Kvalitativ och deskriptiv metod.</p> <p>Fenomeno- logiskt tillväga- gångsätt genom intervjuer.</p>	<p>11 kvinnor mellan 66-89 år.</p> <p>Inklusionskriterier var kvinnor som tidigare varit i kontakt med primärvården angående UI men som i dagsläget inte anser sig behöva vidare behandling.</p>	<p>Kvinnorna upplevde att UI var ett hanterbart problem som de lärt sig att leva med.</p>	<p>Grad I</p>

	<b>Problem och syfte</b>	<b>Ansats och metod</b>	<b>Urval och studiegrupp</b>	<b>Huvudsakligt resultat</b>	<b>Kvalitetsgranskning</b>
<p><b>Författare:</b> Avery, J. C., Mayer, A. B., Duggan, P. M., Taylor, A. W., &amp; Stocks, N. P <b>Årtal:</b> 2015 <b>Land:</b> Australien</p>	<p>Kvinnor påverkas inte bara fysiskt utan även psykiskt av UI vilket sällan uppmärksammas.</p> <p>Syftet var att undersöka upplevelsen och påfrestningen av UI i relation till psykisk hälsa.</p>	<p>Kvalitativ metod med djupgående intervjuer.</p>	<p>19 kvinnor mellan 43-89 år.</p> <p>Inklusionskriterier var kvinnor &gt;18 år, drabbade av UI med eller utan depression Exklusionskriterier var icke engelsktalande, demens, neurologiska sjukdomar eller svår psykisk ohälsa.</p>	<p>Kvinnor med god återhämningsförmåga och ett positivt förhållnings sätt till UI upplevde mindre depression och hade en bättre hanterbarhet.</p>	<p>Grad I</p>

	<b>Problem och syfte</b>	<b>Ansats och metod</b>	<b>Urval och studiegrupp</b>	<b>Huvudsakligt resultat</b>	<b>Kvalitetsgranskning</b>
<p><b>Författare:</b> De Cássia Altino Delar-melindo, R., Garcia de Lima Parada, C. M., Partezani Rodrigues, R. A., &amp; Mangini Bocchi, S. C. <b>Årtal:</b> 2013 <b>Land:</b> Brasilien</p>	<p>Människor med UI lever i det tysta och det finns brister i riktlinjerna kring UI.</p> <p>Studien syftade till att förstå kvinnors upplevelser av UI samt att skapa en design av en representativ teoretisk modell som kan användas för ökad förståelse inom området.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Genom intervjuer skedde en systematisk induktiv analys baserad på Grounded Theory.</p>	<p>18 kvinnor mellan 41-81 år.</p> <p>Inklusionskriterier var kvinnor &gt;40 år.</p>	<p>Kvinnorna upplevde pendlande känslor mellan lidande och hopp. Särskilt vid medicinsk hjälp och rehabilitering.</p>	<p>Grad I</p>

	<b>Problem och syfte</b>	<b>Ansats och metod</b>	<b>Urval och studiegrupp</b>	<b>Huvudsakligt resultat</b>	<b>Kvalitetsgranskning</b>
<p><b>Författare</b> Gjerde, J. L., Rortveit, G., Muleta, M., &amp; Blystad, A <b>Årtal:</b> 2013 <b>Land:</b> Etiopien</p>	<p>Det förekommer bristande kunskap kring lågavlönade kvinnors upplevelser av att leva med UI.</p> <p>Syftet var att få djupgående kunskap kring kvinnors upplevelser av att leva med UI.</p>	<p>Kvalitativ metod med semistrukturerade djupgående intervjuer.</p>	<p>26 kvinnor med UI.</p>	<p>Brist på tillgång av bland annat tvål och vatten försvårade renlighet. Känslor som skam, förnedring och hopp om att läka var några av känslorna av att leva med UI.</p>	<p>Grad I</p>

	<b>Problem och syfte</b>	<b>Ansats och metod</b>	<b>Urval och studiegrupp</b>	<b>Huvudsakligt resultat</b>	<b>Kvalitetsgranskning</b>
<p><b>Författare:</b> Hamid, T. A., Pakgozar, M., Ibrahim, R., &amp; Dastjerdi, M. V <b>Årtal:</b> 2015 <b>Land:</b> Iran</p>	<p>Det förekommer otillräckligt med kunskap kring upplevelsen av att leva med UI hos kvinnor.</p> <p>Syftet var att belysa muslimska kvinnors upplevelser av att leva med UI efter menopaus.</p>	<p>Kvalitativ, hermeneutisk och fenomenologisk metod användes för att analysera intervjuerna.</p>	<p>17 kvinnor mellan 52-68 år. Inklusionskriterier var att de skulle upplevt UI de senaste 10 åren.</p>	<p>Tre huvudsakliga teman framkom: Störning av den normala kroppsfunctio- en, begränsning och förtvivlan av att leva med UI.</p>	<p>Grad I</p>

	<b>Problem och syfte</b>	<b>Ansats och metod</b>	<b>Urval och studiegrupp</b>	<b>Huvudsakligt resultat</b>	<b>Kvalitetsgranskning</b>
<p><b>Författare:</b> Pakgozar, M., Hamid, T., Ibrahim, R., &amp; Vahid-Dastjerdi, M <b>Årtal:</b> 2015 <b>Land:</b> Iran</p>	<p>Kunskapen kring upplevelsen av UI hos kvinnor efter menopaus är otillräcklig.</p> <p>Syftet var att utforska muslimska kvinnors upplevelser av att leva med UI genom intervju och illustration.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Hermeneutisk och fenomenologisk ansats användes för att analysera intervjuerna.</p>	<p>9 kvinnor mellan 62-64 år.</p> <p>Inklusionskriterier var att de hade genomgått menopaus, upplevt UI och ha förmågan att illustrera sina upplevelser av UI.</p>	<p>Att leva med UI gav en störning av den normala kroppsfunctio- nen.</p> <p>Upplevelsen gav även restriktioner, frustration och uppgivenhet.</p>	<p>Grad I</p>

	<b>Problem och syfte</b>	<b>Ansats och metod</b>	<b>Urval och studiegrupp</b>	<b>Huvudsakligt resultat</b>	<b>Kvalitetsgranskning</b>
<b>Författare:</b> Roos, A. M., Thakar, R., Sultan, A. H., Burger, C. W., & Paulus, A. T <b>Årtal:</b> 2014 <b>Land:</b> England	Framfall och UI påverkar ofta kvinnors sexualitet negativt. Dessa problem behöver uppmärksamma i relation till varandra.  Syftet var att få en djupare förståelse av framfall och eller UI:s inverkan på kvinnors sexualitet.	Kvalitativ metod med semi-strukturerade intervjuer.	37 kvinnor mellan 31-64 år.  Inklusionskriterier var kvinnor >18 år som behärskade det engelska språket och var sexuellt aktiva. Exklusionskriterier var kronisk eller malign sjukdom.	Framfall och UI påverkade flera kvinnors kroppsbild, känslor och tankar negativt.	Grad I

	<b>Problem och syfte</b>	<b>Ansats och metod</b>	<b>Urval och studiegrupp</b>	<b>Huvudsakligt resultat</b>	<b>Kvalitetsgranskning</b>
<b>Författare</b> Siu, L. S. K., & Lopez, V <b>Årtal:</b> 2012 <b>Land:</b> Kina	Få kvinnor söker vård för UI och går därför obehandlade trots behandlingsmöjligheter.  Syftet var att undersöka kvinnors uppfattning av svårighetsgraden, påverkan av stress-inkontinens och bäckenbotten-träning.	Kvalitativ och deskriptiv metod.  Innehålls-analys av semi-strukturerade intervjuer.	35 kvinnor mellan 39-74 år.  Inklusionskriterier var kvinnor >18år och diagnosticerade med stress-inkontinens.	Fem huvudsakliga kategorier framkom: upplevelser av stress-inkontinens, att leva med UI, känslor och faktorer som antingen underlättade eller försvårade tillgivenheten av bäckenbotten-träning.	Grad I



	<b>Problem och syfte</b>	<b>Ansats och metod</b>	<b>Urval och studiegrupp</b>	<b>Huvudsakligt resultat</b>	<b>Kvalitetsgranskning</b>
<p><b>Författare:</b> Zeznock, D., Gilje, F., &amp; Bradway, C  <b>Årtal:</b> 2009  <b>Land:</b> USA, Alaska</p>	<p>UI är ett utbrett, kostsamt och bekymmersamt hälsoproblem för kvinnor i USA som kan leda till psykisk, fysisk eller finansiella konsekvenser.</p> <p>Syftet var att belysa upplevelsen av att leva med urininkontinens hos kvinnor i Alaska.</p>	<p>Deskriptiv och kvalitativ innehållsanalys av djupgående och ostrukturerade intervjuer.</p>	<p>17 kvinnor mellan 33-86 år.</p> <p>Inklusionskriterier var kvinnor med UI, &gt;18 år och engelsktalande.</p>	<p>Sex teman av upplevelsen att leva med UI framkom: att dela hemligheten, anpassning av dagen, oron av att läcka, sökandet efter en lösning, mötet med hälso- och sjukvården och att hitta en lösning till problemet.</p>	<p>Grad I</p>