



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
FAKULTETEN FÖR  
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

# **KVINNORS UPPLEVELSER AV URININKONTINENS I SITT DAGLIGA LIV**

EN LITTERATURSTUDIE

JULIA FERNSTEN  
SANNA GUERRERO

# **KVINNORS UPPLEVELSER AV URININKONTINENS I SITT DAGLIGA LIV**

## **EN LITTERATURSTUDIE**

**JULIA FERNSTEN  
SANNA GUERRERO**

Fernsten, J & Guerrero, S. Kvinnors upplevelser av urininkontinens i sitt dagliga liv. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för hälsa och samhälle, intuitionen för vårdvetenskap, 2014.

*Bakgrund:* I Sverige beräknas ca 500 000 människor vara drabbade av urininkontinens. Samtidigt som livslängden i Sverige ökar, så ökar också prevalensen av urininkontinenta människor. Inkontinensvården i Sverige kostar mångmiljardbelopp varje år. Att vara urininkontinent är ofta tabubelagt och kvinnor kan känna, maktlöshet, oro och skam. Legitimerade sjuksköterskor måste kunna ha en bra kommunikation med dessa patienter.

*Syfte:* Att belysa kvinnors upplevelser av urininkontinens i sitt dagliga liv.

*Metod:* Tre kvalitativa respektive sju kvantitativa vetenskapliga artiklar användes i denna litteraturstudie. Sökningarna efter vetenskapliga artiklar utfördes i CINAHL och PubMed.

*Resultat:* Fyra teman identifierades efter analysen; ”Påverkan på sexlivet”, ”Hämmad fysisk aktivitet”, ”Påverkan på psykisk hälsa” och ”Det sociala samspelet”. Även ett bifynd kring att få söka hjälp och blir informerade av vårdpersonal framkom.

*Slutsats:* Legitimerade sjuksköterskor måste öka sin kunskap och förståelse för urininkontinens påverkan på kvinnors dagliga liv.

*Nyckelord:* Belysa, dagligt liv, kvinnor, påverkan, urininkontinens.

# **WOMEN'S EXPERIENCES OF URINARY INCONTINENCE IN THEIR DAILY LIFE**

## **A LITERATURE REVIEW**

**JULIA FERNSTEN  
SANNA GUERRERO**

Fernsten, J & Guerrero, S. Women's experiences of urinary incontinence in their daily life. A literature review. *Degree project in nursing 15 credit points*. Malmö University: Faculty of health and society, Department of Care Science 2014.

*Background:* In Sweden, approximately 500 000 people are affected by urinary incontinence. While life expectancy in Sweden is increasing, so does the prevalence of urinary incontinent people. Incontinence treatment in Sweden is costing millions of Swedish kronor each year. Being urinary incontinent is often taboo, and women may feel powerlessness, anxiety and shame. Registered nurses must be able to have good communication with these patients.

*Aim:* To highlight women's experiences of urinary incontinence in their daily life.

*Method:* Three qualitative and seven quantitative research articles were used in this study. The search for scientific articles was performed in CINAHL and PubMed

*Results:* Four themes were identified following analysis; "The impact on sex life", "Impaired physical activity", "Impact on mental health" and "Social interaction". Also an incidental finding was made, few people searched for help and were informed by health professionals.

*Conclusion:* Registered nurses need to increase their knowledge and understanding of urinary incontinence impact on women's daily life.

*Keywords:* Daily life, highlight, impact, urinary incontinence, women.

# INNEHÅLL

BAKGRUND	5
Inledning	5
Definition	5
Fysiologi	5
Patofysiologi	6
Riskfaktorer	6
Undersökning	6
Hjälpmedel	7
Behandling	7
Påverkan på samhället	7
Sjuksköterskans roll	7
SYFTE	8
METOD	8
Avgränsningar	8
Definitioner	9
Litteratursökning	10
Genomförande och granskning	10
Analys och databearbetning	10
RESULTAT	11
Påverkan på sexlivet	11
Mindre lust och självförtroende, ökad oro och skam	11
Svårt att njuta, slappna av och få orgasm	11
Påverkan på sexuella relationer	12
Copingstrategier	12
Hämmad fysisk aktivitet	12
Vardagsmotion	12
Motion som träningssyfte	12
Påverkan på psykisk hälsa	13
Lägre livskvalitet och känslor av skam	13
Depression, oro och ångest	13
Skuld-känslor och förlorad kontroll	13
Det sociala samspelet	14
Begränsningar på vardagsliv och nöjesliv	14
Påverkan på arbetslivet	14
Bifynd	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
Påverkan på sexlivet	16
Hämmad fysisk aktivitet	16
Påverkan på psykisk hälsa	17
Det sociala samspelet	17
Bifynd	18
SLUTORD	18
REFERENSER	19
BILAGOR	21

## BAKGRUND

Ca 500 000 människor i Sverige beräknas vara drabbade av urininkontinens, i hela världen berörs mer än 50 miljoner människor av folkhälsoproblemet (SBU, 2000). Båda könen och alla åldrar är drabbade, men det är ett mer vanligt förekommande problem hos kvinnor jämfört med män. Prevalensen bland kvinnor är ca 10 procent, men hos kvinnor som är 70 år och äldre fördubblas den. På grund av vår ökade ålder så förväntas detta folkhälsoproblem att öka (a.a).

Att leva med urininkontinens drabbar även omgivningen och familjen, då det förutom att vara ett hygieniskt problem även kan bli ett psykiskt, socialt, medicinsk och fysiskt handikapp (SBU 2000).

### Definition

Urininkontinens är enligt Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition en sjukdom. Definitionen av urininkontinens är sedan år 2002 ”besvär av ofrivilligt urinläckage” (Abrams, 2002).

### Fysiologi

Bakom bäckensymfyssen, i det lilla bäckenet, ligger urinblåsan (Toverud m fl, 2006). Urinblåsan har en stor lagringsfunktion och vidgas lätt. När urinblåsan är tom är den mindre än en knytnäve. Urinblåsan töms normalt vid 400-500 ml urin i blåsan. Vid en så full urinblåsa sträcker den sig över bäckensymfyssen. När blåsan är tom når den knappt upp till bäckensymfyssen. I situationer då blåstömningen av någon anledning inte fungerar, så kan blåsan sträcka sig ända upp till naveln och rymma flera liter (a.a).

Urinblåsan består av glattmuskulatur och på insidan av blåsväggen är urinblåsan täckt med en slemhinna fylld av veck (Toverud m fl, 2006). Vid en tom blåsa är blåsväggen tjock och mycket veckad. Efter hand som blåsan fylls av urin så slätas vecken ut och blåsväggen blir tunnare (a.a).

Urinen leds från blåsan ut ur kroppen genom urinröret, uretra (Toverud mfl, 2006). Där blåsa och urinrör möts finns den inre slutarmuskeln, vilken består av förtjockad glatt muskulatur. Den inre slutarmuskeln stimuleras av sympatiska nervfibrer. Muskelcellerna i den inre slutarmuskeln måste kontrahera så att urin inte ska sippra ut från blåsan till urinröret mellan blåstömningarna. Urinröret fortsätter ner genom bäckenbotten, där finns den yttre ringmuskeln. Den yttre slutarmuskeln består av en tvärstrimmig ringmuskel. Den yttre ringmuskeln styrs med viljan, genom att knipa igen muskeln kan vi hålla tömningen en stund (a.a).

När urinblåsan är full utlöses en reflex så att hjärnan och ryggmärgens sakrala del får sensoriska impulser från sinnescellerna i urinblåsan (Toverud mfl, 2006). De parasympatiska fibrerna aktiverar den glatta muskulaturen i blåsväggen och muskulaturen som kallas detrusormuskeln (detrude = fördriva) dras ihop och pressar urinen till uretra. Att med viljan styra blåstömningen innebär att de parasympatiska fibrernas aktivitet hämmas så att kontraktionen av den yttre ringmuskeln ökar. Dock kan människan bara styra blåstömningen till en viss fyllnadsnivå. När nivån överskrids skapas ett stort tryck och den inre slutarmuskeln slappnar av, och av en reflex gör även den yttre ringmuskeln också det (a.a).

## Patofysiologi

Det finns fem huvudgrupper av urininkontinens. Dessa är; ansträngningsinkontinens, trängningsinkontinens, blandinkontinens, överrinningsinkontinens (SBU, 2001) och funktionell inkontinens (SBU, 2013).

*Ansträngningsinkontinens* drabbar vanligast unga kvinnor men förekommer i alla åldrar. Det innebär att en kvinna vid ansträngning till exempel nysning eller hosta läcker urin pga att buktrycket ökar (Stenzelius, 2005). Graviditet och förlossning spelar en stor roll i hur skador i bäckenets muskulatur uppkommer och dessa skador kan senare ge symtom just som ansträngningsinkontinens (Mattiasson, 2005).

*Trängningsinkontinens* drabbar främst kvinnor och innebär att kvinnan plötsligt måste tömma blåsan för att undvika ett urinläckage. Vid trängningsinkontinens har blåsan en låg fyllnadsgrad när sammandragningarna i blåsmuskulaturen sker (Mattiasson, 2005). De med trängningsinkontinens kan behöva miktera 10-15 gånger per dag jämfört med de normala 4-8 gångerna (SBU, 2001). Att ofta drabbas av trängningar kallas överaktiv blåsa. En överaktiv blåsa kan en människa ha antingen med inkontinens symtom eller utan (Mattiasson, 2005).

Det är vanligt att en kvinna har båda ansträngningsinkontinens och trängningsinkontinens samtidigt. (Mattiasson, 2005). Detta symtom är det SBU (2001) beskriver som *blandinkontinens*.

När blåsan blir överfylld och urin rinner över, småsipprar ut ständigt eller läcker i samband med ansträngning kallas det *överrinningsinkontinens*. Denna inkontinens är vanligast förekommande bland män, men förekommer trots detta även hos kvinnor (SBU, 2001). Att inte hinna till toaletten på grund av mentala eller fysiska hinder kallas *funktionell inkontinens* (SBU, 2013). Funktionell inkontinens drabbar främst äldre, men kan även drabba yngre (a.a). Vid funktionell inkontinens finns det inte någon neurologisk eller anatomisk påverkan på urinblåsan (SBU, 2013).

## Risikfaktorer

Risikfaktorer för urininkontinens är övervikt, arbete med tunga lyft, graviditet, kronisk förstoppning, rökning, hög ålder och kroniska luftrörssjukdomar (SBU, 2000). KOL kan leda till urininkontinens då den drabbade har ett högt tryck i buken, hostar mycket och lider av en generell muskelsvaghet (Hjärt-Lungfonden, 2012). Detta leder till en stor påfrestning av bäckenbotten (a.a).

## Undersökning

Vid urininkontinens är det viktigt att undersöka bakomliggande orsaker för att symtomen liknar de symtom som uppkommer vid urinvägsinfektion eller skador vid förlossning (SBU, 2000). Vid uteslutning av urinvägsinfektion tas ett urinprov. Det första som ska undersökas är hur patienten själv upplever sina problem med blåsan och hur patientens hälsa upplevs. Frågor om vilka mediciner patienten tar, om hon tar mediciner, när och hur mycket läckage uppstår och om patienten känner om blåsan är tom eller fylld undersöks. Frågorna följs därefter upp och sedan görs en gynekologisk undersökning på kvinnan. Vid manlig inkontinens görs en prostataundersökning (a.a).

För att få en tydligare bild av patientens toalettvanor så blir patienten ombedd att föra dagbok över sina toalettbesök under några dagar, en så kallad miktionslista fylls i. Genom att mäta hur mycket urin som är kvar i blåsan med hjälp av en bladderscan efter ett toalettbesök ser man hur effektiv urinblåsan är på att tömma sig (SBU, 2000).

## Hjälpmedel

Med rätt hjälpmedel kan livskvaliteten öka, förbättras eller bibehållas. Patienten kan till och med uppleva sig själv som kontinent om hen har tillräckligt bra hjälpmedel (SBU, 2013). Det är inte alla patienter som känner ett behov av vidare behandling och utredning av sin inkontinens, utan med ett bra skydd kan den negativa upplevelsen av urininkontinensen minska trots kvarstående mängd urinläckage (a.a).

Vid utskrivning av inkontinenshjälpmedel ska hänsyn tas till mängden läckage, patientens aktivitet och kön (SBU, 2013). Att använda inkontinensskydd ökar risken för urinvägsinfektioner, information om underlivshygien är därför viktigt (a.a). Det vanligaste inkontinensskyddet är det som har en absorberande förmåga (SBU, 2013). Skyddet har snabb och hög absorberingsförmåga och känns torrt, många absorberande skydd innehåller även antidormedel för att minska risken för lukt (a.a).

## Behandling

Bäckenbottenmuskelträning har visat ett effektivt resultat på patienter med urininkontinens (Hahn & Nordlander, 2003). Framst patienter med ansträngningsinkontinens har påvisat en stor förbättring i deras inkontinens. Syftet med bäckenbottenmuskelträning är att kunna kontrollera musklerna och lära sig knipa för att förhindra läckage (a.a).

Läkemedel som används vid en överaktiv blåsa är antimuskarina medel, antidepressiva medel och desmopressin. Antimuskarina medel gör så att muskarinreceptorerna i blåsan blockeras. Tolterodin ®, Emepronium och Oxybutynin ® är exempel på antimuskarina medel. Antidepressiva läkemedel har visat positiva effekter vid inkontinens men bör användas försiktigt på grund av dess verkan i de andra organen. Desmopressin ® kan även användas vid inkontinens. Medlet är en syntetisk vasopressinanalog med kraftig och långvarig antidiuretisk effekt. Detta har gynsamma effekter vid både nokturi och polyuri (Andersson, 2003).

Det finns även kirurgiska behandlingar som används vid urininkontinens. Uretrocytopexi , kolposuspension och slyngplastiker är exempel på kirurgiska ingrepp vid inkontinens (Malmsten & Norlén, 2003). Tyvärr är långtidsresultaten vid dessa sämre men på senare tid har nya operationsmetoder blivit populära vid urininkontinens. Dessa är laparoskopisk kolposuspension och Tension Free Vaginal Tape (TVT). TVT ger mycket goda resultat och patienterna är ofta mycket nöjda (a.a).

## Påverkan på samhället

Att ha problem med urininkontinens kan på ett sätt betraktas som ett funktionshinder. Detta eftersom att vissa platser har bristfällig information om vart toaletter finns. Allmänna toaletter är dessutom ofta undanskymda, svåra att hitta, har långa avstånd emellan varandra och kan vara dåligt städade (Stenzelius, 2005).

Kostnaderna för direkta hjälpmedel (inkontinensskydd) och för indirekta hjälpmedel (personalkostnader inom äldreomsorg) är stor (Stenzelius, 2005). Socialstyrelsen beräknade år 2000 att inkontinenshjälpmedel i öppenvården kostade över en miljard kronor år 1996. Kostnaden för inkontinensvården för äldre räknades till 1,5-3 miljarder kronor. Leveranser av hjälpmedel hem till dörren och sjukskrivningar från arbetet kostar också mycket pengar. Inkontinensvården i Sverige kostar därför mångmiljardbelopp varje år (a.a).

## Sjuksköterskans roll

De fyra grundläggande etiska koder för sjuksköterskorna är; att främja hälsa, förebygga

sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Socialstyrelsen, 2005). Kompetensbeskrivningen för en legitimerad sjuksköterska menar också att hen ska kunna kommunicera med, och ge vägledning och stöd för patienter, närstående och personal på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Optimal delaktighet i vård och behandling ska möjliggöras för patienten och/eller de närstående (a.a). Den legitimerade sjuksköterskan ska också kunna möta och uppmärksamma patienter i deras sjukdomsupplevelse och med hjälp av adekvata åtgärder lindra detta så långt som möjligt (Socialstyrelsen, 2005). Även Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 (HSL) menar i 2 a § att patientens självbestämmande och integritet ska stå i centrum i vården som också ska byggas på respekt.

Bradway m fl (2007) kom fram till att de flesta kvinnor inte ville prata om sina problem med vårdpersonal då de skäms och tror att symtomen är en normal del av att åldras. Då den första kontakten med vården oftast är med en sjuksköterska, är det viktigt att hen uppmärksammar och tar upp frågan samt möter patienten i sin sjukdomsupplevelse och i sitt lidande. Genom en god kommunikation kan sjuksköterskan inge förtroende och ev. göra det lättare för patienten att öppna sig om sina problem. Sjuksköterskor ska göra kvinnorna medvetna om orsaker till urininkontinens och ge korrekt information till dem för att enklare kunna se dem som ligger i farozonen (SBU, 2000). Detta är en del av sjuksköterskornas preventiva arbetsuppgifter (a.a).

## **SYFTE**

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa kvinnors upplevelser av urininkontinens i sitt dagliga liv.

## **METOD**

Här presenteras den metod som använts i denna litteraturstudie.

### **Avgränsningar**

I en litteraturstudie ska det finnas klara inkluderings och exkluderingskriterier (Polit & Beck, 2012). När inklusionskriterierna är klara blir motsatserna automatiskt exklusionskriterier (Olsson & Sörensen, 2011). Denna litteraturstudie fokuserade endast på kvinnors upplevelser av urininkontinens, och inte män. De studier som fick inkluderas i litteraturstudien skulle vara utförda tidigast år 2002. Detta då definitionen på urininkontinens ändrades år 2002.

### **Inklusionsskriterier:**

- Kvinnor över 18 år.
- Kvinnor som har urininkontinens symtom och/eller en diagnostiserad urininkontinens (blandinkontinens, trängningsinkontinens, ansträngningsinkontinens eller överrinningsinkontinens).
- Vetenskapliga artiklar och avhandlingar.
- Primärkällor.
- Artiklar skrivna på engelska eller svenska.
- Abstract och fulltext skulle finnas tillgängligt.
- Kvalitativa och kvantitativa studier gjorda tidigast år 2002.

### **Exklusionskriterierna:**

- Kvinnor med någon typ av funktionsnedsättning som kunde leda till urininkontinens
- Inga review studier.



Översikten av litteratursökningen presenteras i tabell 1.

**Tabell 1.** Översikt över datainsamling

Datum	Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Använda artiklar
141113	CINAHL	Women AND Incontinence AND impact AND daily life	610	610	48	6	1
141113	CINAHL	Women AND Incontinence AND impact AND daily life AND Social life	368	368	26	1	0
141113	CINAHL	Female AND urinary incontinence AND impact AND quality of life AND sexual health	95	95	47	3	0
141113	CINAHL	Women AND urinary incontinence AND daily life AND impact AND mental health NOT cancer NOT pelvic pain	58	58	27	1	0
141113	PubMed	women AND urinary incontinence AND impact AND daily life AND quality of life AND social life	30	30	24	9	5
151113	CINAHL	Women AND impact AND daily life AND urinary incontinence NOT men	85	85	20	5	0
151113	PubMed	Women AND urinary incontinence AND daily life AND impact NOT men	94	94	30	6	3
171113	Manuell sökning		1	1	1	1	1
Total			1341	1341	223	32	10

### Definitioner

I denna litteraturstudie definierades urininkontinens som ”besvär av ofrivilligt urinläckage” enligt Abrams (2002). Dagligt liv definierades av författarna som alla vardagliga aktiviteter så som; arbete, samliv, sexliv, sociala och fysiska aktiviteter.

## Litteratursökning

Polit & Beck (2012) menar att det är viktigt att ha olika databaser då dessa täcker olika många studier med olika områden. Sökningar i två olika databaser genomfördes till denna litteraturstudie i CINAHL och PubMed. CINAHLs databas innehåller till 65% artiklar om omvårdnad, vilka flertalet gånger inte går att hitta i PubMed som är den största medicinska databasen (Landen, 2011). I CINAHL används det så kallade ämnesord (Polit & Beck, 2010). På PubMed använder man till skillnad från CINAHL så kallade MeSH-termer för att göra sin sökning (Landen, 2011).

MeSH-termerna som användes i PubMed var: women, urinary incontinence, impact, daily life, quality of life, social life och men. Ämnesorden som användes i CINAHL var: women, incontinence, impact, daily life, social life, female, urinary incontinence, quality of life, sexual health och men. I våra sökningar använde vi oss även av Booleska operatorer AND och NOT för att kunna kombinera MeSH-termerna och ämnes-orden (Polit & Beck, 2012).

Då behovet fanns utfördes även en så kallad manuell sökning (Polit & Beck, 2012), vilket innebar att det tittades på en av studiernas referenslista och hittade i den en vetenskaplig artikel som kom till användning. Detta är något som bör göras i alla litteraturstudier (Willman mfl, 2011). För att göra studiernas innehåll lättare överskådligt gjordes en metodisk matris, se bilaga 1 (a.a).

## Genomförande och granskning

Först gjordes en pilotsökning för att se så att det fanns material för valt syfte. Vi började därefter med att göra sökningar individuellt. Var och en läste igenom sina sökningars titlar och ev. abstrakt, sedan valdes intressanta abstrakt ut av var och en. Författarna till detta arbete träffades och visade de intressanta abstrakten för varandra. Av de 223 abstrakten valdes gemensamt 32 artiklar att läsa och granska var för sig, detta för att kunna diskutera varandras olika slutsatser av de granskade studierna (Polit & Beck, 2012).

Totalt 14 artiklar exkluderades direkt efter läsning då de ej svarade mot syftet. De kvarvarande 18 artiklarna blev fortsatt granskade var för sig med hjälp av ett protokoll skrivet av Willman mfl (2011). Protokollet har två delar, ett för kvalitativa studier och ett för kvantitativa, se bilaga 2. I protokollen fanns frågor som berörde vad studien avsåg att studera, urvalet, ev. bortfallsanalyser och hur tillförlitligt resultatet var (a.a). Protokollen användes utan modifiering. Med hjälp av granskningsprotokollen bedömdes studierna till hög, medel eller låg kvalitet. Ju högre andel % ”ja” svar, desto högre kvalitet fick studien. Studier med mindre än 50 % ”ja” svar ansågs ha låg kvalitet, studier med 50-70 % hade medelhög kvalitet och studier med över 70% ”ja” svar hade hög kvalitet. Studier med låg kvalitet exkluderades från denna litteraturstudie (åtta stycken). Kvar fanns de 10 studier som denna litteraturstudies resultat kommer att baseras på, se bilaga 1.

## Analys och databearbetning

De tio utvalda artiklarna studerades var för sig för att få en uppfattning av hur urininkontinens påverkade kvinnornas dagliga liv. Fynden markerades och skrevs ner som olika kategorier, 15 stycken. Författarna arbetade sedan vidare med fynden och försökte skapa mer övergripande teman. Detta skedde genom att markera de 15 fynden med olika symboler beroende på vilket tema de skulle komma att tillhöra. Vilket tema fyndet skulle tillhöra avgjordes med hjälp av de 15 fyndens olikheter och likheter. Under analysen och databearbetningen kom författarna fram till fyra övergripande teman som skulle användas för att presentera resultatet. Då både kvalitativa och kvantitativa studier användes, och syftet var att beskriva känslor av påverkan behövde författarna bearbeta den kvantitativa datan till kvalitativ (Olsson & Sörensen, 2011). Detta gjordes genom att

göra om siffror till ord och tabeller till text. I de kvalitativa studierna togs de meningsbärande enheter (Olsson & Sörensen, 2011) som svarade mot kvinnornas påverkan i sitt dagliga liv ut och användes i de olika temana i resultatdelen. Alla fakta från de olika artiklarnas resultatdelar översattes till svenska inför resultatbeskrivningen i denna studie.

## RESULTAT

Fyra teman med tillhörande underkategorier identifierades efter analysen, se tabell 2. Även ett bifynd identifierades som kommer att benämnas ”få söker hjälp och blir informerade av vårdpersonal”.

**Tabell 2.** Översikt över resultatets fyra tema och deras underkategorier.

Temat	Underkategorier
Påverkan på sexlivet	Mindre lust och självförtroende Svårt att njuta, slappna av och få orgasm Påverkan på sexuella relationer Copingstrategier
Hämmad fysisk aktivitet	Vardagsmotion Motion som träningssyfte
Påverkan på psykisk hälsa	Lägre livskvalitet och känslor av skam Depression, oro och ångest Skuld-känslor och förlorad kontroll
Det sociala samspelet	Begränsningar på vardagsliv och nöjesliv Påverkan på arbetslivet

### Påverkan på sexlivet

I flera studier redogjordes det för att kvinnor blev påverkade i sitt sexliv av sin urininkontinens (Coyne mfl 2007; Elbiss mfl 2013; Kim mfl 2005; Komorowski & Chen 2006). I tvärsnittsstudien av Tomoe mfl (2005) där kvinnor fick fylla i ett frågeformulär rapporterade däremot nästan ingen av kvinnorna att de kände någon påverkan av sin urininkontinens i sitt sexliv.

#### *Mindre lust och självförtroende, ökad oro och skam*

I den kvalitativa studien av Coyne m fl (2007) där 50 kvinnor intervjuades, visade det sig att kvinnor med urininkontinens hade samlag färre gånger i månaden än de kvinnor som var urinkontinenta. Hälften av de urininkontinenta kvinnorna hade sex mer sällan än en gång i månaden (a.a). Hälften av kvinnorna rapporterade en försämring i deras sexlust relaterat till deras inkontinens. Många av kvinnorna undvek sexuella aktiviteter helt (Coyne m fl, 2007). Faktorer som påverkade den sexuella lusten var att kvinnorna sade sig vara rädda för att lukta och läcka. De flesta kvinnorna rapporterade dock att när lusten väl kommit så släppte oron och ångesten. Kvinnorna kände att de hade förlorat sitt självförtroende och de kände skam. De kände också att de förlorat sin sexualitet och en stor del av sin kvinnlighet (a.a). I enkätundersökningen som Kim m fl (2005) gjorde på 3932 kvinnor framkom det, precis som i studien av Bavendam m fl (2007), att behöva avbryta samlaget för att gå till toaletten och tömma blåsan upplevdes som störande (Coyne m fl 2007; Kim m fl 2005). En del kvinnor upplevde dessutom att samlaget drev igång ett behov av att tömma blåsan (Coyne m fl, 2007).

#### *Svårt att njuta, slappna av och få orgasm*

Kvinnorna hade svårt att bli upphetsade då de hade svårt att slappna av. Att inte kunna slappna

av ledde ofta till oförmåga att nå orgasm och kunna njuta av samlaget (Coyne m fl, 2007). En annan anledning till att kvinnorna inte nådde orgasm var att de var rädda för att börja läcka, en del kvinnor läckte nämligen vid orgasm. En del av kvinnorna skyndade därför på sin partner så att hen nådde klimax fortare. Därmed avbröts samlaget också fortare, och kvinnans oro för att läcka släppte, men kvinnan själv hann då inte få orgasm (a.a). Många av kvinnorna var inte nöjda med sitt sexliv på grund av saknaden av orgasmer (Coyne m fl, 2007). Några av de 15 intervjuade kvinnorna i den kvalitativa studien av Komorowski & Chen (2006) upplevde att deras sexliv var begränsat, och att de inte längre kunde njuta och känna sig tillfredsställda (a.a).

### *Påverkan på sexuella relationer*

Relationerna med kvinnornas partners påverkades, partnern fick ofta acceptera situationen. Många kvinnor kände då tacksamhet till sina partners då de stannade kvar hos dem trots deras urininkontinens (Coyne m fl, 2007). Kvinnor som inte hade någon partner kunde uppleva rädsla inför att eventuellt bli nekad av en ny partner (a.a). Sexuella relationer upplevdes påverkade av kvinnornas urininkontinens hos över hälften av de 429 kvinnor som deltog i den kvantitativa studien gjord av Elbiss m fl (2013).

### *Copingstrategier*

För att kunna hantera sina problem duschade många kvinnor före samlag, de kunde ofta också ha samlaget i duschen. En annan lösning var att ha underlag med handdukar och skydd i sängen vid samlag. Många kvinnor onanerade själv för att lösa sin situation (Coyne m fl, 2007).

### **Hämmad fysisk aktivitet**

Sex av studierna berörde påverkan på den fysiska aktiviteten (Carls 2007; Elbiss m fl 2013; Hägglund m fl 2004; Komorowski & Chen 2006; Monz m fl 2005; Saaduon m fl 2006).

### *Vardagsmotion*

Vardaglig motion såsom dagliga promenader rapporterades i flera studier som påverkad av urininkontinensen (Hägglund m fl 2004; Komorowski & Chen 2006; Saaduon m fl 2006). Flera kvinnor kände att de inte längre kunde gå ut så ofta som de ville (Komorowski & Chen, 2006). Många kvinnor berättade också hur de förr brukade promenera varje dag, men inte längre ville detta då det läckte urin i samband med att de stod upp eller promenerade, vilket ledde till att de fort blivit våta (a.a). Kvinnorna begränsade sina promenader, vilket syntes i både studien av Komorowski & Chen (2006) och i den kvantitativa uppföljningsstudien av Hägglund m fl (2004) där de jämförde inkontinenta och kontinenta kvinnor gällande deras livskvalitet och påverkan av urininkontinens. Kvinnorna kunde också sluta promenera överhuvudtaget (Komorowski & Chen, 2006). Av de 2640 kvinnor som svarade på frågeformuläret på webben i den kvantitativa studien av Saaduon m fl (2006) var det en del kvinnor som upplevde smärta vid mobilisering till exempel vid daglig motion som att gå i trappor (a.a).

### *Motion som träningssyfte*

Det största fyndet i den stora europeiska kvantitativa observationsstudien av Monz m fl (2005) som lät kvinnor fylla i ett formulär om deras livskvalitet relaterat till urininkontinens var upplevd påverkan på motion (a.a). Nästan hälften av deltagarna rapporterade att de antingen hade någon begränsning gällande sin motion eller att de helt var begränsade och inte kunde motionera (Monz m fl, 2005). Ju mer symtom kvinnan hade ju svårare att utföra någon form av motion hade hon (a.a). Även i den kvantitativa prospektiva studien av Elbiss

m fl (2013) där kvinnor fick fylla i ett frågeformulär kände sig över hälften påverkade av deras urininkontinens gällande den fysiska aktiviteten (a.a). Många kvinnor med urininkontinens rapporterade en betydande försämring av deras fysiska funktion efter att ha följts upp under fyra år (Hägglund m fl, 2004). I den kvantitativa deskriptiva studien av Carls (2007) där unga kvinnliga atleter fyllde i ett frågeformulär framkom det att många av kvinnorna upplevde att urininkontinens påverkade deras önskan att fortsätta idrotta negativt. Kvinnorna hade symtom av sin urininkontinens i samband med hopp, löpning och tyngdlyftning. Liknande resultat fanns i studien av Hägglund m fl (2004) där kvinnorna upplevde en påverkan av sin urininkontinens i samband med att de sprang, bar eller lyfte tyngder (a.a).

### **Påverkan på psykisk hälsa**

Sju av studierna berörde påverkan på den psykiska hälsan (Coyne m fl 2007; Hägglund m fl 2004; Kim m fl 2005; Komorowski & Chen 2006; Monz m fl 2005; Tomoe m fl 2005; Zeznock m fl 2009).

#### *Lägre livskvalitet och känslor av skam*

Kvinnor med urininkontinens jämfört med kvinnor utan urininkontinens upplevde oftare lägre livskvalitet gällande deras psykiska och mentala hälsa (Hägglund m fl, 2004). Majoriteten av de 50 intervjuade kvinnorna i studien av Coyne m fl (2007) berättade att de skämdes på grund av sin urininkontinens och att de förlorat sin självkänsla (a.a). Även i studien av Komorowski & Chen (2006) rapporterades det att många av kvinnorna ofta skämdes över sin urininkontinens. Några kvinnor berättade att de gick omkring och tänkte på sin urininkontinens när de befann sig bland andra människor och att de då kände skam (a.a).

#### *Depression, oro och ångest*

Känslor av ensamhet och att bli bortvald förekom ofta hos kvinnorna, många av dem kände sig störda, frustrerade, smutsiga och obekväma på grund av sin urininkontinens (Komorowski & Chen, 2006). Flertalet av kvinnorna kände sig mycket ledsna och deprimerade, en deltagare i studien av Komorowski & Chen (2006) berättade hur hon ibland slutat äta på grund av tankar om sin urininkontinens. Flera studier visade att urininkontinens ledde till problem med depression, ångest och oro (Zeznock m fl 2009; Komorowski & Chen 2006; Monz m fl 2005; Tomoe m fl 2005). I studien av Monz m fl (2005) framkom det att över hälften hade problem med depression eller ångest, och upplevde sig något eller extremt påverkade av sin urininkontinens (a.a). Depression upplevdes också av en tredjedel av de kvinnor som deltog i studien av Tomoe m fl (2005). I studien av Zeznock m fl (2009) talades det i intervjuerna mycket om oron för att läcka. Detta stöds i studien av Komorowski & Chen (2006) som också i sina intervjuer ofta diskuterade oron för att läcka.

#### *Skuld-känslor och förlorad kontroll*

Några av kvinnorna upplevde även att de inte hade någon kontroll över sin kropp (Komorowski & Chen, 2006), eller att de kände att urininkontinensen lett till en förlust av deras kontroll i vardagen (Zeznock m fl, 2009). Att inte ha någon kontroll över sin kropp ledde till känslor av trötthet då de konstant försökte kontrollera alla sina handlingar för att undvika läckage bland andra människor (Komorowski & Chen, 2006). Anledningen till att de drabbats av urininkontinens trodde många kvinnor var självförvållat. De trodde att deras mediciner, förlösningar, brist på vila efter dessa och att de gått på toaletten ofta som barn var orsaker till deras urininkontinens idag (a.a).

## **Det sociala samspelet**

Nio av studierna berörde påverkan på det sociala samspelet (Carls 2007; Coyne m fl 2007; Elbiss 2013; Hägglund m fl 2004; Kim m fl 2005; Komorowski & Chen 2006; Monz m fl 2005; Tomoe m fl 2005; Zeznock m fl 2009).

### *Begränsningar på vardagsliv och nöjesliv*

Mer än hälften av kvinnorna i studien av Elbiss (2013) kände att deras urininkontinens påverkade deras sociala liv. I studien av Carls (2007) var det endast en sjättedel som rapporterade en negativ påverkan av deras sociala liv. Den sociala funktionen hade också försämrats betydande (Hägglund m fl, 2004). Över hälften av kvinnorna i studien av Elbiss (2013) sade även att de begränsades i förmågan att delta i evenemang. Kvinnorna kunde känna sig något eller totalt begränsade i deras förmåga att delta i nöjesaktiviteter (Monz m fl, 2005). Kvinnorna stannade ofta hemma och undvek att gå ut då deras förmåga att lämna hemmet påverkats av urininkontinensen relaterat till dess symtom (Komorowski & Chen 2006 & Tomoe m fl 2005). De kunde inte träffa vänner så ofta som de ville och relationen med andra människor påverkades negativt (Komorowski & Chen, 2006). Inkontinensskydd användes dagligen i samband med aktiviteter i det sociala livet (Kim m fl, 2005) och kvinnorna fick tvätta sina kläder ofta (Komorowski & Chen, 2006). De vardagliga sysslorna drabbades av urininkontinensen (Tomoe m fl, 2005). En del kvinnor undvek att skratta då det kunde få dem att läcka (Komorowski & Chen, 2006). Att åka på semester, resa och hitta på aktiviteter med familjen rapporterade en del kvinnor att de numera undvek (Monz, 2005).

Kvinnorna fick besöka toaletten mycket ofta, vilket påverkade deras vardag negativt (Komorowski & Chen, 2006), de fick ibland stoppa bilen för att urinera (Coyne m fl, 2007). Innan de skulle gå ut någonstans kollade de ofta upp var toaletter fanns, fanns inga toaletter så stannade de hemma (Kim m fl, 2005). Att begränsa vätskeintaget för att förhindra urinläckage var något som framkom i flera av de 17 intervjuerna med urininkontinenta kvinnor som deltog i den deskriptiva kvalitativa studien av Zeznock m fl (2009). Kvinnor kunde också sluta dricka inför situationer då de ville undvika risken för läckage (Kim m fl, 2005).

### *Påverkan på arbetslivet*

Kvinnornas arbetsliv blev stört av de frekventa toalettbesöken under arbetstid (Komorowski & Chen, 2006). Urininkontinensen påverkade deras karriär negativt (Komorowski & Chen 2006 & Tomoe m fl 2005). En kvinna berättade i studien av Zeznock m fl (2009) att hennes arbetsplats genomgick en renovering och endast en toalett fanns att tillgå under tiden. Hennes vädjan till alla arbetsplatser var att det skulle finnas tillräckligt med toaletter till alla kvinnor i hennes situation (a.a). En annan kvinna som arbetade som lärarinna beskrev hur hon på grund av sin urininkontinens fick stå och undervisa med sina fötter tätt ihop för att undvika läckage (Komorowski & Chen, 2006).

## **Bifynd**

I åtta av de funna studierna (Carls 2007; Coyne m fl 2007; Elbiss m fl 2013; Hägglund m fl 2004; Komorowski & Chen 2006; Saadun m fl 2006; Tomoe m fl 2005; Zeznock m fl 2009) hittades bifynd som berörde deltagarnas låga hjälpsökningsfrekvens, okunskap om att hjälp fanns samt ett missnöje med vårdpersonalen hos många av de som faktiskt hade sökt hjälp.

I studien av Tomoe m fl (2005) uppgav knappt en tiondel att de hade sökt hjälp för sin urininkontinens. Det låga hjälpsökarantalet stöds även i studierna av Elbiss m fl (2013) där endast 50 % hade sökt hjälp, Hägglund m fl (2004) där tre av fyra aldrig sökt hjälp, Saadun m fl (2006) där bara en femtedel sökt hjälp och av Komorowski & Chen (2006) där en

tredjedel av deltagarna aldrig hade sökt hjälp. Trots detta sade sig alla utom en deltagare någon gång ha önskat hjälp och flera stycken berättade att de hade fått hjälp av släktingar och vänner (Komorowski & Chen, 2006). I studien av Carls (2007) berättade nästan alla deltagarna hur de aldrig hade pratat med någon om problemet.

De kvinnor som sökt hjälp av vården för sin urininkontinens var ofta missnöjda efter sina besök (Komorowski & Chen 2006 & Zeznock m fl 2009). Kvinnorna kände att det saknades information från vårdpersonalen och att det krävdes att personalen förstod problemen med urininkontinens bättre för att kunna hålla bra diskussioner om symtomen och dess påverkan på livet (Coyne m fl, 2007).

Flertalet kvinnor visste inte att det fanns hjälp att få (Carls 2007; Elbiss m fl 2013; Komorowski & Chen 2006). Majoriteten skulle dock utföra knipövningar om de hade kunskap om hur de skulle gå tillväga (Carls, 2007). Anledningen till att många kvinnor inte sökte hjälp för sin urininkontinens var att de trodde att problemet var vanligt bland kvinnor (Elbiss, 2013), skulle lösa sig själv (a.a), inte starkt nog att söka hjälp för (Tomoe m fl, 2005) och att de kände skam (Elbiss m fl 2013 & Komorowski & Chen 2006).

## **DISKUSSION**

Författarna har valt att dela upp diskussionen i två delar, metoddiskussion och resultatdiskussion.

### **Metoddiskussion**

Att författarna sökte och granskade material var för sig ses som en styrka på grund av minskad risk att missa viktig fakta och fynd. Ingen blocksökning skedde, eftersom bra studier fanns att inkludera i denna litteraturstudie trots detta. Endast två databaser användes till sökningarna. Detta kan ha varit en nackdel då risken att ha missat bra material ökar. Sökningar i t ex psycINFO skulle kunna ha medfört fler studier med fokus på upplevelser och känslor. Då Polit & Beck (2012) menar att så länge man har mer än en databas i sin studie ökar kvalitén och författarna till denna studie efter sökningar i endast CINAHL och PubMed började få återkommande resultat anses dessa två databaser ha varit tillräckliga till denna litteraturstudie. Inga begränsningar användes i sökningarna trots rådande exklusionskriterier vilket kan ha varit tidsödslande i förhållande till att många intressanta träffar manuellt fick sorteras ut ifrån att de inte hade fulltext tillgängligt. Att begränsa sökningen till artiklar med tillgänglig fulltext skulle då kunna ha varit en fördel. På grund av tidspress fanns inte möjligheten att beställa hem material utan fulltext, detta kan ha lett till viktig data inte inkluderats i vårt resultat.

I studien har både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderats. Relaterat till syftet skulle det kanske vara en fördel att endast ha kvalitativa studier men då det inte fanns tillräckligt med kvalitativt material inkluderades också kvantitativt material. I slutet upplevs detta som en styrka då det blir lättare att generalisera och applicera resultatet i mötet med våra framtida kvinnliga patienter. Detta eftersom de kvantitativa studierna hade ett mycket större deltagarantal än de kvalitativa. Trots att endast en studie var gjord i Sverige och resten i Asien, Europa och Nordamerika anses ändå att förmågan att kunna generalisera och applicera resultatet i Sverige är hög, på grund av att samtliga studier är utförda från år 2002 och framåt. Detta då Abrams (2002) definition på urininkontinens används internationellt. Att samtliga inkluderade studier hade ett lågt bortfall ses som en styrka i denna litteraturstudie.

I vår studie definieras urininkontinens som ”besvär av ofrivilligt urinläckage” enligt Abrams

(2002). I hälften av de inkluderade studierna definieras urininkontinens enligt Abrams (2002). I resterande fem studier har författarna granskat definitionerna av urininkontinens så att det passar ihop med Abrams (2002) definition. Detta höjer vår litteraturstudies kvalitét på grund av noggrann granskning av definitionerna så att resultatet inte kan vara missledande i denna benämning. Däremot behandlade många av studierna mer än bara urininkontinens till exempel överaktiv blåsa utan läckage. Noggrann kontroll fick då utföras av studiernas resultatdel och endast användning av den data som berörde upplevelser av urininkontinens tilläts.

## **Resultatdiskussion**

Författarna har valt att diskutera resultatet utifrån de fem identifierade teman.

### *Påverkan på sexlivet*

Kvinnornas sexuella relationer och kvinnornas partners påverkades (Coyne m fl, 2007). Ofta upplevde de att deras sexualitet och deras kvinnlighet till stor del gått förlorad och att deras partner fick förlika sig med situationen (a.a). Detta skulle kunna leda till en osäkerhet och ett lidande hos kvinnorna. Det är därför, precis som Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor menar, viktigt att kommunicera med dessa patienter och deras partners om situationen och så långt som möjligt lindra deras lidande (Socialstyrelsen, 2005). Råd om att urinera och inte dricka för mycket vätska före samlag kan vara bra att ge.

I hälften av de valda studierna diskuterades påverkan på sexualiteten av urininkontinens. Något som var avvikande var det faktum att studien av Tomoe m fl (2005) rapporterade nästan alla kvinnor att de inte kände sig påverkade av sin urininkontinens relaterat till deras sexliv. Författarna till denna litteraturstudie har försökt att förstå varför studien av Tomoe m fl (2005) kunde ha så avvikande resultat i jämförelse med de andra studierna. Medelåldern i Tomoe m fl (2005) var 55,9 år. Jämfört med medelåldern i de andra studierna (Coyne m fl 2007; Elbiss m fl 2013; Kim m fl 2005; Komorowski & Chen 2006) som var: 48,4, 49,9, 26,4 respektive 37,8 år. Kanske är det så att de yngre deltagarna har ett mer aktivt sexliv och därför är mer påverkade av sin urininkontinens. Att studien av Tomoe m fl (2005) är den enda av de fem studierna som är gjord i Japan undersöktes också relaterat till det avvikande resultatet. I en studie av Ellmo & Lidén (2005) där de undersökte sexualiteten i Japan framkom det inte att Japan skulle ha någon strikt syn på sexualitet och förmågan att tala om det. Det framkom snarare att människorna i Japan hade en fri och öppen syn på sexualitet (a.a). Således kan ingen slutsats dras gällande att det avvikande resultatet beror på att deltagarna i Japan inte vågat tala om sitt sexliv i studien av Tomoe m fl (2005).

Det faktum att penetrerande sex och orgasmer kunde leda till ett triggande av läckage (Coyne m fl, 2007) var nya fakta som inte tidigare stötts på i annan litteratur. Detta hade påverkan på kvinnornas känslor och tankar om deras sexliv, då de saknade orgasmerna (a.a) och inte längre kunde njuta och känna sig tillfredsställda utan upplevde sig begränsade (Komorowski & Chen, 2006). Då det hade stor påverkan på kvinnorna ansågs den nya faktan viktig att belysa i denna litteraturstudie.

### *Hämmad fysisk aktivitet*

Både vardagsmotionen och motionen vid träningssyfte blev påverkad av urininkontinens (Carls 2007; Hägglund m fl 2004; Elbiss m fl 2013; Komorowski & Chen 2006; Monz m fl 2005; Saadun m fl 2006). Motion förebygger hjärt-och kärlsjukdomar (Ericson & Ericson, 2008). Att då inte motionera är en risk för hälsan (a.a). Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor menar att en legitimerad sjuksköterska ska kunna ”Identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer”.



Sjuksköterskan måste därför kunna uppmärksamma dessa kvinnor och hjälpa dem till att kunna motionera och stödja dem i deras lidande. Med fungerande inkontinensskydd skulle kvinnorna kunna motionera utan att deras läckage uppmärksammas av andra.

Att motionera reducerar ofta dessutom eventuell övervikt (Ericson & Ericson, 2008). Övervikt är en riskfaktor för urininkontinens (SBU, 2000). Att inte motionera skulle då kunna öka besvären medan ökad motion istället kan ge förbättringar för kvinnorna.

En stor riskfaktor för urininkontinens är hög ålder (SBU, 2000). Fynden i studien av Carls (2007) blev därför intressanta då studien var utförd på kvinnor mellan 14 och 21 års ålder. De unga kvinnorna drabbades av urininkontinens i samband med deras idrottande (a.a). Författarna är medvetna om att åldern på några av kvinnorna är för låg för att inkluderas i denna litteraturstudie, men valde ändå att ha med studien då den tillförde ny intressant fakta. Resultatet kring påverkan på motion i träningsform kan därför vara något missvisande. Det faktum att urininkontinens kan påverka även unga kvinnor leder till att vårdpersonal borde informera och belysa mer om detta.

### *Påverkan på psykisk hälsa*

Kvinnorna kunde känna skam på grund av sin urininkontinens (Coyne m fl 2007 & Komorowski & Chen 2006). De var ofta oroliga för att läcka bland andra människor (Komorowski & Chen 2006 & Zeznock m fl 2009) och kände en förlust av kontroll då de försökte styra sina handlingar för att ej läcka (a.a). Med väl fungerande inkontinensskydd bör oron för att läcka minska och kanske även skammen då läckagen inte längre blir synliga. Med en sjuksköterska som uppmärksammar och möter kvinnornas sjukdomsupplevelser kan detta bli möjligt då hen lindrar kvinnornas lidande med adekvata åtgärder som fungerande inkontinensskydd (Socialstyrelsen, 2005).

Urininkontinens var en riskfaktor för depression i flera studier (Komorowski & Chen 2006; Monz m fl 2005; Tomoe m fl 2005; Zeznock 2009). Att ge information och tips om egenvård och bra inkontinensskydd som kanske kan hjälpa att lindra besvären kanske inte alltid är tillräckligt. I dessa fall bör sjuksköterskan använda sig av ett tvärprofessionellt samarbete och hänvisa kvinnorna till exempel kuratorer och psykologer.

### *Det sociala samspelet*

Kvinnorna upplevde begränsningar i deras sociala liv (Carls 2007; Elbiss 2013; Hägglund m fl 2004; Kim m fl 2005; Komorowski & Chen 2006; Monz m fl 2005; Tomoe m fl 2005). Att inte kunna träffa nära och kära och/eller göra aktiviteter med dem skulle kunna leda till nedstämdhet och depression. Likt förslagen av författarna i diskussionen om ”påverkan på psykisk hälsa” så bör sjuksköterskan även här informera om olika inkontinensskydd för att kvinnorna ska hitta det som passar dem bäst. På så sätt bör de kunna delta i aktiviteter och gå ut och träffa vänner utan att urininkontinensen ska påverka på så sätt att den syns. Om anledningen till att kvinnorna begränsat sig i deras sociala liv även upplevs psykisk, och/eller begränsningarna leder till depression, får sjuksköterskan även här arbeta tvärprofessionellt och hänvisa till till exempel kuratorer och psykologer.

Täta toalettbesök upplevdes ofta som besvärande av kvinnorna (Komorowski & Chen, 2006), kvinnorna kunde också känna ett behov av att veta hur många toaletter som fanns på en plats, och var de fanns, innan de begav sig ut (Kim m fl, 2005). Behovet av fler toaletter på allmänna platser är något som regeringen behöver titta närmare på med tanke på det ökade åldrandet och dess betydelse för antalet urininkontinenta kvinnor. Även arbetslivet upplevdes

påverkat av de frekventa toalettbesöken (Komorowski & Chen 2006; Tomoe m fl 2005; Zeznock m fl 2009). Om kvinnor skulle börja sjukskriva sig från arbetet på grund av problemet skulle detta leda till stora kostnader för samhället. Arbetsplatser bör därför ha rätt antal toaletter i förhållande till antal personal. En kvinna i studien av Zeznock m fl (2009) beskrev hur hennes arbetsplats genomgick en renovering och att det under tiden endast fanns en tillgänglig toalett. Arbetsplatser bör vid eventuellt renoveringsarbete installera samma antal tillfälliga toaletter som det funnits tidigare, detta för att förbättra arbetsmiljön och minska eventuella sjukskrivningar och kostnader för samhället.

### *Få söker hjälp och blir informerade av vårdpersonal*

Bifynden berörde deltagarnas låga hjälpsökningsfrekvens, okunskap om att hjälp fanns samt ett missnöje med vårdpersonalen hos många av de som faktiskt hade sökt hjälp (Carls 2007; Coyne m fl 2007; Elbiss m fl 2013; Hägglund m fl 2004; Komorowski & Chen 2006; Saaduon m fl 2006; Tomoe m fl 2005; Zeznock m fl 2009).

Legitimerade sjuksköterskor ska enligt kompetensbeskrivningen (Socialstyrelsen, 2005) kunna kommunicera med patienter på ett respektfullt och lyhört sätt, i samtal med patient vägleda och stödja för optimal delaktighet i vård och behandling samt kunna lindra hens sjukdomsupplevelse med adekvata åtgärder. Sjuksköterskor bör därför ta upp urininkontinens och dess innebörd vid alla möte med kvinnliga patienter, inte bara de vuxna över 18 utan även de yngre ungdomarna som också visade sig kunna vara påverkade (Carls, 2007). Hen skulle till exempel kunna ge ut informationsblad och samtala samt instruera i knipövningar. Eftersom många kvinnor inte visste att hjälpmedel och övningar fanns (Carls 2007; Coyne m fl 2007; Elbiss m fl 2013; Hägglund m fl 2004; Komorowski & Chen 2006; Saaduon m fl 2006; Tomoe m fl 2005; Zeznock m fl 2009), samt hur man skulle gå tillväga i utförandet av knipövningar (Carls, 2007).

## **SLUTSATS**

Urininkontinens har en stor påverkan på kvinnors dagliga liv. Det bör forskas mer om hur dessa kvinnor ska bli bemötta på bästa sätt och få tillräcklig information om sin sjukdom. Kvinnorna kände ofta att vårdpersonal saknade kunskap och förståelse om urininkontinens och dess påverkan på livet. Genom att ha belyst urininkontinensens påverkan på det dagliga livet i denna litteraturstudie, hoppas vi att legitimerade sjuksköterskor i framtiden kan dra nytta av vårt resultat.

## REFERENSER

- Abrams P, Blaivas J.G, Stanton S.L, Andersen J.T (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Neurology and urodynamics* 21:167-178.
- Andersson, K (2003) *Hålla Tätt en bok om urininkontinens och överaktiv blåsa*, Pfizer.
- Bradway C, Coyne S.K, Irwin D, Kopp Z (2007) Lower urinary tract symptoms in women – A Common but neglected problem. *American Academy of Nurse Practitioners* 20 311-318.
- Carls C (2007) The Prevalence of Stress Urinary Incontinence in High School and College-Age Female Athletes in the Midwest: Implications for Education and Prevention. *Society of Urologic Nurses and Associates Urologic Nursing* 27 21-25, 39.
- Coyne S.K, Margolis M.K, Jumadilova Z, Bavendam T, Mueller E, Rogers R, (2007) Overactive Bladder and Women's Sexual Health: What is the Impact? *International Society for Sexual Medicine* 4 656-666
- Elbiss M.H, Osman N, Hammad T.F (2013) Social impact and healthcare-seeking behavior among women with urinary incontinence in the United Arab Emirates. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 122 136-139
- Ellmo A & Lidén D (2005) *Sexualitet i Japan*. Linköping: Linköpings Universitet
- Ericson E, Ericson T (2008) *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur
- Hjärt-Lungfonden (2012) *Hjärt-lungfondens KOL-rapport 2012*. Hämtad från <http://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Rapporter/KOL-rapporten%202012.pdf>
- Hägglund D, Ahlström G (2006) The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *Journal of Clinical Nursing* 10 1946-1954.
- Hägglund D, Walker-Engström M-L, Larsson G, Leppert J, (2004) Changes in urinary incontinence and quality of life after four years – A population-based study of women aged 22-50 years. *Scand J Prim Health Care* 22 112-117
- Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763.
- Kim Y.H, Seo J.T, Yoon H (2005) The effect of overactive bladder syndrome on the sexual quality of life in Korean young and middle aged women. *International Journal of Impotence Research* 17 158-163
- Komorowski L, Chen B (2006) Female Urinary Incontinence in China: Experiences and Perspectives. *Health Care for Women International* 27 169-181
- Landén M. (2008) *Att söka vetenskapliga artiklar – En vägledning i systematisk litteratursökning*. Lund: Medicinska fakultetens bibliotek.

- Mattiasson A, (2005) *Förklaringsmodeller. I: Malmberg L, Mattiasson A (Red) I vått och torrt: om de nedre urinvägarnas funktionsstörningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Monz B, Espuna Pons M, Hampel C, Hunskaar S, Quail D, Samsioe G, Sykes D, Wagg A, Papanicolaou S (2005) Patient-reported impact of urinary incontinence-Results from treatment seeking women in 14 European countries. *The European Menopause Journal* 52 24-34
- Olsson H, Sörensen S (2011) *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Polit D & Beck C. T. (2010) *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (7th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D & Beck, C. T. (2012). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Saadoun K, Ringa V, Fritel X, Varnoux N, Zins M, Bréart G (2006) Negative Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life, a Cross-Sectional Study Among Women Aged 49-61 Years Enrolled in the GAZEL Cohort. *Neurourology and Urodynamics* 25 696-702
- SBU-rapport (2000) *Behandling av urininkontinens*. Stockholm: Statens beredning på medicinsk utvärdering.
- SBU-rapport (2001) *Behandling av urininkontinens – Frågor och svar*. Stockholm: Statens beredning på medicinsk utvärdering.
- SBU-rapport (2013) *Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre*. Stockholm: Statens beredning på medicinsk utvärdering.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (2005-105-1). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
- Stenzelius K, (2005) *Urinvägssymtom och dess betydelse för individen och samhället. I: Malmberg L, Mattiasson A (Red) I vått och torrt: om de nedre urinvägarnas funktionsstörningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Tomoe H, Sekiguchi Y, Horiguchi M, Toma H, (2005) Questionnaire survey on female urinary frequency and incontinence. *International Journal of Urology* 12 621-630
- Toverud C.K, G. Bjälje J, Haug E, Sand O, V. Sjaastad Ø (2006) *Människokroppen Fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber.
- Willman, A, Stoltz, P, Bahtsevani, C (2011) *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Zeznock E.D, L. Gilje F, Bradway C (2009) Living with Urinary Incontinence: Experiences of Women from 'The Last Frontier'. *Society of Urologic Nurses and Associates Urologic Nursing* 29 157-163, 185.

# BILAGOR

## Bilaga 1. Artikelmatris

<b>-Author -Year -Country -Title</b>	<b>-Study design -Population</b>	<b>-The aims</b>	<b>-Method</b>	<b>-Number of patients -Dropout rate</b>	<b>-Main findings</b>	<b>-Study quality</b>
Tomoe H et al 2002 Japan Questionnaire survey on female urinary frequency and incontinence	Cross-sectional  Women who attended one of the 13 lectures	To investigate the disease's impact on quality of life	A member of the center of the professional women's coalition for sexuality and health handed out questionnaires about urinary frequency and urinary incontinence to the women attending one of the 13 lectures. The women were then categorised in either of the four groups; Stress urinary incontinence, overactive bladder, urinary frequency, Normal	262  21 %	Urinary frequency and incontinence impairs women's Quality of life	Mediocrity quality.
Coyne K et al 2007 USA Overactive Bladder and Women's Sexual Health: What is the Impact?	Cross-sectional qualitative descriptive interview study  Women who attended one urogynecology and two urology offices diagnosed with OAB (with or without incontinence), currently sexually active	To gain thorough understanding of OAB's impact on sexual health	The women attended one of the six focus group session where they got an introduction and discussed the topic sexual health and OAB. After the session the participants were handed a series of questionnaires	50  32%	OAB with or without incontinence negatively affects women's sexual health	Mediocrity quality.
Kim YH, et al 2002 Korea The effect of overactive bladder syndrome on the sexual quality of life in Korean young and middle aged women	Cross-sectional  Women who were enrolled in an internet survey trough a website in the age of 20-49	To evaluate the effect of OAB syndrome and UI on the sexual activity and sexual quality of life.	Women who were members of the website saw the displaying page about the study on the website, they could click on it an answer some questionnaires about quality of life, urinary habits, questions about sexual health and quality.. They were categorized into groups, either OAB with urinary incontinence or OAB without urinary incontinence.	3372  Dropout rate are not reported	OAB syndrome was found to cause a greater deterioration in the sexual quality of life than UI	Mediocrity quality.

<p>Komorowski L et al 2005 China Female Urinary Incontinence in China: Experiences and Perspectives</p>	<p>Cross-sectional qualitative interview study  Women with acknowledge of leaking urine and women over 18 seeking treatment for UI and women with UI who attended the clinic for another reason in the 7-days recruitment period</p>	<p>to understand the perceptions and experiences of Chinese women living with urinary incontinence</p>	<p>They had semistructured interviews, and worked with the interpretative Phenomenologic Analysis Model. The women were than categorized in to three categories; Stress urinary incontinence, urge urinary incontinence and mixed urinary incontinence.</p>	<p>15  None</p>	<p>UI is a problem that negatively impacts on the womens behavior and emotions.</p>	<p>High quality.</p>
<p>Monz B et al 2005  Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, The netherlands, Norway, Portugal, Spain, Sweden, Switzerland, UK  Patient-reported impact of urinary incontinence – Results from treatment seeking women i 14 European countries</p>	<p>Non interventional Observational study  Women who seaked treatment for UI sytoms in one of the 14 hospitals in the 14 countries and have had UI sytoms in the last 12 months, UI defined as mixed urinary incontinence and who had moderate to severe sytoms</p>	<p>To describe the impact of UI on health-related quality of life</p>	<p>A Patient-administered urinary Incontinence-specific Quality of Life Questionarire was provided to the countries in their respective official language.</p>	<p>9487  Dropout rate are not reported</p>	<p>There was considerable impact of UI on quality of life in treatment seeking population</p>	<p>Mediocrity quality.</p>
<p>Hassan M et al 2012  United Arab Emirates  Social impact and healthcare-seeking behavior among women with urinary incontinence in the United Arab Emirates</p>	<p>Quantitative prospectiv study,  Women who attended family development foundation centers in Al Ain.</p>	<p>To determine the prevalence and social impact of urinary incontinence (UI) and healtcare-seeking behaviors among women in the United Arab Emirates.</p>	<p>A study was conducted of 429 women who attended family development foundation centers in Al Ain, UAE, between January 1, 2010, and January 31, 2011. Data on sociodemographics, obstetric and medical history, and factors related to UI were obtained using a questionnaire</p>	<p>429 women  12 %</p>	<p>Although UI was prevalent in the UAE and affected quality of life, less than half of all women with this condition sought medical advice.</p>	<p>High quality.</p>
<p>Carls C 2007 USA</p>	<p>Quantitative descriptive study, 86 women completed the survey of 550.</p>	<p>To assess the prevalence of UI in young female athletes</p>	<p>A survey of young adult female athletes in Central Illinois was conducted to identify the prevalence of stress</p>	<p>86 women  Dropout rate are not reported.</p>	<p>The study indicated that female athletes who participated in high-impact</p>	<p>Mediocrity quality.</p>

<p>The Prevalence of Stress Urinary Incontinence in High School and College-Age Female Athletes in the Midwest: Implications for Education and Prevention</p>	<p>College-age females athletes in the age between 14-21.</p>	<p>Central Illinois and to determine educational need of the athletes regarding prevention and treatment of UI.</p>	<p>incontinence (SUI) and to assess the need for preventative UI education.</p>		<p>sports are at risk for UI. There is an overwhelming lack of knowledge in young female athletes of preventative incontinence care and thus the opportunity for urologic nurses to meet the need for education in these young women.</p>	
<p>Zeznock D et al 2009 USA Living with Urinary Incontinence: Experiences of Women from "The Last Frontier".</p>	<p>A qualitative descriptive approach was used for this study  Women in the age between 33 and 86.</p>	<p>The purpose of this study was to explore women's experience of living with urinary incontinence and gain a better understanding of the experience from their perspective and story.</p>	<p>17 women (ages 33 to 86) participated in in-depth interviews. Participants were recruited through printed flyers placed at urological, women's health, and family practice clinics, and at senior centers.</p>	<p>17 None</p>	<p>Health care providers can make a difference by identifying women with this under-detected and under-treated problem by asking, listening, and helping women to expand their knowledge of treatment options.</p>	<p>High quality.</p>
<p>Saadoun K et al 2006 France Negative Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life, a Cross-Sectional Study Among Women Aged 49-61 Years Enrolled in the GAZEL Cohort.</p>	<p>Quantitative cohort study  Women aged 49-61 years enrolled in the GAZEL Cohort.</p>	<p>To analyze the relations between severity of urinary incontinence (UI), defined as involuntary loss of urine considered to be a hygienic or social problem, and quality of life (QoL) among middle-age French working women enrolled in a cohort study, while taking into account characteristics that may affect this relation.</p>	<p>Data came from self-administered mail questionnaires completed by 2640 women aged 49-61 years in the GAZEL cohort of utility company employees. The analysis considered social and demographic characteristics, lifestyle, hormone status, and body mass index.</p>	<p>2640 Dropout rate are not reported.</p>	<p>UI affects QoL even among women from a non-clinical population, and the more severe the UI, the more harmful the effect.</p>	<p>Mediocrity quality.</p>

Hägglund D et al 2004 Sweden Changes in urinary incontinence and quality of life after four years.	A 4-year follow-up population based cohort study. Quantitative study  Incontinent and continent women aged 22-50 years in the community Surahammar.	To investigate the incidence and remission rates of female urinary incontinence, changes in type of UI and quality of life, and whether professional help had been consulted regarding UI.	They had a 4-year follow-up study including incontinent and continent women in 2000. These women had participated earlier in a prevalence study performed in 1995, and in a QoL study performed in 1996. To enhance the response rate, two postal reminders was sent.	338 women  27 %	At 4-year follow-up the type of UI is fairly stable in women below 50 years of age. The QoL decreases in five dimensions, but the clinical relevance of this might be questioned. Most women with UI had not sought professional help.	High quality.
---	--	--	---	-----------------------	--	---------------