



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
Specialistsjuksköterskeprogrammet

Kvinnors upplevelser av urinläckage efter graviditet

- en intervjustudie

Författare
Lisa Ahl
Petra Gustafsson

Handledare
Clara Aarts

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp
2014

Examinator
Maria Carlsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Studier har visat att graviditet och förlossning är en riskfaktor för att få urinläckage. Kvinnor med urinläckage har en sämre skattad livskvalitet och det finns studier som visar att kvinnor med urinläckage inte söker hjälp. **Syfte:** Syftet med studien var att få en fördjupad förståelse för kvinnors upplevelser av urinläckage efter graviditet, vilka erfarenheter de har från hälso- och sjukvården samt vilket stöd de önskar. **Metod:** Semistrukturerade intervjuer genomfördes med tio kvinnor som upplevde urinläckage efter att ha fött barn för mellan ett till fem år sedan. Intervjuerna transkriberades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Analysen resulterade i tre kategorier; *Emotionella upplevelser*, *Hanterbarhet* och *Kommunikation med hälso- och sjukvården*, med tillhörande underkategorier. *Försämrad livskvalitet* framkom som ett gemensamt tema för kategorierna. Kvinnorna upplevde flera begränsningar i sina liv till följd av urinläckaget. Dessutom framkom det att hälso- och sjukvårdens bemötande och vård kring denna grupp är bristande. **Slutsats:** Resultatet av studien visar att kvinnor med UL efter förlossning har en försämrad livskvalitet. Kvinnorna önskar mer information och stöd kring detta och ansvaret för hälso- och sjukvården måste tydliggöras.

Nyckelord: kvinnor, urininkontinens, bäckenbottenträning, livskvalitet, stöd

ABSTRACT

Background: Previous studies have shown that pregnancy and childbirth is a risk factor for urinary incontinence. Women with urinary incontinence has a lower rated quality of life and there are also studies that show that women with urinary incontinence do not seek help.

Purpose: The purpose of the study was to get a deeper understanding of women's experiences of urinary incontinence after pregnancy, what experience they have from health care and what support they desire. **Method:** Semi-structured interviews were conducted with ten women

who experienced urine incontinence and had given birth to children within the last one to five years. These were transcribed and analyzed using qualitative content analysis. **Result:** The

analysis resulted in three categories; *Emotional experiences*, *Manageability* and

Communication with health care services, and related subcategories. *Reduced quality of life*

emerged as a common theme from the categories. The women experienced several limitations in their lives caused of urinary incontinence. Furthermore, it appeared that health care

treatment and care for this population is lacking. **Conclusion:** The result of the study shows

that women with urine incontinence after childbirth have a reduced quality of life. The women would like information and support on this and the responsibility for health care must be made clear.

Keywords: women, urinary incontinence, pelvic floor exercises, quality of life, support

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Urinläckage	1
Graviditet och förlossning som riskfaktor för UL.....	2
UL och livskvalitet	2
Bäckenbottenträning.....	3
Motivation och stöd.....	4
Varför söker inte kvinnor hjälp	4
Teoretisk anknytning.....	5
Problemformulering	6
Syfte	7
METOD.....	7
Design.....	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	8
Tillvägagångsätt	8
Bearbetning och analys	9
Förförståelse	10
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
RESULTAT	12
Figur 1. Resultatfigur med kategorier, underkategorier och tema.	12
Emotionella Upplevelser	12
Negativa känslor.....	13
Sociala hinder.....	14
Begränsningar.....	14
Hanterbarhet	15
Acceptans	15
Begränsningar.....	15
Planering.....	16
Kommunikation med hälso- och sjukvården.....	17
Erfarenheter.....	17
Önskat stöd.....	18
Tema: Försämrad livskvalitet.....	18
DISKUSSION	19
Resultatdiskussion.....	19

Metoddiskussion.....	22
Klinisk tillämpbarhet och samhällsnytta	25
Vidare forskning.....	26
SLUTSATS	26
REFERENSER	27

BAKGRUND

Urinläckage

Enligt Internationella Kontinensföreningen, ICS, är definitionen för urinläckage (UL), "ofrivilligt urinläckage som är objektivt påvisbart och som utgör ett socialt eller hygieniskt problem för individen" (Abrams, Cardozo, Fall, Griffiths, Rosier & Ulmsten, et al. 2003). Följande typer av inkontinens finns beskrivna; *Ansträngningsinkontinens* definieras som ofrivillig läckage vid ansträngning, exempelvis vid fysiskt utövande, hosta eller nysning. *Trängningsinkontinens* innebär läckage som inträffar vid plötsliga trängningar som är svåra att hålla emot. *Blandinkontinens* är symtom av både ansträngningsinkontinens och trängningsinkontinens. För att utreda dessa finns flera olika metoder. Miktionslistor, vaginal undersökning och bäckenbottenfunktionstest är några exempel.

De huvudsakliga riskfaktorerna för UL hos kvinnor är ålder, antal födda barn, övervikt hos kvinnan och inkontinens under graviditeten (Cerruto, D'Elia, Aloisi, Fabrello, & Artibani, 2013; Matthews. 2014). Det kvinnliga bäckenet är uppbyggt dels för att göra sig av med urin och avföring, och även för att ett foster ska kunna komma igenom. Bäckenet hos kvinnor är därför bredare än hos män och det medför att storleken och styrkan på bäckenbottenmuskulaturen är svagare, vilket ökar risken för att få UL (Milsom & Gyhagen, 2014). Många studier visar också att ärftlighet kan vara en bidragande faktor till UL (Milsom, 2009). Exakt hur många kvinnor som har UL efter graviditet skiljer sig kraftigt mellan olika studier, men de flesta studier rapporterar en prevalens mellan 25-45 procent. Varför det skiljer så mycket mellan olika studier beror bland annat på skillnader på studiepopulationen, etnicitet, olika definitioner av UL samt vilken studiedesign som används (Milsom, 2009; Hannestad, Rortveit, Sandvik, & Hunskaar, 2000). Det finns forskning som visar att förekomsten av UL hos förstföderskor ett år efter förlossningen ligger mellan 11-27 procent (Cerruto et al. 2013; Brown, Gartland, Perlen, McDonald & MacArthur, 2014.) Med ökad ålder ökar förekomsten av UL ytterligare, upp till 70 procent (Cerruto et al. 2013).

Graviditet och förlossning som riskfaktor för UL

Bäckenbottenmuskulaturen sträcker sig från blygdbenet mot bäckenets bakre del och bildar ett ”golv” för att hålla underlivets organ på plats. I samband med graviditet blir muskulaturen i bäckenet försvagad och uttänjd på grund av hormoner och barnets tyngd i buken.

Förlossningen kan sedan bli ytterligare en påfrestning. En försvagad bäckenbotten orkar inte lyfta upp urinblåsan, ändtarmen och livmodern i samma utsträckning, framförallt vid ökat tryck i buken, som uppstår vid till exempel fysisk ansträngning och nysning (Karolinska universitetssjukhuset, 2013). I Danmark uppgav två av tre kvinnorna att de upplevde UL tre månader efter förlossning (Hermansen, O’Connell & Gaskin, 2010b). Det råder delade meningar om vaginal förlossning innebär en högre risk för UL än förlossningar med kejsarsnitt. Barbosa, Piculo, Rudge, Calderon och Rudge (2013) har i sin studie kommit fram till att det inte är någon skillnad i UL mellan de som fött vaginalt jämfört med de som fött med kejsarsnitt. Gyhagen (2013) visar dock i sin studie att fler kvinnor lider av UL som har fött vaginalt jämfört med de som fött med kejsarsnitt, 20 år efter barnafödande.

UL och livskvalitet

Det finns flera studier som visar att kvinnor som lider av UL har en försämrad livskvalitet. I en dansk enkätstudie rapporterade kvinnor att deras UL var så besvärligt att de påverkade deras vardag, exempelvis vilka kläder de hade på sig, närhet till toalett, minskad lust till sexuell aktivitet med mera. Känslor som kvinnorna upplevde kring sitt UL var frustration och osäkerhet. För att hantera sitt UL var det vanligast att gå på toaletten ofta. Det var även vanligt att använda inkontinenshjälpmedel. Flera av kvinnorna ansåg också att UL påverkade deras fritid och fysiska aktiviteter ofördelaktigt (Hermansen et al, 2010b). Resultatet av en svensk studie (Nilsson, Lalos & Lalos, 2009) har visat att de flesta av kvinnorna i studien upplever att deras UL påverkar deras fysiska aktiviteter negativt. Dessutom rapporterade nästan hälften av kvinnorna att deras UL inverkar negativt på det sociala livet. Av de som lever i en relation visar resultatet att en tredjedel av både kvinnorna och deras partner upplever att UL inverkar på deras förhållande. En femtedel tycker också att fysisk närhet, intimitet, ömhet och värme påverkas negativt av UL. De yngre kvinnorna i studien var mer påverkade än de äldre kvinnorna. I en tvärsnittsstudie från Kina (Ng, Lok, Pang, & Wun, 2014) fick kvinnor i åldrarna 30-50 år svara på en enkät angående UL och livskvalitet. Av kvinnorna med

ansträngningsinkontinens uppgav 90 procent att de hade en minskad livskvalitet relaterat till sitt UL.

Bäckenbottenträning

ICS anger som icke farmakologisk behandling för UL främst bäckenbottenträning (BBT), som innebär frivillig kontraktion och avslappning av bäckenbottenmuskulaturen, biofeedback som är ett instrument som hjälper patienten att hitta rätt muskler och medvetet försöka hindra läckage, samt beteendemodifiering som innebär att patienten får hjälp att ändra sitt tömningsmönster (Abrams, et al. 2003).

För att stärka en försvagad bäckenbottenmuskulatur rekommenderas BBT i första hand. Träningen innebär att knipa (kontrahera), bak från ändtarmen och hela vägen fram till urinröret och hålla i knipet. Det är viktigt att använda rätt muskler vid träningen för att få effekt. Maximala styrkeknip ska hållas i ca sex sekunder och upprepas tio gånger, två till tre gånger dagligen. Träningen ska kompletteras med längre, ihållande knip, ej med maximal styrka, för att öka uthålligheten i knipet. Träningen ska utföras två till tre gånger dagligen i två till sex månader för att bästa resultat ska uppnås (Karolinska Universitetssjukhuset, 2013; Kegel, 1948., Ng et al., 2014). BBT är en kostnadseffektiv behandling och det finns inga risker för biverkningar, vilket gör att det är rekommenderad första hands behandling för kvinnor med UL (Qaseem, Dallas, Forcica, Starkey, Denberg, Shekelle, 2014).

Forskning visar att två av tre kvinnor, som tränat bäckenbotten dagligen, vid uppföljning efter tre månader hade minskat sitt UL signifikant (Fan, Chan, Law, Cheung, & Chung, 2013). Liknande resultat visar en studie där kvinnor följdes upp fyra till sex månader efter att de hade fått lära sig BBT. 47 procent hade då fått lindrigare urinläckage och 9,8 procent uppgav att deras läckage upphört helt (Ng et al., 2014). I en studie från 2014, där kvinnor fick utföra Kegels bäckenbottenövningar hemma i åtta veckor, visade resultatet signifikanta förbättringar av bäckenbottenmuskulaturen och UL (Cavkaytar, Kokanali, Topcu, Aksakal, Doğanay, 2014). Det finns flera studier som visar att BBT i grupp är lika effektiv som individuell BBT, med klart förbättrad styrka i bäckenbottenmuskulaturen samt en högre skattad livskvalitet bland deltagarna (de Oliveira Camargo et al., 2009; Pereira & Vanessa, 2011). I Sverige fick förstföderskor med UL delta i en randomiserad kontrollstudie om BBT. Båda grupperna fick

instruktioner om träning av bäckenbottenmuskulatur. Interventionsgruppen fick även uppföljning hos barnmorskan var sjätte vecka under studiens gång. Resultatet visade att båda grupperna förstärkte bäckenbottenmuskulaturen (Ahlund, Nordgren & Wilander, 2013).

Motivation och stöd

En turkisk studie från 2014 visar att en 12-veckors individuellt anpassat träningsprogram för bäckenbotten ger en signifikant förbättrad bäckenbottenstyrka hos kvinnor med en urininkontinensdiagnos. För att upprätthålla motivationen hos kvinnorna fick de träffa sjukgymnast kontinuerligt samt skriva dagbok (Tosun & Mutlu 2014). I Australien gjordes en studie där resultatet visade att de kvinnor som fått stöd och vägledning i BBT hade mindre besvär av UL samt utförde träningen i högre grad än den kvinnor som fått sedvanlig vård efter förlossningen (Chiarelli & Cockburn, 2002). Fan, Chan, Law, Cheung och Chung (2013) har även beskrivit att kvinnor som får kontinuerligt stöd och vägledning i BBT i mindre utsträckning lider av UL och har en högre skattad livskvalitet.

I Danmark fick kvinnor som nyligen fött barn svara på frågor som handlade om BBT och UL (Hermansen, O'Connell, & Gaskin, 2010a). Resultatet visade att information om UL och BBT i de flesta fall hade givits från sjukhuspersonal i samband med förlossning. Det var fler kvinnor som fått information om BBT än om UL. De kvinnor som hade fått information av en sjukgymnast skattade högst betyg, information från läkare skattades lägst. Forskarna kom fram till att information om UL och BBT ges sporadiskt och att det krävs en samordnad strategi mellan vårdinstanserna för att motverka det. Liknande resultat visar en intervjustudie med holländska kvinnor som upplevde brist på information om UL och BBT i samband med förlossning. De kvinnor som utfört yoga eller *kom-igång-träning* efter förlossningen hade fått en kort förklaring om bäckenbottenproblem och knipövningar (Buurman, 2013).

Varför söker inte kvinnor hjälp

Trots att UL påverkar livskvaliteten negativt, är det få kvinnor som söker hjälp hos hälso- och sjukvården. I Australien söker endast 20 procent av kvinnor med UL stöd hos hälso- och sjukvården, första året efter första förlossningen (Brown, Gartland, Perlen, McDonald & MacArthur, 2014). I en stor studie från Mellanöstern fick kvinnliga patienter inom den

urologiska och gynekologiska öppenvården svara på en enkät, med syfte att undersöka vad som hindrar kvinnor att söka hjälp för deras problem. 67,2 procent uppgav att det var pinsamt att söka hjälp. En naturlig del av åldrande, låga förväntningar på sjukvården var andra anledningar som kvinnorna angav (El-Azab & Shaaban, 2010). Liknande resultat visade en studie från Polen där kvinnor med UL uppgav rädsla och skam över sitt problem, vilket hindrade dem från att söka hjälp. 61 procent var övertygade om att UL skulle försvinna av sig själv samt att det ses som en naturlig del av åldrande (Wójtowicz, Płaszewska-Zywko, Stangel-Wójcikiewicz & Basta 2014). Även en holländsk intervjustudie visar att skam är en stark bidragande orsak till att inte söka hjälp för UL efter förlossning. Majoriteten av kvinnorna skämdes över sina bäckenbottenproblem och kände skam vilket hämmade dem från att söka hjälp. Majoriteten av kvinnorna ansåg att BBT kunde bidra till att lösa problemen, men de flesta visste inte hur de skulle göra (Buurman, 2013).

För att se om kvinnor söker hjälp för deras UL gjordes en omfattande jämförelsestudie i Sverige utifrån en enkät. Resultatet jämfördes med en tidigare enkätstudie som gjordes 1991. Kvinnor med UL upplever sämre livskvalitet och större begränsningar 2007 än kvinnor med samma problem 1991. Trots det visade ändå resultatet att antalet som söker hjälp hos hälso- och sjukvården inte har ökat (Wennberg, 2010).

Teoretisk anknytning

Aaron Antonovsky har myntat begreppet KASAM som innebär att människor kan se sig själva i ett sammanhang samt förstå och uppleva meningsfullhet. Antonovsky menar att ingen människa upplever full hälsa eller ohälsa och att hen befinner sig någonstans där emellan. Graden av hälsa beror på KASAM, som är uppbyggt av tre delar; Begriplighet, hanterbarhet samt meningsfullhet i livet. Antonovsky menar att de tre delarna inte får ses som enskilda enheter, utan att de står i relation till varandra. Begriplighet innebär graden av hur människan uppfattar någonting som utlöser en tanke som begripligt, ordnat sammanhängande etcetera. Hanterbarhet är hur väl människan uppfattar att det finns resurser till att kunna hantera det som sker. Meningsfullhet beskrivs som hur meningsfulla de utmaningar som sker i livet är värda att engagera sig i (Antonovsky 2005).

Dorothea Orems omvårdnadsteori handlar om att främja hälsa genom att stötta och undervisa patienten till egenvård. Enligt Orem har alla människor oavsett kön, ålder eller etnicitet

grundläggande behov, så kallade universella behov, som är samma för alla. Varje människa har en inre drivkraft att vilja göra handlingar för sitt eget bästa. I grunden finns en förmåga hos människan att vilja förebygga sjukdom och främja sin egen hälsa. De behoven utgör grunden för all egenvård och om dessa behov inte tillfredsställs, brister egenvården. Orem har konstruerat en egenvårdsmodell som består av tre olika slags teorier, egenvård, egenvårdsbrist samt en om omvårdnadssystem. Med egenvård menas de aktiviteter som människan själv utför för att upprätthålla sin hälsa. Egenvårdskapaciteten beror på varje människas förmåga att kunna upprätthålla god hälsa och välbefinnande. Den förändrar sig beroende på ålder, hälsotillstånd, livserfarenhet och andra resurser. Egenvårdsbrist innebär att en individ inte själv kan utföra handlingar för att uppnå bästa möjliga hälsa, alltså när en individ är i behov av vård. För att en individ ska uppnå bästa möjliga egenvård krävs det egenvårdsbehov. Det vill säga, de behov eller brister som måste tillgodoses för att få en så bra egenvård som möjligt. En individ är i behov av vård om egenvårdsbehoven är större än egenvårdskapaciteten.

Omvårdnadssystemet är enligt Orem, de olika omvårdnadssituationer som kan uppstå då en människa, eller dess omgivning inte klarar av dennes egenvård och är i behov av omvårdnad från någon annan som kan hjälpa till. Orem menar att förutom att vilja ta hand om sig själv finns också en vilja att ta hand om andra som är i behov av hjälp och stöd. Detta kallas omvårdnadskapacitet. Det vill säga, att kompensera egenvårdskapaciteten för individen, då egenvårdskapaciteten inte är tillräcklig för att tillgodose egenvårdsbehovet. Målet med omvårdnaden är att hjälpa patienten så långt som möjligt till att bli självständig i sin egenvårdnad. Genom att ge en patient stöd och undervisning ökar dennes egenvårdsförmåga (Orem, 2001; Kirkevold, 2000).

Problemformulering

Forskning visar att UL är ett utbrett problem hos kvinnor efter graviditet och att bland annat livskvaliteten i samband med detta påverkas. Trots det söker inte kvinnor hjälp på grund av skam och låg förväntan på sjukvården. Därför är betydelsefullt att veta vilket stöd kvinnorna önskar för att kunna bemöta dem på ett bra sätt och anpassa vården därefter. Den vetenskapliga kunskapen måste öka och förståelsen bli djupare för denna patientgrupp.

Syfte

Syftet med studien var att få en fördjupad förståelse för kvinnors upplevelser av urinläckage efter graviditet, vilka erfarenheter de har från hälso- och sjukvården samt vilket stöd de önskar.

METOD

Design

Studien har en deskriptiv explorativ design med kvalitativ ansats.

För att kunna beskriva kvinnors upplevelser av UL valdes en kvalitativ metod med deskriptiv ansats. Genom att använda sig av en kvalitativ metod fördjupas förståelsen för det valda ämnet (Polit & Beck, 2012).

Urval

Urvalet gjordes genom bekvämlighetsurval. Deltagare i studien var kvinnor som upplevde UL efter förlossning. En av kvinnorna inkluderades i genom snöbollsurval då en av informanterna nämnt studien för henne (Polit & Beck, 2012). Inklusionskriterierna var att kvinnorna skulle ha fött minst ett barn vaginalt de senare fem åren och upplevde UL. Kvinnor som var gravida eller hade fött barn som var yngre än ett år exkluderades. Sammanlagt hörde tolv kvinnor av sig som ville delta i studien. Tio kvinnor inkluderades i studien.

Tabell 1. Demografisk data

<i>Ålder</i>	<i>n = 10</i>
25-29	3
30-35	4
36-40	2
41-45	1
<i>Antal barn i åldrarna 1-8 år</i>	
1	5
2	5
<i>Avslutad utbildningsnivå</i>	
Gymnasial/folkhögskola	4
Högskola/Universitet	6

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes med hjälp av semistrukturerade intervjuer. En intervjuguide användes som ett hjälpmedel för att under intervjuerna få struktur över samtalet (Kvale, 2014). Frågorna i guiden ställdes inte i någon speciell ordning och var utarbetade utifrån studiens syfte och tidigare forskning (se bilaga 1). Intervjuerna inleddes med frågor om informantens bakgrund, ålder, typ av arbete, antal barn samt ålder på barn. Därefter handlade frågorna om hur kvinnornas dagliga liv påverkas av deras UL. Andra huvudämnen som berördes i intervjuerna var hälso- och sjukvården samt BBT. Frågorna var bland annat “Hur upplever du ditt UL?”, “ Hur påverkar ditt UL din vardag?”, “Har du sökt hjälp för ditt UL?”. De flesta frågor var öppna frågor för att informanten skulle få möjlighet att tala fritt. Ett flertal följdfrågor ställdes även under intervjuerna beroende på samtalets utveckling. Intervjuerna spelades in på bandspelare, och tog mellan åtta och 32 minuter.

Tillvägagångsätt

Kvinnorna söktes genom Kontinet.se sida på Facebook. Kontinet är en sida som vänder sig till kvinnor med UL. Syftet med Kontinets hemsida är att belysa och öka medvetenheten kring inkontinensfrågor. På hemsidan finns beskrivningar av olika inkontinensbesvär,

träningsprogram, beskrivning av diverse behandlingsalternativ samt hjälpmedel som kan användas vid inkontinens. Texten som lades ut på Kontinets Facebook-sidan var:

”STUDIE. Lider du av urinläckage? Har du fött minst ett barn (vaginalt) under de senaste fem åren? Vill du då vara med i en studie? Två sjuksköterskor som läser specialistsjuksköterskeprogrammet, med inriktning mot distriktssjuksköterska vid Uppsala Universitet, söker kvinnor till intervjustudie och examensarbete. Kontakta...”

Kvinnorna som uppfyllde inklusionskriterierna informerades per telefon om studien och syftet med den. Det skickades även ett informationsbrev om studien på e-post till dem.

Informationsbrevet innehöll information om studien, dess syfte samt kontaktuppgifter till studieansvariga (se bilaga 2). Då flertalet kvinnorna bodde i andra delar av landet, vilket gjorde att avståndet förhindrade ett möte för intervjun, valde studieansvariga att göra telefonintervjuer med dessa kvinnor. För långt avstånd bedömdes som över fem mil. Samtliga intervjuer hölls under augusti och september 2014. Intervjuerna genomfördes enskilt av den studieansvariga som tog emot intresseanmälan, vilka blev jämt fördelade.

Kvinnorna som intervjuades *face to face* fick samma informationsbrev de tidigare fått per e-post, samt ett samtyckesformulär (se bilaga 3) att skriva under i samband med intervjuerna. Intervjuerna ägde rum efter vilka önskemål informanterna hade, två i hemmet, och två på café.

De kvinnor som intervjuades på telefon fick informationsbrevet samt samtyckesformuläret skickade till sig per post. Brevet innehöll även ett frankerat kuvert så att kvinnorna kunde återsända samtyckesformuläret till studieansvariga. Intervjuerna utfördes med hjälp av högtalarsamtal på mobiltelefon som spelades in på bandspelare. De genomfördes på enskild plats utan möjlighet för någon annan att höra.

Bearbetning och analys

Varje intervju transkriberades i direkt anslutning av den person som utförde intervjun. Intervjuerna analyserades sedan enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) metod för kvalitativ innehållsanalys. Denna metod är vald då den är väl använd i omvårdnadsforskning. Processen är enligt Lundman och Hällgren-Graneheim och Lundman indelad i följande

begrepp; *Analysenhet, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod och kategori.*

Analysenheten är hela texten, det vill säga svaren från mödrarna under intervjun. Hela texten i intervjuerna lästes igenom flera gånger för att skapa en känsla för helheten. *Meningsenhet* är enligt Lundman och Hällgren-Graneheim då meningsbärande text, som relaterar till syftet, plockas ut. Den kringliggande texten ska stå kvar så att sammanhanget återstår. För att höja trovärdigheten av studien, lästes intervjuerna var för sig av författarna för att markera meningsenheter i texten individuellt. Därefter diskuterades de meningsenheter som skiljde sig åt. *Kondensering* innebär att texten kortas ner utan att förlora sitt innehåll med hjälp av *abstraktion*. *Kod* är en kortfattad beskrivning av de kondenserade meningsenheterna och den ska alltid formuleras med hänsyn till meningsenhetens sammanhang. *Kategorisering* innebär att koderna delas in i grupper utifrån deras innehåll. Det centrala budskapet i intervjuerna ska klargöras och svara på frågan ”Vad?”. En regel är att data inte ska passa in i mer än en kategori, vilket kan vara svårt då det handlar om människors upplevelser. Se nedanstående exempel:

Tabell 2. Exempel på textbearbetning. Kondensering och kategorisering.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
“...utan jag accepterar, och det är det jag menar, att jag accepterar hur det är men jag vill inte att det ska fortsätta vara så här”	Jag accepterar hur det är men vill inte att det ska vara så	Accepterar urinläckaget	Acceptans	Hanterbarhet
“...och jag undviker helt att hoppa studsmatta med barnen...jag undviker att hoppa hopprep med barnen.	Jag undviker att hoppa studsmatta och hopprep med barnen	Undviker aktivitet med barnen	Begränsningar	Hanterbarhet

Förförståelse

Då båda författarna är sjuksköterskor med grundutbildning och arbetslivserfarenhet inom området, finns god kunskap om UL. Under specialistutbildningen fördjupades kunskaperna om UL ytterligare. Ansvariga till föreliggande studie var medvetna om sin förförståelse vilket kunde fungera som en felkälla. Genom att intervjuerna granskades först individuellt och sedan

gemensamt, till konsensus uppnåts, minskade risken för feltolkning och tillförlitligheten för resultatet ökades. Studieansvariga har även egna barn och upplevelser av problematiken, samt erfarenheter om hur hälso- och sjukvården arbetar med UL. Medvetenheten om förförståelsen fanns vilket ytterligare minskade risken för feltolkning av data.

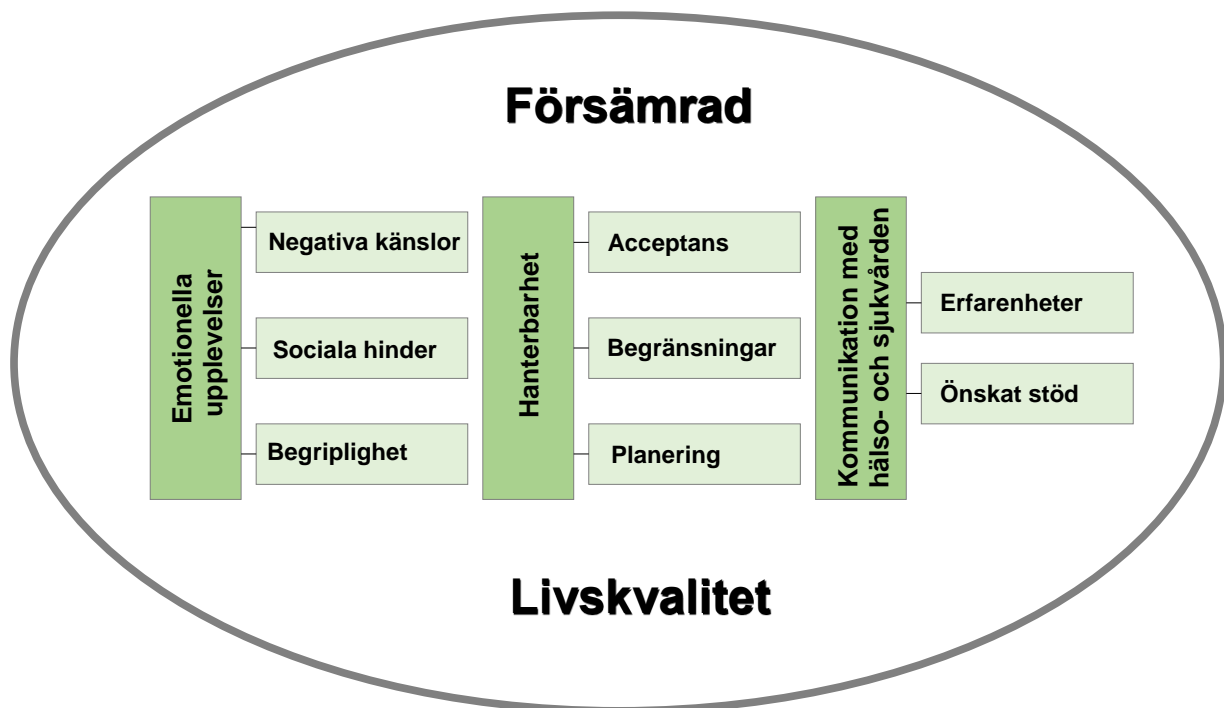
ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Det valda ämnet är intimt och kan upplevas som besvärande att tala om. Det finns fyra grundläggande medicin-etiska principer som bör övervägas och tas hänsyn till i samband med forskning (Medicinska forskningsrådets nämnd för forskningsetik, 2003). Det är respekt för människor (autonomiprincipen), godhetsprincipen, principen att inte skada samt rättvisepincipen. Autonomiprincipen uppfylldes genom att deltagandet i studien var frivilligt och att kvinnorna när som helst kunde välja att avbryta sitt deltagande i studien. I informationsbrevet som deltagarna fick, vid acceptering av deltagande i studien, framgick detta tydligt. Det fanns också namn och kontaktuppgifter till ansvariga för studien i brevet. Information lämnades även muntligt vid intervjuerna till informanterna. Varje deltagare fick också skriva på ett samtyckeskraav i samband med intervjun, vilket innebar att deltagarna själva hade rätt att bestämma över sin medverkan i studien. I brevet stod också studiens syfte och betydelse vilket stödjer godhetsprincipen, att nyttan med studien överväger riskerna med den. De erfarenheter och upplevelser som deltagarna berättade om, kommer i framtiden kunna förbättra vården kring urinläckage. Principen att inte skada tillgodosågs genom att all data behandlades konfidentiellt och inte fördes vidare till någon annan person innan avkodning. Rättvisepincipen tillämpades genom att alla deltagare och deras intervjuer kommer behandlades lika.

Någon etisk kommitté kontaktades inte för godkännande av studien, då studien inte innefattar patienter. Samtliga deltagare har själva anmält sitt intresse för studien genom en hemsida. Ingen persondata samlades inte heller in och allt material behandlades konfidentiellt. Ingen värdering lades i den informationen som deltagarna uppgav.

RESULTAT

Analysen av intervjuerna resulterade i tre kategorier med tillhörande underkategorier (se figur 1). Kategori *Emotionella upplevelser* med underkategorier *Negativa känslor*, *Sociala hinder* och *Begriplighet*. Kategori *Hanterbarhet* med underkategorier *Acceptans*, *Begränsningar* och *Planering*. Kategori *Kommunikation med hälso- och sjukvården* med underkategorier *Erfarenhet* och *Önskat stöd*. Gemensamt tema för samtliga kategorier är *Försämrad livskvalitet*.



Figur 1. Resultatfigur med kategorier, underkategorier och tema.

Emotionella Upplevelser

Kvinnorna upplevde många och starka känslor kring sitt UL. Känslorna var negativa och kvinnorna var oroliga över UL då de vistades ute bland andra människor. Flera av kvinnorna sökte förklaringar till vad som orsakat UL.

Negativa känslor

Samtliga kvinnor som deltog i studien upplevde många och starka känslor kring sitt UL. Alla känslor som kvinnorna uttryckte var negativa. Vid upptäckten av UL första gången beskrev kvinnorna att de var oförberedda och chockade. Ilska, uppgivenhet och sorg över att deras kroppar inte fungerade som de borde och känslor av att tappa kontrollen. Då UL inte ansågs som ett accepterat problem skämdes kvinnorna över sina besvär och höll känslorna inom sig. De kvinnor som upplevde stora besvär med UL tänkte ständigt på problemen, vilket gjorde att det blev mentalt jobbigt för dem.

“...jag hade en bild av att jag skulle gå ut och ta en skön joggingtur...och sen vart det såhär...ja men skitledsen! Och vad fan är det här?!”

kvinn 4

“...det var väl vid flera tillfällen som man började skratta vid fel tillfällen och man var tvungen att resa på sig och gå därifrån...fast ingen såg så var det pinsamt”

kvinn 8

Känslorna som kvinnorna upplevde idag, minst ett år efter förlossningen, var irritation, ilska och sorg. Flera av kvinnorna upplevde skam över sitt UL och menade att det var svårt att tala öppet om det och att det inte var något de ville skylda med. Majoriteten av kvinnorna hade endast berättat om sina besvär för ett begränsat antal personer. En kvinna hade inte heller berättat för sin man om sina problem. Känslor av att kroppen inte fungerade som den skulle och ilska över att inte kunna kontrollera sin urin var andra känslor kvinnorna beskrev. Känslor av att det var något fel, att det var något onaturligt. Kvinnorna kände även skuld över att de inte utfört sina bäckenbottenövningar regelbundet och att de kände att de hade sig själv att skylla för sina problem.

“Ibland så har jag verkligen känt mig som en gammal, gammal tant...”

kvinn 4

“...efter graviditeten gjorde såna här knipövningar, men det var jag jättejättedålig på kan jag säga...så jag har ju inte gjort det jag kunnat ens...”

kvinn 7

Sociala hinder

Kvinnorna kände en stor oro för att andra människor runt omkring skulle märka av deras UL. De oroade sig över att om det luktade, om det syntes utanpå kläderna etcetera. De kände rädsla över att tappa kontrollen över situationen och en stor osäkerhet.

“man vet inte hur mycket det kommer. Är det nånting som har runnit vid sidan av, har det kommit, syns det utanpå?...varje gång det kommer nånting så vet man ju egentligen inte hur mycket är det...så man går lite försiktigt och nästan kniper med benen”

kvinnor 6

...om man vet att det har kommit och så sitter man bredvid någon...man oroar sig”

kvinnor 5

Begriplighet

Flera av kvinnorna försökte hitta förklaringar till sitt UL och om de hade kunnat förhindra UL på något sätt. Till exempel om de skulle ha gjort på ett annat vis. Många kände också skuld över att de fått besvär. Två av kvinnorna tänkte också att deras UL var hormonellt betingat, då de upplevde att de fick UL beroende på vilken tid i månaden de var i.

“...eller om man tog det skitlugnt dom första två veckorna och inte alls lyfte och ta det försiktigt med om man lyfter barnet...skulle färre kvinnor ha urinläckage då? ...kan man motverka det på nåt sätt?”

“...det är snarare att jag får känslan av att det hellre har att göra med någon form av liksom...att det är hormonellt...”

kvinnor 8

Hanterbarhet

För att hantera UL hade kvinnorna dels accepterat sitt läckage, men också anpassat sina liv efter det. Anpassningarna var ibland så stora att kvinnorna upplevde begränsningar i sin vardag på grund av UL.

Acceptans

En del av kvinnorna i studien berättade att de hade accepterat sitt UL och lärt sig leva med det. Men det innebar inte att de var positiva till det. De berättade att de inte heller hade något annat val än att acceptera UL och göra det bästa av situationen. Flera av kvinnorna gav signaler av sorg när de beskrev sin acceptans.

“...utan jag accepterar, och det är det jag menar, att jag accepterar hur det är men jag vill inte att det ska fortsätta vara så här”

kvinnor 2

“Jag kände mig så himla låst med att liksom gå runt med en liten bebis hela tiden och amma hela tiden, och att liksom inte få vara fri. Så då blev det liksom så här att jag sket i att det kom kiss.”

kvinnor 4

Begränsningar

Det var fler av kvinnorna som beskrev att UL till viss del hindrade dem i vardagen. De flesta upplevde begränsningar i de situationer där de inte hade kontroll. De situationerna var oftast på fritiden. Det var till och med aktiviteter som kvinnorna slutat med på grund av risker med att få UL. UL påverkade också kvinnornas umgänge med sina barn. Att springa med barnen och leka, hoppa studsatta, cykla och hoppa hopprep var exempel på situationer som kvinnorna beskrev som begränsade. Vid träningssituationer fick många av kvinnorna anpassa träningen efter sitt UL, inte hoppa i sidled, undvika att gå upp för branta backar samt att inte lyfta för tunga vikter på gymmet. Fler kvinnor beskrev att de inte kände samma glädje över att träna längre då de inte kunde utföra den som tidigare. Många gånger fick de avbryta sin träning om UL blev för stort. Några av kvinnorna upplevde inte att deras UL innebar något hinder för dem i sin vardag.

“...att jag inte till exempel går på jympa vilket jag skulle vilja göra för att jag tycker det är kul egentligen...”

kvinnna 4

“...man kan inte springa efter bussen...utan man måste alltid se till att ha tid liksom, så man kan gå till bussen. Och missar man bussen får man liksom bara inse att, nej men då får jag ta nästa...”

kvinnna 6

En av kvinnorna som var separerad upplevde sexlivet som den jobbigaste delen av UL. Men även de kvinnor som levde i relationer uppfattade att deras sexliv påverkades negativt av UL. Dels för att det inte visste om de skulle läcka och därför inte kunde slappna av, men också för att de kände sig illaluktande, smutsiga och äckliga.

“Men det är fortfarande det här med lukter och att man...eehh..gärna vill gå och tvätta sig innan...”

kvinnna 5

“...man har ju inte lika mycket lust längre, man känner sig äcklig och man vill inte...man vill helst ha hunnit duscha innan för man känner sig lite äcklig”

kvinnna 6

Planering

Samtliga kvinnor i studien hade lärt sig att leva med sitt UL och anpassat sina dagliga liv efter sina behov. De hade strategier och rutiner för att få kontroll över sin vardag och hade i flera fall svårt att vara impulsiva. Allt från att gå på toaletten ofta eller innan aktiviteter, ha med sig extra ombyte, ta med sig papper ut i skogen till att använda inkontinensskydd var exempel på strategier för att kunna hantera sitt UL. En av kvinnorna beskrev det som en ritual hon gjorde inför varje träningspass. Även de kvinnor som upplevde mindre besvär av UL beskrev situationer och tillfällen där de var tvungna att anpassa sig efter behoven.

“...men jag får knipa med benen när jag hostar och när jag nyser”

kvinnna 9

“jag vill inte dricka för mycket vatten inför en träning...så det jag gör är att inte dricka för mycket, för många timmar innan och inte att dricka kaffe, för då blir jag jättekissnödig”

kvinna 2

Kommunikation med hälso- och sjukvården

Kvinnorna beskrev erfarenheter från hälso- och sjukvården som bristande när det gällde UL och BBT. De hade önsknings om individanpassat och kontinuerligt stöd, samt att sjukvården ska uppmärksamma UL.

Erfarenheter

Samtliga kvinnor ansåg att hälso- och sjukvården brister i sitt bemötande och sin vård kring UL och BBT. Informationen om UL och BBT gavs sporadiskt och oengagerat av sjukvården, enligt kvinnorna. Broschyr efter förlossning och rutinmässig var beskrivningar om hur de fått information angående BBT. Flera av kvinnorna hade fått lära sig och fått kunskap om BBT från bland annat yogaträning, coreträning och vänner som var sjukgymnaster. Det var fler av dem som inte minns om de hade fått information om BBT från hälso- och sjukvården.

Däremot kände samtliga kvinnor till vad knipövningar var. Flera av kvinnorna ansåg också att de ej var mottagliga för information om BBT och vikten av att göra detta så nära förlossningen, då det var en stor livsomställning att få barn. Hälften av kvinnorna visste inte var de ska vända sig med sina problem om de skulle söka hjälp.

“...de kom in med ungefär hundra papper och det var allt från amning till liksom bäckenbottenträning...och så var det ett A4-papper; det är viktigt att du tränar bäckenbotten också. Och så var det några streckgubbar som låg på nåt golv med benen uppdragna och liksom knep så...”

kvinna 2

Fyra av kvinnor hade själva sökt hjälp hos hälso- och sjukvården för sitt UL. Även de upplevde bemötandet de fick som oengagerat och dåligt. De yrkesgrupper som kvinnorna hade träffat var privat gynekolog, privat barnmorska och uroterapeut.

“...hon var trött, oengagerad och tyckte att jag skulle knipa...och det var första och sista gången jag träffade henne...synd kan jag tycka. För då drar man sig lite grann för att söka hjälp igen...”

kvinnor 2

Önskat stöd

Gemensamt för samtliga informanter var att de skulle vilja att sjukvården arbetar mer med UL och att ämnet måste uppmärksammas. Hälso- och sjukvården måste prata mer om det och fråga om problemen finns. En av kvinnorna föreslog lättillgängliga frågeformulär angående inkontinensbesvär på vårdcentralen som underlättar för den vårdsökande att lyfta problemet. Även information om hur bäckenbotten är uppbyggd och varför bäckenbottenmuskulaturen ska tränas, var det flera av kvinnorna som ville veta. Samtliga kvinnor önskade kontinuerlig uppföljning och stöd med BBT från hälso- och sjukvården, då de upplevde att de inte klarade av att fullfölja träningen så länge det behövdes för att märka resultat.

“...men för min egen del skulle det nog hjälpa mer att man får utbildning i hur systemet är uppbyggt, för att förstå det rent logiskt”

kvinnor 10

“...det är så mycket som är annorlunda efter förlossningen, och sen, efter några år, då allting har normaliserats, skulle man behöva nån sån här...koll”

kvinnor 6

Tema: Försämrade livskvalitet

Ett latent budskap tolkades utifrån kvinnornas upplevelser. Den röda tråden i berättelserna resulterade i ett övergripande tema; *Försämrade livskvalitet*. Alla informanter upplevde UL efter förlossning som ett störande moment med negativa följder som innebar en sämre livskvalitet.

DISKUSSION

Huvudresultatet av vår studie visar att kvinnor med UL efter graviditet uttrycker en försämrad livskvalitet. De upplever många och starka känslor kring besvären. För att hantera UL anpassade kvinnorna sitt levnadssätt efter besvären. Dessutom framkom det att hälso- och sjukvårdens bemötande och vård av denna grupp är bristande. Kvinnorna önskar mer information kring ämnet samt kontinuerligt stöd och uppföljning.

Resultatdiskussion

Studien resulterade i tre kategorier och ett tema; *Emotionella upplevelser*, *Hanterbarhet* och *Kommunikation med hälso- och sjukvården*, med tillhörande underkategorier. Varje kategori diskuteras relaterat till tidigare forskning. Temat, *nedsatt livskvalitet*, diskuteras löpande genom hela resultatdiskussionen.

Emotionella upplevelser

Resultatet av studien visade att kvinnor som lider av UL har en försämrad livskvalitet. De uttryckte bland annat att de kände sorg över sitt UL och att de hade känslor som att det inte var normalt och att något var fel på dem. Flera av kvinnorna uttryckte även ilska över att just de drabbats och över att deras kroppar inte fungerade som de skulle. Oro och skam över att någon annan skulle märka av UL, var något som samtliga kvinnor upplevde. Många av kvinnorna upplevde det också påfrestande att hela tiden behöva tänka på sitt UL då rädsla över att få läckage fanns. Det finns flera studier som stödjer att kvinnor med UL har en sämre skattad livskvalitet. Nilson et al (2009) har i sin studie visat att kvinnor med UL känner stor oro över att andra ska märka av deras UL genom exempelvis lukter eller att andra ska se det. Resultatet av föreliggande studie visade också att kvinnorna kände skam över att berätta om sitt UL för andra. Hermansen et al (2010b) har i sin studie visat att kvinnor upplever frustration och osäkerhet kring sitt UL, vilket överensstämmer med resultatet i vår studie. Wennberg (2010) visar i sin jämförelsestudie att kvinnor med UL skattar en sämre livskvalitet 2010 än kvinnor med samma problem för 20 år tidigare. Kvinnorna i föreliggande studie uttryckte även skuld-känslor över UL då de tyckte att de hade sig själva att skylla. Tidigare studier visar att kvinnor kände skam och rädsla över sitt UL, vilket var den största orsaken till att inte söka hjälp för sina besvär hos hälso- och sjukvården (El-Azab et al, 2010., Wójtowicz

et al 2014., Buurman, 2013). Kvinnorna uttryckte också skuld över att de inte utfört BBT tillräckligt. Resultatet överensstämmer med Hermansen et al studie (2010b), där de flesta av kvinnorna ansåg att deras UL berodde på att de inte utfört BBT. Skuld och skam är två olika begrepp som kan få människan att må dåligt. Skam innebär att människan känner sig underlägsen och otillräcklig gentemot en dömande yttre (eller inre) publik. Skuld grundar sig däremot i en handling eller utebliven handling, som individen ångrar. Att ha för mycket skuld- eller skamkänslor kan leda till depression (Kroll & Egan, 2004). Kvinnorna i föreliggande studie försökte hitta förklaringar till sitt UL och om de hade kunnat förhindra det på något sätt. Antonovsky (2005) menar att människan söker förklaringar till att förstå en situation och göra den begriplig. Genom att skapa begriplighet leder det till en mindre negativ känsla.

Hanterbarhet

Ingen av kvinnorna i studien ansåg att UL begränsade deras liv, men ändå visar deras svar att de behövde göra Anpassningar i sin vardag som ändå begränsade dem. Vår analys är att kvinnorna har uppnått en slags acceptansnivå där de lärt sig att leva med sitt UL. Enligt Antonovsky innebär det att kvinnorna har en hög känsla av hanterbarhet, då de väljer att inte se att UL begränsar dem. Det är tydligt att kvinnorna har hittat copingstrategier för att hantera UL och därmed motverka olika tillstånd av stress (Antonovsky, 2005). Hermansen et al (2010b) har i sin studie visat att kvinnor hanterat sitt UL genom att göra Anpassningar i vardagen, som att gå på toaletten ofta. Det stämmer överens med vårt resultat där kvinnorna hanterade sitt UL genom att gå på toaletten i förebyggande syfte, ha med sig extraombyte, vara ute i god tid till bussen med mera. Mer än hälften av kvinnorna använde någon form av inkontinensskydd för att hantera sitt UL, vilket också Hermansen m.fl. (2010b) kom fram till i sin studie. Det var främst aktiviteter på fritiden som kvinnorna upplevde som mest besvärande. Vår analys talar för att det är på grund av att de på fritiden inte har samma kontroll över situationen som de har hemma eller på arbetet. Flera av kvinnorna hade slutat med vissa träningsformer då UL blev för påtagligt vid de tillfällena. Flertalet berättade också att de inte kunde hoppa studsatta, hoppa hopprep, cykla eller springa med barnen då UL inte gick att hantera då. Kvinnor i vår studie upplevde problem vid träning. De kunde inte ta ut sina rörelser som de ville, hoppa, eller lyfta tungt. En kvinna beskrev också att hon gick uppför branta backar istället för att springa för att slippa UL. Resultatet stöds av tidigare forskning som också visar att fritiden och fysiska aktiviteter är det som kvinnor med UL anser

påverkas mest av läckaget (Hermansen et al, 2010b., Nilsson et al, 2009). Kvinnors sexliv påverkas negativt av UL visar Nilsson et al (2009) i sin studie. Hälften av kvinnorna i föreliggande studie uppgav att sexlivet påverkades av deras UL. De kunde inte slappna av ordentligt med rädsla för att läcka och de var rädda för att lukta illa.

Kommunikation med hälso- och sjukvården

Kvinnorna i studien upplevde att hälso- och sjukvårdens bemötande och vård av UL och BBT var ofullständig. De ansåg att sjukvården ger informationen oengagerat och sporadiskt. Rutinmässig, beskrev flera av kvinnorna informationen. Hermansen et al (2010a) har i sin studie kommit fram till att information om UL och BBT ges sporadiskt av hälso- och sjukvården. Många av kvinnorna i vår studie ansåg inte att de varit mottagliga för information om ämnet vid graviditeten och i nära anslutning till förlossningen, då de menade att det var en stor livsomställning att bli förälder. Det styrks genom att flera av kvinnorna inte hade något minne från vem eller vart de hade fått information om BBT. En del av kvinnorna hade fått informationen och lärt sig om BBT privat, genom coreträning och yoga, samt från vänner som arbetade som sjukgymnaster. Buurman (2013) har i sin studie kommit fram till att flertalet kvinnor inte fått någon information kring BBT av sjukvården och att de kvinnor som gått på yoga lärt sig BBT därifrån. El-Azab et al (2010) resultat visar att kvinnor med UL har låga förväntningar på sjukvården kring hjälp med BBT. Wennbergs studie (2010) visar att antalet kvinnor med UL som söker hjälp hos hälso- och sjukvården inte har ökat jämfört med 20 år sen. Hälften av kvinnorna i vår studie visste inte vart de skulle vända sig för att få hjälp för sitt UL.

Resultatet av vår studie visar att kvinnor önskar att sjukvården uppmärksammar UL mer. Flera av kvinnorna ville att sjukvården själva skulle fråga om besväret fanns samt att sjukvården pratade mer öppet om problematiken. Tidigare studier visar att kvinnor skäms över sitt UL vilket hindrar dem från att själva söka hjälp hos hälso- och sjukvården (El-Azab et al, 2010; Wójtowicz et al, 2014; Buurman, 2013). Resultatet av den här studien visade också att kvinnorna önskade mer individanpassad vård kring BBT med kontinuerlig uppföljning från sjukvården vilket stämmer överens med andra studier som visar att kvinnor som får individanpassat och fortlöpande stöd i BBT har en bättre följsamhet av träningen samt upplever mindre besvär av UL efteråt (Tosun et al, 2014., Chiarelli et al, 2002., Fan et al, 2013). Fler av kvinnorna i vår studie ville också få mer information kring bäckenets anatomi

och information om BBT och varför den ska göras. En ökad förståelse om detta skulle öka följsamheten av BBT, enligt kvinnorna.

Försämrad livskvalitet

Enligt Antonovsky (2005) är meningsfullhet den delen av KASAM som har störst betydelse för hälsan. Han menar att genom att se situationen som en utmaning istället för ett problem leder det till en större meningsfullhet. Kvinnorna i vår studie såg inte UL som en utmaning och inte heller fann de någon meningsfullhet med det. Detta leder till att kvinnorna i vår studie hade en försämrad livskvalitet trots en hög hanterbarhet och begriplighet av sitt UL.

Dorothea Orem

Orem (2001) menar att människan har en inre drivkraft att vilja göra handlingar för sitt eget bästa. Flera av kvinnorna i vår studie upplevde osäkerhet kring BBT, bland annat på grund av att de inte visste om de utförde träningen på rätt sätt. De upplevde brist på kunskap om UL och BBT. Detta menar Orem är brist på egenvårdskapitet. Kvinnorna saknade teoretisk kunskap om UL och praktiska kunskaper om BBT vilket gjorde att de var i egenvårdsbehov. Enligt Orem är relationen mellan vårdare och patient grundläggande för att stödja patienten till egenvård och god hälsa. Distriktssköterskan bör därför lägga fokus på att skapa en god relation till dessa kvinnor för att skapa en nära och trygg relation och ta reda på vilka egenvårdsbehov de har. Kvinnorna efterlyste även mer individanpassad vård kring UL och BBT vilket Orem också betonar vikten av. Distriktssköterskan besitter omvårdnadskapitet, att lära ut BBT, då hen har goda kunskaper i ämnet. Detta skulle hjälpa kvinnorna att öka sin egenvårdskapitet till att bli självständig i sin egenvård i form av att regelbundet utföra BBT.

Metoddiskussion

Då syftet med studien var att få en fördjupad förståelse av kvinnors upplevelser kring UL samt vilka erfarenheter de har från sjukvården och vilket stöd de önskar, valde vi att göra en kvalitativ studie med deskriptiv explorativ ansats. Då det handlar om kvinnors upplevelser, vilket är subjektivt och kan uppfattas på olika sätt, passar en kvalitativ metod bäst (Lundman & Hällgren-Graneheim 2012). De menar även att ingen data som svarar på syftet får uteslutas, falla mellan två kategorier eller passa in i flera. Detta kan vara svårt när texten handlar om just upplevelser och kan tolkas till fler kategorier.

Trovärdighet (Credibility)

Då kvinnorna själva fick anmäla intresse för medverkan i studien tror vi att kvinnorna svarade uppriktigt och sanningsenligt på frågorna i intervjuerna vilket ökar trovärdigheten av studien. Deltagare söktes genom Kontinets Facebook-sida vilket också stärker trovärdigheten till studieresultatet, eftersom kvinnorna aktivt öppnat länken på sidan stärker att kvinnorna upplever sina UL som besvärande. Flera av kvinnorna som visade intresse för deltagande i studien bodde så pass långt bort att intervjuerna inte gick att genomföra *face-to-face*. Efter kontakt med vår handledare togs beslut om att blanda intervjumetoder. Tre av intervjuerna genomfördes *face-to-face*, medan sju gjordes över telefon. Samtliga kvinnor i studien fick själva välja när och var intervjuerna skulle genomföras. Då intervjuerna genomfördes på olika sätt kan det ha påverkat resultatet av studien. De intervjuer som genomfördes på telefon upplevdes av författarna som mer naturliga och lättsamma att genomföra. Dock har svaren från kvinnorna inte skiljt sig mellan de olika intervjuteknikerna vilket talar för att resultatet och trovärdigheten av studien inte har påverkats. Ur ett etiskt perspektiv hade det möjligen varit bättre att utföra samtliga intervjuer över telefon då kvinnorna eventuellt hade känt sig mindre utsatta. Det förelåg dock ingen känsla av att de kvinnor som intervjuades *face-to-face* skulle ha känt sig pressade eller utpekade. Då ämnet kan upplevas känsligt och personligt att tala om valde vi att genomföra varje intervju med endast en av de två studieansvariga. Om båda hade medverkat vid varje intervju hade kvinnorna riskerat att hamna i ett ogynnsamt läge, vilket hade kunnat påverka intervjuerna och inte varit etiskt korrekt mot kvinnorna. Genom det tillgodoses principen att inte skada (Medicinska forskningsrådets nämnd för forskningsetik, 2003). Inklusionskriterierna begränsades till att yngsta barnet inte fick vara äldre än fem år gjordes då tanken fanns att kvinnor som haft UL i många år har anpassat sig, inte har samma starka upplevelse av problematiken längre och har kommit att acceptera det. Det stöds även av resultatet som visar att trots att kvinnorna inte haft UL i så många år redan har accepterat sina problem och lärt sig leva med dem. Kvinnor som fött barn med kejsarsnitt exkluderades från vår studie. Detta för att det råder delade meningar bland forskare i världen om kvinnor förlösta med kejsarsnitt har UL i lika stor utsträckning som kvinnor förlösta vaginalt (Barbosa et al, 2013; Gyhagen, 2013).

Pålitligheten (Dependability)

Då det var första gången som vi genomförde en kvalitativ studie med intervjuer valde vi att ha med många frågor i intervjuguiden. Detta för att få ut information om deltagarnas erfarenheter och upplevelser kring UL och inte riskera att missa någon fråga. Dessutom ville vi utföra intervjuerna så lika varandra som möjligt för att öka pålitligheten. Många frågor kan i sin tur göra att deltagarna inte tillåts tala fritt, men den medvetenheten fanns med hos intervjuaren och alla frågorna ställdes inte i samma följd, eller ställdes inte alls beroende på deltagarnas svar. Fördelarna med att ha många frågor i intervjuguiden övervägde nackdelarna. Under intervjuerna var vi medvetna om förförståelse och höll oss neutrala gentemot vad kvinnorna berättade och påverkade inte deras skildringar. Ur en etisk synvinkel visades stor respekt och empati för det informanternas berättade under samtalets gång.

Överförbarhet (Transferability)

Kvinnorna i studien hade varierande problem av UL. En del av kvinnorna kunde inte springa till bussen eller cykla utan att få UL. Medan en annan enbart läckt ett fåtal gånger sedan förlossningen. Gemensamt för kvinnorna var dock att de upplevde UL som besvärande och ett problem. Resultatet av studien visar att kvinnorna hade liknande upplevelser kring sina UL men graden varierade bland kvinnorna. Författarna upplevde att mättnad upplevdes då de sista intervjuerna bekräftade resultatet från de tidigare intervjuerna och inget nytt tillkom. Dessutom stämmer resultatet i föreliggande studie men tidigare forskning och därför anser vi att resultatet är överförbart till andra kvinnor med UL efter förlossning (Polit & Beck, 2012).

Bekräftelsebarhet (Confirmability)

Varje intervju lästes flera gånger av båda författarna var för sig. Varje författare markerade meningsbärande enheter som sedan presenterades för varandra. De meningsbärande enheter som skiljde mellan författarna diskuterades tillsammans tills enighet uppnåddes. Därefter kodades de meningsbärande enheterna och delades upp i underkategorier och kategorier. För att öka bekräftelsebarheten ytterligare av studien finns citat med från kvinnornas intervjuer i resultatet, samt tabell med bakgrundsfakta om kvinnorna (se tabell 1). Med få deltagare, vilket är brukligt för kvalitativa metoder, kan citat upplevas som utlämnande för informanternas. Materialet har dock behandlats konfidentiellt och inget kan härledas till individen.

Klinisk tillämpbarhet och samhällsnytta

UL är ett vanligt problem hos kvinnor, som kan orsaka många negativa fysiska och psykiska följder, vilket kan leda till nedsatt livskvalitet för den drabbade. Det kan upplevas som pinsamt att söka hjälp vilket leder till att många kvinnor inte söker hjälp hos hälso- och sjukvården (Koch, 2006). I distriktssköterskan yrkesroll är folkhälsoarbetet en stor del. Distriktssköterskan ska i sitt dagliga arbete arbeta hälsofrämjande genom bland annat råd och information i grupp eller på individnivå (Distriktssköterskans uppdrag, i.d.). Tidigare forskning visar att hälso- och sjukvården idag saknar rutiner inom området vilket leder till att de kvinnor som är drabbade inte kan få den vård de behöver (Hermansen et al. 2010a., Wójtowicz et al. 2014). Genom att intervjua kvinnor som lider av UL om deras upplevelser, kommer kunskapen att öka och distriktssköterskan lär sig arbeta mer hälsofrämjande kring denna grupp. Hälso- och sjukvården måste även implementera arbetsrutiner för kvinnor med UL efter förlossning. UL måste åskådliggöras och BBT förtydligas.

Distriktssköterskan på Barnavårdscentralen (BVC) bör synliggöra UL och BBT genom att prata om det med kvinnorna som kommer dit med sina barn. Det är distriktssköterskans arbetsuppgift att på BVC se till hela familjens hälsa, inte bara barnets. Dessutom besitter distriktssköterskan goda kunskaper om UL och BBT, vilket gör att kvinnornas önskemål om fakta kring UL och BBT skulle kunna tillgodoses. På BVC skulle distriktssköterskan även kunna fungera som en naturlig coach och stöttepelare till kvinnor som upplever besvär av UL. Det blir kostnadseffektivt att fånga upp kvinnor med UL efter graviditet tidigt, då majoriteten av alla föräldrar besöker BVC regelbundet det första året efter förlossningen, för kontroll av barnet och för att få stöd i sin föräldraroll. Om kvinnorna även får stöd med BBT under den första tiden på BVC skulle färre kvinnor ha besvär och en eventuell utredning vid kvarstående urinläckageproblematik skulle förkortas då BBT redan är påbörjad.

Att hjälpa nyförlösta kvinnor med BBT skulle ge ekonomiska vinster på lång sikt, då BBT även skyddar mot UL i ålderdomen. Idag kostar urininkontinens samhället mycket pengar då det leder till utgifter för bland annat inkontinenshjälpmedel och kirurgiska ingrepp. Om distriktssköterskan arbetar mer aktivt och kontinuerligt med BBT och UL hos kvinnor i alla åldrar skulle det gynna hälso- och sjukvården och samhället på sikt i form av lägre utgifter för inkontinenshjälpmedel och bättre livskvalitet hos kvinnor. En ökad livskvalitet ger en friskare

och mer arbetsför befolkning. Det är även viktigt att fortsätta det preventiva arbetet kring BBT i mödravården av gravida kvinnor för att minska risken för eventuellt UL.

BVC:s föräldragrupper kan vara ett naturligt forum att åskådliggöra och diskutera UL och BBT. Där har kvinnorna möjlighet att utbyta erfarenheter och stödja varandra med distriktssköterskan som tillgänglig resurs.

Vidare forskning

Mer forskning behövs för att undersöka vilka arbetsrutiner hälso- och sjukvården har kring UL och BBT hos kvinnor med UL efter förlossning, och hur de används. Vidare skulle det vara av stor betydelse att i en kontrollstudie titta på prevalensen av UL samt livskvaliteten hos kvinnor efter förlossning som besöker BVC. Ena gruppen får mer information och utökat stöd kring UL och BBT jämfört med kontrollgruppen. I preventivt syfte är det även intressant att se på resultatet av en studie av samma slag men som görs i mödravården, för att se om kvinnor som fått mer stöd och undervisning innan förlossningen, är mindre drabbade av UL.

Då resultatet av föreliggande studie visar att det är stora brister i informationen om UL och BBT i mödravården behövs ytterligare forskning för att se hur informationsutdelning för gravida ser ut.

SLUTSATS

Resultatet av studien visar att kvinnor med UL efter förlossning har en försämrad livskvalitet. Kvinnorna önskar information och stöd kring UL och BBT och ansvaret för hälso- och sjukvården måste tydliggöras.

REFERENSER

Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Van Kerrebroeck, P., Victor, A., Wein, A. (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61(1), 37-49. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295\(02\)02243-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295(02)02243-4).

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2:a uppl.). (M. Elfstadius, övers.). Stockholm: Natur och Kultur. (Originalarbete publicerat 1987).

Barbosa, A.M., Piculo, G.M.F., Rudge, C.V.C., Calderon, I.M.P., & Rudge, M.V.C. (2013). Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal*, 131(2), 95-99. DOI: 10.1590/S1516-31802013000100019

Brown, S., Gartland, D., Perlen, S., McDonald, E., & MacArthur, C. (2014). *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Jul 9. DOI: 10.1111/1471-0528.12963.

Buurman, M.B. (2013). Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study). *Scandinavian journal of caring sciences*. 27(2), 406-13. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01044.x

Cavkaytar, S., Kokanali, M.K., Topcu, H.O., Aksakal, O.S., & Doğanay, M. (2014). Effect of home-based Kegel exercises on quality of life in women with stress and mixed urinary incontinence, *Journal of obstetrics and gynaecology*. 2014 -09-29, 1-4. DOI: 10.3109/01443615.2014.960831

Cerruto, M. A., D'Elia, C., Aloisi, A., Fabrello, M., & Artibani, W. (2013). Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. *Urologia Internationalis*, 90(1), 1–9. DOI: 10.1159/000339929.

Chiarelli, P., & Cockburn, J. (2002). Promoting urinary continence in women after delivery: randomised controlled trial. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 324(7348), 1241. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7348.1241>

De Oliveira Camargo, F., Rodrigues, A. M., Arruda, R. M., Ferreira Sartori, M. G., Girão, M. J. B. C., & Castro, R. A. (2009). Pelvic floor muscle training in female stress urinary incontinence: comparison between group training and individual treatment using PERFECT

assessment scheme. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 20(12), 1455–1462. DOI: 10.1007/s00192-009-0971-1

Distriktssköterskans uppdrag (i.d.). Microsoft Word - Dokument i Microsoft Internet Explorer - uppdrag.pdf. Hämtad 8 oktober 2014 från www.distriktsskoterska.se

El-Azab, A. S., Shaaban, O. M. (2010). Measuring the barriers against seeking consultation for urinary incontinence among Middle Eastern women. *BMC Womens Health*, 10(1), 3. DOI: 10.1186/1472-6874-10-3.

Fan, H. L., Chan, S. S. C., Law, T. S. M., Cheung, R. Y. K., & Chung, T. K. H. (2013). Pelvic floor muscle training improves quality of life of women with urinary incontinence: a prospective study. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 53(3), 298-304. DOI: 10.1111/ajo.12075

Gyhagen, M. (2013). A comparison of the long-term consequences of vaginal delivery versus caesarean section on the prevalence, severity and bothersomeness of urinary incontinence subtypes: a national cohort study in primiparous women. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 120(12), 1548-55. DOI: 10.1111/1471-0528.12367

Hermansen, I. L., O'Connell, B., & Gaskin, C. J. (2010a). Are postpartum women in denmark being given helpful information about urinary incontinence and pelvic floor exercises? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(2), 171-174. DOI: 10.1016/j.jmwh.2009.09.004

Hermansen, I. L., O'Connell, B. O., & Gaskin, C. J. (2010b). Women's explanations for urinary incontinence, their management strategies, and their quality of life during the postpartum period. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN*, 37(2), 187–192. DOI: 10.1097/WON.0b013e3181cf7946

Karolinska Universitetssjukhuset, Kvinnokliniken (2013). *Bäckenbottenträning*. Hämtad 29 september 2014 från <http://www.karolinska.se/Verksamheternas/Kliniker--enheter/Kvinnokliniken/Graviditet-och-forlossning/Forsta-tiden-efter-forlossningen/Mamma-forsta-tiden/Backenbottengymnastik/>

Kegel, A. H. (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 56(2), 238–248

- Koch, L. H. (2006). Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: an integrative literature review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(6), 39–44. DOI:10.1016/j.jmwh.2006.06.004
- Kirkevold, M. (2000). Omvårdnadsteorier: Analys och utvärdering (2:a uppl.). (K. Larsson Wentz övers.). Lund: Studentlitteratur
- Kroll, J., Egan, E. (2004). Psychiatry, Moral Worry, and the Moral Emotions. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(6), 352–360
- Kvale, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- & sjukvård*. (ss. 187-196). Lund: Studentlitteratur.
- Mathews, C. A. (2014). Risk factors for urinary, fecal, or double incontinence in women. *Current opinion in Obstetric*. 26(5), 393-397. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000094
- Medicinska forskningsrådets nämnd för forskningsetik (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige* (elektronisk version). Medicinska Forskningsrådets Nämnd för forskningsetik (MFN). Hämtad från http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf.
- Milsom, I. (2009). Lower urinary tract symptoms in women. *Current opinion in Urology*. 19(4), 337-41. DOI: 10.1097/MOU.0b013e32832b659d.
- Milsom, I., Gyhagen, M. (2014). The Epidemiology, Natural History and Prevention of Pelvic Floor Disorders). *Global library of women's medicine*, DOI: 10.3843/GLOWM.10481
- Ng, S. F., Lok, M. K., Pang, S. M., & Wun, Y. T. (2014). Stress urinary incontinence in younger women in primary care: prevalence and opportunistic intervention. *Journal of Women's Health* (2002), 23(1), 65–68. DOI: 10.1089/jwh.2013.4382
- Nilsson, Lalos, Lalos. (2009) The impact of female urinary incontinence and urgency on quality of life and partner relationship. *Neuourology and Urodynamics*. 28(8), 976-81. DOI: 10.1002/nau.20709
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby.

Polit & Beck, (2012). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th ed.). Philadelphia. Wolters Kluwer / Lipincott Williams & Wilkins.

Qaseem, A., Dallas, P., Forcica, M. A., Starkey, M., Denberg, T. D., Shekelle, P. (2014). Nonsurgical management of urinary incontinence in Women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 161(6), 429-440. DOI: 10.7326/M13-2410

Tosun, C., Mutlu, K., (2014). Ergenogly...Does pelvic floor muscle training abolish symptoms of urinary incontinence? A randomised controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. DOI: 10.1177/0269215514546768

Wennberg, (2010). Lower urinary tract symptoms: lack of change in prevalence and help-seeking behaviour in two population-based surveys of women in 1991 and 2007). *BJU International*, 104(7), 954-959. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2009.08534.x.

Wójtowicz U, Płaszewska-Zywko L, Stangel-Wójcikiewicz K, Basta A. (2014) Barriers in entering treatment among women with urinary incontinence. *Ginekologia polska*. 85(5), 342-7

Åhlund, S., Nordgren, B., Wilander, E-L., Wiklund, I., & Fridén, C. (2013). Is home-based pelvic floor muscle training effective in treatment of urinary incontinence after birth in primiparous women? A randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(8), 909–915. DOI: 10.1111/aogs.12173

BILAGA 1.

Intervjuguide

Syftet med studien är att undersöka hur kvinnor med urinläckage upplever sitt problem, vilka erfarenheter de har från hälso- och sjukvården samt vilket stöd de önskar.

Inledande frågor

- Kan du berätta lite om dig själv?
- Sysselsättning
- Berätta om hur ditt urinläckage började, hur upplevde du besvären?

Dagliga livet

- Hur upplever du besvären?
- I vilka situationer upplever du besvär?
- Begränsar det din vardag?
- Behöver du anpassa din vardag efter dina besvär?
- Använder du några hjälpmedel?
- Hur upplever du det användandet?
- Påverkar det din livssituation?
- Upplever du att urinläckaget påverkar ditt humör?
- På vilket sätt påverkar det ditt humör?
- Hur påverkar ditt urinläckage ditt dagliga liv?
- Fritid?
- Arbete?
- Sexliv?

Erfarenheter från hälso- och sjukvården

- Har du sökt hjälp för ditt urinläckage?
- Hur har du fått hjälp?
- Hur upplevde du den hjälp du fick?
- Tänker du att du hade velat ha hjälp på något annat sätt?
- Har du gjort något själv?
- Hade du velat ha hjälp från hälso- och sjukvården?
- Hur hade du velat ha hjälp?
- Vem hade du vänt dig till för att få hjälp?
- Vem skulle du vilja ha hjälp av?

Bäckenbottenträning

- Vet du vad bäckenbottenträning är?
- Hur lärde du dig det?
- Upplever du att informationen var tillräcklig?
- Upplever du att stödet var tillräckligt?
- Vad är din erfarenhet av bäckenbottenträning?

- Hur har du använt bäckenbottenträning?
- Upplever du någon förändring?

Avslutande frågor

- Har du något förslag på hur hälso- och sjukvården kan hjälpa kvinnor i samma situation som du, med urinläckage i ett tidigt stadie?
- Vad skulle du ge för råd till en väninna som nyligen fött barn och uppger att hon har urinläckage?

BILAGA 2.

Studie om kvinnors upplevelser kring urinläckage

Med detta informationsbrev tillfrågas du om medverkan i en intervjustudie.

Urinläckage hos mödrar efter förlossningen är ett viktigt område som måste hanteras på lämpligt sätt. Urinproblem kan orsaka många negativa fysiska och psykologiska konsekvenser och för många kvinnor kan det vara svårt att söka hjälp.

Syftet med studien är att undersöka hur kvinnor med urinläckage upplever detta, vilka erfarenheter de har från hälso- och sjukvården samt vilket stöd de önskar.

Studien riktar sig till kvinnor som har fött barn och upplever urinläckage. Kriterier för deltagande är att Du ska ha fött minst ett barn vaginalt de senaste fem åren. Vi avser att intervjua tio kvinnor.

En intervju kommer att ta ungefär 20-30 minuter och kommer att spelas in på band. Intervjuerna kommer att avidentifieras och behandlas konfidentiellt. Examensarbetet beräknas vara färdigt i oktober 2014.

Ditt medverkande är frivilligt och du kan närsomhelst under intervjun och projektiden välja att avbryta utan motivering.

Om du är intresserad av att delta i studien kontaktar du oss genom mejl eller telefon. Vi kommer då att kontakta dig för att ta reda på din ålder, antal förlossningar samt hur länge sedan det var. Därefter kommer vi överens om tid och plats för intervjun.

Vi heter Lisa Ahl och Petra Gustafsson och är utbildade sjuksköterskor. Nu läser vi specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssjuksköterska vid Uppsala Universitet. I utbildningen ingår det att göra ett examensarbete inom vårdvetenskap och vi har valt att göra en intervjustudie om kvinnor med urinläckage.

Hälsningar Lisa Ahl och Petra Gustafsson

Lisa Ahl
Leg. Sjuksköterska
lisa.ahl.2206@student.uu.se
Tel. 073-5923320

Petra Gustafsson
Leg. Sjuksköterska
petra.gustafsson.3808@student.uu.se
Tel. 070-3210035

Handledare:
Clara Aarts
Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
clara.aarts@pubcare.uu.se

BILAGA 3.

Samtyckesformulär

Intervjustudie om ” Kvinnors upplevelser kring urinläckage”.

Härmed intygar jag att jag har fått skriftlig information om studien samt fått möjlighet att diskutera kring denna och jag samtycker härmed till deltagande i studien.

Mitt deltagande är frivilligt och jag har närsomhelst rätt att avbryta det utan motivering.

Deltagare

Ort och datum: _____

Namnsteckning: _____

Telefonnummer: _____

Studieansvarig

Ort och datum: _____

Namnsteckning: _____