

Hjälp - jag läcker!

Kvinnors upplevelser av att leva med urininkontinens efter vaginal förlossning

FÖRFATTARE	Lena Lien Matilda Schwartz
PROGRAM/KURS	Barnmorskeprogrammet Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa HK 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Anna Dencker
EXAMINATOR	Evelyn Hermansson
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



Titel:	Hjälp - jag läcker! Kvinnors upplevelser av att leva med urininkontinens
Title:	Help me – I'm leaking! Women's experiences of living with urinary incontinence
Arbetets art:	Självständigt arbete – magisteruppsats
Program/kurs/kurskod	Barnmorskeprogrammet/Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa/ RPH100
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	41 sidor
Författare:	Lena Lien och Matilda Schwartz
Handledare:	Anna Dencker
Examinator:	Evelyn Hermanson

Sammanfattning

Urininkontinens efter vaginal förlossning är ett kvinnohälsoproblem som i många fall kan utgöra ett hinder för den drabbade kvinnan och påverka hennes livskvalitet negativt. Oro, skam, rädsla, ensamhet och nedstämdhet är några begrepp som kan förknippas med urininkontinens. Trots att det är ett relativt vanligt problem är det endast få kvinnor som söker hjälp. Anledningen till detta är att många kvinnor skäms över och/eller tror sig vara ensamma om problemet. Syftet med vår studie var att beskriva kvinnors upplevelse av att leva med urinläckage 3 – 7 år efter vaginal förlossning. Vi har fått ta del av ett forskningsmaterial från en enkätstudie gjord på Sahlgrenska universitetssjukhuset mellan åren 2001-2004. Ur materialet valdes en öppen fråga om urinbesvär och totalt utgörs vårt material av 147 svar. Vi har valt att analysera innehållet med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. I vårt resultat framkom att kvinnorna hade en rad olika symtom och besvär relaterade till urininkontinens. Dessa var bland annat läckage vid ansträngning, trängningar, besvär med att tömma blåsan ordentligt, påverkan på sexlivet samt störd nattsömn. Ett flertal kvinnor beskrev hur de på olika sätt anpassat sin tillvaro för att slippa läckage. Några kvinnor använde känslouttryck som besvikelse, oro, nedstämdhet och accepterande för att beskriva sina problem. Sammanfattningsvis är det många kvinnor som lider av urininkontinens efter sin förlossning. Barnmorskor har en viktig roll i sin profession att hitta dessa kvinnor och erbjuda dem den hjälp som finns. Vi måste finnas tillgängliga och visa att vi tar kvinnorna och deras problem på allvar.

Nyckelord: urininkontinens, livskvalitet, kvinnohälsa, kvalitativ innehållsanalys

Abstract

Urinary incontinence after vaginal delivery is a women's health problem that in many cases can be an obstacle for the affected woman and negatively affect her quality of life. Anxiety, shame, fear, loneliness and depression are some concepts that may be associated with urinary incontinence. Although it is a relatively common problem, only a few women look for medical care. The reason for this is that many women are ashamed of and/or believe themselves to be the only one with these problems. The aim of our study was to describe women's experience of living with urinary leakage 3-7 years after vaginal delivery. We have been able to use research data from a survey conducted at Sahlgrenska University Hospital between 2001 and 2004. From the material an open question about urinary symptoms was chosen and in total our material consists of 147 responses. We have chosen to use qualitative content analysis. Our results show that the women had a variety of symptoms and disorders related to urinary incontinence. These included leaking on exertion, urinary urgency, trouble emptying the bladder properly, effect on sexual life and disturbed sleep. Several women described how they adapted their lives differently to avoid leakage. Some women use emotions as disappointment, anxiety, sadness and acceptance to describe their problems. In summary, there are many women who suffer from urinary incontinence after childbirth. Midwives have an important role in their profession to find these women and offer them adequate help. We must be available and show the women that we take both them and their problems seriously.

Keywords: urinary incontinence, quality of life, women's health, qualitative content analysis

BAKGRUND	1
INLEDNING	1
ARTIKELSÖKNING	1
DEFINITION AV URININKONTINENS	2
TIDIGARE FORSKNING	3
Förekomst och riskfaktorer.....	3
Att leva med urininkontinens.....	4
Strategier för att klara vardagen.....	5
Varför söker inte kvinnor hjälp?	5
TEORETISK REFERENSRAM	6
Livskvalitet.....	6
Kvinnohälsa	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	10
METOD	10
URVAL	10
DATAINSAMLINGSMETOD	12
DATAANALYS	12
Innehållsanalys	12
Bearbetning av data	13
FORSKNINGSETISK PRÖVNING	14
Forskningsetiska överväganden.....	14
Risk- nyttaanalys	14
Trovärdighet	15
RESULTAT	15
FYSISKA BESVÄR SOM PÅVERKAR LIVET	17
Förändring efter barnafödande	17
Svag bäckenbotten.....	17
Läckage vid ansträngning	18
Trängningar	18
Tömmer inte ordentligt.....	19
Påverkat samliv	20
Störd nattsömn	20
STRATEGIER FÖR ATT ANPASSA VARDAGEN	21
Begränsade aktiviteter	21

Planering	21
Begränsat vätskeintag	22
Använder skydd.....	22
KÄNSLOUPPLEVELSER I SAMBAND MED URINLÄCKAGE	22
Besvikelse	22
Nedstämdhet	23
Oro	23
Accepterande	24
DISKUSSION	24
METODDISKUSSION	24
Förförståelse	25
RESULTATDISKUSSION.....	26
Inkontinens - symtom och riskfaktorer.....	26
Att leva med urininkontinens.....	27
Livskvalitet.....	28
Kvinnohälsa	28
Praktisk tillämpning	29
Konklusion	30
Vidare forskning.....	30
Fördelning av arbetet.....	31
REFERENSER	32

BAKGRUND

INLEDNING

Urininkontinens är ett stort folkhälsoproblem som ofta orsakar både medicinska och sociala handikapp med minskad livskvalitet som följd (Gunnarsson, 2002). Detta kan utgöra ett hinder för de drabbade kvinnorna i deras dagliga liv. Urininkontinens kan bland annat leda till initiativlöshet, nedsatt fysisk aktivitet och känslor som oro, skam och nedstämdhet är vanliga bland dessa personer. Många känner sig också orena och är rädda för att lukta urin och begränsar sina sociala aktiviteter på grund av rädsla för urinläckage. Trots att det är vanligt att kvinnor som genomgått vaginal förlossning drabbas av urininkontinens, så väljer få av dem att söka hjälp (Gunnarsson, 2002; Hermansen et al. 2010; Mason et al. 1999). Många studier är gjorda på förekomst av urininkontinens men det är inte lika många som beskriver upplevelsen av att leva med detta efter vaginal förlossning. Det är därför viktigt att vidare studera vilka effekter inkontinensen har på kvinnors liv och eftersom endast få undersökningar har gjorts om detta i Sverige vill vi fokusera på det.

ARTIKELSÖKNING

För att gå igenom vad som redan finns skrivet inom området ”upplevelsen av att leva med urininkontinens” gjordes under december 2010 och januari 2011 ett flertal artikelsökningar. De databaser som användes var PubMed och CINAHL och som avgränsning användes kriterierna

- Peer Reviewed
- Research article
- Engelska
- Artiklar mellan 1999-2010
- Sökorden i titeln eller i abstraktet

De sökord som användes var: Urinary incontinence, incontinence, childbirth, pregnancy, experience, delivery, after childbirth, quality of life, woman och postpartum.

För att få fram mesh-termer till sökningarna användes svensk MESH som databas. Sökorden valdes efter problemformulering och syfte och användes i ett flertal olika kombinationer i både PubMed och Cinahl för att få ett så stort urval som möjligt. Totalt hittades 262 artiklar av intresse. Av dessa valdes efter genomgång 9 artiklar ut som ansågs vara mest relevanta i förhållande till syftet och som bäst kunde beskriva tidigare forskning om upplevelsen av att

leva med urininkontinens. Utöver dessa artiklar användes 14 artiklar som hittats genom manuell sökning. Totalt användes 23 vetenskapliga artiklar.

DEFINITION AV URININKONTINENS

Att vara kontinent innebär att en individ kan tolka fyllnadssignaler från urinblåsan, hinner gå på toaletten i tid och kan "hålla sig" för att förhindra urinläckage, det vill säga, hon kan själv bestämma var och när hon ska gå på toaletten. Hos den kontinenta individen är också tömningen av blåsan fullständig och sker utan ansträngning (Hellström & Lindehall, 2006).

År 1988 utformade International Continence Society (ICS) en definition på urininkontinens som löd: "A condition where involuntary loss of urine is objectively demonstrable and a social or hygienic problem". Denna definition omarbetades av ICS år 2002 och lyder numera: "Urinary incontinence is the complaint of any involuntary leakage of urine" (Andersson, 2009; Hägglund, 2002; Varhos, 2009). En viktig faktor vid definition av urininkontinens är svårighetsgraden av läckage och kvinnans upplevelse av detta. Därför bör man enligt ICS, som tillägg till definitionen, även ta upp frågor som typ av inkontinens, frekvens, allvarlighetsgrad, påverkan på det sociala livet och hygien samt påverkan på livskvaliteten (Andersson, 2009; Hägglund, 2002). En studie beskriver inte urininkontinens som en sjukdom utan som ett symptom av en försvagad urinblåsa eller sfinkter (Kwon et al. 2010).

Det finns olika typer av inkontinensformer:

- *Ansträngningsinkontinens* är den vanligaste typen och sannolikt lider omkring hälften av alla kvinnor med inkontinensbesvär av ansträngningsinkontinens (Ulmsten, 2004). Kännetecknet är ett ofrivilligt urinläckage utlöst vid kroppslig ansträngning såsom hopp, hosta eller nysning. Orsaker till denna typ av inkontinens är att trycket i urinblåsan vid ansträngning blir större än trycket i urinröret och urinröret orkar då inte hålla tätt. Utveckling av ansträngningsinkontinens antas bero på en minskad mängd kollagen i den urogenitala bindväven. Kollagen är ett protein som har stor betydelse för hållfastheten i ligamenten. När kollagennivån är minskad leder det till att det blir ett bristande stöd i ligament och bäckenbottenmuskulatur vilket i sin tur leder till en ökad rörlighet i urinröret. Utlösande faktorer till detta kan vara bland annat graviditet och förlossning. En annan orsak kan vara minskad slutningsförmåga på grund av en skada i urinrörets slutmuskel (Hägglund, 2002; Varhos, 2009).

- *Trängningsinkontinens* innebär ofrivilligt urinläckage i samband med kraftiga trängningar som är omöjliga att undertrycka och hela urinmängden avgår. Denna typ av urininkontinens kan ha en neurogen orsak exempelvis MS, stroke eller ryggmärgsskada men ofta finns ingen känd orsak.
- *Blandinkontinens* är som namnet beskriver en blandning av ansträngnings- och trängningsinkontinens och innebär ofrivilligt urinläckage såväl vid ansträngning som vid trängning.
- *Iatrogen inkontinens* innebär ett ofrivilligt urinläckage som en komplikation till exempelvis kirurgi, strålbehandling eller läkemedel, det vill säga, den är på något sätt utlöst av vården.
- *Neurogen blåsrubbning* innebär ett ofrivilligt urinläckage beroende på en skada eller sjukdom i nervsystemet.
- *Psykogen inkontinens* innebär ett ofrivilligt urinläckage som uppstår i samband med psykisk sjukdom eller åderförkalkning i hjärnan.
- Det finns även urininkontinens som beror på medfödda missbildningar inom urinvägar eller nervsystem (a a).

TIDIGARE FORSKNING

Förekomst och riskfaktorer

Urininkontinens är ett stort folkhälsoproblem och är vanligare bland kvinnor än bland män. Ansträngningsinkontinens är den vanligaste formen av inkontinens i Sverige (Socialstyrelsen, 2009). I Sverige lider 10-15 % av alla kvinnor av inkontinens i någon form (Varhos 2009). I en studie gjord i Sverige 2004 framkom att 18 % av de 1051 deltagande kvinnorna hade ansträngningsinkontinens ett år efter förlossning (Schytt et al. 2004). Enligt Hellström och Lindhall (2006) beräknas mer än 50 miljoner människor i världen besväras av urinläckage minst en gång per vecka. I Sverige rör det sig om ungefär 500 000 av den vuxna befolkningen men eftersom många inte söker hjälp kan mörkertalet kan vara stort.

Riskfaktorena att drabbas av urininkontinens hos kvinnor är: ökande ålder, paritet, vaginal förlossning, gynekologiska operationer, övervikt, rökning och fysisk aktivitet. Den typ av inkontinens som är vanligast bland kvinnor som genomgått vaginal förlossning är ansträngningsinkontinens (Hermansen et al. 2010; Hägglund, 2002; Persson, 2001). Att graviditet och förlossning är riskfaktorer för att utveckla urininkontinens stöds i ett flertal studier (Boyles et

al. 2009; Glazener et al. 2005; Handa et al. 2007; Panyani & Khullar, 2009). Altman et al. (2006) och Rortveit et al. (2003) menar att den första vaginala förlossningen är den enskilt största riskfaktorn för att utveckla urininkontinens. Att genomgå flera förlossningar ger enligt dem ingen ökad risk. Dock anser Boyles et al. (2009) att efterföljande förlossning/ar har en mätbar men mindre effekt på uppkomsten av urininkontinens. Herrmann et al. (2009) menar att urininkontinens är mer vanligt efter tredje förlossningen. Därefter ökar riskerna att utveckla urininkontinens markant efter varje förlossning.

En studie visade att omkring 21 % av de 5599 deltagande förstföderskorna som genomgått vaginal förlossning utvecklade besvär av urinläckage i varierande grad och omkring 17 % av dessa läckte fortfarande urin 3 – 6 månader senare (Boyles et al. 2009). Det framkom även att de kvinnor som redan första månaderna efter förlossningen upplevde besvär med ofrivilligt urinläckage löpte störst risk att få kvarstående problem (Altman et al. 2006; Hermansen et al. 2010; Viktrup et al. 2006). En studie visade att så många som 78 % av de 38 kvinnor som redan under nyföddhetsperioden upplevde problem med urinläckage rapporterade att de tolv år senare fortfarande led av detta. Detta kan jämföras med de 146 kvinnor som inte haft några bekymmer med urinläckage i samband med sin första graviditet eller förlossning där det endast var 30 % som tolv år senare upplevde besvär med urininkontinens (Viktrup et al. 2006).

Att leva med urininkontinens

Även om merparten av kvinnor med urininkontinens är äldre, visade en studie av Koch (2006) att upp till hälften av friska medelålders kvinnor upplevde problem med inkontinens av varierande grad. Att leva med urininkontinens påverkar det dagliga livet och livskvaliteten på ett negativt sätt. Enligt studier var en del kvinnor mycket påverkade och hindrade i sitt dagliga liv medan andra beskrev det som ett mindre problem som knappt påverkade dem alls. Några såg det som en naturlig del av livet, något som de hade vant sig vid och som de inte längre tänkte på. Andra var tvungna att noga planera sin dag på grund av sin inkontinens för att förhindra ”olyckor” (Mason et al. 1999; Strahle & Stainton, 2006; Zeznock et al. 2009).

Urininkontinens kan vara väldigt känslomässigt laddat. Kvinnor skäms och påverkas både fysiskt och psykiskt. I en studie uppgav kvinnor att de skyllde problemen med inkontinens på sig själva, att de nog hade fått problem eftersom de inte hade sökt hjälp eller gjort bäckenbottenövningar så ofta som de borde (Mason et al. 1999). De uppgav också att inkontinensen hindrade dem i deras roll som mödrar, de kunde exempelvis inte leka med sina barn obehind-

rat på grund av att den fysiska aktivitet det innebar kunde leda till urinläckage. Kvinnorna valde också att avstå från vissa aktiviteter eller resor med familj och vänner vilket förhindrade sociala relationer. Det var inte ovanligt att dessa kvinnor kände sig ensamma och isolerade med försämrad livskvalitet som följd (Hermansen et al. 2010; Mason et al. 1999; Zeznock et al. 2009). Resultaten från Handa et al. (2007) och Kwon et al. (2010) bekräftar detta, de beskriver att kvinnor som lever med urininkontinens upplever sig ha sämre livskvalitet i jämförelse med kvinnor som är kontinenta.

Flera kvinnor har i olika studier beskrivit att inkontinensen har en påverkan på sexlivet. Gemensamt var att kvinnor av rädsla att läcka under samlag valde att avstå från sexuell aktivitet. De kände sig också psykiskt påverkade av sin inkontinens och känslor som skam, skuld och rädsla var ofta förekommande (Andersson, 2009; Hermansen et al. 2010; Strahle & Stainton, 2006). Mason et al. (1999) tar upp begreppet oro i sin studie. Där beskriver de drabbade kvinnorna en oro för att bland annat läcka på olämpliga platser eller tidpunkter och för att någon annan inklusive den sexuella partnern skulle få vetskap om problemet. Även en oro över att problemet inte skulle gå över eller till och med förvärras beskrevs.

Strategier för att klara vardagen

För att kombinera vardagsliv och urininkontinens visar studier att många av de drabbade kvinnorna använde olika strategier. Ett sätt var att minska sitt vätskeintag och ett annat var att använda olika sorters, till och med hemgjorda, inkontinensskydd. Vissa valde att bära mörka kläder för att dölja eventuellt urinläckage och vissa tog med sig extrakläder till jobbet. De flesta kvinnorna gick på toaletten ofta, för att på så vis aldrig behöva gå med full blåsa och riskera ”olyckor”. En del undvek platser där de var osäkra på om det fanns toalett i närheten och undvek att delta i fysiska aktiviteter som innebar hopp, tunga lyft eller löpning (Strahle & Stainton, 2006; Zeznock et al. 2009).

Varför söker inte kvinnor hjälp?

Att kvinnor som lider av urininkontinens drar sig för att söka hjälp har framkommit i flera studier (Andersson, 2009; Hägglund, 2002; O'Donnell et al. 2004; Mason et al. 2001; Zeznock et al. 2009). Endast 10-25 % av de drabbade kvinnorna söker någon form av hjälp och av dem är det endast hälften som själva aktivt tar upp problemet (Varhos 2009). En av de främsta orsakerna till detta var att kvinnorna inte ansåg att urinläckage var något onormalt utan något som tillhörde åldrandet och som uppkom efter barnafödande (Hägglund, 2002;

Mason et al. 2001; Monz et al. 2005; O'Donnell et al. 2004). Andra orsaker var att de såg sitt urinläckage som ett problem som de själva kunde hantera eller att de trodde att problemet skulle bli bättre eller gå över med tiden. Okunskap om att det finns effektiva behandlingsmetoder att tillgå var också en orsak liksom att kvinnorna tyckte att ämnet var för privat och generant att prata om (Hägglund, 2002; Mason et al. 2001; O'Donnell et al. 2004). Kvinnorna var även rädda för att inte bli tagna på allvar (Hägglund, 2002; Koch, 2006; Mason et al. 1999; O'Donnell et al. 2004).

Det som till slut ändå gjorde att kvinnorna sökte hjälp var rädslan för att läcka urin utanför hemmet, detta framkom i en studie av Hägglund (2002). En studie av Andersson (2009) visade dock att när kvinnorna väl bestämt sig för att söka hjälp så var detta inte helt enkelt. Det var svårt att få kontakt med sjukvården och få tid till läkare. Vid läkarbesöken erbjöds dessutom ofta nya läkare vid varje tillfälle, vilket medförde svårigheter att ta upp ett känsligt ämne som urininkontinens. Andra studier har visat att kvinnor sällan hade tillfälle att diskutera frågor om urinläckage och dess effekter på livskvaliteten vid kontakt med sjukvården. Frågan var vanligen inget som togs upp rutinmässigt och kvinnorna själva tog inte upp problemet på grund av det sociala stigmat. Kvinnorna uttryckte däremot en önskan om att bli tillfrågade om eventuella problem med urinläckage och ville gärna prata om det om de fick en direkt fråga om ämnet (Mason et al. 1999; Strahle & Stainton, 2006; Zeznock et al. 2009). Äldre kvinnor sökte hjälp i större utsträckning än yngre (Koch, 2006).

TEORETISK REFERENSRAM

Vi har valt att fokusera på två centrala begrepp som hör ihop med upplevelsen av att leva med urinläckage; "livskvalitet" samt "kvinnohälsa".

Livskvalitet

Det har visat sig svårt att objektivt värdera livskvalitet men det kan beskrivas som den subjektivt upplevda känslan av att leva ett gott liv. Olika förmågor och yttre förutsättningar värderas olika av olika individer och dålig hälsa behöver inte vara lika med dålig livskvalitet men kan förstås bidra till att minska den (Nationalencyklopedin, 2010, SOU (1995:5)). Världshälsoorganisationen (WHO) har utarbetat en definition av livskvalitet; "Quality of life is defined as individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns." (WHOQOL GROUP, 1998). Översatt till svenska innebär det att livskvalitet definieras som

en personlig värdering beroende på vilken kulturell, social och miljömässig omgivning individen lever i, detta i förhållande till individens mål, förväntningar, normer och bekymmer.

Brülde (2003) beskriver tre huvudteorier om livskvalitet. Dessa teorier är hedonismen, önskeuppfyllelseteorin och den objektivistiska pluralismen. Enligt den hedonistiska teorin är god livskvalitet en upplevelse av välbefinnande och är detsamma som att må bra. Dålig livskvalitet är en upplevelse av lidande och är detsamma som att må dåligt. Yttre faktorer är bara viktiga för livskvaliteten om den påverkar välbefinnandet i någon riktning. Enligt önskeuppfyllelseteorin är god livskvalitet detsamma som att få sina önskningar uppfyllda. Det vill säga om en person har det som hon önskar sig så har hon också god livskvalitet. Om hon däremot är missnöjd med sitt liv så är livskvaliteten låg. Enligt den objektivistiska pluralismen finns det flera saker som är objektivt goda och dåliga, oavsett vad man som individ tycker om det. Detta kan till exempel vara intima relationer till andra, kunskap eller personlig utveckling. Livskvaliteten beror då på i vilken utsträckning dessa saker är närvarande. Brülde (2003) menar att livskvalitet kan vara en sorts kombination av dessa tre teorier. En persons livskvalitet blir då en följd av hur många värdefulla, behagliga upplevelser och hur mycket värdefull önskeuppfyllelse hennes liv innehåller. Brülde kallar detta för en slags lyckoteori om livskvalitet, eftersom den säger att en persons livskvalitet i hög grad är beroende av hur lycklig hon är, förutsatt att hennes lyckokänsla är äkta. Att vara lycklig "av rätt skäl" ger då ett bra liv, det vill säga hög livskvalitet.

Enligt Hägglund (2002) kan livskvalitet också ses som ett samlingsbegrepp för välbefinnande, välfärd och hälsa. Naess (2001) definierar livskvaliteten som en känsla av att ha det gott och att ha en grundstämning av glädje. Detta består av både kognitiva och affektiva upplevelser. Kognitiva upplevelser är sådana som innefattar tankar och värderingar till exempel: Är jag nöjd med livet? Det affektiva innefattar känslor till exempel: Är jag lycklig, engagerad, nedstämd eller orolig? Nordenfeldt (2004) skriver att det är den enskilda människan som är den "slutgiltiga domaren" över sin livskvalitet. Att försöka ange livskvalitet i olika mätvärden kan vara bra för att göra bedömningar i t.ex. vården men mätvärdet behöver inte alls spegla den enskilda individens bedömning. En människa med exempelvis värk i benet kan ha låg livskvalitet på grund av smärta eller begränsningar i livet, medan en annan person med samma typ av värk kan uppleva hög livskvalitet då andra faktorer såsom yrke, familj och intressen väger upp. Ordet "kvalitet" är i sig något som har med värdering att göra och som kan sättas på en värdeskala. Detta kan tolkas felaktigt och risk finns att bedömningen av en persons livs-

kvalitet inte görs utifrån individens synvinkel. För att bedöma en persons livskvalitet är det därför viktigt att se denne som en individ och ta hänsyn till vad som är viktigt och betydelsefullt för just honom eller henne (a a).

Kvinnohälsa

Sundström (2009) beskriver kvinnors allmänna hälsoläge som gott. Medellivslängden för kvinnor är högre än för män och det är betydligt fler män över 60 år som vårdas på sjukhus än kvinnor. Dock är det vanligare att kvinnor mellan 20 och 50 år är korttidssjuka än män. Denna grupp kvinnor har mer krämpor och sjukdomar än män och gör fler besök i sjukvården. Kvinnorna lider oftare av huvudvärk, ångest, sömnlöshet och trötthet. Att kvinnorna gör upprepade besök i sjukvården kan delvis bero på att deras symtom inte passar in i sjukvårdens bild av sjukdom och hälsa. Kvinnorna vet att deras symtom inte alltid beror på sjukdom utan på att något behöver förändras i deras tillvaro. Tillstånd av sorg, ångest och osäkerhet tar sig uttryck i smärtproblematik i axlar, rygg, mage eller huvudet. Kvinnor använder ibland smärtan som ett sätt att kommunicera, det kan vara ett sätt att protestera mot en svår livssituation.

Enligt WHO definieras hälsa som ”ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara en frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning”. Hälsa beskrivs alltså som ett positivt tillstånd som inbegriper hela individen i förhållande till dennes livssituation. Kvinnohälsa beskrivs däremot enligt Nationalencyklopedin som ”aspekter av hälsa och hälsoproblem som helt gäller kvinnor eller som skiljer sig från motsvarande hos män beträffande bland annat förekomst och symtombild”. Kvinnospecifika hälsoproblem är sådana som gäller könsorganen, könshormoner, graviditet och förlossning (Nationalencyklopedin, 2010). Inom kvinnosjukvården saknas ofta ett könsperspektiv på hälsa och sjukdom likaväl som ett intresse för sociala eller interpersonella orsaker till ohälsa. Betydelsen av sexualitet och reproduktion för kvinnors hälsa föregås på motsvarande sätt i folkhälsorapporter, läroböcker och utbildningsprogram. Reproduktion och föräldraskap har en stor och central betydelse i människors liv. Det framgår av styrkan i upplevelsen vid ett barns födelse likaväl som i sorgen över infertilitet eller vid andra besvikelser inom det reproduktiva området. Det ställs allt högre krav på den reproduktiva hälsovården till exempel på grund av ändrade attityder i samhället till sexualitet och samlevnad, ny medicinsk teknik och forskning, ett mångkulturellt samhälle och nya mönster för familjebildning och barnafödande (Sundström 2009).

Medicinsk forskning har av tradition handlat om mäns hälsa medan specifikt kvinnliga hälso-
problem blivit osynliggjorda. Utredningar och behandlingsplaner var länge utformade efter
beräkningar gjorda med mannen som norm. Under 1980-talet ifrågasattes denna tradition och
inom medicinsk forskning anlades ett könsperspektiv med utgångspunkt i kvinnors villkor,
erfarenheter och handlande (Sundström 2009). Ett av målen i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS
1982:763) är ”Vård på lika villkor”. Detta innebär att vård och behandling skall erbjudas på
lika villkor oavsett ålder, kön, sexuell läggning, funktionshinder, bostadsort, utbildning, social
ställning, födelseland eller religiös tillhörighet. I Sverige har skillnader mellan kvinnor och
män när det gäller hälsa samt vård och behandling varit föremål för forskning under det sen-
aste decenniet. Frågan om män och kvinnor blir bemötta på samma sätt och får tillgång till
samma vård har uppmärksammats mycket under senare år och Socialstyrelsen har gjort ana-
lyser av vårdens jämställdhet. I Socialstyrelsens rapport från 2008 framgick att det fortfarande
förekommer vissa systematiska skillnader i bemötande och omhändertagande av kvinnor jäm-
fört med män, hur dessa skillnader yttrar sig framkommer emellertid inte. Inom hälso- och
sjukvården har det dock genomförts flera olika insatser i syfte att öka jämställdheten. Att in-
föra en mer regelmässig uppdelning efter kön när man följer upp hälso- och sjukvården har
visat att det är möjligt att genomföra förbättringar enbart genom att synliggöra rådande förhål-
landen. För att komma till rätta med omotiverade skillnader mellan olika grupper är det viktigt
att förstå vad som ligger bakom (Socialstyrelsen, 2009).

PROBLEMFÖRMULERING

Genom att kartlägga forskningsläget kan man se att det finns kunskap om att graviditet och
förlossning är riskfaktorer för att utveckla urininkontinens. Kunskap finns också om att detta
är ett relativt vanligt problem som kan skapa både fysiska hinder och psykiska besvär hos den
drabbade individen. Tidigare forskning på kvinnors upplevelser av att leva med urininkonti-
nens efter graviditet och förlossning har främst gjorts på kvinnors upplevelser den första tiden
efter förlossningen eller många år senare. En del forskning finns om hur det påverkar kvinnors
livskvalitet att leva med urininkontinens, dock är denna ofta gjord på äldre kvinnor och inte i
samband med graviditet eller barnafödande. Detsamma gäller inkontinensens påverkan på
kvinnohälsan, där de studier som finns ofta är gjorda på en äldre befolkning. Undersökningar
om svenska kvinnors upplevelser av att leva med urininkontinens i ett längre perspektiv efter
vaginal förlossning saknas. Samlad kunskap behövs därför om ämnet för att se hur kvinnors
hälsa, livskvalitet och tillvaro påverkas av att leva med urininkontinens.

SYFTE

Syftet med vårt arbete är att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med urinläckage 3 – 7 år efter vaginal förlossning.

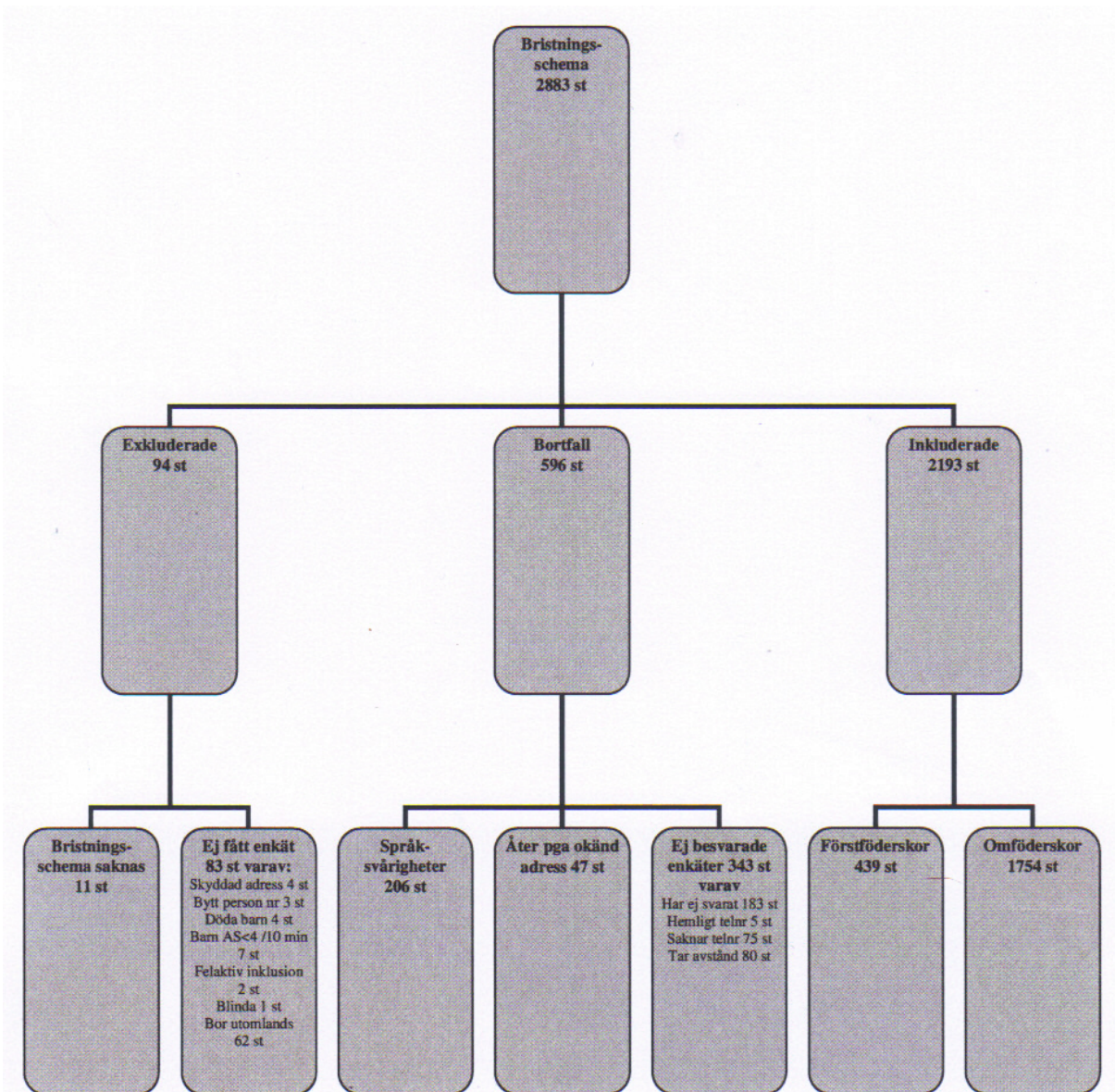
METOD

URVAL

Vi har utgått från en enkätstudie som gjorts för att undersöka kvinnors eventuella underlivsbesvär tre till sju år efter vaginal förlossning. Britta Lindblom, legitimerad barnmorska och vårdenhetschef på Normalförlossning/BB på Östra sjukhuset i Göteborg är den som genomfört studien mellan år 2001 och 2004. Genom henne har vi fått tillgång till svaren på den enkätfråga vi valt att analysera.

Vid alla vaginala förlossningar, mellan åren 1995 – 1997 på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, användes ett bristningsschema som fylldes i av den barnmorska som hade bistått vid förlossningen. Kvinnor med fullständigt ifyllt bristningsschema fick en enkät hemskickad. Under perioden förlöstes 3723 kvinnor och av dessa hade 2883 fullständigt ifyllda scheman (Samuelsson et al. 2002). De kvinnor som exkluderades var bland annat de utan fullständigt ifyllt schema och de kvinnor vars barn hade Apgar Score mindre än fyra vid tio minuter. Andreasson et al. (2008) beskriver Apgar Score som en metod för att värdera det nyfödda barnets tillstånd. Den består av fem variabler (hjärtfrekvens, andning, färg, muskeltonus och retbarhet) och varje variabel poängsätts mellan 0 – 2 så att barnet kan få maximalt 10 poäng. Denna bedömning görs 1, 5 och 10 minuter efter barnets födelse.

Totalt skickades 2789 enkäter ut och sammanlagt svarade 2139 kvinnor, detta gav en svarsfrekvens på 76 %. Av de som besvarade enkäten var 439 förstföderskor som ej fått ytterligare barn. 468 var förstföderskor som hade fått fler barn när enkäten besvarades och 1072 var omföderskor redan vid urvalet för enkäten.



Figur 1. Flödesschema över deltagande kvinnor. Hämtad från arbetet *Skräckblandad förtjusning* (Jansson & Rilby; 2007)

DATAINSAMLINGSMETOD

I denna studie har vi valt att behandla en öppen följdfråga som handlar om eventuella urinbesvär. Enkäten som den öppna följdfrågan är hämtad från består av 45 frågor med olika bestämda svarsalternativ och tar upp frågor om kvinnorna har upplevt problem med underlivet efter förlossningen. Utöver dessa 45 frågor finns det på fem ställen i enkäten möjlighet att skriva i fritext om kvinnorna kände att de ville skriva något ytterligare om det område frågorna handlar om. Den öppna följdfrågan lyder ”om du vill tillägga något till något av svaren ovan så kan du göra det här”. Det var totalt 261 kvinnor som valde att lämna en kommentar till den öppna frågan om urinbesvär. Av dessa svar sorterades de bort som gällde urinvägsinfektion, sveda vid miktion samt de där det framgick att kvinnan i fråga var gravid vid enkät-tillfället. De svar vi valde att analysera var de där kvinnorna beskrev någon form av upplevelse eller känsla av att leva med urininkontinens. Totalt utgjordes dessa av 147 svar.

DATAANALYS

Innehållsanalys

Då syftet med studien var att beskriva upplevelsen av att leva med urinläckage hos kvinnor som för 3-7 år sedan genomgått en vaginal förlossning kom en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats att användas. Metoden är lämplig inom detta ämne eftersom vi avser att beskriva upplevelser utifrån kvinnornas egna berättelser. Vi har valt att fokusera på det manifesta innehållet i materialet, dvs. det som är synligt och uppenbart. Induktiv ansats innebär att en text baserad på människors egna berättelser om sina upplevelser analyseras helt förutsättningslöst, detta i motsats till den deduktiva ansatsen där det redan finns en existerande teori eller förarbetad mall att utgå från (Graneheim & Lundman 2008).

Den kvalitativa innehållsanalysen är enligt flera forskare en flexibel metod att använda för att analysera data (Hsieh & Shannon, 2005). Krippendorff (2004) menar att kvalitativ innehållsanalys är en forskningsteknik som används för att kunna hitta slutsatser från texter och som gör det möjligt för forskare att analysera innehåll och betydelser i relativt ostrukturerade data. Bryder (1985) och Graneheim och Lundman (2008) menar att syftet med kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll. Dessa skillnader och likheter delas in i kategorier och teman på olika nivåer. För att göra detta är kontexten viktig. Det vill säga, texten ska ses i sitt sammanhang och intervjupersonens berättelse bör tolkas utifrån en medvetenhet om dennes personliga historia, livsvillkor och kultur.

Under analysprocessen kondenseras och abstraheras meningensheterna. Med detta menas att texten kortas ner och det väsentliga innehållet bevaras. På detta sätt blir materialet mer lätthanterligt. En meningenshet är en meningsbärande del av texten. Exempelvis ord, meningar eller stycken av en text som hör ihop genom sitt innehåll. Efter kondenseringen abstraheras texten och förses med koder. Dessa koder sammanförs till olika kategorier och teman. Att abstrahera en text innebär att innehållet lyfts till en högre nivå. Att förse en text med koder innebär att sätta etiketter på olika meningensheter som kortfattat beskriver innehållet. Dessa koder hjälper forskaren att reflektera över sina data på ett nytt sätt. Koder med liknande innehåll delas in under samma kategori. Inga data med relevans får uteslutas på grund av att de inte faller under någon kategori, data får inte heller passa in under två eller flera kategorier (Graneheim & Lundman 2008).

Bearbetning av data

Det tilldelade materialet lästes först igenom individuellt för att få en bild av innehållet. En sortering av materialet påbörjades för att få fram det relevanta innehållet, detta gjordes först var för sig och därefter tillsammans. De svar som inte handlade om upplevelsen av att leva med urinbesvär och därmed var irrelevanta för vår studie togs bort. En papperskopia av utskriften av alla svar på den öppna frågan användes genom hela analysprocessen. Detta för att inte viktig information skulle komma bort eller feltolkas av misstag. Denna kopia användes som komplement till databearbetningen. En sammanställning av materialet gjordes och en förstoring av denna sattes upp på en vägg för att göra materialet mer lättarbetat och överskådligt. De olika citaten numrerades och sorterades efter innehåll. Materialet bearbetades gemensamt vid ett flertal tillfällen. Därefter diskuterades gemensamt kring materialets huvudsakliga innehåll och ett antal meningsbärande enheter som var relevanta gentemot syftet framkom. För att göra texten mer lätthanterlig utan att det kvalitativa innehållet påverkades, kondenseras meningensheterna, enligt Graneheim & Lundman (2008). Detta innebar att texten kortades ner utan att kärnan i innehållet gick förlorat. Eftersom citaten var kortfattade hoppades kodningen i analysen över, istället användes meningenskondensat där den underliggande meningen framkom. Kondensaten jämfördes med varandra för att upptäcka likheter och skillnader och delades sedan in i underkategorier. Dessa underkategorier abstraherades och slutligen återstod 15 stycken som bildade 3 huvudkategorier.

FORSKNINGSETISK PRÖVNING

Kvinnorna i studien har gett sitt medgivande och studien har genomgått etisk prövning och fått godkänt av Regionala Etikprövningsnämnden i Göteborg dnr: R 700-97. Vi har använt oss av den del av materialet som rör urinbesvär. Svaren har vi fått i form av ordagranna utskrifter. För att säkra anonymiteten hos deltagarna i studien var enkätsvaren avidentifierade och kodade. Vi har inte haft någon tillgång till undersökningens kodlista. Den del av studien som vi analyserat består av obearbetat material men andra delar av studien har använts till tidigare arbeten.

Forskningsetiska överväganden

Vetenskapsrådet har utformat fyra forskningsetiska krav som är menade att vägleda och stödja forskaren i egna bedömningar av sitt ansvarstagande. De fyra kraven är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Dessa krav är även tillgodosedda i denna studie.

Genom att skicka forskningspersonsinformation till deltagarna i studien där deras villkor och uppgifter tydligt framgick tillgodosågs informationskravet. Deltagarna fick därigenom också information om att deras medverkan var frivillig och när som helst kunde avbrytas. Enligt samtyckeskravet ska deltagare i en studie ha rätt att själv bestämma över sin medverkan. Detta gjorde deltagarna genom att fylla i och återlämna sin enkät, vilket var helt frivilligt. För att tillgodose konfidentialitetskravet kodades och avidentifierades enkäterna för att på så vis garantera deltagarnas anonymitet. Endast Britta Lindblom har tillgång till kodlistan och deltagarnas personuppgifter. Det insamlade materialet har, enligt nyttjandekravet, endast använts till den aktuella forskningen. Det material vi har tagit del av har aldrig tidigare analyserats och är ursprungsmaterial, därmed behövs inte någon ytterligare etisk prövning.

Risk- nyttaanalys

Att besvara frågor gällande besvär med urinläckage efter förlossning är något mycket privat och kan upplevas som integritetskränkande. I patientinformationen som delas ut till alla deltagare finns information om ämnets känslighet, garanti om sekretess samt att det är frivilligt att delta och att medverkan när som helst kan avbrytas. Många kvinnor tycker att det är pinsamt och jobbigt att prata om att de lider av urininkontinens. Denna enkätstudie kan då vara ett sätt för dem att göra det. Om de kvinnor som deltagit i studien får ta del av forskningsresultatet förstår de att många andra kvinnor är i samma situation som de själva. Detta kan leda till att

de uppmuntras att söka hjälp. Genom att ämnet uppmärksammas kan fler barnmorskor och annan hälsovårdspersonal få upp ögonen för problemet och fler kvinnor kan därmed få hjälp.

Trovärdighet

För att beskriva hur trovärdigt ett resultat är inom kvalitativ forskning används begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2008).

Sanningshalten i ett resultat handlar om giltighet. Ett resultat anses vara giltigt om det lyfter fram det som är typiskt eller representativt för det som det var avsett att beskriva. Hur deltagare till en studie väljs ut har också betydelse för resultatets giltighet. Att noggrant beskriva hur urvalet och analysarbetet gått till är ett sätt att göra läsaren delaktig och bedöma giltigheten av tolkningar och resultat. För att ge läsaren större möjlighet att bedöma giltigheten kan citat från intervjuer tas med i resultatet.

Att noggrant förklara analysarbetet är också nödvändigt för tillförligheten i resultatet. Detta förstärks av att forskaren klagör sitt ställningstagande under processen. Att vara två forskare som analyserar tillsammans ökar tillförlitligheten i resultatet.

Överförbarhet handlar om hur överförbart resultatet är till andra grupperingar eller i andra situationer. För att kunna bedöma överförbarheten är det viktigt att det finns beskrivet hur urval, datainsamling och analys med mera gått till. Även i vilket sammanhang studien har gjorts bör framgå för att underlätta för läsaren att avgöra graden av överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2008).

RESULTAT

I vår analys av enkätsvaren har vi kommit fram till tre huvudkategorier. Dessa är fysiska besvär som påverkar livet, strategier för att anpassa vardagen och känsloupplevelser i samband med urinläckage. Varje huvudkategori har beskrivits med hjälp av underkategorier (se tabell 1). För att tydliggöra innehållet i resultatet har vi använt oss av citat från enkäten, siffrorna inom parantes efter citatet är numret från respektive respondent.

Tabell 1. Översikt på meningskondensat, underkategorier och huvudkategorier.

Exempel på meningskondensat	Underkategorier	Huvudkategori
Inga besvär före barnafödande Problemen ökat efter var förlossning	Förändring efter barnafödande	Fysiska besvär som påverkar livet
Svag bäckenbotten vid hopp	Svag bäckenbotten	
Läcker vid nysning och hopp Skrattar på sig	Läckage vid ansträngning	
Läcker på väg till toa Svårare att hålla sig Kommer urin innan hon satt sig	Trängningar	
Svårt att tömma, kissar ofta Tömmar ej, ger efterskvätt	Tömmar inte ordentligt	
Kissnödig vid samlag Avbryter och kissar under samlag Urinläckage vid samlag	Påverkat samliv	
Uppe varje natt Kissandet försvårar sömnen	Störd nattsömn	
Promenad och simning, mindre risk Slutat med vissa aktiviteter	Begränsade aktiviteter	Strategier för att anpassa vardagen
Anpassat sig efter att kissa oftare Kissar i förväg för att slippa obehag	Planering	
Dricker mindre om hon skall iväg	Begränsat vätskeintag	
Använder skydd dagligen, duschar ofta Har alltid binda	Använder skydd	
Gjort knipövningar, besviken att drabbas Ej gjort knipövningar, ev besvär pga detta	Besvikelse	Känsloupplevelser i samband med urinläckage
Läckaget hindrar och gör nedstämd	Nedstämdhet	
Stressigt och oroande, om det luktar Rädd att lukta	Oro	
Läcker men oroar sig inte Har länge varit en del av livet	Accepterande	

FYSISKA BESVÄR SOM PÅVERKAR LIVET

En stor del av kvinnorna i studien beskrev olika symtom och besvär relaterade till urininkontinens som uppkommit sedan de fött barn. Dessa var läckage vid ansträngning såsom motion, hopp, nysning, skratt och hosta. Besvär med trängningar och att inte hinna i tid till toaletten, känsla av att inte kunna tömma blåsan ordentligt, läckage vid samlag, störd nattsömn, känsla av att inte vara stark i bäckenbotten var andra symtom som framkom.

Förändring efter barnafödande

Några av kvinnorna i studien uttryckte och kunde direkt koppla sina besvär med urinläckage till att de uppstått efter att de fött barn. Gemensamt bland de här kvinnorna var att de uttryckligen inte haft några besvär med urinläckage innan förlossning. Några av kvinnorna berättade även att deras problem uppkommit eller förvärrats allteftersom de fött fler barn.

”Jag har aldrig haft besvär med detta innan jag fick mitt första barn -95” (2031)

”Uppenbart INGA problem alls före förlossning” (1654)

”Jag har fött fyra barn. Jag hade inga problem före 1:a förlossningen, problemen har ökat efter hand som jag fött fler” (265)

”Har gått igenom 4 st förlossningar och efter nr 2 har det kommit. Fick fula bristningar och alla mina besvär fick jag då. Dessa har ej blivit värre vid de 2 sista förlossningarna” (631)

En kvinna kunde inte riktigt beskriva vad som var problemet nu men tyckte ändå att det inte längre var som innan förlossningen.

”Jag kan inte riktigt ”ta på” vad som förändrats med ”kisseriet” men någonting är det. Jag tycker att det är helt annorlunda nu, än innan” (82)

Svag bäckenbotten

Vissa av kvinnorna beskrev att de upplevde att de inte fått tillbaka styrkan i bäckenbotten efter förlossningen.

”Leder gympa utan hopp - inga problem. Gått som motionär på gympa med hopp - känns som om jag inte är tillräckligt stark i bäckenbotten ännu” (730)

”Efter förlossning fick jag remiss tillsjukgymnast och gick på "rehabilitering" där. Även nu efter avslutad rehab så har jag fortfarande problem - är ej tillräckligt stark” (1654)

Läckage vid ansträngning

Att läcka vid motion, nysningar, hosta, skratt och vid vardagliga rörelser var ett återkommande problem som många av kvinnorna beskrev att de led av. De beskrev det som ett starkt och plötsligt tryck på blåsan som var svårt att stå emot. De hade olika metoder för att kunna stå emot trycket men för vissa var trycket så starkt att de inte kunde stå emot utan kissade på sig. Detta upplevdes som mycket besvärande och jobbigt. Någon beskrev det också som att det blir värre med tiden.

”Jag nyser periodvis väldigt mycket. Den lilla förbättring jag ibland lyckats åstadkomma med knipövningar försvinner helt efter en period med mycket nysningar. Mycket besvärande då trycket på blåsan blir explosionsartat. Jag måste helt enkelt ställa mig med benen i kors för att hålla tätt” (585)

”Jag måste tänka på att knipa när jag hostar, nyser, hoppar, halkar eller springer annars skulle jag alltid kissa på mig” (2031)

”Jag får ofta urinläckage när jag böjer mig framåt, vilket jag gör ofta i mitt jobb och även hemma naturligtvis. Då "trycker det väl på", så känns det” (472)

”Jag skrattar på mig. Det har blivit värre med åren” (2695)

Trängningar

Täta trängningar och svårigheter att hålla sig var återkommande kommentarer i studien. Kvinnorna beskrev det som att de var tvungna att kissa direkt då de blivit kissnödiga, de fick bråttom till toaletten och ibland hann de inte i tid. Någon trodde att detta möjligtvis kunde vara ett psykiskt problem medan en annan trodde att det berodde på stress.

”Behöver springa på toa ofta för om jag är ”nödig” då har jag svårt att hålla mig och läckage uppstår lätt” (875)

”Brukar inte ha några problem att hålla urinen. Har däremot efter förlossningen svårt att ”hålla mig”, när jag är väldigt kissenödig och precis har kommit till en toalett. Då hinner jag ibland nästan inte ta av mig byxorna innan jag kissar. Fast dessa problem kanske snarare är ”psykiska”” (189)

”Om jag skall iväg någonstans får jag trängningar innan trots att jag nyligen varit på toa. Kissar endast lite då. Upplever själv att det är stress” (1431)

Några hade mer uttalade besvär med täta trängningar vilket upplevdes som jobbigt och irriterande.

”Jag tar ofta långa promenader med vagnen. Det går jätte bra så länge man går, men så fort jag stannar upp, brukar det vara svårt att hålla tätt, måste då springa in i skogen och kissa. Mycket jobbigt och irriterande” (1957)

”Behöver kissa ofta, ibland flera ggr/timme” (918)

Tömmer inte ordentligt

Vissa kvinnor hade besvär med att tömma blåsan ordentligt. De fick bland annat gå på toaletten flera gånger innan de kände att urinblåsan var tom och vissa hade besvär av att de började droppa eller rinna urin en stund efteråt.

”Ibland kan det kännas som om jag inte tömmer blåsan ordentligt när jag kissar, då får jag gå en gång till” (1459)

”Om jag varit på toaletten på morgonen och kissat, avslutat det hela och går till duschen, kan urinen börja rinna igen medan jag står i duschen. Oftast ofrivilligt och bara en liten ”efterskvätt”. Det är som om jag ej tömt blåsan ordentligt vid första försöket” (2365)

”Jag tror att jag har något slags efterdropp efter toalettbesök. Försöker att sitta kvar en stund x-tra” (540)

Påverkat samliv

Några av kvinnorna tog upp urinläckage under samlag som ett problem. Någon upplevde att hon blev kissnödig undersamlag medan andra hade mer uttalade besvär och fick avbryta samlaget för att gå på toaletten. En kvinna var osäker om hon läckte vid samlag.

”På fråga 8 blir mitt svar hellre 1-2 avbrott för "tömning" av blåsan (innan samlaget är över)” (2359)

”Kan kännas som om man skulle behöva kissa” (1825)

”Jag vet faktiskt inte om jag har urinläckage vid samlag men tanken har slagit mig” (509)

Störd nattsömn

Ett annat problem som kvinnorna led av var att deras urinläckage störde sömnen då de ibland flera gånger under natten var tvungna att gå upp ur sängen för att gå på toaletten.

”Kissandet på natten är definitivt ett problem då det försvårar sömnen” (1397)

”Jag går ofta upp fler än 2ggr/natt” (830)

Flera av kvinnorna beskrev också att de gick och kissade på natten eftersom de var småbarnsföräldrar och ändå blev väckta. Det var även många som hade beskrivit att de gick upp och kissade på natten men att de själva trodde att det berodde på att de drack mycket.

”Jag kissar på natten när jag blir väckt av barnen, annars vet jag inte om jag hade behövt att gå upp” (35)

”Vet ej om jag vaknar för att jag är kissnödig eller om det är så att jag sover lätt pga barnen” (2536)

”Tränar och dricker mycket, det kan ju påverka natt kisseriet” (125)

”Behöver gå upp och kissa någon gång under natten beroende på hur mycket vatten jag druckit innan jag lagt mig, men anser inte det som ett problem” (597)

STRATEGIER FÖR ATT ANPASSA VARDAGEN

Ett flertal kvinnor i studien har beskrivit hur de har anpassat sig och sin vardag för att slippa att läcka urin. De olika strategierna och anpassningssätten bestod i att de begränsade sina aktiviteter, de planerade i förväg, de använde skydd och de begränsade sitt vätskeintag.

Begränsade aktiviteter

Kvinnorna i studien beskrev att de fått ändra sina val av motion på grund av att de riskerade att läcka urin annars. De uteslöt motion som innebar risk för spring och hopp.

”Motion för min del blir nu promenader och simning, då är risken för läckage ej stor” (507)

”Många tidigare fritidsintressen har jag fått sluta med tex ridning, löpning, längdåkning” (2031)

Planering

Ett flertal kvinnor svarade att de kissade i förväg för att de visste att det skulle vara svårt att hålla tätt, de kissade till exempel innan motion och innan de skulle gå ut. De kissade i förväg bland annat för att de skulle kunna hålla sig längre och någon uttryckte att hon ville veta i förväg var toaletterna fanns i sin omgivning. Någon beskrev att oron för att läcka blev större ju längre det gick mellan toalettbesöken. En kvinna uttryckte att hon vill veta i förväg var toaletterna finns.

”När jag först svarade på frågorna tänkte jag ”jag har ju inga direkta besvär”. Men när jag tänker efter lite så kommer jag på att jag har anpassat mig efter att jag behöver kissa ofta (utan att jag tänker på det)” (2429)

”Jag kissar alltid innan jag går ut så att jag skall klara mig längre” (883)

”Jag ser alltid till att gå på toaletten och tömma blåsan inför ett gympass för att undvika obehag” (1023)

”Annars vill jag gärna veta var toaletterna finns i min omgivning om jag behöver gå och kissa” (2562)

Begränsat vätskeintag

Några kvinnor beskrev att de medvetet drack mindre om de skulle vara hemifrån en längre tid eller om de hade långt till toaletten.

”När jag dricker mycket och blir ”akut” kissnödig har jag svårt att hålla mig. Det har resulterat i att jag dricker mindre i synnerhet på dagen när jag inte är hemma och har långt till toa” (1982)

Använder skydd

Det var några kvinnor som skrev att de alltid använder skydd av olika slag på grund av risk för läckage, detta skydd kan bestå av binda eller trosskydd.

”Jag använder trosskydd dagligen. Jag byter 1-2 gånger per dag. Jag kan tala om för er, att det luktar inte gott, därför duschar jag underlivet varje dag” (2596)

”Jag måste alltid ha binda på mig hela tiden” (605)

KÄNSLOUPPLEVELSER I SAMBAND MED URINLÄCKAGE

Kvinnorna i studien uppgav olika känslouttryck då de beskrev sina problem med urininkontinens. Dessa känslor var främst besvikelse, oro, nedstämdhet och accepterande.

Besvikelse

Många av kvinnorna såg sitt urinläckage som en följd av att de inte utövat knipövningar ordentligt och skyllde därmed läckaget till viss del på sig själva.

”Har inte gjort mina knipövningar som jag blev tillsagd att göra efter förlossningen. Kanske skulle det ha hjälpt om jag hade gjort det till en vana” (1309)

”Jag vet att urinläckage ville minska och jag gjorde flera knipövningar men jag glömmet det” (1527)

Några av kvinnorna hade varit flitiga med knipövningar både före och efter förlossningen men ändå drabbats av sådan svår urininkontinens att de redan fått hjälp eller beslutat sig för att söka hjälp. De trodde att knipträningen skulle hjälpa dem och kände sig besvikna när så inte var fallet.

”Jag är mycket aktiv och motionerar mycket. Besvären med urinläckage trodde jag skulle försvinna efter hand, då knipövningar utövas flitigt. När nu tre år gått sedan senaste förlossningen och det inte blivit någon förbättring har jag beslutat mig för att försöka åtgärda det med läkarhjälp el dyl under detta år” (2039)

”Trodde faktiskt inte att det skulle drabba mig för jag har varit flitig med knipövningar sedan jag var 20 år (för att få ett roligare sexliv). Nu går jag hos en sjukgymnast, tror det är på bättringsvägen. Äntligen!” (2031)

Nedstämdhet

En utav kvinnorna beskrev att hennes urinläckage hindrar henne i vardagen och att det gör henne ledsen och nedstämd.

”Jag känner att det hindrar mig och gör mig nedstämd och jag är inte så gammal att jag vill trappa ner på tempot” (2039)

Oro

Oro var ett begrepp som kvinnorna då och då använde när de beskrev sina bekymmer. Det var då främst en oro över att läcka urin då de var ute bland folk eller var på tillställningar av olika slag. Några uttryckte också en oro över att lukta urin.

”är stressigt & oroande när man är bland mkt folk & div tillställningar - att oroa sig ifall man luktar/läcker” (1483)

”Jag är rädd att lukta urin men har ännu inte drabbats” (2620)

Accepterande

Några kvinnor gav uttryck för att det hade blivit en del av deras vardag att läcka urin, de hade blivit vana vid det.

”Har alltid haft svårt för att hålla mig, men har vant mig. Men det har definitivt blivit värre efter förlossningen” (1618)

”Jag kan inte med säkerhet säga om mina urinbesvär blivit sämre, men det kan vara möjligt. Det har länge varit en del av mitt liv” (52)

En kvinna skrev att hon inte oroade sig trots att det var vanligt med läckage för henne när hon motionerade.

”Jag är inte orolig för urinläckage när jag motionerar men det är inte ovanligt” (1477)

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Vi har valt att arbeta med kvalitativ innehållsanalys. Det är en metod som är lämplig att använda vid öppna frågor. Vi har valt att koncentrera oss på det manifesta innehållet då det var svårt att få någon uppfattning om det latenta innehållet utifrån de korta svar som kvinnorna lämnat. Vi har bearbetat det faktiska materialet, det som kvinnorna själva valt att skriva.

Vi hade en önskan om att få en större förståelse och insikt i hur kvinnorna i studien upplevde det att leva med urininkontinens men upptäckte ganska snart att väldigt få hade skrivit något om detta. 261 kvinnor hade valt att skriva kommentarer på den öppna följdfrågan gällande urinbesvär. Av dessa valdes 114 bort och slutligen återstod 147 stycken. Många av dessa kvinnor beskrev endast sina symtom i enkätsvaren, ofta i ganska vaga termer och inte hur de påverkades av dem. Detta gjorde att vi inte kunde få någon förståelse för hur de hade det i sin vardag och hur urinläckaget påverkade dem. Det var helt enkelt ett konstaterande att de till exempel läckte vid motion eller var tvungna att gå på toaletten ofta. På grund av det bristfälliga materialet har det varit svårt att göra en bra kvalitativ innehållsanalys. Om kvinnorna

istället hade fått en mer direkt fråga om hur de upplevde problemet hade vi kanske kunnat komma fram till en helt annan slutsats. Kanske hade det därför varit mer lämpligt med en intervjustudie där följdfrågor hade kunnat ställas och kvinnorna hade fått möjlighet att utveckla sina svar.

För att öka tillförlitligheten i resultatet har vi genom hela analysprocessen arbetat tillsammans för att analysera svaren. Vi har fortlöpande kontrollerat att material med relevans sparats medan det som inte hade någon relevans sorterades bort. Vi har gemensamt kommit fram till de underkategorier och slutligen huvudkategorier som vi valt att presentera resultatet med. För att säkerställa att materialet kategoriserats på lämpligt sätt har vår handledare läst igenom enkätsvaren, och på så vis har vi försäkrat oss om att hela materialet är representerat. För att ytterligare påvisa tillförlitligheten har vi i resultatet fortlöpande tagit med citat från kvinnorna.

Enkäten skickades ut till 2789 kvinnor som förlöst vaginalt under 1995 – 1997 på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Detta gör att vi anser att urvalet är representativt då Sahlgrenska sjukhuset har ett stort upptagningsområde och kvinnor från alla socioekonomiska grupper inkluderats. Alla deltagande kvinnor har fått möjlighet att skriva kommentarer på den öppna frågan gällande uribesvär varför vi anser att resultatet bör vara överförbart till den svenska förlossningsvården. Det kan dock diskuteras huruvida den öppna frågan kunde formulerats annorlunda så att de deltagande kvinnorna lättare hade kunnat ge uttryck för sina känslor och upplevelser. Ett observandum är också att de kvinnor som inte behärskar svenska språket uteslöts ur studien. Det hade varit intressant att se om resultatet hade blivit annorlunda om även dessa kvinnor inkluderats.

Förförståelse

Vi är båda utbildade sjuksköterskor, vi är båda kvinnor, vi har båda fött fler än ett barn och vi studerar båda två på barnmorskeprogrammet. Allt detta sammantaget gör att vi har en del förförståelse både genom våra arbeten och privat. Detta har vi varit medvetna om och diskuterat under arbetets gång. Enligt Graneheim och Lundman (2008) finns det en risk att ha en alltför stor förförståelse till ämnet men genom att upprepade gånger analysera det insamlade materialet kan den egna förförståelsen så långt som möjligt elimineras. Detta har vi också gjort.

RESULTATDISKUSSION

Vår förhoppning med denna studie var att vi skulle få mer kunskap om kvinnors upplevelser och tankar om att leva med urininkontinens. Studien baserades på en öppen fråga om urinbesvär hos kvinnor som för 3-7 år sedan genomgått vaginal förlossning. I resultatet framkom att många kvinnor led av och hade olika problem med urinläckage. Det var dock få som delade med sig av upplevelsen av detta. Detta tror vi beror på hur frågan ställdes, om kvinnorna istället hade fått i uppgift beskriva hur urininkontinensen påverkade deras liv skulle nog resultatet bli ett annat. Vi har försökt att ge en så mångsidig bild av kvinnornas kommentarer som möjligt.

Inkontinens - symtom och riskfaktorer

De problem som kvinnorna beskriver är främst sådana som tyder på att de lider av formen ansträngningsinkontinens. Typiskt för denna är att det uppstår ett urinläckage vid kroppslig ansträngning såsom hosta, hopp, skratt och nysning (Hägglund, 2002; Varhos, 2009). Att graviditet och förlossning ofta är en utlösande faktor för inkontinens beskrivs bland annat av Boyles et al (2009). Detta stämmer väl in på vårt resultat av studien eftersom deltagarna alla har genomgått minst en vaginal förlossning. Några av kvinnorna hade dock symtom som mer liknar de som uppstår vid trängnings- och/eller blandinkontinens. Intressant vore att veta om dessa symtom kan ställas i relation till barnafödande eller inte.

Tidigare studier har kommit fram till olika resultat gällande huruvida riskerna att utveckla urininkontinens ökar efter antal förlossningar eller inte (Altman et al. 2006; Herrmann et al. 2009; Rortveit et al. 2003). Ett fåtal av kvinnorna i vår studie beskrev att symtomen blev värre allteftersom de fick fler barn. En del skrev att de inte haft några problem innan barnafödande, det framgår dock inte hur många av dessa som är omfödorskor eller inte. Det är svårt för oss att dra några slutsatser av detta då vi inte haft tillgång till information om vilka som är omfödorskor samt att tidigare forskning är motsägelsefull.

Andra riskfaktorer att drabbas av urininkontinens som kvinna förutom graviditet och förlossning är bland annat ökande ålder, gynekologiska operationer och ingrepp, övervikt, rökning, fysisk aktivitet med mera (Hermansen et al. 2010; Persson, 2001). Eftersom vi inte vet något om de kvinnor som deltagit i studien förutom att de fött barn vaginalt 3-7 år innan enkätundersökningen är det svårt att veta om inkontinensen verkligen beror på förlossningen, om det

finns någon annan bakomliggande förklaring eller om det kan vara en kombination av flera riskfaktorer. Detta är viktigt att ta i beaktande då resultatet analyseras.

I tidigare forskning har vi kunnat läsa att kvinnorna ofta skyllde urininkontinensen på sig själva. De menade att om de hade gjort bäckenbottenövningar ordentligt så hade de sluppit problemen (Mason et al. 1999). Detta kunde även anas i vår studie. En del kvinnor trodde själva att deras besvär berodde på att de slarvat med knipövningar medan andra uttryckte en besvikelse över att trots att de varit flitiga med bäckenbottenträning ändå drabbas av urininkontinens. Med tanke på detta anser vi att informationen om bäckenbottenträning efter vaginal förlossning är mycket viktig men att den i många fall verkar vara otillräcklig. Informationen behöver upprepas vid fler tillfällen, det kanske inte är så enkelt att ta till sig sådan information på BB då kvinnan kan vara fullt upptagen med att komma in i sin nya roll som mamma. Vi tror även att det är viktigt att information bör ges så att kvinnan vet var hon ska vända sig om problem uppstår trots att hon tränat sin bäckenbotten. Detta för att hon ska få hjälp i tid samt att hon inte skuldbelägger sig själv.

Att leva med urininkontinens

Att leva med urininkontinens är något som för många innebär mycket lidande, oro, rädsla och skam. Många olika känslouttryck har beskrivits i tidigare forskning, till exempel beskriver Mason et al. (2001) känslor som skuld och skam. I vår studie framkom det inte tydligt hur de deltagande kvinnorna påverkades känslomässigt av att leva med inkontinens. Endast ett fåtal beskrev de känslor de hade inför sin urininkontinens. Det framgick dock att många av kvinnorna hade lärt sig olika strategier för att förenkla och klara av sin tillvaro. Detta kunde exempelvis vara att de gjorde begränsningar av olika slag bland annat i sina val av motionsaktiviteter, de valde ofta aktiviteter utan hopp och skutt så att de inte skulle riskera att läcka urin. Några kissade en extra gång innan de skulle gå ut och/eller använde skydd av olika slag för att inte läcka igenom. Detta stämmer väl överens med tidigare forskning (Strahle & Stainton, 2006; Zeznock et al. 2009). Det är olika från kvinna till kvinna hur mycket och på vilket sätt urininkontinensen påverkar hennes liv. Några kvinnor anpassar sig och ser det som en del av livet medan andra är mycket hindrade i sin vardag (Mason et al. 1999; Strahle & Stainton, 2006; Zeznock et al. 2009). Detta kan även anas i vårt resultat, det är dock svårt att dra några slutsatser eftersom endast få av kvinnorna bokstavligen uttrycker det.

Livskvalitet

I resultatet framkom att många av kvinnorna som deltagit i studien hade besvär av urinläckage. Detta påverkade dem på olika sätt och vissa av kvinnorna var mer drabbade än andra. Att vara urininkontinent är något som för många ger en negativ påverkan på livskvaliteten. Detta visar tidigare forskning (Gunnarsson, 2002; Hermansen et al. 2010; Mason et al. 1999). Livskvalitet är också något som enligt Naess (2001) ökar vid en meningsfull tillvaro och då personen i fråga känner självrespekt. Vid missnöje och skam försämras istället livskvaliteten. I vår studie har ett flertal kvinnor beskrivit olika symtom och besvär som uppkommit sedan de fått urininkontinens. Vi anser att dessa besvär borde ha stor påverkan på livskvaliteten men det är endast ett fåtal av kvinnorna som gett uttryck för att så är fallet. De fanns dock kvinnor som kände sig nedstämda, oroliga, ofräscha, rädda för att läcka eller för att lukta illa. Vissa kvinnor drog sig undan och undvek platser och aktiviteter som kunde innebära risk för läckage (Hermansen et al. 2010; Mason et al. 1999).

Det är inte ovanligt att kvinnor med urininkontinens har problem med läckage vid sexuell aktivitet. Detta är ofta ett problem som orsakar ett stort lidande som kvinnorna skäms över och inte vill prata om (Andersson, 2009; Hermansen et al. 2010; Strahle & Stainton, 2006). Ett fåtal kvinnor i vår studie beskrev att urinläckaget hade en påverkan på deras sexliv. Exempelvis fick en kvinna avbryta samlaget för att gå på toaletten både en och två gånger på grund av sitt läckage. Detta borde vara något som påverkar livskvaliteten negativt även om kvinnorna i studien inte bokstavligen uttrycker det. Det är ett mycket känsligt ämne och vi tror att mörkertalet är stort, att många kvinnor lider i det tysta. Koch (2006) och Mason et al. (2001) beskriver detta i sina studier och bekräftar att det är vanligt att kvinnorna väljer att inte söka hjälp.

Kvinnohälsa

Urininkontinens förekommer hos både kvinnor och män, men när det sätts i relation till genomgången vaginal förlossning kan det inte ses som något annat än ett kvinnohälsoproblem. Att bli inkontinent efter att ha fött barn vaginalt är något som oroar många kvinnor då de ser det som något man kan förvänta sig efter en förlossning (Monz et al. 2005). Detta är ett stort problem eftersom kvinnor väljer att inte söka hjälp då de tror att det ”ska vara så här”. Ett annat slags problem är att kvinnorna skäms över sin inkontinens och tror att de är ensamma om sina problem och därför inte söker hjälp. Det framgår dock inte i vår studie hur de kvinnor som deltagit ställer sig till detta.

Kvinnorna i studien beskriver en rad olika bekymmer och symtom i sina kommentarer. Det är intressant att det är samma slags problem som även framkommit i internationell forskning (O'Donnell et al. 2004; Zeznock, Gilje & Bradway, 2009). Detta betyder att inkontinens är ett stort problem världen över och att det finns kvinnor överallt som har detta bekymmer. Trots detta är det fortfarande ett mycket känsligt ämne som många kvinnor skäms över och tror att de är ensamma om. Varför är det så? Varför ska det vara så svårt att prata om detta ämne? Är det kanske för att det är kvinnor i fertil ålder som drabbas och att det då är extra känsligt eftersom urininkontinens anses vara den åldrande kvinnans sjukdom? Vi anser att vi har en viktig roll som blivande barnmorskor att hjälpa dessa kvinnor. Att synliggöra problemet, informera blivande mödrar, ta kvinnorna på allvar samt att se till att de som söker hjälp kommer till rätt instans är olika sätt som vi och annan vårdpersonal kan göra skillnad och på så sätt främja kvinnors hälsa.

Praktisk tillämpning

I tidigare forskning framgår det att endast få av drabbade kvinnor aktivt söker hjälp för sina inkontinensbesvär (Varhos 2009). Ytterligare forskning har visat att kvinnor inte tar upp problem med inkontinens efter förlossning själva, men att det gärna pratar om det om någon inom vården skulle fråga om det (Maison et al. 1999; Strahle & Stainton, 2006; Zeznock et al. 2009). Med detta i åtanke anser vi att vi inom vården bör ta ett större ansvar och fråga kvinnorna en tid efter förlossningen om de har besvär i form av urinläckage. På efterkontroll inom mödrahälsovården träffar vi dessa kvinnor cirka åtta veckor postpartum. Detta kan vara ett bra tillfälle att börja ta upp denna fråga men dock för tidigt att fånga upp de som riskerar att få kvarstående problem. Vårt resultat visar att kvinnor har bestående problem även 3-7 år efter förlossning och därför anser vi att det behövs ytterligare tillfällen utöver den vanliga efterkontrollen för att följa upp kvinnorna. I Mason et al. (2001) beskriver kvinnorna att de hade önskat att få direkta frågor om inkontinens samt att det hade varit bra om det funnits möjlighet för en längre uppföljning. Detta bekräftar våra tankar och ett alternativ kan vara att erbjuda dem en extra kontroll ca ett år efter förlossning då frågan om underlivsbesvär återigen kan tas upp. Ett annat alternativ kan vara att erbjuda en gruppinformation till nyblivna föräldrar ca ett år efter förlossning då ämnen som sex och samlevnad, småbarnsbekymmer och underlivsbesvär kan tas upp.

Då många kvinnor inte söker hjälp för sin urininkontinens har vi barnmorskor en viktig roll då vi träffar kvinnor i alla skeden av livet i vårt arbete på ungdoms-, barnmorske- och gynekolo-

giskmottagning samt BB/förlossning. Dessa möten innebär naturliga och passande tillfälle att prata om känsliga ämnen som exempelvis underlivsbesvär. Genom att prata om detta före och under graviditet kan urininkontinens kanske förebyggas och kvinnorna bli medvetna om att det finns hjälp att få om de senare skulle drabbas.

Konklusion

I resultatet framkom att många kvinnor har besvär med inkontinens 3-7 år efter vaginal förlossning. Detta tyder på att det är ett stort kvinnohälsoproblem även i Sverige. Kvinnorna i studien beskrev symtom, förekomst samt hur de på olika sätt lärt sig att hantera sitt läckage. Endast ett fåtal har dock beskrivit upplevelsen av det och hur det påverkar deras livskvalitet. Det framgår dock att det är ett problem som är mycket aktuellt och de kvinnor som drabbas är i behov av mer stöd, hjälp och information. Genom ökad kunskap och förståelse om ämnet och om kvinnans upplevelse av att leva med urininkontinens kan vi barnmorskor hjälpa och stödja de kvinnor som redan drabbats samt förebygga så att inte fler än nödvändigt drabbas. Vi bör ta de tillfällen som dyker upp för att diskutera underlivsbesvär eftersom många kvinnor inte söker för problemet eller tar upp detta själva. Vårt möte med dessa kvinnor kan vara det enda tillfället då detta tas upp varför det kan vara avgörande för hennes framtida livskvalitet och hälsa.

Vidare forskning

Det finns redan mycket forskning gjord på symtom, orsaker och förekomst av urininkontinens men endast lite om hur det påverkar kvinnorna. Vi anser därför att mer forskning behövs inom detta område för att få större förståelse för hur kvinnor med urininkontinens upplever sin situation. Urininkontinens är vanligt förekommande hos den åldrande kvinnan och det ses då inte som ett lika stort tabu som för en kvinna som precis fött barn. Det är därför viktigt att fortsätta forska på sambandet mellan förlossning och urininkontinens för att normalisera det så till vida att kvinnor förstår att det är relativt vanligt, att de börjar prata om det och vågar söka hjälp. Fortsatt forskning behövs också för att vi inom kvinno- och mödrahälsovård ska kunna ta upp problemet på ett naturligt och korrekt sätt. Ett sätt att nå en ökad förståelse i hur det kan vara att leva med urininkontinens kan vara att göra en kvalitativ studie som bygger på intervjuer med kvinnor som drabbats av detta problem, det skulle kännas viktigt både ur ett livskvalitets- och kvinnohälsoperspektiv.

Fördelning av arbetet

Under arbetet med studien har författarna till största del arbetat tillsammans. En gemensam datasökning av tidigare forskning genomfördes. De vetenskapliga artiklarna delades upp mellan författarna och sammanfattades och presenterades för medförfattaren. Samtliga delar i arbetet har skrivits tillsammans. Dataanalysen genomfördes av båda författarna för att säkerställa trovärdigheten i resultatet. Att arbeta tillsammans har varit en fördel då båda författarna har haft samma kunskap och delaktighet i arbetet. Det har också varit värdefullt att ha möjlighet att diskutera sinsemellan under arbetets gång.

REFERENSER

- Altman, D., Ekström, Å., Gustafsson, C., López, A., Falconer, C., & Zetterström, J. (2006). Risk of urinary incontinence after childbirth: a 10-year prospective cohort study. *Obstetrics & Gynecology*, 108(4), 873-878.
- Andersson, B., Blennow, M., & Hagberg, H. (2008). Det nyfödda barnet. I: H. Lagercrantz, L. Hellström-Westas & M. Norman (Red.), *Neonatologi* (sid. 55-76). Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, G. (2009). *Urinary incontinence- Prevalence, treatment seeking behaviour, experiences, and perceptions among persons with and without urinary leakage*. (Akademisk avhandling). Örebro: Örebro universitet
- Boyles, S., Li, H., Mori, T., Osterweil, P., & Guise, J. (2009). Effect of mode of delivery on the incidence of urinary incontinence in primiparous women. *Obstetrics & Gynecology*, 113(1), 134-141.
- Bryder, T. (1985) *Innehållsanalys som idé och metod*. Åbo: Åbo Akademi
- Brülde, B. (2003). *Teorier om livskvalitet*. Lund: Studentlitteratur.
- Glazener, C., Herbison, G., MacArthur, C., Lancashire, R., McGee, M., Grant, A., & Wilson, P. (2006). New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(2), 208-217.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Granskär & B. Höglund-Nielsen. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (sid. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Gunnarsson, M. (2002). *Pelvic floor dysfunction. A vaginal surface EMG study in healthy and incontinent women*. (Akademisk avhandling). Lund: Studentlitteratur.

Handa, V., Zyczynski, H., Burgio, K., Fitzgerald, M., Borello-France, D., Janz, N., & Weber, A. (2007). The impact of fecal and urinary incontinence on quality of life 6 months after childbirth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 197(6), 636.e1-6.

Hellström, A-L., & Lindehall, B. (2006). *Uroterapi*. Lund: Studentlitteratur

Hermansen, I., O'Connell, B., & Gaskin, C. (2010). Women's explanations for urinary incontinence, their management strategies, and their quality of life during the postpartum period. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 37(2), 187-192.

Herrman, V., Scarpa, K., Cesar Rodrigues Palma, P., & Zanetti Ricetto, C. (2009). Stress urinary incontinence 3 years after pregnancy: correlation to mode of delivery and parity. *International Urogynecol Journal*, 20, 281-288.

Hsieh, H., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.

Hägglund, D. (2002). *Att leva med urinläckage- En longitudinell populationsstudie om livskvalitet hos kvinnor och hur de hanterar sitt urinläckage*. (Akademisk avhandling). Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis

Jansson, S., & Rilby, L. (2007) *Skräckblandad förtjusning – Kvinnors känslor inför en ny förlossning*. Opublicerat fördjupningsarbete (15 hp) i barnmorskeprogrammet, Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet.

Koch, L. (2006). Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: an integrative literature review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(6), e39-44.

Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis, an introduction to its Methodology* (2:a upplagan). Kalifornien: Sage publications, inc.

Kwon, BE., Kim, GI., Son, YS., Roh, YS., & You, MA. (2010) Quality of Life of Women with Urinary Incontinence: A Systematic Literature Review. *International Neurology Journal*, 14(3), 133-138.

- Mason, L., Glenn, S., Walton, I., & Appleton, C. (1999). The experience of stress incontinence after childbirth. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 26(3), 164-171.
- Mason, L., Glenn, S., Walton, I., & Appleton, C. (2001). Women's reluctance to seek help for stress incontinence during pregnancy and following childbirth. *Midwifery*, 17, 212-221.
- Monz, B., Pons, M., Hampel, C., Hunskar, 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. *Maturitas*, 52(2), 24-34.
- Naess, S. (2001). Livskvalitet som psykisk velvaere. *TidsskriftNor Laegeforen*, 16(121), 1940-1944.
- Nationalencyklopedin* (2010). Nationalencyklopedins internetjänst. Tillgänglig 2010-12-21, <http://www.ne.se> .
- Nordenfeldt, L. (2004). *Livskvalitet och Hälsa – Teori och kritik* (2:a upplagan.). Linköping: Linköpings universitet
- O'Donnell, M., Lose, G., Sykes, D., Voss, S., & Hunskar, S. (2004) Help-Seeking Behaviour and Associated Factors among Women with Urinary Incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom. *European Urology*, 47, 385-392.
- Panayi, D., & Khullar, V. (2009). Urogynaecological problems in pregnancy and postpartum sequelae. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 21(1), 97-100.
- Persson, J. (2001). *Sress urinary incontinence among women- Aspekts of risk factors, evaluation and surgical treatment*. (Akademisk avhandling). Lund. Lund universitet
- Rortveit, G., Daltveit, A., Hannestad, Y., & Hunskar, S. (2003). Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *New England Journal of Medicine*, 348(10), 900-907.
- Samuelsson, E., Ladfors, L., Gåreberg Lindblom, B., & Hagberg, H. (2002). A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81, 44-49.

Schytt, E., Lindmark, G., & Waldenström, U. (2004). Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth: prevalence and predictors in a national Swedish sample. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 83, 928-936.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. (Uppdaterad: t.o.m SFS 2004:176). Stockholm: Socialdepartementet: Elders Gotab. Hämtad från WWW 2011-01-03, <http://www.riksdagen.se>.

Socialstyrelsen. (2009) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Hämtad från WWW 2011-01-03, <http://www.socialstyrelsen.se>.

SOU 1995:5. *Vårdens svåra val*. Socialdepartementet. Stockholm. Hämtad från <http://www.sweden.gov.se/sb/d/108/a/25124> Tillgänglig 2010-12-21

Strahle, A., & Stainton, M. (2006). Women's experience of revealing perinatal bladder function – Implications for midwifery care. *Women and Birth*, 19, 17-21.

Sundström, Kajsa. (2009). Kvinnors reproduktiva hälsa. I: A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lindgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (sid 27-37). Lund: Studentlitteratur.

Ulmsten, U. (2004). Prolaps och urininkontinens. I: C. Gottlieb (Red.) & B. von Schoultz (Red.), *Öppenvårdsgynekologi* (sid 165-183). Stockholm: Liber AB.

Varhos, Gunilla. (2009). Gynekologiska besvär. I: A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lindgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (sid 647-652). Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 110831 från CODEX hemsida: <http://www.codex.uu.se/texts/HSFR.pdf>

Viktrup, L., Rortveit, G., & Lose, G. (2006). Risk of stress urinary incontinence twelve years after the first pregnancy and delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 108(2), 248-254.

WHOQOL GROUP (1998) Development of the World Health Organisation WHOQOL-BREF Quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551 – 558.

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