

Livskvalitet och självkänsla hos barn med urininkontinens

FÖRFATTARE	Charlotte Arfwidsson Sara Sandblom
PROGRAM/KURS	Fristående kurs, 15 högskolepoäng/ OM 5120
	VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Linda Berg Kristina Nässen
EXAMINATOR	Nils Sjöström

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel: (svensk)	Livskvalitet och självkänsla hos barn med urininkontinens
Titel: (engelsk)	Quality of life and self-esteem in children with urine incontinence
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Fristående kurs OM5120
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	15 sidor
Författare:	Charlotte Arfwidsson Sara Sandblom
Handledare:	Linda Berg Kristina Nässén
Examinator:	Nils Sjöström

SAMMANFATTNING

Urininkontinens är ett vanligt problem hos barn. Flera studier visar att barn med urininkontinens har sämre självkänsla och livskvalitet än sina jämnåriga kamrater. Orsaken till att barn har urininkontinens är ofta på en omogen blåskontroll. Barnet behöver då hjälp av sjuksköterska/uroterapeut för att komma till rätta med sina problem. Uroterapi- behandlingen har mycket fokus på de fysiska symtomen som urinläckage men inte så mycket på hur barnet upplever sin inkontinens utifrån sin livskvalitet och självkänsla. Syftet med detta arbete är att belysa vad som har betydelse för barn med urininkontinens upplevelse av sin livskvalitet och självkänsla utifrån en litteraturstudie. Imogene Kings interaktionsterori har använts som teoretisk referensram. Metoden som använts är en litteraturstudie och är baserade på vetenskapliga artiklar. Artiklarna söktes i PubMed samt Cinahl. Artiklarnas likheter och skillnader är analyserade. Utifrån analysen utkristalliserades fyra teman som belyser barnets upplevelse: Barnets ålder, genus, föräldrarnas inverkan på upplevelsen samt hur de blev begränsade av urinläckage i sin vardag. Slutsatsen är att uppsatsen bidrar med kunskap till sjuksköterskan/uroterapeuten som utformar omvårdnaden kring barn med urininkontinens, att i mötet på uroterapi/mottagning/barnmottagning ställa frågor om barnets upplevelse av sin livskvalitet och självkänsla utifrån dessa fyra teman. Detta leder till att optimera omvårdnaden kring barnet både fysisk, psykiskt och socialt.

INNEHÅLL

Sid

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
URININKONTINENS HOS BARN	2
SJUKSKÖTERS KANS FUNKTION	2
OMVÅRDNANDSHANDLINGAR	2
BARN OCH DERAS PSYKOLOGISKA UTVECKLING	3
BARNET I SKOLAN	3
FAMILJEN	4
LIVSKVALITET	4
SJÄLVKÄNSLA	4
TEORETISK REFERENSRAM	5
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
DATAINSAMLING	7
DATAANALYS	7
RESULTAT	8
ÅLDERNS BETYDELSE FÖR BARNETS UPPLEVELSER	8
GENUS BETYDELSE FÖR BARNETS UPPLEVELSER	9
FÖRÄLDRARNAS INVERKAN PÅ BARNETS UPPLEVELSE	9
BARNETS BEGRÄNSNING I SIN VARDAG	10
DISKUSSION	11
METODDISKUSSION	11
RESULTATDISKUSSION	11
SLUTSATS	13
REFERENSER	14
BILAGOR	
1 Sökord samt antal vetenskapliga artiklar som framkommit vid litteratursökningen	
2 Artikelgranskning	

INLEDNING

Urininkontinens är ett vanligt problem hos barn. Så många som 6 % av i övrigt friska barn upp till 7 års ålder är drabbade (Hjämås, 1997). På lågstadiet kan det vara upp till tre barn i en klass som har problem med urininkontinens (Hellström, 2006).

Rädsla för att bli retade i skolan och att inte kunna göra samma saker som sina vänner påverkar livskvaliteten och självkänslan negativt. Barn från sex olika länder fick rangordna händelser som de tyckte var mest skrämmande. Det visade sig att det värsta som kunde hända efter att förlora sina föräldrar och att förlora synen var att råka ut för att kissa på sig under lektionstid (Lundblad, 2009).

Vi är två sjuksköterskor som arbetar på Drottning Silvias Barn- och Ungdoms sjukhus. En av oss arbetar som uroterapeut och möter i sitt dagliga arbete barn med urininkontinens.

Vid det första mötet med barnet på uroterapi/mottagning/barnmottagning får barnet frågor om vilka fysiska symtom barnet upplever men det är inga direkta frågor om självkänsla och livskvalitet.

För att förbättra omhändertagandet av denna patientgrupp vill vi i denna litteraturstudie lyfta fram och synliggöra vad som har betydelse för hur barn med inkontinens upplever sin livskvalitet och självkänsla och genom det öka medvetenheten hos dem som vårdar barn med urininkontinens.

BAKGRUND

URININKONTINENS HOS BARN

De flesta barn, ungefär 80 % är torra vid ca 3,5 års ålder. Efter tre års ålder är det dock vanligt med någon form av enstaka urinläckage upp till sex års ålder. Urinläckaget drabbar oftast barnet psykosocialt och hela familjen involveras genom oro från föräldrars sida att barnet ska bli retad av kamrater. Ökad tvätt och daglig lukt är andra bekymmer (Hellström, 2006). Det vanligaste är att föräldrarna söker hjälp för sina barn strax före skolstart.

En anledning till att barn lider av urininkontinens kan vara att urinblåsan hos barnen är så kallad överaktiv. Överaktiviteten beror på en omogen blåskontroll som kan leda till trängningar och inkontinens hos barnen. Barnen kan också få problem med urininkontinens genom att skjuta upp toalettbesöken för länge. Det kan man oftast avslöja genom att se hur barnen betar sig. Barnen måste till exempel sätta sig på huk eller korsa benen för att inte kissa på sig. Anledningen till att barn skjuter upp sina toalettbesök kan vara att det finns andra aktiviteter som är mer intressanta som lek med kompisar, TV eller datorspel. En annan anledning kan vara att barnen inte förstår de kroppsliga signalerna som blåsan ger. Barn kan också ha urininkontinens nattetid så kallad söngvätning eller enures. Det förekommer hos ca 10 % av alla sjuåringar. Det beror oftast på en kombination av stora urinvolymer och djup sömn. Även söngvätning kan bero på att blåsan är överaktiv. I sällsynta fall (1 %) kan urininkontinens orsakas av missbildning i urinvägarna eller vara en neurogen skada (Hellström, 2006).

SJUKSKÖTERSANS FUNKTION

En legitimerad sjuksköterskas yrkesområde omfattar barn, ungdomar, vuxna och äldre som behandlas i öppen och/eller slutenvård för vanligt förekommande akut eller kronisk hälsosvikt av somatisk eller psykisk karaktär. Yrkesområdet omfattar också åldersrelaterade symtom och tillstånd av somatisk eller psykiatrisk karaktär (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskans arbete ska genomföras av helhetssyn och etiskt förhållningssätt. Sjuksköterskan ska se till patienten och/eller närstående kunskaper och erfarenheter. En fungerande relation mellan vårdtagare och vårdare är en förutsättning för en god omvårdnad. I den relation som uppstår när personer möts sker alltid någon form av samspel exempelvis att nå fram till gemensamt uppsatta mål i omvårdnaden (Kihlgren, 2000).

Omvårdnad och behandling av barn som lider av urininkontinens erbjuds vid ungefär sex års ålder. Omvårdnaden påbörjas ofta före skolstart och utförs oftast av en specialutbildad sjuksköterska så kallad uroterapeut. Uroterapeuten arbetar självständigt med funktionsdiagnostik och behandling av blåsans funktion hos barn och ungdomar. På de flesta sjukhus och flera barnmottagningar i Sverige finns uroterapeuter (Hellström, 2006).

OMVÅRDNADSHANDLINGAR

Uroterapibehandling på en mottagning innebär täta besök med mycket hjälp och stöd till barnet och barnets familj. Efter att sjuksköterskan eller uroterapeuten gjort en utredning av orsaken till barnets urininkontinens planeras sedan en omvårdnadsplan. Det kan bland annat handla om att gå på toaletten på bestämda tider. I sjuksköterskans/uroterapeutens arbete ingår det att skapa förståelse för sammanhanget mellan orsak och symtom hos barnet samt att kartlägga problemet med inkontinensen. Det ingår även att undervisa om blåsans och tarmens

funktionsstörningar. Syftet är att barnet ska förstå och bli medveten om egna resurser och vad som behöver ändras för att få kontroll över sin urinblåsa (Hellström, 2006 , Hjälmås, 1997).

BARN OCH DERAS PSYKOLOGISKA UTVECKLING

Barn och ungdom definieras på olika sätt i olika sammanhang och i olika kulturer. Enligt FN:s barnkonvention är ett barn en person som inte fyllt 18 år. Biologiskt sett är en människa barn till dess hon eller han passerar puberteten. Barndomen är en process av socialisering där barnet växer upp och blir till en del av samhället. Hallström & Lindberg (2009) menar att synen på barnet står i förhållande till dess kognitiva utveckling.

För att kunna ge rätt stöd till barn med urininkontinens och för att ha förståelse för hur barns livskvalitet och självkänsla påverkas i olika åldrar är det viktigt att ha kunskap om barns psykologiska utveckling. Enfeldt (1989) beskriver åldersgruppen 5-12 år som latensåldern. I den här åldern genomgår barnet en intensiv jag- utveckling där anpassning till hemmet skolan och jämnåriga börjar. Cullberg (2000) beskriver latensperioden som en ålder som är viktig då två väsentliga livsinnehåll kommer in på allvar och det är arbetet och kamratgruppen. Skolan är en viktig del i detta livsinnehåll. Barnet lämnas mera ut på nåd och onåd åt kamratgruppen med dess möjligheter både då det gäller att bygga upp och att förstöra självkänslan.

Åldern 7-12 kallas för de sociala åren. I denna ålder är barnet mottagligt för att lära sig nya saker och härmar hur vuxna beter sig. Det här leder till att barnets samarbetsförmåga utvecklas och växer fram. Barnet får en bekräftelse på vem ”jag” är och att ”jag” är någon som duger. Det gör att de barn som får känna att de inte duger kan gripas av mindervärdeskänslor. Känslan av att inte duga kan sedan följa barnet upp i vuxen ålder (Enefeldt, 1989).

Under tonåren utvecklas barnet till vuxen och många blir självmedvetna på ett annat sätt. Det är många som är missnöjda med sitt utseende vilket sätter press på ungdomarna när de inte accepterar sina kroppar som den är. Det är viktigt för tonåringen att hitta en balans mellan samhörighet och separation med sin ursprungsfamilj. Denna process innebär ofta många konflikter. Tonåringen minskar tiden med föräldrar och är mera med vänner men samtidigt är föräldrarna fortfarande en viktig källa till trygghet och samvaro. Hur relationen mellan barn och föräldrar har sett ut tidigare under uppväxten har betydelse hur relationen utvecklas under tonåren (Hallström & Lindberg, 2009).

BARNET I SKOLAN

Skolan är ålagd att stimulera lärandet och kunskapssökandet. Det ligger också på skolans ansvar att se till att barnen mår bra och att deras specifika behov som att behöva kissa på bestämd tid blir tillgodosedda. Många barn avstår från toalettbesök i skolan p.g.a. bristande hygien och standard på skoltoaletterna. Barnen har också svårt att hinna med toalettbesök på rasterna vilket hos lärarna anses vara den bästa tidpunkten för att inte störa för mycket på lektionerna. Risken för att bli retad är också större om toalettbesöket sker på en rast enligt skolbarnet (Lundblad, 2009).

FAMILJEN

För att omvårdnaden kring barnet ska fungera måste man engagera barnets familj. För ett barn innebär detta i första hand föräldrarna. Vad en familj är finns det olika definitioner på men sammanfattas med att det består av människor som bryr sig om varandra. Som sjuksköterska behöver man titta på en vidare definition av familjebegreppet än det strikt traditionella. Det är ett begrepp som sträcker sig längre än blodsband, adoption och giftermål. En familj är lika med den en grupp människor som säger sig tillhöra den. Däremot har varje familjemedlem sin syn på sin familj vad det gäller familjekonstruktion, familjens mening och den upplevda hälsan i familjen. I arbetet med barn och dess familj ska man fokusera på att se familjen som resursstark. Alla familjer har möjlighet till att stötta varandra men kan behöva bli påmind om sina resurser som ibland är bortglömda. En familjefokuserad omvårdnad innebär en strävan att definiera vad en ”sund” familjefunktion är. Den medicinska inriktningen i vården kan göra att de fysiska felen lyfts fram och bortser ifrån positiva aspekter som god hälsa, resurser och familjens egen styrka. Det måste sjuksköterskan vara uppmärksam på i sin omvårdnad kring barnet och dess familj (Wright, 2002).

Enligt Kirkevold (2003) är föreställningen om vad en familj är ofta detsamma som ”kärnfamiljen” och har sin grund i våra egna familjeerfarenheter och i hur begreppet uppfattas i samhället. Kärnfamiljen innefattar också släkten bakåt i flera led men det kan också vara en person som är unik och en oersättlig partner.

LIVSKVALITET

Livskvalitet är ett begrepp som betonar att livet måste ha en viss kvalitet eller standard i relation till de värderingar individen ser som väsentliga. När det talas om god eller dålig livskvalitet syftar det på hur individen upplever och bedömer sin fysiska, psykiska andliga, ekonomiska och sociala tillfredsställelse. Begreppet livskvalitet är ett begrepp vars innebörd har förändrats genom åren inom hälso- och sjukvården. I nu tid är ett av vårdens centrala mål att patienten ska uppleva att de har en bra livskvalitet medan det tidigare innebar att det sågs till de mer konkret fysiska saker som att minska symtom och att inte behöva vara på sjukhus (Lindström, 1994).

World Health Organisation (WHO) definierar livskvalitet som en subjektiv upplevelse där båda positiva och negativa aspekter vägs in. WHO nämner sex kriterier i sin definition när de uppskattar livskvalitet. I kriterierna ingår de fysiska faktorerna, psykiska faktorerna, möjlighet att själv bestämma, sociala relationer, omgivning och persontro exempelvis meningen med livet. Alla delar i definitionen är lika viktiga för livskvaliteten (World Health Organisation).

SJÄLVKÄNSLA

Nationalencyklopedin beskriver självkänsla eller self-esteem som ”känsla av personligt värde och egen förmåga som är fundamental för en individs identitet” (Nationalencyklopedin). Cullberg (2000) beskriver självkänsla som den subjektivt upplevda känslan av ens egen person. Hur relationen mellan självkänslan och omgivningen utvecklas i tidig ålder har stor betydelse för personlig mognad och utveckling och för att skapa förutsättningar för en god självkänsla.

Det finns mätinstrument som är framtagna i vården och som mäter hälsorelaterad livskvalitet och självkänsla. Målet är att kunna mäta och på så vis förbättra individens upplevelser

förmåga och livssituation (Faresjö & Åkerlind, 2005). Det går t.ex. att mäta barns livskvalitet och självkänsla före och efter behandling av urininkontinens.

TEORETISK REFERENS RAM

Imogene King har utvecklat en interaktionsteori om måluppfyllelse som stämmer bra överens med omvårdnaden kring barnet i en uroterapisituation. Målet med uroterapin är att tillsammans med barnet finna nya vägar utifrån den befintliga ohälsan och därmed stärka självkänslan och förbättra barnets livskvalitet (King, 1980, Thorsen, 1995)

Teorin är uppdelad i två delar, en del är måluppfyllelse och en del är begreppsramen.

Måluppfyllelse

I teorin om måluppfyllelse lägger sjuksköterskan och patient vikt på att i en ömsesidig relation sträva mot gemensamt uppsatta mål i omvårdnaden. Denna process kallas transaktion. King betonar därmed måluppfyllelsen, det vill säga att om mål uppnås, upplever både patient och sjuksköterska tillfredsställelse. ”Transaktion är en process av interaktion, i vilken individer kommunicerar med omgivningen för att uppnå värderade mål. Transaktion är ett målinriktat mänskligt beteende. Transaktionen är högt värderat av människor eftersom målet är meningsfullt och värt att uppnå. När transaktion är genomförd reduceras spänning och stress i situationen” (King, 1980 s. 1).

King(1980) anser att patient och sjuksköterska måste skapa en relation tillsammans för att uppnå angelägna mål. Grunden för det är en öppen kommunikation som bygger på förtroende. Det första steget mot transaktionen och för att nå det uppsatta målet, är att patient och sjuksköterska har en liknande uppfattning av situationen. Sjuksköterskan som arbetar med patienten ur måste nå fram i ett samspel eller så kallad interaktion för att komma vidare med omvårdnaden och så småningom nå måluppfyllnad.

Omvårdnad ser King som en process av aktion, reaktion och interaktion. I processen delar sjuksköterskan och patient information på basis av sina iakttagelser. Detta gör att Kings teori om måluppfyllelse klassificeras som en interaktions teori.

Teorin om måluppfyllelse utgår ifrån fem antaganden:

1. Om perceptionen är korrekt i en interaktion mellan sjuksköterska och patient uppstår transaktion.
2. Om sjuksköterska och patient når fram till transaktion uppnår man målen.
3. Om mål uppnås leder det till tillfredsställelse.
4. Om mål uppnås innebär det en effektiv omvårdnad.
5. Om transaktion sker mellan sjuksköterska och patient ökar tillväxt och utveckling.

Målet med omvårdnaden är att uppnå de angelägna och värderade mål som patient och sjuksköterska har ställt tillsammans (King, 1980).

Begreppsram

Teorin har också en begreppsram. Syftet med en begreppsram är att organisera kunskap som är väsentlig för en disciplin samt ge substans åt kunskapsinnehållet. Begreppsramen kan

enligt King(1980) ge upphov till ny teoribildning. Människan är social, kännande, rationell, reagerande, varseblivande, kontrollerande, målinriktad samt tid- och handlingsorienterad.

Begreppsramen delas in tre system. Det personliga systemet, det interpersonella systemet och det sociala systemet.

I det personliga systemet befinner sig både sjuksköterskan och patient vilka interagerar med varandra. Man strävar efter att bli medveten om den egna personliga upplevelsen som är en viktig insikt, då det ger förståelse för att olika människor upplever en situation helt olika och utifrån denna upplevelse handlar på olika sätt.

Individen har en självuppfattning om sina egenskaper och om vad de kan och inte kan. I denna självuppfattning ingår också ideal jaget, en önskebild vem man vill vara. Jaget förfogar också över ett förnuft vilket bland annat visar sig i individens systematiska problemlösning. Problemlösningen går igenom faserna problemupplevelse, probleminventering, målformulering, handlingsalternativ och beslut. Detta gör att patienterna har möjlighet att i hög grad vara med att påverka sin vårdplanering (King, 1980, Thorsen, 1995) .

Det gäller att skapa en förståelse hos patienten kring detta och en vilja att genomföra sitt vårdprogram. Upplevelsen av sin kropp är viktig för individen. Den förändras genom livet från barn, ungdom och vuxen till åldring samt vad olika situationer gör med kroppen. En persons rädsla för skador eller att bli av med en kroppsdel kan hota kroppsuppfattningen (King, 1980).

Tidsuppfattning är en viktig del av omvårdnaden. King skiljer på biologisk tid som är kroppens rytm av vakenhet - sömn, intag - uttömning och vila - rörelse. Psykologisk tid är den subjektivt upplevda tiden. Social tid styr de kollektivt reglerade överenskommelserna så som tider att kissa efter ett bestämt schema. King ser i lärandet till flera utvecklingspsykologiska faser hämtade ifrån flera psykologiska skolor såsom Freuds psykoanalys, Homburger Erikssons utvecklingspsykologiska teorier samt Gesells mera kvantitativa data som längd och vikt och Piagets teori om människans kognitiva utveckling. Dessa utvecklingspsykologiska faser är viktiga för sjuksköterskan att uppmärksamma inte bara se på den biologiska åldern utan tolka vilken utvecklings nivå patienten befinner sig på (King, 1980).

Det interpersonella systemet har interaktionen som central del och delar upp vägen mot måluppfyllnad utifrån olika faser. Dessa faser bygger på att sjuksköterskan och patienten upplever och handlar tillsammans i steg för att nå transaktion och därmed det gemensamt uppsatta målet.

Det sociala systemet är omvärlden och hur den kan skapa konflikt med måluppfyllelsen. Patienten är någon i ett större sammanhang där det inte går att påverka allt. Det går inte styra de tider omkring oss som är av andra förutbestämda utan patienten måste anpassa sig (King, 1980).

PROBLEMFORMULERING

När ett barn som lider av urininkontinens träffar en uroterapeut ligger mycket fokus på de rent fysiska problem som barnet har. Det ställs inga direkta frågor om hur barnet upplever att vara urininkontinent i sitt dagliga liv. Flera studier visar att barn med urininkontinens har sämre livskvalitet och självkänsla än sina jämnåriga kamrater. Det är viktigt att öka förståelsen hos dem som vårdar barnet om vad som har betydelse för upplevelsen av livskvaliteten och självkänslan. Med den sammanfattande kunskapen kan ny kunskap skapas som förbättrar omhändertagandet kring barnet.

SYFTE

Att belysa vad som har betydelse för barn med urininkontinens upplevelse av sin livskvalitet och självkänsla.

METOD

DATAINSAMLING

Metoden är en litteraturstudie baserad på vetenskapliga artiklar. Författarna genomförde artikelsökningarna under februari till augusti 2010 i universitetsbibliotekets databaser Cinahl och Pubmed (se bilaga 1). De sökord som användes i olika kombinationer var *children, quality of life, self-esteem, urine incontinence, enuresis och experiences*. De begränsningar som användes var peer reviewed, research article, abstract available. Endast artiklar skrivna på engelska inkluderades (se bilaga 1). Detta resulterade i 13 artiklar som granskades närmare. I flera utav artiklarnas referenslistor återkom en artikel (Hägglöf, Andren, Bergström, Marklund & Wedelius, 1998) som också valdes ut. Sammantaget valdes 14 artiklar ut som var förenliga med studiens syfte. Dessa 14 artiklar lästes igenom i sin helhet och två valdes genast bort då de inte motsvarade vårt syfte. Efter att ha läst igenom artiklarna några gånger valdes ytterligare två bort för att de inte heller motsvarade studiens syfte. De 10 kvarvarande artiklarna var ifrån 1998 och framåt. En artikel vardera kommer från Hong Kong, USA, och Nya Zeeland. Tre artiklar kommer från Sverige och övriga från väst Europa. Två av artiklarna var kvalitativa studier och de övriga åtta var kvantitativa studier. Trots att artiklarna kommer ifrån länder med olika sjukvårdssystem så speglar artiklarna en liknande bild av uroterapibehandningen kring barnen. Artiklarna genomlästes enligt Friberg (2006) för att granska studiernas kvalitet så de alla var vetenskapliga artiklar.

ANALYS

De studier som inkluderades i studien lästes igenom upprepade gånger för att få en helhetsbild av innehållet. Artiklarna analyserades enligt Friberg (2006) där skillnader och likheter i artiklarnas resultat eftersöktes. Likheterna och skillnaderna som svarade mot arbetets syfte antecknades på separata papper. Utifrån detta material utkristalliserades fyra teman som var och ett belyser arbetets syfte. Dessa fyra teman är: Ålderns betydelse för barnets upplevelse, Genus betydelse för barnets upplevelse, Föräldrarnas inverkan på barnets upplevelse och Barnets begränsning i sin vardag.

RESULTAT.

Barn med urininkontinens har sämre livskvalitet och självkänsla än andra barn. Detta är gemensamt för alla de tio studier som inkluderats i detta arbete. Totalt har 630 barn tillfrågats i åldrarna 6-16 år. Hur barnet upplever sin livskvalitet är individuellt och varierar från barn till barn (Boisclair- Fahey, 2009, Bower, 2008, Collier, Butler, Redsell & Evans, 2001, Gladh, Eldh & Mattsson, 2006, Hägglöf, et.al., 1998, Lundblad, Berg & Hellström, 2006, McKillop, MacKey & Scobie, 2003, Natale, Kuhn, Siemer, Stöckle & Von Gontard, 2009, Robinson, Butler, Holland, Doerthy-Williams, 2002, Thenius, Van Hoecke, Paesbrugge, Hobeke & Vande Walle, 2001).

ÅLDERNS BETYDELSE FÖR BARNETS UPPELVELSER

Flera artiklar visar att barnets ålder har betydelse för hur barnen upplever sin livskvalitet och självkänsla (Bower, 2008, Collier, et.al., 2001, Gladh, et.al., 2006, Hägglöf, et.al., 1998, Lundblad, et.al., 2006, Natale, et.al., 2009, Robinson, et.al., 2002, Thenius, et.al., 2001). När barn med urininkontinens är i förskoleåldern skattar de sin livskvalitet lägre jämfört med äldre barn med urininkontinens. Detta gäller framförallt på sina intellektuella funktioner, sociala relationer, välbefinnande och självkänsla. Barnet kan känna sig utanför när de andra barnen i en förskolegrupp slutar med blöja när han/hon själv inte klarar av det. När barnet sedan börjar skolan har studier visat att barn med urininkontinens har bättre studieresultat än de andra barnen. Samtidigt som barn med urininkontinens kompenserar med att vara duktiga påvisar de i större omfattning ett avvikande beteende. De är extra känsliga för att inte räckta till (Gladh, et.al., 2006, Thenius, et.al., 2001).

När de sedan blir äldre sjunker inlärningsförmågan. Skolåldern i sig är en psykologisk sårbar period och en viktig del i identitetsutvecklingen där barnet hela tiden jämför sig med andra (Cullberg, 2000, Lundblad, et.al., 2006). De barn som är inkontinenta både på dagen och på natten är de som upplever sig ha mest påverkan på sitt liv. De måste anpassa dagen efter sin inkontinens och sover dåligt på natten då de vaknar av att de kissat på sig (Gladh, et.al., 2006, Hägglöf, et.al., 1998, Natale, et.al., 2009).

Att ha problem med urininkontinens är känslomässigt påfrestande för alla barn. Skillnader kan ses mellan hur de yngre och äldre barnen upplever det att leva med urininkontinens. De äldre barnen har en högre tendens än de yngre för att känna sig oroliga för sina blåsproblem. Det är mera socialt accepterat att kissa på sig ju yngre barnet är. Som tonåring är det mer pinsamt (Bower, 2001, Gladh, et.al., 2006).

Thenius m.fl. (2001) visar att det hos de äldre barnen med urininkontinens märks fler psykologiska konsekvenser som oro och tillbakadragenhet än hos de yngre barnen. Det i sig kan ge fortsatta problem i vuxen ålder med det sociala samspelet. Barnen lär sig inte naturligt de sociala koderna.

Flera av artiklarna lyfter fram vikten av att starta behandlingen i tidig ålder (Collier,et.al., 2001, Gladh, et.al., 2006, Hägglöf, et.al., 1998, Robinson, et.al., 2002). Börjar behandlingen i tidig ålder förhindrar man de psykologiska problem som låg självkänsla kan leda till längre fram i livet. Man stärker barnets självkänsla och livskvalitet och förhindrar att barnet blir utsatt på det sociala planet som inkontinensen kan medföra (Collier, et. Al., 2001, Gladh, et.al., 2006, Robinson, et.al., 2002).

Inom hälso- och sjukvården har det inte varit lika uppmärksammat på att behandling hos de yngsta är lika viktig som hos de äldre barnen. Många gånger beror det på att behandlande läkare och sjuksköterskor samt barnens föräldrar tror att problemet med urininkontinens kommer att lösa sig ändå (Collier, et.al., 2001, Gladh, et.al., 2006, Hägglöf, et.al., 1998).

GENUS BETYDELSE FÖR BARNETS UPPLEVELSER

Flera utav artiklarna betonar skillnader på hur pojkar och flickor påverkas olika i sin upplevelse av sin urininkontinens (Bower, 2008, Collier, et.al., 2001, Lundblad, et.al., 2006, Natale, et.al., 2009, Thenius, et.al., 2001). Pojkar är de som påverkas mest. Det har visat sig att det är pojkar som är mest känsliga för sänkt självkänsla. Det påvisar de i form av högre frekvens av avvikande beteende. Pojkar har inte samma sociala samspel med sina vänner som flickor har. Pojkar vänder sig inte till sina vänner för stöd i en sådan sak som att de kissar på sig. De tycker inte att sin urininkontinens är något att berätta för andra om. Det gör att pojkar mår sämre och är mer utåtagerande än flickor med samma problem (Bower, 2008, Lundblad, 2006, et.al., Natale, et.al., 2009). Två utav artiklarna beskriver att föräldrarna har lägre tolerans för pojkar med inkontinens om behandlingstiden blir längre jämfört med flickor. (Bower, 2008, Collier, et.al., 2001).

Lundblads m.fl. (2006) visar däremot att flickor med inkontinens i större utsträckning vågar berätta om sin urininkontinens för sina vänner. Det gör att de kan få mer stöd men det gör också att de riskerar att utsätta sig för vännernas välvilja men även ovilja. En flicka som berättat för sina vänner fick kommentaren ”Ska du inte gå på toa nu?”. Thenius m.fl. (2001) visar att flickor med inkontinens är mer känsliga för den stress som urininkontinensen och dess inrutade schema ger. Det leder till att flickor med urininkontinens i större grad har problem med inlärning i skolan. Thenius m.fl. (2001) beskriver vidare att pojkar med urininkontinens kompenserar sin låga självkänsla med att vara extra duktiga i skolan jämfört med sina kamrater.

FÖRÄLDRARNAS INVERKAN PÅ BARNETS UPPLEVELSER

Sex utav de tio artiklarna (Boisclair- Fahey, 2009, Bower, 2001, Lundblad, et.al., 2009, Natale, et.al., 2009, Robinson, et.al., 2002, Thenius, et.al., 2001) visar att föräldrarna har stor betydelse för hur barn med urininkontinens påverkas i sin livskvalitet och självkänsla. Föräldrarna verkar ha högre krav på att pojkar ska prestera snabbare än flickor. Det medför att pojkarna med urininkontinens är mera ensamma i sin situation och behöver mycket stöd (Bower, 2001).

Ju äldre barn med urininkontinens är desto mera missnöje upplever de ifrån sina föräldrar. De äldre barnen får i större utsträckning känna föräldrarnas irritation och frustration för att de lider av inkontinens. De yngre barnen förstår inte att uppfatta irritationen över situationen och utsätts inte för i den lika hög grad (Bower, 2008, McKillop, et.al., 2003). Det är viktigt att uppmärksamma om föräldrarna visar irritation då det kan påverka barnet så det inte klarar att fullfölja behandlingen. Barnet klarar inte att göra det på egen hand. Att ha familjens engagemang är centralt för att nå motivation och resultat. Ett misslyckat behandlingsförsök gör det svårare att motivera barnet att försöka igen (Boisclair- Fahey, 2009, Bower, 2008).

Natales m.fl. (2009) visar att föräldrarna tror att barn med urininkontinens upplever sin livskvalitet och självkänsla sämre än barnen själva gör. Det är barnens egna rapporter som är de mest tillförlitliga då föräldrarna underskattar barnens symtom och överskattar den

negativa inverkan på barnen. Robinson m.fl. (2002) beskriver i sin artikel att familjens tidigare erfarenheter också har betydelse för hur barnet upplever sin urininkontinens. Finns det någon i familjen som haft urininkontinens bidrar det till att det nu drabbade barnet har en tendens till sämre självkänsla. Känslan av att ha misslyckats och skapa problem för föräldrarna är det som sänker barnets självkänsla.

Flera artiklar visar att föräldrar till barn med urininkontinens upplever sig också ha sämre livskvalitet och självkänsla med mer depressions symtom. Det kan i sig få barnet att känna att det har en sämre livskvalitet än vad det egentligen har. Barnen känner sig skyldiga till att mamma och pappa mår dåligt (Natale, et.al., 2009, Robinson, et.al., 2002, Thenius, et.al., 2001).

Lundblads m.fl. (2006) visar att mamman är i de flesta svenska familjer den som backar upp och den som får reda på när ”olyckan varit framme”. Det kan ibland medföra att pappan inte har samma kontroll och därmed inte har samma förståelse för barnets urininkontinens.

BARNETS BEGRÄNSNING I SIN VARDAG

Flera artiklar visar att barn med urininkontinens undviker en del saker för att inte bli avslöjade (Boisclair- Fahey, 2009, Lundblad, et.al., 2006, McKillop, et.al., 2003, Thenius, et.al., 2001). Barnen undviker att sätta sig i situationer där de kan bli avslöjande och misslyckas genom att kissa på sig inför andra. Barn undviker att vara på ställen där de inte känner sig säkra som att åka hem till kompisar, gå i nya affärer eller att följa med på skolresor och att åka på läger. Barn med urininkontinens skyddar sig för att förhindra något som kan förvärra smärtan i att misslyckas genom att kissa på sig så att andra märker det (McKillop A, et.al., 2003, Thenius, et.al., 2001).

Även en självklar sak som att ha vänner hemma är en risk och en stress att bli avslöjad trots att de urininkontinenta barnen är i en säker miljö. Deras vänner kan se det plastade lakanet eller känna att det luktar urin på barnets rum. Barn med urininkontinens beskriver sådana här situationer som att känna sig ”pinsam”, ”osäker”, ” blyg och rädd”. Den mest negativa känslan som barnet upplever eller rädd för att uppleva är att bli skrattad åt i sitt eget hem. Känslan av att inte duga är uttalad hos barn med urininkontinens. De är också rädda för att bli betraktade som annorlunda än sina kamrater (Boisclair- Fahey, 2009, Lundblad, et.al., 2006, McKillop, et.al., 2003).

Lundblad m.fl. (2006) beskriver att den tillfredsställelsen barn med urininkontinens får genom att följa en behandlingsplan i skolmiljö kan lätt raseras genom omgivningens obetänksamhet och okunskap. Barnet måste be om att få gå på toaletten under lektionen och om lärarens regler inte tillåter gör det att de barnen känner sig misslyckade. Hamnar barnen i en situation där det inte går att kombinera skolans och omgivningens krav och regler med behandlingen så går skolans regler före att följa behandlingsplanen vilket i sig är ett misslyckande för barnet. Lundblad beskriver också att barn med urininkontinens kan låta bli att följa de råd som de fått för att skoltoaletterna är ohygieniska eller att dörrarna inte går att låsa. Att vara urininkontinent i en skolmiljö är i sig en bidragande orsak till sämre livskvalitet och självkänsla.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Det finns mycket forskning gjord inom studiens område därför var litteraturstudier lämplig metod för arbetets syfte. En litteraturstudie motsvarade också arbetets storlek. De flesta av artiklarna som använts i studien har varit kvantitativa. Det har varit svårt att hitta kvalitativa artiklar i ämnet. De kvantitativa studierna bygger på undersökningar gjorda med skattningsskalor som mäter livskvalitet och självkänsla. Det kan innebära svårigheter att få djupare förståelse för barnets situation i de kvantitativa studierna då det är upplevelsen som ska redovisas i skattningsform. Det gäller att frågorna är utformade på ett sådant sätt att skattningsskalornas variabler är tillräckliga för att få fram nyanserna i svaret inte bara ett ja eller ett nej.

Resultatet i artiklarna kan påverkas av olika orsaker framför allt när det är barn som får skatta sig. Ålder och mognad är en sak som ger variationer på svaren. Har barnen svarat med sina föräldrars närvaro kan svaret också bli påverkat av vad föräldrarna tycker. Det är svårt för barnen att vara helt ärliga för de vill inte oroa sina föräldrar (Natal, et.al., 2009, Robinsson, et.al., 2002). I en av de kvalitativa artiklarna beskrevs tydligt i metoden att föräldrarna inte är med just för att få ut så mycket djup av svaren som möjligt (Boisclair- Fahey, 2009).

Vid artikelsökningens inledning varierades sökorden flitigt för att få fram flera kvalitativa artiklar utan att ge resultat. Sökord som nursing och caring fanns i de första sökningarna med det fanns inga artiklar som motsvarade syftet. Det ledde till att de i bilaga 1 redovisade sökorden var de som fortsättningsvis användes för att hitta artiklar till studien.

Artikelsökningarna gjordes vid ett flertal tillfällen och sökorden som användes då var i stort sett samma men ordningsföljden ändrades. Det medförde att det kom fram fler artiklar som motsvarade syftet. Texterna som hittades motsvarade syftet och antal artiklar i ämnet har varit tillräckligt även om det hade varit önskvärt att hitta fler kvalitativa artiklar. Artiklarna visar flera likheter i sina resultat. Texterna representerar studier både från Europa, Asien, Australien och USA. Ingen skillnad kan ses i resultatet från de olika länderna mer än att det varit olika kategorier sjuksköterskor som behandlat barnen. Omvårdnaden kring barn med urininkontinens har varit samma oberoende av sjuksköterskornas specialistkompetens och i vilket land de är verksamma. I artiklarna beskrivs barnet ”children” för både pojke och flicka och när det skiljer sig i genus uttrycks det specifikt i artiklarna. I en utav artiklarnas syfte finns uttryckt i metod och syfte att man söker skillnaderna på vad ålder och kön har för betydelse för självkänslan (Thenius, et.al., 2001). De andra artiklarna är utformade så att förväntningarna på pojkar och flickor varit det samma men att sedan resultatet visar skillnader emellan könen.

RESULTATDISKUSSION

Barn med urininkontinens har sämre livskvalitet men går ofta att bota och därmed får barnet tillbaka sin självkänsla och livskvalitet (Bower, 2008, Gladh, et.al., 2006, Hägglöf, et.al., 1998, Lundblad, et.al., 2006, McKillop, et.al., 2003, Natale, et.al., 2009).

McKillop m.fl.(2003) beskriver hur barnen blir glada och entusiastiska över vad de kan göra när de blivit botade från sin inkontinens. De kan åka till platser som de inte vågat tidigare utan pinsamheter och rädsla. Bower (2008) lyfter i sin artikel fram att hjälpen också innebär förebyggande av framtida psykisk ohälsa.

McKillops m.fl. (2003) visar att det är viktigt att man startar behandlingen så tidigt som möjligt och omvårdnaden måste vara utformad efter barnets mognadsgrad. För att omvårdnaden ska fungera måste sjuksköterskan skapa ett samspel med barnet. Detta är det som King (1980) kallar för interaktion. Tillsammans bygger sjuksköterskan och barnet upp en omvårdnadsplan. Barnets åsikt är viktig både när det gäller att få motivation och skapande av omvårdnadsplan (Boisclair- Fahey, 2009, King, 1980, Lundblad, et.al., 2006, McKillop, et.al., 2003). King (1980) påtalar även att sjuksköterskan ska uppmärksamma att inte bara se på den biologiska åldern utan tolka vilken utvecklings nivå patienten befinner sig på. Det kan vara avgörande för att nå målet i en uroterapisituation. Barnets fysiska ålder stämmer inte alltid med hur moget barnet är i övrigt. Utifrån uroterapi gäller det att skapa en förståelse kring barnets självuppfattning och dess egenskaper om vad de kan och inte kan. Barnet måste skapa en vilja att genomföra sitt vårdprogram. Upplevelsen av sin kropp är viktigt för individen. Lundblad (2009) påtalar att barn som kissar på sig har en skadad kroppsuppfattning och behöver stöd att återfå den.

I utformandet av omvårdnaden är det bra att känna till att pojkar och flickor upplever sin inkontinens på olika sätt (Collier , et.al., 2001, Bower, 2008, Hägglöf, et.al. 1998, Thenius, et.al., 2001). Flickor vågar större utsträckning berätta för sin omgivning medan pojkar håller det hemligt (Lundblad, et.al., 2006). I två utav de granskade artiklarna framkommer det att föräldrarna uttrycker större tolerans med flickor än med pojkar i en behandlingssituation. Pojkar anses ta längre tid på sig för att bli fria från sin inkontinens (Bower, 2008, Collier, et.al., 2001).

En reflektion är att i vissa kulturer har man högre krav på att pojkar ska vara duktiga och prestera. I en av artiklarna påtalar författarna detta. De beskriver vidare att europeiska barn skattar sig som mera påverkade men de beskriver också att asiatiska barn inte använder sig av hela skattningsskalan. De skattar sig aldrig på det sämsta men inte heller på det bästa. Detta gör att skillnaden är svår bedömd (Natale, et.al., 2009). King (1980) påtalar att individen har en självuppfattning om sina egenskaper och ideal jaget är olika för varje individ. Den uppfattningen är inte alltid samma som sjuksköterskan som utformar vårdplanen. Det är väsentligt för sjuksköterskan att ta reda på barnets uppfattning för att nå rätt nivå och få barnet att medverka i sin vårdplan. . King anser vidare att om uppfattningen mellan sjuksköterska och barn kring vårdplanen är ömsesidig i ett samspel så uppnås en transaktion.

Bower (2008) beskriver i sin artikel att det är viktigt för sjuksköterskan att ha en medvetenhet om genus i utformandet av en omvårdnadsplan kring barnet med urininkontinens. I omvårdnadsplanen måste sjuksköterskan ha en medvetenhet om att pojkar behöver mera tid.

Bower (2008) och även McKillop m.fl.(2003) tar vidare upp att barnet med urininkontinens måste vara motiverat för att omvårdnadsplanen ska fungera. I sjuksköterskans arbete ingår att ge hjälp och stöd till barnet och dess familj för att få det att fungera. Föräldrarnas engagemang har en avgörande betydelse för att det ska fungera. Finns inte föräldrarna med för att stötta sitt barn så orkar inte barnet fullfölja behandlingen. Föräldrarna måste bli medvetna om problemet med låg självkänsla och livskvalitet för att få ökad förståelse för sitt barn och dess ibland kanske annorlunda beteende.

McKillops m.fl. (2003) poängterar att det är viktigt att det är barnet som tar ansvaret för sin omvårdnadsplan efter barnets mognadsgrad. Föräldrarna ska finnas där för att stötta men det är barnet som styr sin behandling.

Boisclair- Fahey (2009) beskriver att skolans stöd gör att barnet presterar bättre i skolan. Det är sjuksköterskan som måste göra läraren uppmärksammat på barnets behov. Barn med urininkontinens måste till exempel få lämna lektionen för att få gå på toaletten så omvårdnadsplanen går att följa utan att det ifrågasätts av läraren. Det är viktigt att även skolan får kunskap och förståelse om sämre självkänsla och livskvalitet hos barn med urininkontinens. Det sociala systemet i Kings omvårdnadsteori (1980) beskrivs hur omvärlden kan skapa en konflikt med måluppfyllelsen. Barnet är i större sammanhang där det inte går att påverka allt. Som att inte alltid veta vart det finns en tillgänglig toalett när barnet är i en ny stad eller när nästa bensinstation kommer vid en bil eller bussresa.

Flexibiliteten i omvårdnadsplanen där barnet är delaktigt och bekräftat är grunden till ett lyckat resultat (McKillop, et.al., 2003). Att ha ett fungerande samspel mellan barn och sjuksköterska det King (1980) kallar en fungerande interaktion är avgörande för omvårdnadsplanens genomförande. Barnen behöver ha realistiska mål och en bra tidsram utifrån sin ålder och genus för att få effektiv hjälp (King, 1980, Lundblad, et.al., 2006, McKillop, et.al., 2003). Sjuksköterskans roll är att se till helheten kring barnet och vara en länk till omgivningen för att få omvårdnaden att fungera både hemma och i skolan. Det är sjuksköterskan som ska hjälpa barnet att få en god självuppfattning, kroppsuppfattning och en rimlig tidsuppfattning så omvårdnaden fungerar. Detta gör att man når fram till det som King kallar transaktion – överföring – och leder till måluppfyllelse (King, 1980, McKillop, et.al., 2003).

SLUTSATS

Litteraturstudien visar att barnets ålder, genus, föräldrarnas inverkan samt hur mycket barnet begränsar sig i sin vardag har betydelse för hur barn med urininkontinens upplever sin livskvalitet och självkänsla.

Detta leder till att i mötet med barnen på en uroterapiuttagning/barnmottagning lyfta fram och medvetandegöra barnets upplevelser genom att ställa frågor om hur barnen i sin skolmiljö kan följa en omvårdnadsplan. Informera föräldrar om vikten av deras stöd för att fullfölja en behandling och att ställa frågor om hur barnet begränsar sig i sin vardag. Dessa frågor kan också tas upp och diskuteras i kommande uroterapiutbildningar och det kan också leda till att göra en empirisk studie i framtiden.

LITTERATURFÖRTECKNING

- Boisclair- Fahey A. (2009). *Can individualized health care plans help increase continence in children with dysfunktional elimination syndrome?* Journal of school nursing, 25: 333-341.
- Bower WF. (2008). *Self-reported effect of childhood incontinence on quality of life.* Journal of Wound, ostomy and continence nursing, 35: 617-621.
- Collier, J., Butler, R.J., Redsell, S.A., Evans, J.H.C. (2001). *An investigation of impact of nocturnal enuresis on children's self-concept.* Scandinavian journal of urology, 36: 204-208.
- Cullberg J. (2000). *Dynamisk psykiatri i teori och praktik.* Stockholm: Natur och Kultur.
- Eenefeldt M. (1989). *Barn och föräldrar i samspel.* Stockholm: Liber utbildning.
- Faresjö och Åkerlind. (2005). *Kan man vara sjuk och ändå ha hälsan?* Lund: Studentlitteratur.
- Friberg F. (2006). *Dags för uppstas- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* Lund: Studentlitteratur.
- Gladh, G., Eldh, M. (2006). *Quality of life in neurologically healthy children with urge incontinence.* Acta paediatrica, 95: 1648-1652
- Hägglöf, B., Andren, O., Bergström, E., Marklund, L., Wedelius, M., (1998). *Self-esteem in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence: improvement of self-esteem after treatment.* European urology, 83: 16-19.
- Hallström I, Lindberg T. (2009). *Pediatrisk omvårdnad.* Stockholm: Liber utbildning.
- Hellström A-L. (2006). *Uroterapi.* Lund: Studentlitteratur.
- Hjämås K. (1997). *Sängvätning och annan urininkontinens hos barn.* Lund: Studentlitteratur.
- Kihlgren A. (2000) *Sjuksköterskan, ledare inom omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur.
- King I. (1980). *Theory for Nursing.* New York: John Wiley Sons Inc.
- Kirkevold M. (2003) *Familjen i ett hälso och sjukdomsperspektiv* Stockholm: Liber utbildning
- Lindström B. (1994) *The essence of existence. On the quality of life of children in the Nordic countries.* Göteborgs universitet
- Lundblad B. (2009). *Skall jag gå eller är det bättre att jag väntar?* Göteborgs universitet.
- Lundblad, B. Berg, M., Hellström, A-L. (2006). *Experiences of children treating functional bladder disturbances on schooldays.* Journal of pediatric urology, 3: 189-193.
- McKillop A., MacKay, B., Scobie, N. (2003). *A programme for children with nocturnal enuresis.* Nursing standard, 17: 33-38.

Natale, N., Kuhn, S., Simer, S., Stöckle, M., Von Gontard, A., (2009). *Quality of life and self-esteem for children with urinary urge and voiding postponement incontinence*. The journal of urology, 182: 692-698.

Nationalencyklopedin. Hämtat från www.ne.se/självkänsla. 110220

Remble A. *Barnets rättigheter i samhällets skyldigheter*.(1992) Stockholm: Wahlström och Widestånd i samarbete med Rädda Barnen

Robinson, J.C., Butler, R.J., Holland, P., Dorerty-Williams, D. (2002). *Self-construing in children with primary monosymtomatic enuresis*. Scandinavian journal of urology nephrology, 37: 124-128.

Socialstyrelsen.(2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtat från www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1

Thenius, M., Van Hoecke, E., Paesbrugge, S., Hobeke, P., Vande Walle, J. (2001). *Self-image and preformance in children with monosymtomatic enuresis*. European urology, 41: 660-667.

Thorsen H. (1995). *Omvårdnads modeller, människosyn och etik*. Stockholm: Liber utbildning.

World Health Organisation. Hämtat från www.who.int 110220

Wright L.(2002). *Familjefokuserad omvårdnand*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Sökord och antal vetenskapliga artiklar som framkommit vid litteratursökningen

datum	databas	sökord	begränsningar	träffar	granskade	Anv. artikel ref.nr
2/3-10	Pubmed	children, quality of life, self-esteem, urin incontinence	Peer reviewed, research artikel, abstract available	11	5	17,18,19
3/3-10	Pubmed	experiences, children, urin incontinence	Peer reviewed, research artikel, abstract available	82	10	21
4/3-10	Cinahl	children, urin incontinence	Peer reviewed, research artikel, abstract available	22	4	22
3/4-10	Pubmed	children, enuresis, self-esteem	Peer reviewed, research artikel, abstract available	38	10	23,24,25
3/8-10	Pubmed	Children, Enuresis, Self-esteem,	Peer reviewed, research artikel, abstract available	18	4	26
16/8-10	Psykinfo	Children, Self-esteem, incontinence	Peer reviewed, research artikel, abstract available	24	3	0

Bilaga 2

Artikelgranskning

Referensnummer: 17

Författare: Natale.N, Kuhn.S, Siemer. S, Stöckle.M, Von Gontard. A

Titel: Quality of life and self-esteem for children with urinary urge incontinence and voiding postponement

Tidskrift: The journal of urology

År: 2009

Land: Tyskland

Syfte: Att ta reda på om barn med OAB har sämre livskvalitet och självkänsla än en kontrollgrupp

Metod: Kvantitativ. Två olika självskattningsskalor för livskvalitet och självkänsla.

Urval: Konsekutiv urval av 50 barn 5-13 år med OAB och normalbegåvning som besökt författarnas_klinik

Antal referenser: 24

Referensnummer: 18

Författare: Bower. WF

Titel: Self-reported effect of childhood incontinence on quality of life

Tidskrift: Journal of wound, ostomy and continence nursing

År: 2008

Land: Hong Kong

Syfte: Att få förståelse för barns upplevelse av inkontinensens aspekter på deras liv för att senare kunna utforma en inkontinens specifik pediatrik livskvalitet skala.

Metod: Kvantitativ. Ett 28 punkters frågeformulär på livskvalitet

Urval: 156 barn från 10 olika länder med urininkontinens som var behandlande på klinik.

Antal referenser: 14

Referensnummer: 19

Författare: Gladh. G, Eldh. M, Mattsson. S

Titel: Quality of life in neurologically healthy children with urge incontinence

Tidskrift: Acta Paediatrica

År: 2006

Land: Sverige

Syfte: Att undersöka om barn med urininkontinens har sämre livskvalitet än en kontrollgrupp

Metod: Kvantitativ. Barnen har skattat sig själva på en livskvalitet skala

Urval: 359 neurologiskt friska skolbarn 6-16 som efter ett frågeformulär blev upp delade till 120 barn med inkontinens och 239 barn utan.

Antal referenser: 21

Referensnummer: 20

Författare: Hägglöf. B, Andren. O, Bergström. E, Marklund. L, Wedelius. M

Titel: Self-esteem in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence: Improvement of self-esteem after treatment

Tidskrift: European Urology

År: 1998

Land: Sverige

Syfte: Att studera självkänsla hos barn med inkontinens och analysera skillnaderna i självkänsla i förhållande till typ av urininkontinens, ålder, kön och social klass för att utvärdera effekten av behandling på självkänslan

Metod: Kvantitativ med hjälp av en självskattnings skala

Urval: Frågeformulär till 130 skolbarn var av 66 inkluderades som inkontinenta och en kontrollgrupp på 64 barn

Antal referenser: 20

Referensnummer: 21

Författare: Lundblad. B, Berg. M, Hellström. A-L

Titel: Experiences of children treating functional bladder disturbances on schooldays

Tidskrift: Journal of pediatric urology

År: 2006

Land: Sverige

Syfte: Beskriva barns erfarenheter i skolan under behandling av urininkontinens

Metod: Kvalitativ. Ostrukturerade intervjuer

Urval: 20 barn i grundskolan som går i uroterapibehandling för urininkontinens

Antal referenser: 20

Referensnummer: 22

Författare: Boisclair- Fahey .A.

Titel: Can individualized health care plans help increase continence in children with dysfunctional elimination syndrome?

Tidskrift: The journal of school nursing

År: 2009

Land: USA

Syfte: Att identifiera vägar för inkontinenta barn för att få stöd i deras omvårdnadsplan i skolan

Metod: Barn mellan 8-18 år med urininkontinens från pediatrik urologklinik.

Urval: 17 barn med urininkontinens

Antal referenser: 18

Referensnummer: 23

Författare: Robinson. J.C, Butler. R:J, Holland. P, Doherty-Williams. D

Titel: Self-construing in children with primary monosymtomatic nocturnal enuresis

Tidskrift: Scandinavian Journal urology nephrology

År: 2002

Land: Storbritannien

Syfte: Att mäta självuppfattning hos en väldefinierad grupp barn med enures jämfört med en kontrollgrupp

Metod: Kvantitativ. Tre olika självskattningsskalor.

Urval: 25 barn mellan 7-16 år för övrigt friska med bara enures från uroterapi klinik. 25 friska barn från grundskola utan enures som kontrollgrupp

Antal referenser: 33

Referensnummer: 24

Författare: Theunis. M, Van Hoecke. E, Paesbrugge. S, Hobeke. P, Vande Walle. J

Titel: Self-image and performance in children with nocturnal enuresis.

Tidskrift: European urology

År: 2002

Land: Belgien

Syfte: Att med barn med enures studera: 1 Självbild och förmåga i olika livssituationer. 2. Skillnader i ålder, kön, kliniska symtom vad gäller självkänsla. 3. Utvärdera effekten på självkänslan vid lyckad behandling.

Metod: Kvantitativ. En självskattningsskala med 36 punkter

Urval: 50 barn från uroterapi klinik med terapiresistent enures.

Antal referenser: 12

Referensnummer: 25

Författare: Collier. J, Butler.R.J, Redsell. S.A, Evans.J.H.C.

Titel: An Investigation of the impact of nocturnal enuresis on childrens´ self-concept

Tidskrift: Scandinavian journal of urology

År: 2001

Land: Storbritannien

Syfte: Att utvärdera sambandet mellan självbild och självkänsla hos barn med enures.

Metod: Kvantitativ. 114 barn fick skatta sig själva med två olika skattningsskalor en för självbild och en för självkänsla.

Urval: 114 barn ifrån 15 olika enureskliniker i Storbritannien

Antal referenser: 29

Referensnummer: 26

Författare: Mc Killop A., MacKay, B., Scobie, N.,

Titel: A programme for children with nocturnal enuresis

Tidskrift: Nursing standard

År: 2003

Land: New Zealand

Syfte: Att beskriva och utvärdera av sjuksköterskestyrt enures behandling

Metod: Kvantitativ och kvalitativ. Sökt siffror i 30 enures barns journaler samt ostrukturerade intervjuer med 7 av dessa samt ostrukturerade intervjuer med 6 av behandlande sjuksköterskor

Urval: 30 barn som behövt behandling för enures på en klinik på New Zealand

Antal referenser: 42