



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Examinerat och godkänt: 2025-04-03

Att leva med urininkontinens: Kvinnors upplevelser och perspektiv

Living with urinary incontinence: Women's experiences and perspectives

Författare: Masumah Alimadad och Dhuha Hussein

Handledare: Richard Ahlsrød, Adjunkt

Examinerande lärare: Maria Gottvall, Docent

Røda Korsets Högskola

Besöksadress: Hålsövägen 11C, 141 57 Huddinge | Postadress: Røda Korsets Högskola, Box 1059, 141 21 Huddinge
Telefon: 08 – 587 516 00 | E-post: info@rkh.se | www.rkh.se

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Urininkontinens är ett vanligt, men ofta tabubelagt, tillstånd som påverkar både fysisk och psykisk hälsa. Det kan orsakas av försvagad bäckenbotten, neurologiska sjukdomar eller andra medicinska tillstånd. Sjuksköterskan spelar en viktig roll i att identifiera problem, ge stöd och informera om behandlingsalternativ som bäckenbottenträning, livsstilsförändringar och medicinska åtgärder. Ökad medvetenhet och en trygg vårdmiljö kan förbättra livskvaliteten för drabbade.

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

Metod: En allmän litteraturstudie genomfördes som endast inkluderade vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. Databaser som användes för att söka artiklar var i CINAHL och PubMed. Artiklarna analyserades med tematisk analys.

Resultat: Fyra huvudteman identifierades: emotionella och psykologiska konsekvenser, sociala och relationella begränsningar, praktiska och fysiska anpassningar samt bristande kunskap och stöd från vården.

Slutsats: Att leva med urininkontinens påverkar kvinnor fysiskt, psykiskt och socialt, ofta med skam och isolering som följd. Brist på stöd från vården försvårar möjligheten att söka hjälp. En personcentrerad vård med ökad medvetenhet och information kan minska stigma och förbättra livskvaliteten. Framtida forskning bör fokusera på individanpassat stöd och digitala lösningar.

Nyckelord: Kvalitativ, kvinnor, upplevelse och urininkontinens.

ABSTRACT

Background: Urinary incontinence is a common but often taboo condition that affects both physical and mental health. It can be caused by weakened pelvic floor muscles, neurological diseases, or other medical conditions. Nurses play a crucial role in identifying problems, providing support, and informing patients about treatment options such as pelvic floor training, lifestyle changes, and medical interventions. Increased awareness and a safe healthcare environment can improve the quality of life for those affected.

Aim: The aim was to highlight women's experiences of living with urinary incontinence.

Method: A general literature review was conducted, including only scientific articles with a qualitative approach. The databases used for article searches were CINAHL and PubMed. The articles were analyzed using thematic analysis.

Results: Four main themes were identified: emotional and psychological consequences, social and relational limitations, practical and physical adaptations, and lack of knowledge and support from healthcare services.

Conclusion: Living with urinary incontinence affects women physically, psychologically, and socially, often leading to shame and isolation. A lack of support from healthcare services makes seeking help more difficult. Person-centered care with increased awareness and information can reduce stigma and improve quality of life. Future research should focus on individualized support and digital solutions.

Keywords: Qualitative, women, experience, and urinary incontinence

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	3
INTRODUKTION	3
BAKGRUND	4
Urininkontinens	4
Prevalens	4
Olika typer	4
Utredning	5
Behandling av urininkontinens	5
Icke-medicinska behandlingar	5
Medicinska behandlingar	6
Sjuksköterskans stöd och omvårdnadsroll	6
Egenvård och livsstilsförändringar	7
Bärande begrepp	9
Personcentrerad vård	9
Lidande	9
Problemformulering	11
SYFTE	12
METOD	13
Design	13
Urval	13
Datainsamling	14
Dataanalys	15
Etiska aspekter	17
RESULTAT	18
Emotionella och psykologiska konsekvenser av urininkontinens	19
Sociala och relationella begränsningar	19
Praktiska och fysiska anpassningar i vardagen	20
Brist på kunskap och stöd från vården	21
DISKUSSION	23
Metoddiskussion	23

Trovärdighet	23
Pålitlighet	23
Verifierbarhet	24
Överförbarhet	24
Autenticitet	24
Resultatdiskussion	25
SLUTSATSER	28
REFERENSER	29
BILAGOR	33

INTRODUKTION

Inom omvårdnad utgör patienters upplevelser en central aspekt för att främja personcentrerad vård och förbättra hälsoutfall. Ett område där patienters upplevelser har stor betydelse är hanteringen av inkontinens, ett vanligt tillstånd som drabbar miljontals människor globalt. Urininkontinens kan ha en betydande inverkan på livskvalitet, självkänsla och sociala interaktioner, vilket gör det angeläget att utforska och förstå de upplevelser som är förknippade med detta tillstånd. Motivet till detta examensarbete bottnar i en önskan att bidra till ökad kunskap om kvinnors upplevelser av att leva med urininkontinens. Att förstå hur kvinnor upplever att leva med urininkontinens och varför det ofta är ett ämne som undviks i samtal är avgörande för att kunna förbättra omvårdnaden. Genom att belysa kvinnors upplevelser och fördjupa sjuksköterskors förståelse för deras livssituation kan vården bli mer empatisk och individanpassad. Detta kan leda till ett ökat fokus på kvinnors specifika behov och välbefinnande, vilket i sin tur stärker kvaliteten på den vård som erbjuds.

BAKGRUND

Urininkontinens

Urininkontinens definieras som ett ofrivilligt urinläckage som är objektivt påvisbart och som leder till sociala eller hygieniska problem för den drabbade individen (SBU, 2002). Enligt Socialstyrelsen (2016) används begreppet blåsdysfunktion för att beskriva olika problem relaterade till urinvägarna. Det omfattar urinläckage och trängningar, vilka ofta förknippas med urininkontinens, samt tömningsproblem och efterdropp. Urinläckage och trängningar klassificeras som lagringsproblem, medan tömningsproblem uppstår vid hinder för blåstömning. Efterdropp avser urinläckage som inträffar efter att blåsan har tömts (Socialstyrelsen, 2016).

Aoki et al. (2017) beskrev hur urinblåsan, urinröret och urinsfinktrarna samverkar för att lagra urin vid lågt tryck och tömma den frivilligt vid lämpliga tillfällen. Blåsans vägg består av detrusormuskeln och den inre urinrörssfinktern, medan den yttre sfinktern och bäckenbottenmusklerna utgörs av tvärstrimmig muskulatur. Insidan av blåsan är täckt av urotel, vilket skyddar och möjliggör kommunikation med nervceller som styr lagring och tömning. Lagringsfasen kontrolleras av det sympatiska nervsystemet, medan tömningsfasen styrs av det parasympatiska systemet. Dessa processer regleras av det pontina-miktionscentrum som är en viktig del av hjärnstammen som koordinerar signaler från nervsystemet för att styra urineringen. Neurotransmittörer som acetylkolin och noradrenalin är involverade i denna reglering. En frisk vuxen tömmer blåsan cirka sju gånger per dag, med en volym på 250–300 ml per gång och en maximal tolerans på cirka 500 ml (Aoki et al., 2017).

Prevalens

Urininkontinens är ett betydande folkhälsoproblem. Globalt uppskattas över 50 miljoner människor uppleva urinläckage minst en gång i veckan (Socialstyrelsen, 2016). Studier rapporterade att 25–45 procent av alla kvinnor upplevde någon grad av urininkontinens, medan 7–37 procent av kvinnor i åldern 20–39 år rapporterade besvär. För kvinnor över 60 år lider mellan 9–39 procent av dagliga problem. Bland män är förekomsten hälften så hög som hos kvinnor, där 11–34 procent av äldre män rapporterade urininkontinens och 2–11 procent lider av dagliga problem, ofta till följd av kirurgi för prostatasjukdom. Barn drabbas också av urininkontinens, särskilt i form av nattlig sömngvättning. Ungefär 10 procent av sjuåringar, 3 procent av 11–12-åringar och 1 procent av 16–17-åringar är inte torra på natten (Buckley et al., 2009). I Sverige drabbas mellan 30 och 40 procent av befolkningen över 65 år, vilket motsvarar cirka 530 000 personer (Socialstyrelsen, 2016).

Olika typer

Farrelly och Renström Koskela (2024) förklarade att det finns olika typer av urininkontinens. Ansträngningsinkontinens uppstår vid ökat buktryck, exempelvis vid hosta, hopp eller tunga lyft, och är den vanligaste formen av inkontinens hos yngre och medelålders kvinnor. Den orsakas ofta av

bristande stöd från bäckenbotten kring urinrör och blåsa samt svaghet i ligament, muskler eller urinrörets slutmuskel. Riskfaktorer för att drabbas av ansträngningsinkontinens inkluderar övervikt, graviditet, förlossning och stigande ålder. Förstoppning, KOL och östrogenbrist kan förvärra inkontinensproblem. Dessutom kan neurologiska sjukdomar, både medfödda och förvärvade, såsom låga ryggmärgsskador eller ryggmärgsbräck, orsaka ansträngningsläckage (Farrelly och Renström Koskela, 2024).

Enligt Farrelly och Renström Koskela (2024) kännetecknas trängningsinkontinens av urinläckage som föregås av en plötslig känsla av kissnödighet eller trängning. Det finns flera bakomliggande orsaker och varierande hälsotillstånd som kan drabba kvinnor. Urinläckaget är ofta större vid trängningsinkontinens än vid ansträngningsinkontinens, och nattligt läckage är vanligt. Kvinnor kan drabbas av symtomen redan i yngre åldrar, men vid 75 års ålder är tillståndet ungefär lika vanligt hos män som hos kvinnor. Trängningar och trängningsinkontinens kan utlösas av en rad olika bakomliggande tillstånd.

Blandinkontinens innebär en kombination av både ansträngnings- och trängningsinkontinens. Överrinningsinkontinens uppstår när urinblåsan blir överfull på grund av oförmåga att tömma den helt, vilket leder till ansamling av resturin. Tillståndet kan också bero på övertänjning av blåsan, nervskador eller försämrad nervstyrning av blåsmuskulaturen, vilket är vanligt vid diabetes, ryggmärgsskador eller diskbräck i ländryggen (Farrelly och Renström Koskela, 2024).

Utredning

Enligt Hu och Pierre (2019) bör den inledande utvärderingen av urininkontinens omfatta en bedömning av huruvida tillståndet är övergående eller kroniskt, samt en fastställning av inkontinensstyp. Dessutom bör varningstecken som kan kräva remiss till specialist, såsom betydande bäckenorganprolaps eller misstanke om fistel, identifieras. Verktyg som kan användas vid den initiala utvärderingen inkluderar inkontinensscreeningformulär, en tre dagars tömningsdagbok, hostprovokationstest och mätning av kvarvarande urin efter tömning.

Behandling av urininkontinens

Icke-medicinska behandlingar

För att säkerställa god vård bör behandlingen följa ett stegvis tillvägagångssätt anpassat efter den specifika typen av inkontinens. För alla typer av urininkontinens rekommenderas i första hand bäckenbottenträning och livsstilsförändringar som anpassat vätskeintag, rökstopp och viktminskning. Behandlingen inleds oftast med icke-medicinska åtgärder och kan vid behov utökas till att omfatta fysiska hjälpmedel och läkemedel, med kirurgiska ingrepp som sista alternativ. Blåsträning kan användas som behandling vid trängningsläckage. Målet är att öka urinblåsevolymen och minska behovet av frekventa toalettbesök, vilket kan minska trängningarna och öka tryggheten (Socialstyrelsen, 2016, s. 21). För bästa resultat bör blåsträning kombineras med bäckenbottenträning. Bäckenbottenträning kan ge förbättring hos 60–70 % av kvinnor med måttlig

ansträngningsinkontinens, och långtidsstudier visar att effekten kan bibehållas med underhållsträning. Vissa studier indikerade även positiva resultat vid bland- och trängningsinkontinens. Dessutom har träning med vaginala vikter visats kunna förstärka effekten av bäckenbottenträning hos vissa kvinnor (SBU, 2002). Vidare visade studien en betydande förbättring av urininkontinenssymtom samt en ökad bäckenbottenmuskelstyrka i gruppen som genomförde bäckenbottenträning, jämfört med kontrollgruppen. Dessutom observerades en signifikant minskning av symtomen hos de patienter som uppnådde en muskelstyrka motsvarande grad 5 och fortsatte med träningen (Tuson et al. 2015). Detta rekommenderas ofta efter förlossning och bör genomföras regelbundet för att generera god effekt. För bästa resultat bör en fysioterapeut eller uroterapeut ge instruktioner för att säkerställa att rätt muskler aktiveras. Bäckenbottenträning stärker både slutmuskeln och stöd muskulaturen i bäckenbotten, vilket förbättrar blåskontrollen (Stenzelius, 2019, s. 633). När de icke-medicinska behandlingsmetoderna inte ger tillräcklig effekt och urinläckage kvarstår, kan användning av absorberande och uppsamlade produkter bli nödvändig. Enligt Socialstyrelsen (2016) ska dessa hjälpmedel inte ersätta regelbundna toalettbesök utan ses som ett komplement för att förbättra patientens komfort och livskvalitet (Socialstyrelsen, 2016, s. 23). Under utredningstiden bör patienter med urininkontinens erbjudas individuellt anpassade hjälpmedel utifrån sina specifika behov.

Medicinska behandlingar

Om de icke-medicinska åtgärderna inte ger tillräcklig effekt kan medicinska behandlingar bli aktuella. För trängningsinkontinens kan läkemedel som antimuskarina medel och mirabegron användas för att lindra symtomen. Det finns dock inga godkända läkemedel för behandling av ansträngningsinkontinens. För patienter med svårbehandlade symtom och vid behov av mer avancerad behandling kan olika alternativ övervägas. Mekaniska hjälpmedel kan användas för att underlätta urinblåsans funktion och bidra till att minska inkontinenssymtom. Injektioner av fyllnadsmedel kan också användas för att stärka eller förbättra urinblåsans funktion och kapacitet. För trängningsinkontinens kan onabotulinumtoxin A-injektioner vara aktuella, vilket påverkar muskelfunktionen i blåsan. Neuromodulering är en annan behandlingsmetod som syftar till att påverka nervsystemets signaler till blåsan för att förbättra dess funktion. Vid strukturella problem som orsakar inkontinens, såsom prolaps eller andra anatomiska störningar, kan kirurgiska ingrepp som slyngoperationer eller uretropex övervägas för att korrigera dessa problem (Hu och Pierre, 2019). Dessa medicinska behandlingar används när icke-medicinska åtgärder inte är tillräckliga eller när symtomen är svåra att hantera med enklare metoder.

Sjuksköterskans stöd och omvårdningsroll

Sjuksköterskan har en central roll i att leda och genomföra omvårdnadsarbetet, vilket innefattar bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering av vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Eftersom urinvägssymtom är vanliga i alla åldrar men kan yttra sig på olika sätt, är det viktigt att vårdpersonal inom alla delar av vården har grundläggande kunskap om urinvägarnas funktion och eventuella störningar. Denna kunskap gör det möjligt att ge rätt stöd och råd till patienter som behöver hjälp samt att säkerställa god omvårdnad för dem som inte själva kan hantera urinutsöndringen (Stenzelius, 2019, s. 637) Sjuksköterskor som arbetar med patienter med

urininkontinens är främst verksamma inom primärvården och äldrevården. Inom äldrevården är urininkontinens vanligt och förekommer ofta tillsammans med andra sjukdomar. Inom primärvården utreds och behandlas urininkontinens huvudsakligen med läkemedel, bäckenbottenträning och blåsträning. Utöver dessa behandlingar ingår även information, rådgivning och utprovning av hjälpmedel, ofta enligt etablerade vårdprogram. Utvärderingar av dessa insatser visar att två tredjedelar av kvinnorna upplever en förbättring av sina symtom, och efter fem år är de flesta fortsatt nöjda, även om behovet av hjälpmedel har ökat något (SBU, 2002). Forskning visade att rådgivning och stöd kring beteende och livsstil, lett av specialutbildade sjuksköterskor inom inkontinens, effektivt minskade både frekvensen av urinläckage och behovet av inkontinensskydd. Patienter som fick denna individanpassade vägledning upplevde en tydligare förbättring jämfört med dem som endast fick sedvanlig vård (Borrie et al., 2002).

Trots att effektiva behandlingsmetoder finns, ser många kvinnor urininkontinens som en naturlig följd av graviditet, förlossning eller åldrande och förväntar sig att besvären ska försvinna av sig själva. Denna uppfattning leder ofta till att de inte söker professionell hjälp. Dessutom diskuteras tillståndet sällan inom vården, vilket kan bidra till att missuppfattningar sprids via vårdpersonal, vänner eller information på internet (Moosdroff-Steinhauser et al., 2023). Vid denna situation spelar sjuksköterskan en avgörande roll genom att aktivt lyfta ämnet och informera patienten om vad som är en normal del av återhämtningen och vad som kan vara tecken på avvikelser. Genom ett stödjande och uppmuntrande förhållningssätt kan sjuksköterskan skapa en trygg vårdmiljö där patienten känner sig bekväm att dela med sig av sina besvär. Denna trygghet och delaktighet är avgörande för att patienten ska kunna hantera en förändrad eller nedsatt kroppsfunction på ett sätt som främjar både hälsa och livskvalitet (Stenzelius, 2019, s. 616).

För att säkerställa god och säker vård krävs även samverkan i team, där olika professioner, patienter och närstående bidrar med sina kompetenser. Genom teamets arbete skapas stabilitet, samspel och en bättre förståelse för patientens behov, vilket leder till förbättrade vårdresultat. Sjuksköterskan har också en viktig roll i att stärka patientens egenvård genom digitala lösningar och utbildningsinsatser, vilket gör det möjligt för patienten att aktivt delta i sin vård och fatta välgrundade beslut. Slutligen är sjuksköterskan en nyckelperson i att främja både patienters och närståendes delaktighet i patientsäkerhetsarbetet. Genom att ge stöd och vägledning samt skapa en vård där patientens röst blir hörd kan sjuksköterskan bidra till ökad hälsa, trygghet och en mer kvalitativ vårdupplevelse (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

Egenvård och livsstilsförändringar

För att hantera urininkontinens och förbättra blåsfunktionen spelar både egenvård och livsstilsförändringar en central roll. Soliman et al. (2023) betonade att egenvårdsinsatser kan vara en värdefull del av behandlingen för kvinnor med urininkontinens. Forskning visade att kvinnor som ägnar sig åt egenvårdsåtgärder ofta förbättrade sina egenvårdsrutiner, får bättre kontroll över urinblåsan och upplevde en minskning av symtomens svårighetsgrad jämfört med dem som inte gör det. Genom att genomföra förebyggande åtgärder och göra hälsosamma förändringar i vardagen kan symtom lindras och livskvaliteten förbättras. Hu och Pierre (2019) beskrev att livsstilsförändringar

som minskning av koffeinhaltiga och kolsyrade drycker, rökavvänjning, regelbunden måttlig fysisk aktivitet samt viktnedgång för patienter som är överviktiga eller feta, är alla viktiga åtgärder för att hantera urininkontinens (Hu och Pierre, 2019). Dessa förändringar kan hjälpa till att minska trycket på urinblåsan och förbättra dess funktion. Socialstyrelsen (2016, s. 12) betonade att förebyggande insatser kan minska problem och komplikationer relaterade till blåsfunktionen, och i vissa fall kan besvären helt försvinna. Trots att mycket av denna kunskap bygger på erfarenhet, finns det flera beprövade åtgärder som bidrar till förbättrad hälsa och välbefinnande. Regelbundna toalettbesök och ett anpassat schema för blåstömning kan underlätta för patienten och ge stöd i vardagen. En anpassad miljö med god belysning, stödhandtag och tydlig skyltning ökar självständigheten och tryggheten. En lugn och ostörd miljö vid toalettbesök kan förbättra upplevelsen, och en ergonomisk sittställning underlättar blåstömning och ökar komforten. En metod som ibland kan vara användbar för att säkerställa fullständig blåstömning är så kallad dubbel kissning, där en avslappnad sittställning underlättar tömningen, eller genom att byta sittställning eller stå upp för att sedan sätta sig igen och försöka tömma blåsan helt. Regelbunden rörelseträning och stärkande övningar bidrar till god muskelkontroll och kroppslig balans. Att förebygga förstoppning är också viktigt, eftersom det kan påverka den allmänna hälsan och välbefinnandet negativt. God personlig hygien minskar risken för infektioner och stödjer långsiktigt välmående. Kläder som är enkla att hantera kan öka självständigheten och förenkla vardagen. Tillsammans kan dessa åtgärder bidra till en bättre livskvalitet och ett ökat välbefinnande (Socialstyrelsen, 2016, s. 12).

Bärande begrepp

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är en grundläggande princip där patienten ses som en unik individ med egna behov, resurser och värderingar. Genom att arbeta personcentrerat och lyfta fram patientens individuella behov och önskemål kan sjuksköterskan bidra till en mer jämlik vård. Sjuksköterskan och patienten skapar tillsammans en vårdplan som är både säker och effektiv, där patienten ges möjlighet att påverka sin egen behandling (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Friberg och Öhlén (2019, s. 327–333) förklarade att personcentrerad vård innebär att sätta personen i centrum och tillgodose patientens behov utifrån fysiska, psykiska, sociala och existentiella perspektiv. Det handlar om att respektera, lyssna och förstå samt bekräfta personens egna upplevelser, vilket skapar en vård som främjar hälsa på ett mer effektivt och meningsfullt sätt. Centrala principer i personcentrerad vård är att bemöta patienten med empati, respekt och integritet samt att erbjuda en strukturerad och individuellt anpassad vård och behandling. En viktig aspekt är att patienten ses som en aktiv medskapare i sin vård snarare än en passiv mottagare. Det innebär att vårdpersonalen ska ge utrymme för patientens berättelse, identifiera individens resurser och behov samt utforma vården i samverkan med patienten. Genom att möjliggöra delaktighet, erbjuda relevant information och stödja patientens beslutsfattande stärks både självbestämmande och välbefinnande. Detta tillvägagångssätt bidrar till en mer sammanhållen, trygg och kvalitativ vård där patientens hela livssituation beaktas (Friberg och Öhlén, 2019, s. 327–333). Den personcentrerade vårdens principer är särskilt viktiga vid urininkontinens, där symtomen kan påverka livskvaliteten men där patientens delaktighet är avgörande. Eftersom valet av behandling ofta styrs av individuella preferenser (Paudel och Lane, 2022), är det av stor betydelse att sjuksköterskan arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Genom att lyssna på patientens berättelse, identifiera dennes behov och resurser samt utforma vården i samverkan, kan en vårdplan skapas som är både säker och anpassad efter individen. Detta bidrar till att patienten får en ökad möjlighet att påverka sin egen behandling och därmed uppnå en bättre livskvalitet. Personcentrerad vård ger därmed förutsättningar för en mer jämlik och kvalitativ vård där patientens perspektiv och önskemål står i centrum (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

Lidande

Enligt Wiklund Gustin (2019, s. 409–437) är lidande en central del av människans liv och påverkar både fysiska och psykiska aspekter. Lidande kan upplevas individuellt eller förstås i ett bredare samhällsligt perspektiv och sträcker sig bortom sjukdom och smärta till att även omfatta existentiella frågor om livets mening, döden och människans plats i världen. I vissa fall kan lidandet leda till personlig utveckling genom ökad självinsikt och en djupare förståelse för relationer till omgivningen. Stress och känslor av passivitet kan förvärra lidandet, medan trygghet och gemenskap har en lindrande effekt. Ur ett psykologiskt och socialt perspektiv kan utanförskap fördjupa lidandet, medan delaktighet och bekräftelse minskar det. Detta synsätt på lidande, där både de fysiska, psykiska och existentiella dimensionerna beaktas, är centralt för att förstå och lindra lidande (Wiklund Gustin, 2019, s. 409–437). Enligt Eriksson (2015) är lidande en central aspekt inom omvårdnadsteorin och en ofrånkomlig del av hälsan. Att lindra lidande ses som ett av vårdens mest grundläggande mål. Lidande innebär en dynamisk process där individen både kan känna hopp och hopplöshet, där hoppet uppstår genom en ömsesidig interaktion av att ge och ta emot stöd. Genom att uppleva lidande kan individen även finna sätt att hantera och övervinna det. Inom vården utgör lindring av lidande en stor utmaning och delas in i tre huvudtyper: sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande uppkommer i samband med sjukdom och medicinsk behandling, där smärta kan vara en central del och leda till en känsla av att förlora sin själsliga och andliga livskraft. Psykiskt och existentiellt lidande kan orsakas av känslor av skam, skuld eller förnedring kopplade till sjukdomen eller vården. Vårdlidande uppstår när en patient bemöts på ett ovärdigt sätt av vårdpersonal och ses ofta som ett onödigt lidande. Livslidande relaterar till individens bredare livssituation vid sjukdom, där känslor av skam och rädsla för omgivningens reaktioner kan påverka upplevelsen. Dessa typer av lidande kan ha sitt ursprung i patientens egna erfarenheter, vårdpersonalens agerande eller den sociala kontexten (Eriksson, 2015). För kvinnor med urininkontinens omfattar lidandet både kroppsliga och existentiella dimensioner, där individens inre upplevelse av smärta eller förlust är central. Detta lidande fördjupas ofta av brist på förståelse och en känsla av att inte bli tagen på allvar. Därför är det avgörande att vårdpersonal är uppmärksam på de dolda och subjektiva aspekterna av lidandet. Genom att skapa en trygg och tillåtande miljö, där patientens upplevelser bekräftas, kan sjuksköterskan minska känslan av ensamhet och lindra lidandet. Ett individanpassat omhändertagande, som beaktar både fysiska och psykosociala aspekter, är avgörande för att förbättra livskvaliteten för kvinnor med urininkontinens (Wiklund Gustin, 2019, s. 409–437).

Problemformulering

Urininkontinens är ett vanligt hälsoproblem som omfattar olika typer av blåsdysfunktion, såsom ansträngnings-, trängnings-, bland- och överrinningsinkontinens. Tillståndet påverkar miljontals människor globalt och är särskilt utbrett bland kvinnor, där prevalensen ökar med stigande ålder. Trots dess höga förekomst normaliseras urininkontinens ofta, delvis på grund av dess koppling till riskfaktorer såsom graviditet, förlossning och åldrande. Diagnostik och behandling av urininkontinens bör anpassas efter individens behov och inkludera både icke-medicinska och medicinska insatser. Trots tillgången till effektiva behandlingsmetoder får tillståndet ofta begränsad uppmärksamhet inom vården, vilket kan leda till negativa konsekvenser. Sjuksköterskan har en central roll i att identifiera, stödja och vägleda patienter med urininkontinens genom att skapa en trygg vårdmiljö där patientens röst blir hörd. Personcentrerad vård är särskilt viktig i detta sammanhang, då den stärker kvinnors delaktighet i beslutsfattandet och bidrar till en mer individanpassad vård. Eftersom urininkontinens kan påverka livskvaliteten vilket orsakar stora påfrestningar är det viktigt att belysa kvinnors egna upplevelser av att leva med tillståndet för att förbättra vårdens bemötande och stöd.

SYFTE

Syftet var att kvalitetsgranska och syntetisera kvalitativ forskning om kvinnors upplevelser av att leva med urininkontinens.

METOD

Design

Denna studie syftade till att belysa kvinnors upplevelser av att leva med urininkontinens genom en allmän litteraturöversikt baserad på systematiska sökningar av kvalitativa studier. En systematisk sökning möjliggör en strukturerad analys av tidigare forskning och ger en fördjupad förståelse för både upplevelser och erfarenheter (Polit & Beck, 2021, s. 54–55). Studiedesignen utgörs av en systematisk litteraturöversikt där kvalitativa studier sammanställs för att ge en bredare bild av forskningsläget. Polit och Beck (2021, s. 82) beskrev detta som en skriftlig sammanställning och bedömning av befintlig forskning inom ett specifikt ämne, vilket säkerställer en omfattande och objektiv genomgång. Genom denna metod skapas en syntes av kvalitativ forskning som ökar förståelsen för kvinnors erfarenheter av urininkontinens.

Niostegsmodellen användes som metod för att systematiskt strukturera och granska litteraturen inom det valda ämnet. I steg ett skapades ett tydligt syfte samt problemformulering för att säkerställa en strukturerad och målinriktad process (Polit & Beck, 2021, s. 84) se figur 1.

Figur 1: Niostegsmodellen (Polit & Beck, 2021, s, 84) fritt översatt till svenska av författarna

Steg 1. Klargöra syfte och problemformulering	Steg 2. Planera sökstrategin	Steg 3. Genomför sökning i databaser
Steg 4. Granska artiklar	Steg 5. Läs summering och bedöm relevansen	Steg 6. Extrahera information från studierna
Steg 7. Utvärdera artiklarnas kvalitet	Steg 8. Analysera och identifiera teman	Steg 9. Sammanställ resultatet

Urval

Urvalet av artiklar i steg två baserades på noggrant definierade urvalskriterier som säkerställde att de valda studierna var relevanta för syftet med litteraturstudien. Syftet var att undersöka kvinnors upplevelser av urininkontinens, och för att få en bred och nyanserad bild valdes studier som belyser denna upplevelse ur olika perspektiv och geografiska kontexter. Endast originalartiklar med kvalitativ design inkluderades, då denna metod gör det möjligt att fånga individers subjektiva erfarenheter och förståelse av urininkontinens. Fokus var på vuxna kvinnor över 18 år, för att bibehålla relevansen och

säkerställa att resultaten kan tillämpas på den primära målgruppen för studien. För att ge en representativ bild av kvinnors upplevelser inkluderades även studier från både utvecklade och utvecklingsländer. Detta bidrog till att bredda förståelsen för hur kulturella, sociala och ekonomiska faktorer kan påverka upplevelsen och hanteringen av urininkontinens. Tidsramen för inkludering av artiklar begränsades till publiceringar mellan 2015 och 2025, vilket garanterade att den inkluderade forskningen var aktuell och reflekterade på de senaste framstegen inom området. Endast artiklar som var vetenskapligt granskade (peer-reviewed) togs med för att säkerställa hög kvalitet och tillförlitlighet i de valda studierna. Enbart artiklar med fullständig tillgång till texten valdes för att möjliggöra en djupgående och detaljerad analys av innehållet. Detta säkerställde att alla viktiga detaljer i studierna kunde beaktas vid granskningen och tolkningen. Språkligt begränsades urvalet till artiklar på engelska och svenska för att garantera att författarna kunde genomföra en korrekt och nyanserad tolkning av resultaten. Studier som inte var relevanta för syftet, exempelvis de som enbart fokuserade på män eller barn, samt översiktsartiklar, exkluderades för att upprätthålla studiens strikt definierade fokus. Detta grundliga urval bidrog till en fördjupad och välgrundad förståelse av kvinnors upplevelser av urininkontinens.

Datainsamling

I enlighet med steg tre i Niostegsmodellen för litteraturstudier inledde författarna sökprocessen genom att identifiera relevanta nyckelord relaterade till kvinnors upplevelser av urininkontinens. Dessa nyckelord inkluderade "women" (kvinnor), "experience" (upplevelser), "urinary incontinence" (urininkontinens) och "qualitative" (kvalitativ). Författarna genomförde systematiska sökningar i bibliografiska databaser. Därför sammanställdes en lista med specifika sökord som skulle underlätta identifieringen av relevant litteratur i linje med studiens syfte. Som en del av den första fasen enligt Niostegsmodellen fokuserades det på att skapa en tydlig lista med nyckelord, såsom women, urinary incontinence, experience och qualitative. Vid utformningen av sökordslistor var det också viktigt att inkludera synonymer och relaterade termer för att säkerställa en bred och omfattande sökning (Polit & Beck, 2020, s. 88). I steg tre omfattade användningen av dessa termer i systematiska sökningar i två databaser som är särskilt relevanta för omvårdnadsforskning: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) och Medical Literature On-Line (MEDLINE), tillgänglig via PubMed. Dessa databaser erbjuder omfattande tillgång till forskning och artiklar inom hälsa och sjukvård, vilket gör dem ovärderliga för att hitta relevant litteratur inom omvårdnadsforskning och medicinsk vetenskap (Polit & Beck, 2020, s. 89). För att identifiera relevanta studier genomfördes sökningarna enligt en strukturerad strategi där de booleska operatorerna AND och OR användes. Operatoren AND användes för att avgränsa sökningen så att endast artiklar som innehöll samtliga nyckelord inkluderades, medan OR användes för att utöka sökningen genom att inkludera synonymer och relaterade termer. Exempelvis gav sökningen "Women AND urinary incontinence AND experience AND qualitative" endast träffar på studier som behandlade samtliga dessa begrepp, vilket bidrog till att filtrera bort irrelevanta artiklar och fokusera på den mest relevanta forskningen inom området (Polit & Beck, 2020, s. 89). Vid sökningarna identifierades totalt 39 artiklar i CINAHL och 44 artiklar i PubMed. Därefter genomfördes urvalsprocess där flera vetenskapliga artiklar avlägsnades och artiklar som inte överensstämde med studiens syfte exkluderades baserat på titel och sammanfattning. Efter denna process kvarstod 10 artiklar som ansågs relevanta för vidare granskning. För att säkerställa tillförlitliga resultat genomfördes individuella sökningar med samma

sökord i respektive databas, varefter resultaten jämfördes. Eftersom båda författarna fick identiska träffar bekräftades sökningarnas exakthet. En detaljerad redovisning av sökmatriser för PUBMED och CINAHL finns i bilaga II och III. Därefter handlade steg fyra om en systematisk granskning av titlar, sammanfattningar, metoder och resultat i de identifierade artiklarna för att säkerställa att de överensstämde med studiens syfte. En artikel exkluderades eftersom den huvudsakligen behandlade fysioterapeuters samarbete med patienter med urininkontinens, snarare än patienternas egna upplevelser. Steg fem bestod av en noggrann genomgång av de inkluderade artiklarna, där samtliga lästes i sin helhet vid upprepade tillfällen. För att säkerställa en korrekt förståelse av innehållet i de engelskspråkiga artiklarna användes översättningsverktyg såsom Google Translate samt lexikon. I steg sex organiserades informationen från de inkluderade artiklarna i en artikelmatris, där uppgifter såsom syfte, metod, resultat, författarnas namn och publiceringsår sammanställdes (se bilaga I). Denna struktur underlättade identifieringen av gemensamma drag och samband mellan studierna, vilket även påpekas av Polit och Beck (2021, s. 97). Forsberg (2017, s. 171) beskrev att datainsamling dokumenteras och utvecklas kontinuerligt under arbetets gång, och att de insamlade studierna organiseras i en matris med information om författare, publiceringsår, studietyp, undersökningsgrupp, syfte, metod och resultat. I steg sju genomfördes en systematisk kvalitetsgranskning av de inkluderade artiklarna med hjälp av bedömningsmallen för studier med kvalitativ metodik från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), se bilaga III. Denna mall användes för att bedöma artiklarnas trovärdighet, överförbarhet och metodologiska kvalitet. Granskningen genomfördes i flera steg. Först läste båda författarna varje artikel individuellt och bedömde dess kvalitet utifrån SBU-mallens kriterier. Därefter jämfördes bedömningarna, och eventuella skillnader i poängsättning diskuterades tills en enighet uppnåddes. Bedömningen baserades på flera faktorer, såsom tydlighet i syfte och metod, urvalets relevans, datainsamlings- och analysmetoder samt studiens trovärdighet. Artiklar som uppfyllde de flesta kvalitetskriterierna, hade en tydligt beskriven metod och där resultaten var trovärdiga och relevanta för studiens syfte bedömdes ha god kvalitet. Artiklar som hade vissa metodologiska brister, exempelvis otydlig redovisning av analysmetoder eller urval, men som ändå ansågs vara tillförlitliga och användbara i sammanhanget bedömdes ha medelhög kvalitet. Artiklar som uppvisade betydande metodologiska brister eller där det fanns tveksamheter kring resultatens trovärdighet exkluderades från analysen. Vid granskningen framkom även att kvinnor på landsbygden ofta kände att deras oro för urininkontinens avfärdades och att de hade begränsade behandlingsalternativ. Av de granskade artiklarna bedömdes två ha en medelhög kvalitativ nivå, vilket innebär att de innehöll vissa brister i metodologin men ändå ansågs bidra med värdefull information. Övriga artiklar bedömdes uppfylla kriterierna för god kvalitet. Denna systematiska granskning säkerställde att endast studier med tillräcklig vetenskaplig kvalitet inkluderades i analysen, vilket stärkte trovärdigheten i resultatet.

Dataanalys

I enlighet med steg åtta från Niostegsmodellen (Polit & Beck, 2021) har författarna analyserat samtliga artiklar med hjälp av Braun och Clarkes (2006) riktlinjer för en tematisk analys. För denna studie är tematisk analys en välgrundad metod, då den utgör en systematisk ansats inom kvalitativ forskning. Genom att möjliggöra identifiering, analys och tolkning av återkommande teman i datamaterialet bidrar metoden till en fördjupad förståelse och nya insikter inom det undersökta ämnet. Analysen genomfördes i sex steg, se figur 2. Det första steget var att författarna bekantade sig med artiklarna genom att läsa artiklarna noggrant och flera gånger för att få en helhetsbild av

innehållet. I denna studie användes en manifest metod vid den tematiska analysen, vilket innebar att författarna enbart fokuserade på det tydliga och synliga innehållet i texterna, utan att tolka underliggande meningar eller dolda betydelser i deltagarnas utsagor. Detta tillvägagångssätt möjliggjorde en mer nyanserad bild av kvinnors upplevelser av att leva med urininkontinens. Därefter i steg två skapades initiala koder, vilket innebar att meningsfulla enheter markerades och organiserades för att identifiera mönster i varje artikel, vilket gjorde det möjligt att jämföra likheter och skillnader mellan studierna. I steg tre identifierades koderna visuellt genom färgkodning, där varje artikel tilldelades en egen färg. Sedan i steg fyra granskades de identifierade koderna och grupperades i bredare teman utifrån återkommande mönster. Därefter i steg fem fastställdes och klargjordes teman och subteman som bäst representerade de centrala resultaten, *se Tabell 1*.

Slutligen i steg sex sammanställdes analysen i resultatdelen, där teman och subteman presenterades för att ge en ny helhet och skapa förståelse för ämnet. Genom denna process identifierades viktiga insikter som kan bidra till nya perspektiv och omvårdnadshandlingar inom ramen för studiens syfte.

Tabell 1: Exempel på kodifieringsprocesser

1# Urinary incontinence caused pregnant women psychological distress, including sadness, embarrassment, fear, and reluctance to share their experiences.	Känslomässig börda	Emotionella och psykologiska konsekvenser av urininkontinens
3# Women with urinary incontinence restrict their emotions, needs, and social interactions to avoid embarrassment and discomfort.	Självpålagda begränsningar	Praktiska och fysiska anpassningar i vardagen
6# Rural women felt that their concerns about urinary incontinence were dismissed, and they had limited treatment options.	Brist på vårdstöd	Brist på kunskap och stöd från vården

Figur 2. Tematisk analysmodell enligt Braun och Clarkes (2006), fritt översatt till svenska av författarna.

Steg 1. Dataöversikt och upprepad genomläsning av artiklarna	Steg 2. Upptäcka mönster och skillnader samt tilldela koder	Steg 3. Koppla koder till potentiella teman
Steg 4. Granska och justera koder i relationer till identifierade teman	Steg 5. Identifiera och fastställ slutgiltiga teman	Steg 6. Avsluta analysen och sammanställa resultaten

Etiska aspekter

Studien utgick från principerna i Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013), som innehåller etiska riktlinjer för forskning. Deklarationen omfattar fyra huvudkrav för forskningsetik, samtyckeskrav, informationskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav. Samtyckeskravet innebär att deltagarna frivilligt deltar i studien efter att ha gett sitt informerade samtycke. Informationskravet innebär att deltagarna får tydlig information om studiens syfte, metoder och eventuella risker. Konfidentialitetskrav säkerställer att deltagarnas identitet och uppgifter skyddas. Nyttjandekravet innebär att insamlade data endast används för forskningsändamål. Samtliga artiklar granskades noggrant för att säkerställa att de uppfyllde kraven i Helsingforsdeklarationen. Syftet med deklarationen är att skydda deltagarnas rättigheter samt att främja deras hälsa och välbefinnande. Alla artiklar har genomgått en etisk granskning för att säkerställa att kraven följs. Artiklarna översattes från engelska till svenska med hjälp av olika verktyg, såsom lexikon, för att minska risken för egna tolkningar och missförstånd. För att garantera att etiska standarder följdes, utvärderades varje artikel utifrån dessa kriterier. Ett grundläggande villkor för inkludering i studierna var att deltagarna i originalartiklarna hade informerats om forskningens syfte, potentiella risker och förväntade fördelar. Dessutom krävdes att de hade lämnat sitt informerade samtycke. Deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan krav på att ange en anledning (Polit & Beck, 2021).

RESULTAT

Syftet med denna studie var att undersöka kvinnors upplevelser med att leva med urininkontinens vilket påverkade deras livskvalitet. Resultatet baseras på tio originalartiklar, varav fyra från Iran (Hamid et al., 2015; Javanmardifard et al., 2022; Javanmardifard et al., 2022; Talebi et al., 2024), en från Turkiet (Aksoy et al., 2021), en från Storbritannien (Fu et al., 2023), en från USA (Klein et al., 2023), en från Norge (Mjelde et al., 2024), en från Spanien (Pintos-Díaz et al., 2019) och en från Malaysia (Yusoff, 2017). Totalt deltog 192 personer över 18 år i de inkluderade studierna. Av de inkluderade artiklarna samlade sju in data genom individuella semistrukturerade intervjuer (Aksoy et al., 2021; Fu et al., 2023; Hamid et al., 2015; Mjelde et al., 2024; Pintos-Díaz et al., 2019; Talebi et al., 2024; Yusoff, 2017), en genom ostrukturerade djupintervjuer (Javanmardifard et al., 2022), en genom strukturerade djupintervjuer (Javanmardifard et al., 2022), en genom en kombination av intervjuer och personliga brev (Pintos-Díaz et al., 2019). Flertalet av artiklarna tillämpade tematisk innehållsanalys, medan två använde konventionell innehållsanalys (Javanmardifard et al., 2022a; Javanmardifard et al., 2022b), en använde fenomenologisk hermeneutisk analys (Hamid et al., 2015) en genom en fenomenologisk hermeneutisk analys av transkriberade berättelser (Hamid et al., 2015) och en använde rammetoden (Fu et al., 2023). De inkluderade artiklarna bedömdes generellt ha hög metodologisk kvalitet, med undantag för två studier (Klein et al., 2023; Yusoff, 2017) som bedömdes ha medelhög kvalitet. Analyserade artiklarna resulterade i fyra huvudteman: emotionella och psykologiska konsekvenserna, sociala och relationella begränsningarna, praktiska och fysiska anpassningarna samt den bristande kunskapen och stödet från vården. Dessa teman ger en samlad bild av de centrala utmaningarna och erfarenheterna som beskrevs i forskningen och presenteras visuellt i figur 3 för en tydligare översikt.

Figur 3. Huvudteman

1. Emotionella och psykologiska konsekvenser av urininkontinens	2. Sociala och relationella begränsningar
3. Praktiska och fysiska anpassningar i vardagen	4. Brist på kunskap och stöd från vården

Emotionella och psykologiska konsekvenser av urininkontinens

Detta tema handlade om att urininkontinens har betydande emotionella och psykologiska konsekvenser som visade sig genom att kvinnor ständigt var oroliga för att urinläckage skulle uppstå vilket ledde till en känsla av orenhet och nedstämdhet för dem. Urininkontinens var inte bara ett fysiskt problem utan en upplevelse som djupt påverkade kvinnors emotionella och psykologiska välbefinnande. Kvinnor med UI upplevde ofta känslor av skam, sorg, stress, skuld, rädsla för förnedring, oro, osäkerhet och låg självkänsla. Dessa känslor dominerade deras vardag och ledde till en känsla av otillräcklighet och att vara "defekt", vilket underminerade deras självförtroende och livskvalitet (Hamid et al., 2015; Pintos-Díaz et al., 2019; Aksoy et al., 2021; Talebi et al., 2024; Javanmardifard et al., 2022). Kvinnor med urininkontinens upplevde en betydande påverkan på sitt emotionella välbefinnande, där skam, stress och oro var återkommande känslor. De valde ofta att dölja sitt tillstånd av rädsla för att bli dömda och kände en djup osäkerhet kring sin självbild. Många beskrev en känsla av orenhet, vilket ledde till en ökad frekvens av tvättning och en inre konflikt kring religiösa praktiker. Dessutom upplevde de en konstant rädsla för att urinläckage skulle orsaka lukt, vilket resulterade i ett beteende präglad av ständig självkontroll och ångest. Sammanfattningsvis försämrade urininkontinensen deras livskvalitet och bidrog till känslor av isolering och minskad självkänsla (Hamid et al., 2015; Pintos-Díaz et al., 2019). Urininkontinens påverkade alla aspekter av kvinnors liv och skapade en känsla av maktlöshet och förlorad kontroll. Tillståndet påverkade deras dagliga aktiviteter, från sömn och religiösa ritualer till hushållssysslor, vilket ledde till oro över att tappa greppet om sitt liv (Talebi et al., 2024). Kvinnor kämpade med att kontrollera sina urinträngningar, vilket orsakade misslyckanden, en känsla av hjälplöshet och störde deras liv, vilket i sin tur ledde till missnöje (Javanmardifard et al., 2022). Urininkontinens var starkt stigmatiserat, och kvinnor som drabbades riskerade att förlora sin sociala identitet och värdighet. Rädslan för att bli dömd eller nedvärderad gjorde att många dolde sitt tillstånd, vilket resulterade i en betydande psykologisk börda (Talebi et al., 2024). Kvinnorna levde med en ständig rädsla för sin oförmåga att kontrollera urinträngningar och för sjukdomens förvärring över tid. De var även rädda för att avslöja sin sjukdom av oro för andras negativa attityder, dömande kommentarer och potentiellt olämpliga beteenden. Därför valde många kvinnor att hålla sina problem hemliga (Javanmardifard et al., 2022; Aksoy et al., 2021). Kvinnor beskrev känslor av skam och förlägenhet kopplade till urininkontinens. Användningen av vuxenblöjor sågs som en av de mest skamfyllda aspekterna, vilket förstärkte känslan av förlust av självständighet och värdighet (Yusoff, 2017).

Sociala och relationella begränsningar

Urininkontinens påverkade kvinnornas sociala liv och relationer genom att skapa en rädsla för sociala sammanhang och ett undvikande av att delta i olika aktiviteter, vilket i sin tur ledde till att de isolerade sig. Svårigheter med att samtala med sin partner om problemen skapade distans och osäkerhet i relationen. Urininkontinens ledde till betydande självpålagda begränsningar för kvinnor, där de undertryckte glädje och undvek olika aktiviteter, såsom att dricka och äta offentligt. De avstod även från att bära åtsittande eller ljusa kläder samt från simning och sex, vilket ofta fick dem att dra sig undan sociala sammanhang av rädsla för att smutsa ner sig själva och andra. Denna rädsla för läckage ledde i sin tur till en känsla av isolering, då kvinnorna undvek sociala situationer och därmed

riskerade att bli socialt exkluderade (Hamid et al., 2015; Yusoff, 2017). Många kvinnor hade ändrat sina vanor och rutiner i flera år innan de sökte hjälp. De berättade hur de började undvika att lämna hemmet, vilket ledde till att de missade viktiga sociala och familjära aktiviteter. De avstod från att leka med sina barn eller barnbarn och slutade delta i aktiviteter som kunde orsaka läckage. Detta skapade en känsla av isolering och en försämrad livskvalitet (Mjelde et al., 2024). Kvinnors upplevelser av urininkontinens präglades ofta av känslomässiga och sociala utmaningar. Vissa kvinnor upplevde ett minskat stöd från sina makar, vilket ledde till en känsla av ensamhet och brist på förståelse i relationen. Rädsla för läckage under samlag gjorde att vissa undvek intimitet, vilket påverkade den sexuella relationen negativt. För en del förvärrades situationen ytterligare av att de möttes av hån eller brist på förståelse från sin familj eller partner, vilket ledde till skamkänslor och låg självkänsla. Dessutom begränsade många kvinnor sitt sociala liv genom att undvika sociala aktiviteter och utomhusvistelse av rädsla för att urininkontinens skulle orsaka pinsamma situationer och socialt obehag (Aksoy et al., 2021). Kvinnor som avslöjade sin urininkontinens upplevde ofta brist på stöd och empati från sina makar, vilket ledde till ensamhet och känslan av att deras problem ignoreras. Många äldre kvinnor oroade sig för att deras män skulle tappa intresset och söka sig till andra kvinnor (Talebi et al., 2024). Äldre kvinnor med urininkontinens mötte även olika sociala begränsningar, främst på grund av brist på tillgång till hygienutrymmen. Majoriteten av kvinnor klagade över att offentliga toaletter var svårtillgängliga, särskilt på vissa platser och religiösa områden, där de även saknade möjligheter att rena sig. Dessutom hade de problem med att byta kläder när de befann sig utanför hemmet. På grund av dessa brister tvingades många kvinnor begränsa sina utomhusaktiviteter och undvek att besöka platser utan tillgång till hygienutrymmen. Detta ledde till betydande begränsningar i deras sociala liv, särskilt när de befann sig utomhus eller på offentliga platser (Javanmardifard et al., 2022; Javanmardifard et al., 2021).

Praktiska och fysiska anpassningar i vardagen

Detta tema handlade om hur kvinnorna förändrade sina dagliga rutiner för att kunna hantera sitt urinläckage och för att minska risken för att obehagliga situationer skulle uppstå. Kvinnor anpassade sig aktivt till urininkontinens genom att förändra sina dagliga rutiner för att hantera både de fysiska och psykosociala konsekvenserna av tillståndet. En central strategi var att upprätthålla en hög hygiennivå, vilket innebar frekventa tvättningar för att minska känslan av smuts och lukt samt regelbundna klädbyten för att hantera upplevelsen av väta. Dessa åtgärder var inte enbart kopplade till fysiskt välbefinnande utan syftade även till att undvika potentiellt stigmatiserande situationer där andra kunde uppmärksamma läckage (Aksoy et al., 2021; Hamid et al., 2015). Användningen av inkontinensskydd var en annan vanlig strategi som gav en känsla av trygghet och säkerhet. Genom att säkerställa att kläder förblev torra och diskreta minskade risken för sociala konsekvenser av ofrivilligt urinläckage. Samtidigt kunde denna strategi påverka kvinnors självbild, särskilt om skydden upplevdes som obekväma eller otillräckliga, vilket kunde leda till en ökad känsla av osäkerhet och begränsning i vardagen (Klein et al., 2023; Pintos-Díaz et al., 2019). Planering av toalettbesök blev en integrerad del av vardagen, där kvinnor noggrant valde platser med lättillgängliga toaletter och undvek situationer där tillgången var osäker. Detta påverkade deras rörelsemönster och begränsade spontaniteten i dagliga aktiviteter (Klein et al., 2023; Pintos-Díaz et al., 2019). För att ytterligare

minimera risken för läckage begränsade vissa kvinnor sitt vätskeintag, trots att detta kunde ha negativa effekter på deras hälsa, såsom uttorkning (Aksoy et al., 2021; Fu et al., 2023). Förutom förändrade rutiner kunde urininkontinens också leda till undvikandebeteenden, där kvinnor avstod från aktiviteter som fysisk ansträngning, skratt eller hosta för att minska risken för läckage. Detta påverkade i sin tur deras livsstil och sociala deltagande negativt, då rädslan för pinsamma situationer blev en begränsande faktor i både arbetsliv och fritid (Aksoy et al., 2021; Hamid et al., 2015). För att ytterligare dölja eventuell urinlukt använde vissa kvinnor parfymer eller andra doftprodukter, vilket blev en del av deras dagliga rutin och en ytterligare strategi för att upprätthålla en känsla av kontroll och normalitet. Dessa anpassningsstrategier illustrerade kvinnors aktiva hantering av urininkontinens, där de försökte balansera sjukdomens påverkan med behovet av att leva ett så normalt liv som möjligt (Pintos-Díaz et al., 2019). Samtidigt visade forskningen att strategierna ofta innebar en kompromiss mellan välbefinnande, acceptans och trygghet. Anpassningarna kunde således ses som både en praktisk nödvändighet och en belastning, där den konstanta medvetenheten om påverkade kvinnors vardag på flera nivåer (Talebi et al., 2024).

Brist på kunskap och stöd från vården

Detta tema handlade om hur personer med urininkontinens ofta upplevde en brist på information och vägledning från vården. Bristen på kunskap och stöd från vården var ett återkommande tema i forskning om urininkontinens (UI) och hade en avgörande inverkan på kvinnors hantering av tillståndet. Många kvinnor upplevde att det var svårt att få tillgång till relevant, lättförståelig och evidensbaserad information om UI, vilket ledde till en osäkerhet kring dess orsaker, behandling och möjligheter till lindring. Denna kunskapsbrist gjorde att många inte uppmärksammade UI som ett medicinskt behandlingsbart tillstånd utan snarare såg det som en oundviklig del av åldrandet eller en vanlig konsekvens efter förlossning. Som en konsekvens av detta sökte många kvinnor aldrig professionell hjälp, trots att effektiva behandlingar fanns tillgängliga (Fu et al., 2023; Pintos et al., 2023). En bidragande orsak till denna tvekan var att UI ofta förblev ett tyst problem som kvinnor undvek att diskutera, även med vårdpersonal. Tidigare negativa erfarenheter av vårdmöten, där kvinnor inte känt sig tagna på allvar eller upplevt att deras besvär förminskades, kunde förstärka oviljan att söka hjälp. Särskilt i glesbygdsområden, där vårdtillgången var begränsad, kunde detta skapa ytterligare hinder, då långa avstånd och brist på specialiserad vård gjorde det ännu svårare att få stöd och behandling (Klein et al., 2023). I frånvaro av tillförlitlig information skapade kvinnor ofta sina egna förklaringsmodeller om UI, baserade på föreställningar, personliga erfarenheter och sociala normer snarare än medicinsk kunskap. Denna felaktiga uppfattning om tillståndet påverkade inte bara deras syn på UI utan också deras benägenhet att aktivt söka vård och använda sig av förebyggande åtgärder (Pintos-Díaz et al., 2019). Utöver den strukturella och individuella kunskapsbristen kunde även familjens roll vara avgörande. Bristfällig familjeutbildning och kulturella faktorer kunde bidra till att UI betraktades som något skamligt, vilket ledde till tystnad kring ämnet redan från ung ålder. Detta kunde i sin tur förstärka tabun och göra det ännu svårare för kvinnor att öppet diskutera och söka hjälp för sina besvär (Pintos-Díaz et al., 2019). För att bryta denna tystnad och minska stigma krävdes en ökad tillgång till tillförlitlig information samt en mer inkluderande och lyhörd vård där kvinnors besvär togs på allvar. Sammantaget visade forskningen att kvinnors osäkerhet kring UI och bristande tillgång till kunskap och stöd från vården var en central utmaning.

Denna kunskapsbrist kunde leda till att UI förblev obehandlat, trots att det fanns effektiva lösningar, vilket i sin tur kunde påverka kvinnors livskvalitet avsevärt.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Säkerställandet av hög kvalitet är avgörande för att en studie ska vara tillförlitlig. Enligt Lincoln och Guba (1994, refererad i Polit & Beck, s. 569) bör fem kriterier beaktas för att stärka tillförlitligheten: trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet, verifierbarhet och autenticitet. Dessa kriterier används för att granska författarnas metodologiska tillvägagångssätt och identifiera både styrkor och potentiella brister.

Trovärdighet

Trovärdighet är en central aspekt inom kvalitativ forskning och syftar på graden av förtroende för datans äkthet samt hur väl tolkningarna speglar verkligheten (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2021, s. 569). För att stärka trovärdigheten genomfördes en allmän litteraturoversikt med systematisk ansats med artikelsökningar i CINAHL och PubMed. Endast vetenskapligt granskade (peer-reviewed) kvalitativa artiklar som fokuserade på kvinnors upplevelser av urininkontinens inkluderades. De valda artiklarna granskades med en kvalitetsbedömningsmall från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), vilket säkerställde att endast studier med medelhög till hög kvalitet ingick i analysen. Materialet analyserades vidare med tematisk analys enligt Braun och Clarke (2006), vilket bidrog till ökad tillförlitlighet. Noggrann dokumentation av sökstrategier och urvalskriterier användes för att ytterligare stärka trovärdigheten. Även om en empirisk ansats först övervägdes, valdes en litteraturstudie eftersom den möjliggjorde en bredare analys av befintlig forskning och därmed en mer omfattande förståelse av ämnet. En empirisk studie med intervjuer hade kunnat ge mer detaljerade individuella perspektiv, men detta alternativ var inte genomförbart inom ramen för denna studie på grund av tidsbegränsningar och de etiska riktlinjer som måste följas vid direkta intervjuer med deltagare.

En svaghet i studiens metod är att två av de inkluderade artiklarna hade begränsad kvalitet. En av artiklarna behandlade både patienters och sjuksköterskors upplevelser, vilket kan ha påverkat resultatets tydlighet och fokus. Den andra artikeln fokuserade enbart på kvinnors upplevelse som genomgått en undersökning, vilket kan innebära en begränsad bild av kvinnors upplevelser av urininkontinens i vardagen. Dessa aspekter kan ha påverkat trovärdigheten av resultaten.

Pålitlighet

Pålitlighet visar stabiliteten i resultaten över tid och i olika sammanhang (Lincoln & Guba, 1994, refererad i Polit & Beck, 2021, s. 569). För att säkerställa systematik och reproducerbarhet i analysen följde denna studie en tydligt beskriven forskningsprocess där urval, datainsamling och analys

dokumenterades noggrant. Transparens ökades genom användning av tabeller och bilagor, såsom artikelmatriser och sökmatiser. Artiklar äldre än 2015 exkluderades för att säkerställa att resultaten baseras på aktuell forskning. Eftersom trovärdighet och pålitlighet är nära kopplade, stärktes pålitligheten genom en systematisk analysmetod. Samtidigt kan en begränsning vara att endast ett begränsat antal artiklar analyserades, vilket kan påverka resultatens stabilitet. En bredare sökning i fler databaser hade kunnat öka pålitligheten ytterligare.

Verifierbarhet

Verifierbarhet innebär att säkerställa att resultaten återger deltagarnas perspektiv snarare än forskarnas egna tolkningar (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2021, s. 570). I denna studie strävade författarna efter att presentera resultaten objektivt genom att enbart utgå från de inkluderade artiklarna och deras huvudfynd. För att ytterligare stärka verifierbarheten granskades artiklarna noggrant innan analys, och resultatdiskussionen baserades enbart på studiernas faktiska data. Båda författarna var aktivt involverade i analysen för att minska risken för subjektivitet. En individuell granskning av artiklarna genomfördes innan analysen påbörjades för att säkerställa relevans för studiens syfte. Genom detta tillvägagångssätt minimerades forskarnas påverkan på resultaten, vilket bidrog till att analysen förblev trogen deltagarnas upplevelser.

Överförbarhet

Överförbarhet omfattar i vilken utsträckning resultaten kan tillämpas i andra sammanhang eller populationer (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2021, s. 570). Artiklar som enbart fokuserade på män eller barn exkluderades, medan studier som undersökte kvinnors upplevelser av urininkontinens i olika åldersgrupper och sociala bakgrunder valdes ut. En styrka i denna studie är dess globala perspektiv, där forskning från olika regioner och kulturer bidrar till en djupare förståelse av kvinnors upplevelser. Detta gör att resultaten blir mer generella och kan tillämpas i en större bredd av situationer. Samtidigt kan en begränsning vara att endast kvalitativa studier inkluderades, vilket kan påverka generaliserbarheten. Eftersom kvalitativa studier fokuserar på att fånga individers upplevelser snarare än att skapa statistiska generaliseringar, kan resultaten vara svåra att överföra till andra kontexter utan ytterligare forskning. För att stärka överförbarheten kan framtida studier kombinera både kvalitativa och kvantitativa metoder för att ge en mer heltäckande bild av hur urininkontinens påverkar kvinnors liv och hur vården kan utvecklas för att bättre stödja denna patientgrupp.

Autenticitet

Autenticitet innebär att forskningen på ett rättvist sätt representerar deltagarnas verklighet och perspektiv (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2021, s. 570). Studien lyfter kvinnors egna erfarenheter av urininkontinens genom att inkludera direkta sammanfattningar av deras berättelser. Resultaten ger en helhetsbild av både de fysiska, emotionella och sociala konsekvenserna av tillståndet.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturoversikt var att undersöka kvinnors upplevelser av att leva med urininkontinens. Resultatet visade att kvinnor upplevde emotionella och psykologiska konsekvenser, sociala och relationella begränsningar, praktiska och fysiska anpassningar i vardagen samt brist på kunskap och stöd från vården. Dessa faktorer påverkade deras dagliga liv och välbefinnande. I denna diskussion problematiseras resultatet i relation till tidigare forskning samt annan relevant litteratur för att skapa en djupare förståelse för fynden. Begreppen lidande och personcentrerad vård kommer också att analyseras i relation till dessa resultat.

Denna litteraturoversikt visade att urininkontinens orsakade omfattande emotionellt och psykologiskt lidande. Kvinnor upplevde en förlust av kontroll över sin kropp, vilket ledde till känslor av skam, skuld, ångest och låg självkänsla. Känslan av att vara defekt och rädslan för förnedring förstärkte detta lidande. Stigma och skam, som var starkt kopplade till urininkontinens, påverkade kvinnors psykiska och sociala välbefinnande. Socialstyrelsen (2016) framhöll att känslan av skam över att ha drabbats av inkontinens var markant högre än vid många andra sjukdomar. Detta kunde leda till att individer undvek att söka vård, vilket förvärrade problemen och ökade deras lidande samt påverkade livskvaliteten negativt. Tidigare forskning stödde dessa fynd. Hägglund et al. (2001) beskrev hur kvinnor med urininkontinens ofta kände sig stigmatiserade och upplevde en förlust av kontroll över sina kroppar, vilket kunde bidra till depression och ångest. Dessa resultat överensstämde även med forskning av Aoki et al. (2017), som påvisade att urininkontinens kunde leda till både ångest och depression, särskilt hos äldre vuxna. Vidare visade en studie av Stadnicka et al. (2015) att psykiskt obehag var en framträdande konsekvens av inkontinens. En stor del av kvinnorna i studien rapporterade att symtomen påverkade deras humör och i vissa fall ledde till depressiva känslor. Ju svårare graden av inkontinens var, desto större psykisk belastning upplevdes, vilket tydde på ett klart samband mellan sjukdomens allvarlighetsgrad och det emotionella välbefinnandet.

Enligt Eriksson (2015) uppstod vårdlidande när patienter upplevde att de behandlades ovärdigt av vårdpersonal, exempelvis genom brist på empati eller otillräcklig information om tillgängliga behandlingar. Detta utgjorde ett onödigt lidande som kunde undvikas genom en mer patientcentrerad vård. Stadnicka et al. (2015) lyfte fram att många kvinnor var omedvetna om att det fanns behandling för urininkontinens, vilket kunde leda till att de fortsatte lida i onödan. Eriksson (2015) betonade också att livslidande omfattade hela livssituationen och de sociala konsekvenserna av sjukdomen. Kvinnor med urininkontinens undvek ofta sociala sammanhang och begränsade sin livsstil på grund av rädsla för läckage och förnedring. Hägglund och Wadensten (2007) visade att rädslan för förnedring hämmade kvinnors benägenhet att söka vård för urininkontinens, vilket ytterligare förvärrade deras lidande. Stadnicka et al. (2015) bekräftade dessutom att graden av psykiskt obehag var direkt kopplad till sjukdomens svårighetsgrad.

Resultaten visade att urininkontinens (UI) ledde till undvikande av sociala aktiviteter, vilket skapade isolering och påverkade kvinnors relationer negativt. Många kvinnor beskrev hur de undvek familjeträffar, resor och offentliga platser av rädsla för läckage. Detta överensstämde med studien av Hägglund och Ahlström (2007), som visade att UI kunde leda till att individer drog sig undan sexuellt

samliv och upplevde en känsla av maktlöshet. Liknande resultat presenterades i en studie av Aoki et al. (2017), som beskrev att UI inte bara påverkade den drabbade individen utan även partnern, vilket kunde leda till försämrad sexuell funktion och minskad sexuell tillfredsställelse. Abrams et al. (2014) belyste att UI påverkade kvinnors sociala liv och relationer på flera sätt. Ju svårare besvären var, desto mer begränsades möjligheten att delta i sociala aktiviteter och umgås med vänner, vilket kunde leda till isolering. UI påverkade även nära relationer, där kvinnor kunde uppleva svårigheter i förhållandet till sin partner och en minskad sexuell tillfredsställelse. Familjelivet kunde också påverkas genom att kvinnor kände sig som en börda och hade svårare att delta i familjeaktiviteter (Abrams et al., 2014). Ur ett psykologiskt och socialt perspektiv kunde detta utanförskap fördjupa lidandet, medan delaktighet och bekräftelse kunde bidra till att minska det. Att förstå lidande som en helhet, där fysiska, psykiska och existentiella dimensioner beaktades, var avgörande för att kunna ge rätt stöd och vård till kvinnor med UI (Wiklund Gustin, 2019, s. 409–437). Genom att lyfta dessa aspekter kunde vården utveckla mer stödjande insatser som främjade kvinnors delaktighet och välbefinnande, vilket i sin tur kunde förbättra deras livskvalitet. Resultaten visade också att kvinnor utvecklade olika strategier för att hantera UI, såsom användning av inkontinensskydd, planering av toalettbesök och begränsning av vätskeintag. Dessa strategier kunde ses som försök att minska lidandet och upprätthålla en känsla av kontroll. Abrams et al. (2014) beskrev att kvinnor med UI ofta använde skydd, såsom bindor eller vuxenblöjor, där behovet av skydd ökade i takt med urininkontinensens svårighetsgrad. Kvinnor med medelsvår eller svår inkontinens var dessutom mer benägna att begränsa sitt vätskeintag för att undvika läckage. Vidare fann Vethanayagam et al. (2017) att många kvinnor betraktade urininkontinens som en naturlig del av åldrandet och därför inte sökte vård. Istället utvecklade de egna hanteringsstrategier, såsom användning av inkontinensskydd och andra copingmekanismer, för att hantera sina besvär.

Ett annat resultat från denna litteraturöversikt visade att begränsad tillgång till information om urininkontinens (UI) samt negativa erfarenheter från vårdmöten utgjorde betydande hinder för kvinnors vårdsökande. Dessa faktorer bidrog till ökat lidande och minskad benägenhet att söka hjälp. För att bättre stödja dessa kvinnor var det avgörande att implementera en personcentrerad vård som tog hänsyn till individens unika upplevelser och preferenser. Friberg och Öhlén (2019, s. 327–333) betonade att personcentrerad vård innebar att vårdpersonal aktivt lyssnade på patientens berättelse, respekterade hennes erfarenheter och involverade henne i beslutsfattandet kring behandlingen. Genom att skapa en vårdmiljö där kvinnan kände sig sedd och hörd kunde förtroendet för vården stärkas, vilket i sin tur kunde öka benägenheten att söka hjälp. Personcentrerad vård var särskilt viktig vid UI, där symtomen kunde ha en stor inverkan på livskvaliteten, samtidigt som patientens delaktighet var avgörande för behandlingsutfallet. Eftersom valet av behandling ofta styrdes av individuella preferenser (Paudel & Lane, 2022) var det av stor betydelse att sjuksköterskan arbetade utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Denna ansats stöds av Vethanayagam et al. (2017), vars studie visar att många äldre lever med urinläckage utan att söka hjälp, ofta på grund av bristande information och en upplevelse av att deras problem inte prioriteras inom vården. Många kände sig ignorerade av vårdpersonal när de sökte hjälp och upplevde att deras besvär inte togs på allvar, även om vissa blev hänvisade till specialistvård. Trots att UI påverkade deras vardag ansåg många att det var en naturlig del av åldrandet och undvek därför att söka vård. Istället utvecklade de egna strategier, såsom användning av inkontinensskydd, utan att vara medvetna om att behandling

fanns att tillgå. Liknande resultat presenteras i studien av Hu och Pierre (2019), som betonar att en av de största utmaningarna är bristen på stöd och information från vården. Detta leder till att många kvinnor inte söker hjälp trots att symtomen påverkar deras liv avsevärt, vilket förlänger och fördjupar deras lidande.

En skillnad mellan resultaten i denna studie och tidigare forskning är dock att vissa kvinnor uttryckte en viss acceptans för sitt tillstånd, medan andra upplevde det som en stor begränsning i deras liv. Denna variation kan delvis förklaras av kulturella och individuella skillnader, vilket kan påverka kvinnors benägenhet att söka hjälp och istället få dem att leva med besvären i tystnad

SLUTSATSER

Denna studie belyste de omfattande konsekvenserna av att leva med urininkontinens, där kvinnor inte bara påverkades fysiskt, utan också psykologiskt och socialt. De emotionella bördorna, såsom skam, ångest och en känsla av förlust av kontroll, har lett till självvald isolering och en försämrad livskvalitet. Sociala relationer och intimitet påverkades negativt, och många kvinnor drog sig undan från sociala sammanhang av rädsla för att uppleva pinsamma situationer. Bristen på information och stöd från vården förstärkte dessutom känslan av att vara ensam med sina besvär, vilket försvårade möjligheten att söka och ta emot hjälp. För att förbättra situationen för dessa kvinnor krävs en mer personcentrerad vård, där sjuksköterskor aktivt lyfter upp ämnet urininkontinens, erbjuder anpassad information och skapar en trygg vårdmiljö där kvinnor vågar prata om sina besvär utan rädsla för stigma. För att minska stigmat kring urininkontinens behöver sjuksköterskan aktivt normalisera ämnet genom att lyfta det i samtal med patienter på ett öppet och icke-dömande sätt. Genom att skapa en trygg vårdmiljö, där kvinnor känner sig respekterade, kan rädslan för att prata om besvären minska. Utbildning och information om att urininkontinens är ett vanligt och behandlingsbart tillstånd kan bidra till att bryta skamkänslor. Vidare kan sjuksköterskan arbeta för att öka kunskapen inom vården och i samhället stödgrupper, vilket kan leda till en mer öppen dialog och minskad tabu kring tillståndet. Ur ett samhällsperspektiv är det viktigt att bryta tystnaden kring urininkontinens genom informationskampanjer och ökad utbildning inom vården. Att dämpa allvaret i tillståndet kan leda till att fler kvinnor söker hjälp i ett tidigare skede, vilket kan minska lidandet och förebygga negativa konsekvenser.

För framtida forskning föreslås studier som undersöker effekten av olika vårdinsatser för kvinnor med urininkontinens, särskilt hur individanpassad information och stöd kan påverka deras upplevelse av livskvalitet. Vidare behövs mer forskning om kulturella aspekter och hur olika bakgrunder påverkar kvinnors inställning till att söka hjälp, samt hur digitala lösningar kan användas för att tillgängliggöra stöd och behandling.

REFERENSER

* Artiklar som används i studiens resultat

Aoki, Y., Brown, H. W., Brubaker, L., Cornu, J. N., Daly, J. O., & Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 17042.

<https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.42>

* Aksoy, Y., E., Akin, B., & Dereli Yilmaz, S. (2021). Urinary incontinence experiences of pregnant women: A qualitative study. *Urologia*, 88(2), 140-147.

<https://doi.org/10.1177/0391560320974880>

Abrams, P., Smith, A. P., & Cotterill, N. (2015). The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45-60 years: Results from a survey in France, Germany, the UK, and the USA. *BJU International*, 115(1), 143-152.

<https://doi.org/10.1111/bju.12852>

Buckley, B. S., & Lapitan, M. C. M. (2009). Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children: Current evidence: Findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology*, 75(6), 1219–1228.

<https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.11.078>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.

<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Borrie, M. J., Bawden, M., Speechley, M., & Kloseck, M. (2002). Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: A randomized controlled trial. *CMAJ*, 166(10), 1267–1273. <https://doi.org/10.1503/cmaj.166.10.1267>

Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan* (2:a uppl.). Liber.

Farrelly, E. C., & Renström Koskela, L. (2024). Urininkontinens. *Läkemedelsboken*. Hämtad den 24 januari 2025 från <https://lakemedelsboken.se/terapiomraden/njur-och-urinvagssjukdomar/urininkontinens/>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2017). Att göra systematiska litteraturstudier (4. uppl., s. 25–32). Studentlitteratur.

Frigerio, M., Barba, M., Cola, A., Braga, A., Celardo, A., Munno, G. M., Schettino, M. T., Vagnetti, P., De Simone, F., Di Lucia, A., Grassini, G., & Torella, M. (2022). Quality of life, psychological wellbeing, and sexuality in women with urinary incontinence-Where are we now: A narrative review. *Medicina*, 58(4), 525. <https://doi.org/10.3390/medicina58040525>

* Fu, Y., Jackson, C., Nelson, A., Iles-Smith, H., & McGowan, L. (2023). Exploring support, experiences and needs of older women and health professionals to inform a self-management package for urinary incontinence: A qualitative study. *BMJ Open*, 13(7), e071831. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-071831>

Friberg, F. & Öhlén, J. (2019). Person. I Friberg, F. & Öhlén, J.(red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3. uppl., s. 327-333). Studentlitteratur.

* Hamid, T. A., Pakgozar, M., Ibrahim, R., & Dastjerdi, M. V. (2015). "Stain in life": The meaning of urinary incontinence in the context of Muslim postmenopausal women through hermeneutic phenomenology. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(3), 514–521. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.01.003>

Hu, JS, & Pierre, EF (2019). Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. *American Family Physician*, 100(6), 339–348. Hämtad från <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0915/p339.html>

Hägglund, D., & Ahlström, G. (2007). The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1946–1954. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01787.x>

Hägglund, D., & Wadensten, B. (2007). Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21(3), 305–312. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00481.x>

* Javanmardifard, S., Gheibizadeh, M., Shirazi, F., Zarea, K., & Ghodsbin, F. (2021). Experiences of urinary incontinence management in older women: A qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 9, 738202. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.738202>

* Javanmardifard, S., Gheibizadeh, M., Shirazi, F., Zarea, K., & Ghodsbin, F. (2022). Psychosocial experiences of older women in the management of urinary incontinence: A qualitative study. *Frontiers in Psychology*, 13, 785446. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.785446>

* Klein, A. J., Eisenhauer, C., Mollard, E., Alappattu, M., Shade, M. Y., Struwe, L., & Berger, A. M. (2023). "The constant worry": Urinary incontinence self-management in rural women: A qualitative study. *Research in Nursing & Health*, 46(6), 603–615. <https://doi.org/10.1002/nur.22341>

Moosdorff-Steinhaus, HFA, Houkes, I., Berghmans, BCM, Spaanderman, MEA, & Bols, EMJ (2023). Experiences of Peri-partum Urinary Incontinence from a Women's and Health Care Perspective: A

Qualitative Study. *Maternal and Child Health Journal*, 27 (7), 1199–1207.

<https://doi.org/10.1007/s10995-023-03631-6>

* Mjelde, L. M. E., Litherland, A. T., & Beisland, E. G. (2024). Women's experiences of assessment for urinary incontinence: A qualitative study. *British Journal of Nursing*, 33(4), 168–175.

<https://doi.org/10.12968/bjon.2024.33.4.168>

Paudel, R., & Lane, G. I. (2022). Delivering patient-centered care through shared decision making in overactive bladder. *Neurourology and Urodynamics*, 41(4), 884–893.

<https://doi.org/10.1002/nau.24915>

* Pintos-Díaz, M. Z., Alonso-Blanco, C., Parás-Bravo, P., Fernández-de-Las-Peñas, C., Paz-Zulueta, M., Fradejas-Sastre, V., & Palacios-Ceña, D. (2019). Living with urinary incontinence: Potential risks of women's health? A qualitative study on the perspectives of female patients seeking care for the first time in a specialized center. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3781. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193781>

Polit, DF, & Beck, CT (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11 :e uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Socialstyrelsen. (2016). Blåsdysfunktion hos äldre personer: Indikatorer vid urininkontinens och andra symtom vid vård av äldre personer i särskilt boende eller hemsjukvård. Socialstyrelsen.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-9-33.pdf>

Stenzelius, K. (2019). Besvär från urinvägarna. I A. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (3. uppl., s. 615– 629). Studentlitteratur.

Svensk sjuksköterskeförening. (2024). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (Reviderad utgåva).

<https://swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bfaa40841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska%202024.pdf>

Soliman, M., El-Sheikh, M., & Farrag, N. (2023). Effect of a self-care program among women with urinary incontinence: A quasi-experimental study. *Med Life*, 16(7), 1111–1119.

<https://doi.org/10.25122/jml-2022-0297>

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2002). *Behandling av urininkontinens: En systematisk litteraturöversikt* (Rapport nr 143). SBU.

https://www.sbu.se/contentassets/b3958bdedfd449dc9230f28cc696d519/behandling_urininkontinens_2000.pdf

Stadnicka, G., Łepecka-Klusek, C., Pilewska-Kozak, A., & Jakiel, G. (2015). Psychosocial problems of women with stress urinary incontinence. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22(3), 499-503. <https://doi.org/10.5604/12321966.1167723>

* Talebi, E., Nobahar, M., Foroughan, M., & Asgari, MR (2024). The Concerns of Community-Dwelling Older Women Living with Urinary Incontinence: Qualitative Research. *International Urogynecology Journal*, 35 (5), 1235–1244. <https://doi.org/10.1007/s00192-024-05810-7>

Tosun, O. C., Mutlu, E. K., Ergenoglu, A. M., Yenieli, A. O., Tosun, G., Malkoc, M., Askar, N., & Itil, I. M. (2015). Does pelvic floor muscle training abolish symptoms of urinary incontinence? A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 29(6), 525-537. <https://doi.org/10.1177/0269215514546768>

Wiklund Gustin, L. (2019). Lidande. I F. Friberg & Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3. uppl., s. 409–437). Studentlitteratur.

World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Medical Research Involving Human Participants. Hämtad den 07 februari 2025 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vethanayagam, N., Orrell, A., Dahlberg, L., McKee, K. J., Orme, S., Parker, S. G., & Gilhooly, M. (2017). Understanding help-seeking in older people with urinary incontinence: An interview study. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 1061-1069. <https://doi.org/10.1111/hsc.12406>

* Yusoff, D. M. (2017). Stigma, insecurity and burden: Women's experience with postnatal urinary incontinence in a Malaysian population. *The Australian and New Zealand Continence Journal*.

BILAGOR

BILAGA I. Artikelmatris för allmän litteraturoversikt med systematiska sökningar av kvalitativa studier

Författare, årtal, tidskrift, land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling, analys)	Resultat	Kvalitet
Aksoy, Y. E., Akın, B., & Dereli Yılmaz, S. Urologia 2021 Turkiet	Urinary incontinence experiences of pregnant women: A qualitative study.	Syftet med studien var att undersöka livs erfarenheterna hos gravida kvinnor som upplever urininkontinens.	Design: kvalitativ Urval: I studien deltog 52 gravida kvinnor som rapporterade urininkontinens problem. Av dessa valde fem kvinnor att inte delta i studien och sex kvinnor avbröt intervjuerna. Slutligen slutförde 41 kvinnor intervjuerna. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: Tematisk analys	Studien identifierade fem huvudteman kring gravida kvinnors upplevelser av urininkontinens: försiktighetsåtgärder, psykologiska effekter, graviditets- och baby specifika effekter, fysiska effekter samt förändringar i relationen med maken.	Hög kvalitet
Fu, Y., Jackson, C., Nelson, A., Iles-Smith, H., &	Exploring support, experiences and needs of older women and health	Syftet med studien var att förstå äldre kvinnors erfarenheter av urininkontinens, deras strategier för självförvaltning och	Design: kvalitativ Urval: Studien inkluderade 11 äldre kvinnor med	Äldre kvinnor såg UI som en naturlig del av åldrandet men upplevde frustration och	Hög kvalitet

McGowan, L. BMJ Open 2023 Storbritannien	professionals to inform a self-management package for urinary incontinence: A qualitative study.	stödbehov. Studien syftade också till att använda dessa insikter för att utveckla ett evidensbaserat självhanteringspaket för urininkontinens.	urininkontinens och 11 specialistvård personal. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: ramverksanalys	livsstilsförändringar. Tillgången till information och professionellt stöd var begränsad, trots att specialistvård uppskattades av de som fick den. Kvinnor använde en "trial and error" strategi för självhantering med blandad framgång, medan vårdpersonal gav evidensbaserat stöd och motivation.	
Hamid, T. A., Pakgozar, M., Ibrahim, R., & Vahid Dastjerdi, M. Archives of Gerontology and Geriatrics 2015 Iran	"Stain in life": The meaning of urinary incontinence in the context of Muslim postmenopausal women through hermeneutic phenomenology	Syftet med denna studie var att belysa upplevelsen av postmenopausala muslimska kvinnor som levde med urininkontinens (UI).	Design: kvalitativa Urval: Sju kvinnor (åldrar: 52–68 år) som hade levt med urininkontinens i mer än tio år deltog i intervjuer. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: En fenomenologisk hermeneutisk	Tre huvudteman framkom: Störning av normal funktion Självbestämda begränsningar. Känslor av förtvivlan	Hög kvalitet

Javanmardifard, S., Gheibizadeh, M., Shirazi, F., Zarea, K., & Ghodsbin, F. Frontiers in Psychology 2022 Iran	Psychosocial Experiences of Older Women in the Management of Urinary Incontinence : A Qualitative Study	Syftet var att fastställa äldre kvinnors psykosociala erfarenheter av behandling av urininkontinens.	Design: kvalitativa Urval: 22 äldre kvinnor med urininkontinens valdes via målinriktad provtagning Datainsamling: Data samlades in genom ostrukturerade djupgående intervjuer ansikte mot ansikte. Analys: konventionell innehållsanalys	Fyra huvudteman identifierades: Problem Inkompatibilitet med sjukdomen Mentalt återvändsgränd Sociala restriktioner Döljande och social eskapism	Hög kvalitet
Javanmardifard, S., Gheibizadeh, M., Shirazi, F., Zarea, K., & Ghodsbin, F. Frontiers in Psychology 2022 Iran	Experiences of Urinary Incontinence Management in Older Women: A Qualitative Study	Syftet var att fastställa äldre kvinnors erfarenheter av urininkontinens hantering.	Design: kvalitativ Urval: 22 äldre kvinnor med urininkontinens. Datainsamling: strukturerade djupintervjuer ansikte mot ansikte genomfördes mellan 2019 och 2020 i Iran. Analys: Konventionell innehållsanalys	Studien identifierade fyra huvudkategorier: "resiliens", "förändring i livsstil", "försök till behandling av tillståndet" och "få stöd". Varje kategori hade flera underkategorier som reflekterade kvinnornas erfarenheter och hantering av urininkontinens, inklusive anpassningar i livsstil, behandlingar de	Hög kvalitet

				försökt och det stöd de fått.	
Klein, A. J., Eisenhauer, C., Mollard, E., Alappattu, M., Shade, M., Y., Struwe, L., & Berger, A. M. Research in Nursing & Health 2023 USA	"The constant worry": Urinary incontinence self-management in rural women: A qualitative study.	Syftet var att utforska självförvaltningsbetenden hos kvinnor på landsbygden med urininkontinens (UI) och de faktorer som påverkar deras inställning till egenvård.	Design: kvalitativ Urval: Målinriktat urval av kvinnor (30–60 år) från landsbygden, rekryterade via sociala medier. Totalt 31 deltagare. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: A priori och emergent kodning, kategorisering och tematisering.	Studien visade att kvinnor på landsbygden upplevde flera utmaningar i självförvaltningen av urininkontinens. Den sociala miljön på landsbygden gjorde det svårt att söka vård och prata om UI. Självförvaltningen påverkades av familjens stöd eller stigma, begränsad tillgång till vård och resurser. Resultaten understryker behovet av ökad kunskap och bättre vårdalternativ för kvinnor med UI i glesbygdsområden.	Medelhög kvalitet.
Mjelde, L. M. E., Litherland, A. T., & Beisland, E. G.	Women's experiences of assessment for urinary incontinence: a	Syftet var att utforska och förstå kvinnors upplevelser och känslor relaterade till att genomgå en	Design: kvalitativ Urval: 10 kvinnor som genomgått bedömning, valt	Kvinnorna upplevde skam och oro i samband med både urininkontinens och	Hög kvalitet

British Journal of Nursing 2024 Norge	qualitative study.	bedömning för urininkontinens.	genom målmedvetet urval. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer Analys: Tematisk analys	bedömningen. De beskrev känslor av förlägenhet och osäkerhet inför att diskutera sina symtom med vårdpersonal. En trygg och empatisk relation med vårdgivare, särskilt uroterapeuter, var viktig för att lindra dessa känslor. Kvinnorna uppskattade när de fick information om behandlingsalternativ, vilket gav dem hopp om förbättring och en bättre livskvalitet.	
Pintos-Díaz, M. Z., Alonso-Blanco, C., Parás-Bravo, P., Fernández-de-Las-Peñas, C., Paz-Zulueta, M., Fradejas-Sastre, V., & Palacios-Ceña, D.	Living with Urinary Incontinence : Potential Risks of Women's Health? A Qualitative Study on the Perspectives of Female Patients Seeking Care for the First Time in a	Syftet var att utforska erfarenheterna av en grupp kvinnor med urininkontinens.	Design: Allmän systematisk sökning av kvalitativ Urval: Kvinnor över 18 år med urininkontinens symptom som besökte ett specialiserat center för första gången rekryterades genom målmedveten provtagning.	Kvinnor med urininkontinens upplevde stress, skam och kroppslig avstötning. Resultatet identifierade fyra teman: okontrollerat urinläckage, missuppfattningar om UI, anpassning med strategier och betydelsen av	Hög kvalitet .

<p>International Journal of Environmental Research and Public Health</p> <p>2019</p> <p>Spanien</p>	<p>Specialized Center</p>		<p>Datansamling: Intervjuer och personliga brev från deltagarna användes för att samla in data.</p> <p>Analys: En tematisk</p>	<p>utbildning och familjestöd.</p>	
<p>Talebi, E., Nobahar, M., Foroughan, M., & Asgari, MR</p> <p>International Urogynecology Journal</p> <p>2024</p> <p>Iran</p>	<p>The Concerns of Community-Dwelling Older Women Living with Urinary Incontinence: Qualitative Research</p>	<p>Syftet var att förklara de bekymmer som äldre kvinnor som bor i samhället och lever med urininkontinens.</p>	<p>Design: kvalitativ</p> <p>Urval: Ett målinriktat urval och inkluderade 18 deltagare.</p> <p>Datansamling: Semistrukturerade intervjuer</p> <p>Analys: kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>Fyra teman framkom från denna studie:</p> <p>Återvändsgränd: Känsla av att vara fast utan lösning.</p> <p>Maktlöshet: Upplevelse av oförmåga att kontrollera situationen.</p> <p>Förvrängd social identitet: Negativ påverkan på självbild och sociala interaktioner.</p> <p>Äktenskaplig frustration: Spänningar och frustration i äktenskapet.</p>	<p>Hög kvalitet</p>

<p>Yusoff, D. M.</p> <p>The Australian and New Zealand Continence Journal</p> <p>2017</p> <p>Malaysia</p>	<p>Stigma, insecurity and burden: Women's experience with postnatal urinary incontinence in a Malaysian population</p>	<p>Syftet med studien var att utforska inverkan av urininkontinens på kvinnors liv, som beskrivet av postnatal kvinnor</p>	<p>Design: kvalitativ</p> <p>Urval: 12 kvinnor i åldern 18–45 år, som var mellan tre till fem månader post-partum och hade rapporterat ihållande urininkontinens, deltog i studien.</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer</p> <p>Analys: Tematisk analys</p>	<p>Postnatal urininkontinens hade en betydande påverkan på kvinnornas liv. De upplevde stigma, osäkerhet och en börda som påverkar både deras fysiska och psykiska välbefinnande. Kvinnorna kände att urininkontinens minskade deras roll i familjen och påverkade deras förmåga att delta i sociala och religiösa aktiviteter, såsom det muslimska böner schemat. De upplevde dessutom medicinska och psykosociala komplikationer som en följd av tillståndet.</p>	<p>Medel hög kvalitet</p>
---	--	--	---	---	---------------------------

BILAGA II. Sökmatris: CINAHL

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
CINAHL 23/01- 2025	Women OR urinary incontinence	Inga	549,649	0	0	0	0	
CINAHL 23/01- 2025	Women OR urinary incontinence OR Experience	Inga	972,862	0	0	0	0	
CINAHL 23/01- 2025	Women OR Experience	Inga	962,859	0	0	0	0	

* 2 artiklar exkluderades eftersom de inte svarade på studiens syfte.

** 7 artiklar exkluderades efter genomläsning av abstrakt då de visade sig ha begränsad relevans för studiens syfte.

*** 4 artiklar inkluderades eftersom de innehöll fakta som svarade på studiens syfte.

BILAGA III. Sökmatrix: PubMed

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	
PubMed 23/01-2025	Women	Inga	453,656	0	0	0	0	
PubMed 23/01-2025	urinary incontinence	Inga	5,249	0	0	0	0	
PubMed 23/01-2025	Experience	Inga	143,801	0	0	0	0	
PubMed 23/01-2025	Women AND urinary incontinence	Inga	3,168	0	0	0	0	
PubMed 25/10-2024	Women AND urinary incontinence AND Experience AND Qualitative	Publicerade mellan 2015–2025 Fulltext Skrivna på engelska eller svenska. Kvinnor	44	44	*32	**20	***6	

* 12 artiklar exkluderades eftersom de inte svarade på studiens syfte.

** 12 artiklar exkluderades efter genomläsning av abstrakt då de visade sig ha begränsad relevans för studiens syfte.

*** 6 artiklar inkluderades eftersom de innehöll fakta som svarade på studiens syfte.

BILAGA III. Granskningsmall

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: _____ År: _____

Granskare: _____

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

Obetydliga eller mindre

Måttliga

Stora brister, studien ingår inte i syntesen

Kommentarer:

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien¹

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	Ja	Nej	Oklart
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:	Ja	Nej	Oklart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	Ja	Nej	Oklart
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	Ja	Nej	Oklart
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Validerades tolkningarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	Ja	Nej	Oklart
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har forskarna hanterat sin förståelse på ett acceptabelt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer: