



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

KVINNORS ERFARENHETER AV URINVÄGSINFEKTION

EN LITTERATURSTUDIE

ELIN NILSSON
PAULINA PAPP

KVINNORS ERFARENHETER AV URINVÄGSINFEKTION

EN LITTERATURSTUDIE

**ELIN NILSSON
PAULINA PAPP**

Nilsson, E & Papp, P. Kvinnors erfarenheter av urinvägsinfektion. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för hälsa och samhälle, institution för vårdvetenskap, 2017.

Bakgrund: Urinvägsinfektion är den vanligaste förekommande infektionen hos kvinnor, och förekommer hos kvinnor i alla åldrar. Mer kunskap och förståelse för kvinnors erfarenheter av hur detta påverkar dem fysiskt och psykiskt, ger sjuksköterskan bättre möjligheter att ge en personcentrerad och evidensbaserad omvårdnad.

Syfte: Belysa kvinnors erfarenheter av urinvägsinfektion

Metod: En litteraturstudie där elva vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats ingår.

Resultat: Tre huvudkategorier framkom; Fysiska och psykiska erfarenheter, Orsaker och strategier, Mötet med Vården. Resultatet påvisade att kvinnor hade atypiska och varierade UVI symtom som inte alltid överensstämde med medicinsk litteratur. Ofta uppkom negativa erfarenheter både fysiskt, socialt och psykiskt kring sjukdomen som framkallade ett lidande, många gånger svårhanterligt och långdraget.

Konklusion: Kvinnornas upplevelse av hälsa är individuell och står i relation till att kunna hantera sjukdomen. Evidensbaserade råd är av stor vikt för kvinnorna, både för att hitta preventiva strategier och för att kunna utföra god egenvård. Att tillgodose dessa kvinnor med stöd och hjälp kan förbättra vården och göra den mer personanpassad.

Nyckelord: Erfarenheter, kvalitativ, kvinnor, personcentrerad, symtom, urinvägsinfektion

WOMEN'S EXPERIENCES OF URINARY TRACT INFECTION

A LITERATURE REVIEW

ELIN NILSSON
PAULINA PAPP

Nilsson, E & Papp, P. Women's experience of urinary tract infection. A literature review. *Degree project in nursing 15 credit points*. Malmö University: Faculty of Health and society. Department of care science, 2017.

Background: Urinary tract infection is the most common infection in women, and occurs in women of all ages. Further knowledge and understanding of the women's experience and how this affects them physically and psychologically, can give nurses a possibility to improve patient-centred and evidence-based care.

Aim: Illustrate women's experiences of urinary tract infection.

Method: A literature study incorporating eleven scientific articles with a qualitative approach.

Result: Three main categories emerged; Physical and psychological experiences, Causes and strategies, Meeting with Health-care. The result indicated that women had atypical and diverse symptoms, that didn't always correspond to the symptoms in medical literature.

Often there was a long-term suffering for women who suffered from urinary tract infections, which affected women physically, socially and psychologically.

Conclusion: The experience of health was very individual and was associated with managing the illness. Evidence-based advice is important for women to find preventive strategies but also to be able to perform good self-care. Meeting these women with support and assistance with their illness can improve care and make it more personalised.

Keywords: Experience, person-centred, qualitative, symptoms, urinary tract infection, women

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Urinvägsinfektion	5
Etiologi och patogenes	5
Symtom och diagnostik	6
Behandling och prevention	7
Hälsoproblem	7
Omvårdnad	8
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	9
METOD	9
Forskningsansats	9
Formulering av forskningsfråga	9
Litteratursökning	10
Kvalitetsgranskning	11
Innehållsanalys	12
RESULTAT	12
Fysiska och psykiska erfarenheter	13
Orsaker och strategier	15
Mötet med vården	16
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21
Atypiska och varierande symtom	21
Bristfällig kunskap	23
Vikten av stöd och behandling	23
KONKLUSION	24
FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KVALITETSUTVECKLING	24
REFERENSER	25
BILAGOR	28
Bilaga 1	28
Bilaga 2	30
Bilaga 3	31

INTRODUKTION

Under vår verksamhetsförlagda utbildning inom primärvården så mötte vi dagligen kvinnor med urinvägsinfektion (UVI). Till vårdcentralen kom kvinnor i alla åldrar med UVI-symtom som togs emot och bedömdes av en sjuksköterska. Då snabbtestet påvisade bakterieuri fick patienten antibiotika utan vidare samtal eller rådgivning med vårdpersonal. Vårt intryck var att kvinnornas erfarenheter av UVI inte framkom under vårdbesöket. Inte heller diskuterades möjliga orsaker till infektionen, risk för recidiv eller preventiva strategier. Trots att kvinnor med UVI är en vanlig patient inom primärvården så tycks sjuksköterskan sakna kunskap om och förståelse för deras situation. Det tycks även saknas generella riktlinjer för behandling och omvårdnad som utgår från kvinnornas erfarenheter och perspektiv.

BAKGRUND

Nedan presenteras definitioner och begrepp relaterade till studiens ämne. Därpå följer en sammanfattning av sjukdomens *Etiologi och patogenes, Symtom och diagnostik, Behandling och prevention* samt *Hälsoproblem*. Bakgrunden avslutas ett stycke *Omvårdnad* som innefattar begreppet hälsa och sjuksköterskans omvårdnadsarbete i förhållande till kvinnor med UVI.

Urinvägsinfektion

Urinvägsinfektion (UVI) är ett samlingsbegrepp för bakteriella infektioner i urinrör, urinblåsa och njurbäcken (Damber & Peeker 2012). UVI är en vanlig förekommande infektion hos kvinnor, då var tredje kvinna får minst en UVI episod någon gång under sitt liv (Salvatore m.fl. 2011). Förekomsten är högst vid 16-35 års ålder. UVI kan utvecklas hos icke-gravida, friska kvinnor utan anatomiska avvikelser (a.a.). UVI klassificeras som enkel vid normala urinvägar och som komplicerad vid strukturella eller funktionella avvikelser i urinvägarna (Damber & Peeker 2012).

UVI klassificeras som symtomgivande eller asymtomatisk (Läkemedelsverket 2007). Asymtomatisk UVI innebär förekomst av bakterier i två upprepade urinprov utan att patienten har några symtom. UVI förekommer som tillfällig eller som recidiverande, då patienten haft minst två antibiotikabehandlade UVI det senaste halvåret eller tre det senaste året (a.a.). Av kvinnor med UVI får 27 procent recidiv inom sex månader och 48 procent inom ett år (Salvatore m.fl. 2011).

Etiologi och patogenes

De flesta UVI:er är endogena och orsakas av att bakterier från tarm, vagina eller perineum vandrar upp genom urinröret och migrerar in i urinblåsan (Damber & Peeker 2012). Vidhäftning av bakterier i urinblåsan orsakar ett inflammatoriskt svar och personen utvecklar symtom av UVI (a.a.).

Primära urinvägspatogener som *Escherichia coli* (*E. coli*) och *Staphylococcus saprophyticus* är vanligtvis de bakterier som ger upphov till UVI i normala urinvägar (Melhus 2010). Cirka 60-80 procent av alla UVI:er hos kvinnor orsakas av *E.coli*. UVI kan även vara exogen, orsakad av sekundära urinvägspatogener som *Enterobacter*, *Klebsiella* och enterokocker. Även *Staphylococcus aureus* och jästsvamp tillhör de

sekundära patogener som kan ge upphov till UVI till exempel i samband med katetersättning. Sekundära patogener orsakar ofta vårdrelaterade, komplicerade eller recidiverande UVI. Vid nedre UVI, cystit, är infektionen lokaliserad till de nedre urinvägarna. Vid övre UVI, pyelonefrit, har bakterierna vandrat vidare till njurarna och orsakat en njurinflammation eller njurbäckeninflammation (Melhus 2010).

Anatomiska skillnader mellan män och kvinnor gör att kvinnor har en större risk att drabbas av UVI (Chung m.fl. 2010). Kvinnans uretra är kortare än mannens och dess öppning sitter nära tarmöppningen vilket gör enterobakteriernas vandring kort och enkel. Normal bakterieflora kring vagina och perinal området innehåller mikroorganismer som t ex laktobaciller som förhindrar vidhäftningen av urinvägspatogener. Vaginalt sekret har även ett lågt pH-värde vilket förhindrar tillväxten av enterobakterier. Rubbas normalfloran eller pH- värdet, t ex genom användning av spermiedödande medel eller intag av antibiotika, så kan dessa skyddande funktioner försämrats (a.a.).

Hos unga kvinnor är de största riskfaktorerna för att utveckla UVI sexuell aktivitet, användning av pessar eller kondom med spermiedödande medel samt tidigare UVI (Salvatore m.fl. 2011). Även oregelbunden urinering och lågt vätskeintag är betydelsefulla riskfaktorer (a.a.). Hos äldre kvinnor kan torra och sköra slemhinnor samt atrofi utgöra riskfaktorer för att utveckla UVI (Melhus 2010). Andra åldersrelaterade förändringar som ökar risken för infektion är sjunkande hormonnivåer, av framförallt östrogen som påverkar pH-nivån i slidan (Damber & Peeker 2012). Med åldern blir även urinröret blir mindre och styvare vilket kan leda till ofullständig blåstömning. Det finns då en risk för ökad mängd av urin kvar i blåsan efter tömning. Kvarvarande urin kan sedan verka som en reservoar för bakterier (a.a.).

Symtom och diagnostik

Vid infektion kan patienten uppleva symtom som täta trängningar, sveda, illaluktande urin och ofullständiga tömningar (Damber & Peeker 2012). Det är också möjligt att patienten får symtom som feber, frossa och svettningar, ömhet över njurarna, illamående och påverkat allmäntillstånd. Framförallt äldre och svagare upplever dessa senare symtom (a.a.).

Studier visar att kvinnor med okomplicerad nedre UVI uppvisar en stor variation av symtom (Heytens m.fl. 2011; Willems m.fl. 2014). Av 145 kvinnor som samtliga sökt vård på grund av misstänkt UVI angav 96 procent dysuri, definierat som svårighet att urinera och/eller smärtor vid urinering (Heytens m.fl. 2011). Brådska, täta trängningar och en ständig känsla av att behöva urinera var vanligt förekommande symtom. Majoriteten av studiedeltagarna rapporterade även om en allmän sjukdomskänsla med symtom av ryggsmärtor, trötthet och svaghet. Av kvinnorna kände sig 46,5 procent rastlösa och irriterade (a.a.).

UVI diagnostiseras efter att patienten upplever två av symtomen som sveda, täta trängningar, feber, flanksmärta och frekventa urinering (Damber & Peeker 2012). Hos kvinnor kan även symtomet vaginala smärtor förekomma. I dessa fall kan en empirisk diagnos fastställas och patienten kan få ordinerad behandling utan ytterligare provtagning. För att kunna behandla infektionen med en smalare spektrum antibiotika krävs även ett resistenstest i form av en urinodling. Det urinprovet ska helst vara morgonurin, mittstråleprov och ha en blåsinkubationstid på fyra timmar (a.a.).

Snabbtest med teststickor, så kallade nitrittest, påvisar om det finns signifikanta mängder av gramnegativa bakterier i urinen (Melhus 2010). Nitrittestet blir dock inte positivt vid infektioner orsakade av grampositiva stafylokocker eller enterokocker då dessa inte kan omvandla nitrat till nitrit. En del läkemedel och blod i urinen kan påvisa falskt positivt resultat på teststickan (a.a.).

Behandling och prevention

Den mest förekommande symtomatiska behandlingen av UVI är en antibiotikakur på tre dagar (Salvatore m.fl. 2011). Vid återkommande infektion rekommenderas sju dagars antibiotikabehandling (a.a.). Var tionde kvinna behandlas med antibiotika mot UVI minst en gång per år (Läkemedelsverket 2007). Nationella riktlinjer anger att nytillkomna typiska UVI symtom räcker för antibiotikaföreskrivning (a.a.). Symtombehandling med antibiotika anses vara mest kostnadseffektiv men medför onödig antibiotikaföreskrivning och risk för ökad antibiotikaresistens (Björkman m.fl. 2013).

Evidens finns för att lågdosantibiotika är den mest effektiva behandlingen mot återkommande UVI (McMurdoc m.fl. 2008). Kontinuerlig användning av antibiotika har dock en mängd biverkningar som illamående, svamp och gastrointestinala infektioner. Nämnade biverkningar och utvecklingen av antibiotikaresistens understryker vikten av att utvärdera och undersöka alternativa behandlingar och åtgärder för att förebygga återkommande UVI (a.a.).

Mot bakgrund av antibiotikans biverkningar och resistensutveckling genomfördes en studie i Norge med syfte att undersöka kvinnors egenvård och preventiva strategier för att undvika UVI recidiv (Litherland 2011). I studien deltog 42 kvinnor med diabetes mellitus som alla upplevt minst en period av UVI det senaste halvåret. Den vanligaste åtgärden för att minska risken för UVI var förändring i levnadsvanor; att hålla sig varm genom att bära varma underkläder, undvika att sitta på kalla ytor, undvika bad och att simma i kallt vatten. Andra egenvårdsstrategier var ökat vätskeintag, god personlig hygien och intag av ört- och tranbärsprodukter. Kvinnorna uppgav att de vid läkarbesök inte tillfrågades om vilka strategier de använde. Studien framhåller att en ökad kunskap om kvinnors egenvård och strategier kan vara användbar för sjuksköterskan som ofta hamnar i en rådgivande ställning till kvinnor som drabbats av UVI (a.a.).

Hälsoproblem

Återkommande urinvägsinfektioner är ett stort hälsoproblem bland kvinnor som påverkar deras fysiska och psykiska hälsa (Eells m.fl. 2014). Kvinnor beskriver att recidiv ger dem sämre livskvalité och medför begränsningar i det dagliga livet. De lider av smärta, sämre förmåga att gå till skola och arbete och behöver ligga till sängs som ett resultat av UVI. I genomsnitt innebär en UVI sex symtomdagar och tre inaktivitetsdagar (a.a.).

En internationell studie med 575 patienter drabbade av recidiverande UVI visar att sjukdomen har en negativ inverkan på patienternas livskvalitet (*Quality of Life*) (Renard m.fl. 2014). Den plötsliga, oförutsägbara och påfrestande karaktären av en smärtsam UVI episod orsakar ofta patienten ångest, lidande och depression. Studien framhåller att enbart behandling av akuta infektioner inte anses vara tillräckligt för att förbättra livskvalitén hos patienter med återkommande UVI. Grundläggande för en effektiv

behandling menar forskarna är att bestämma och se hur sjukdomen påverkar patientens livskvalité, något som alltför ofta förbises av vårdpersonalen. (Renard m.fl. 2014).

Omvårdnad

På många vårdcentraler är det sjuksköterskan som handlägger patienter med UVI symtom (Läkemedelsverket 2007). Det arbetssättet kräver att det finns klara, helst skriftliga rutiner på arbetsplatsen och att rutinerna garanterar att sjuksköterskans kompetens fortlöpande upprätthålls (a.a.).

I sjuksköterskans kärnkompetenser framhålls att patienten är expert på upplevelsen av sin egen ohälsa och har den bästa kännedomen om sin egen kropp (Svensk sjuksköterskeförening 2010). Sjuksköterskan ska bemöta patientens upplevelse och utifrån den ge ett gott bemötande och en personcentrerad vård (a.a.). Grunden för en personcentrerad vård är en fungerande vårdrelation (Forsberg 2016). Den kan beskrivas som en relation mellan en person som för tillfället befinner sig i rollen som patient, som upplever ohälsa eller lidande och en person som har ett professionsyrke och som man får anta har hälsan. För att vårdrelationen ska fungera krävs att sjuksköterskan har en förmåga att förstå och uppfatta hur patienten upplever sin situation och hälsa (a.a.). Upplevelse av hälsa och ohälsa påverkas bland annat av sjukdom, smärta, lidande och sociala förhållanden. Ur ett holistiskt perspektiv beaktas människan som en helhet där de fysiska och psykiska aspekterna står i relation till varandra (Parse 1992).

Att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande är sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområde (ICN 2014). Att möta den lidande människan är en del av sjuksköterskans ansvar och ett syfte med omvårdnadsarbetet (a.a.). Om den vårdsökande inte blir bemött, sedd eller hörd medför det konsekvenser i form av vårdlidande (Forsberg 2016). Personen blir då förnekad sitt lidande och fråntas rätten att ta aktiv del i sin egen hälsoprocess. Känslor av maktlöshet, utanförskap, skuld och skam infinner sig. Blir den vårdsökande istället tagen på allvar och bekräftad i sitt lidande uppstår en känsla av egenmakt (a.a.).

Kvinnor med UVI berättar om ett fysiskt och psykisk lidande (Eells m.fl. 2014; Renard m.fl. 2014). De upplever att sjukdomen påverkar deras hälsa och begränsar deras vardag, sociala liv och arbetsförmåga (a.a.). Förbättrad kunskap om och förståelse för hur kvinnor erfar UVI ökar sjuksköterskans möjligheter att bedriva en god omvårdnad i enlighet med sjuksköterskans kärnkompetenser och ansvarsområde.

PROBLEMFÖRMULERING

Urinvägsinfektion är en vanlig infektion som kan påverka kvinnor i alla åldrar. Sjukdomen innebär inte enbart en samhällskostnad i form av sjukvård och förlorad arbetstid utan även ett lidande för de som insjuknar. Tidigare forskning om kvinnor med UVI har skattat symtom, effekten av behandlingar och sjukdomens inverkan på livskvalité (*Quality of Life*). Denna litteraturstudie har istället utgått från kvinnornas perspektiv för att belysa deras upplevelser och erfarenheter av UVI. Inom primärvården möter och handlägger sjuksköterskan dagligen kvinnor med UVI. Mer kunskap och förståelse för kvinnors erfarenheter ger sjuksköterskan bättre möjligheter att bemöta kvinnor med UVI och ge en personcentrerad och evidensbaserad omvårdnad.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att belysa kvinnors erfarenheter av urinvägsinfektion.

Erfarenheter; känslomässiga upplevelser kring fysisk och psykisk påverkan av urinvägsinfektion.

METOD

I följande metodavsnitt redovisas val av forskningsansats, formulering av forskningsfråga och sökning av litteratur. Sökningar och urval förtydligas i tabellen *Artikelsökningar i databaser och urval av artiklar*. I metodavsnittet redovisas även tillvägagångssätt vid kvalitetsgranskning samt hur materialet har analyserats.

Forskningsansats

Det primära syftet med en litteraturstudie är att integrera forskningsresultat och att sammanfatta forskningsevidens (Polit & Beck 2014). Syftet kan också vara att delge vad som är känt och inte känt inom ett område (a.a.).

Undersökningar med kvalitativ design kan ha som avsikt att studera fenomen, tolka mening, upplevelser och erfarenheter (Willman m.fl. 2016). Perspektivet i kvalitativa studier är humanvetenskapligt med avsikt att uppnå förståelse (a.a.). Vidare kan kvalitativa undersökningar ha som syfte att undersöka deltagarnas upplevelse av ett fenomen (Forsberg & Wengström 2015). Avsikten med litteraturstudien var att belysa kvinnornas erfarenheter av UVI. Därmed svarade undersökningar med kvalitativ ansats bäst mot syftet i litteraturstudien.

Formulering av forskningsfråga

Litteraturstudien inleddes med strukturering av forskningsfrågan i olika bärande begrepp. En väl strukturerad forskningsfråga ökar möjligheterna till att relevanta studier och gynnar det fortsatta arbetet (SBU 2014). Enligt Polit och Beck (2014) så är det lämpligt att utforma forskningsfrågan på ett sådant sätt att population och situation är klarlagda. Populationen är de individer, grupper, patienter eller hälsoproblem som studien avser att undersöka och situationen är de omständigheter, förhållanden och erfarenheter som ska tydliggöras (a.a.). Populationen i denna litteraturstudie var kvinnor med urinvägsinfektion och situationen deras erfarenheter relaterat till detta. Bärande begrepp var *urinvägsinfektion* och *erfarenheter*.

Tabell 1 Formulering av forskningsfråga

Population	Situation
Kvinnor med urinvägsinfektion	Erfarenheter

Litteratursökning

Utefter litteraturstudiens frågeställning och syfte bestämdes kriterier för sökningen (SBU 2014). Inklusionskriterier utöver population, situation och studiedesign var att studierna skulle vara skrivna på engelska med hänsyn till författarnas språkkunskaper. Exklusionskriterier var studier som berörde barn, gravida kvinnor, kvinnor med anatomiska missbildningar eller urogena sjukdomar. Exkluderades gjordes även sekundära studier samt studier med kvantitativ ansats.

En initial ”quick and dirty” sökning utfördes för att få en uppfattning om ämnet och vad som fanns tillgängligt (Polit & Beck 2014). Därefter, baserat på syftets utformning, så bedömdes det att databaserna CINAHL, PubMed och PsycINFO var relevanta för litteratursökningen. Fördelar med att söka i olika databaser och källor är att undvika förvrängt urval, systematiska fel men också för att utöka möjligheterna att identifiera relevanta artiklar som kan svara på studiens syfte (Willman m.fl. 2016). Då CINAHL framförallt är inriktat på omvårdnad och PubMed på medicin och omvårdnad så utgick de första sökningarna från dessa databaser. PsycINFO inkluderades på ett senare stadie för att utesluta att artiklar förbisets (a.a.).

De bärande begreppen *urinvägsinfektion* och *erfarenheter* användes som grund för alla sökningar i samtliga databaser. Sökblock utformades till dessa begrepp baserat både på fritext och MeSH termer (*Medical Subject Headings*) i PubMed, Headings i CINAHL och Thesaurus i PsycINFO. Dessa kombinerades i de olika sökmotorerna och på så sätt utökades möjligheterna för fler träffar (SBU 2014). Ämnes- och sökord var något annorlunda i de olika databaserna, men uppfattades som likvärdiga och ansågs därmed inte påverkat sökresultatet. Sökningar redovisas i bilaga 1.

För att täcka in olika varianter av begrepp och ord trunkerades möjliga sökord, vilket innebär att ersätta slutet av ordet med en asterisk * (Forsberg & Wengström 2016). Inom sökblocken kombinerades begreppen med hjälp av den booleska operatör OR. OR utvidgar en sökning och ger möjlighet till ett bredare resultat. Därefter användes booleska termen AND mellan sökblocken för att sortera, begränsa och specificera sökningen (a.a.).

Då ordet *erfarenheter* inte finns som likvärdigt ämnesord på svensk MeSH (Karolinska Institutets bibliotek 2017), utan istället berörde området *life experience*, så valde författarna att istället söka utifrån de ord som var rekommenderade i fritext. Dessa är *experience*, *views*, *perceptions* och *attitudes* för att koppla det till erfarenheter. Se bilaga 1.

Som resurs rådfrågades en bibliotekarie (Willman m.fl. 2016). Därigenom bekräftades att sökningar genomförts korrekt med relevanta sökord och sökblock. I PubMed gjordes även vidare sökningar på liknande artiklar *similar articles* samt på relevanta forskare och författares namn. Sökningarna i databaserna kompletterades med manuella sökningar i artiklarnas referenslistor (Willman m.fl. 2016). Två artiklar hittades via referenser och söktes upp manuellt i PubMed. Samtliga titlar som kom upp i sökningarna lästes av båda författarna. Vidare lästes abstraktet på de studier med relevant titel. De artiklar som bedömdes ha abstrakts som svarade mot litteraturstudiens syfte gick vidare i arbetsprocessen och lästes i fulltext. Totalt lästes 27 artiklar i fulltext. Läst artiklar diskuterades och 12 som uppfyllde inklusions- och exklusionskriterierna

valdes ut för kvalitetsgranskning. Efter kvalitetsgranskningen bestod urvalet av 11 artiklar som ingick i resultatet.

Tabell 2 Artikelsökningar i databaser och utvalda artiklar

Databas Datum	Sökblock	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa artiklar	Utvalda artiklar
PubMed 170404	Urinary tract infection AND Experience AND Qualitative AND Self care	108	108	7	6
CINAHL 170331	Urinary tract infections AND Experience AND Self care AND Female	101	101	3	3

Sökning utfördes även i databasen PsycINFO men då inga nya relevanta studier framkom uteslöts dessa.

Kvalitetsgranskning

Samtliga 11 artiklar lästes och granskades enskilt av författarna. Därefter fördes en diskussion huruvida artiklarna svarade på litteraturstudiens syfte. En gemensam granskning gjordes efter en modifierad mall som utgick ifrån “Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik- patientupplevelser” (SBU 2014). Se bilaga 2 med modifierad granskningsmall.

I granskningsprocessen utvärderades styrkor och svagheter i studierna och en övergripande bedömning gjordes av studiernas kvalitet. Studier med en tydligt beskriven metod inklusive datainsamling och med ett urval som svarade mot litteraturstudiens population bedömdes vara av hög kvalitet. Andra kriterier för hög kvalitet var ett begripligt och logiskt resultat och en överförbarhet till liknande sammanhang. Samtliga studier poängbedömdes i granskningsmallen för en uppfattning om studiens kvalitet.

Två studier med blandad population, det vill säga både kvinnor och män alternativt både patienter och läkare, bedömdes ha hög kvalitet då metod och resultat var uppdelat och tydligt presenterat. Två studier utförda på 1990-talet valde författarna trots sin höga ålder, att ta med i urvalet. Beslutet togs dels utifrån att det i sökningarna endast framkom ett fåtal studier som motsvarade exklusions- och inklusionskriterierna samt att erfarenheter som kvinnorna ger uttryck för i studien uppskattades vara opåverkade av tidens gång. Detta diskuteras vidare i metoddiskussionen. Den slutgiltiga bedömningen

av materialet sammanfattades i en artikelmatris för att strukturera och sammanfatta kvalitén på artiklarna (Polit & Beck 2014). Se bilaga 3, artikelmatris.

Innehållsanalys

Innehållsanalysen utfördes efter Graneheim och Lundmans (2003) anvisningar. Inledningsvis läste författarna enskilt igenom materialet ett flertal gången. Under läsningen gjordes anteckningar för att sammanfatta studierna. Därefter markerades återkommande begrepp i materialet med färgpennor. Författarna jämförde och diskuterade anteckningar och begrepp. Därefter identifierades meningsbärande enheter. Meningsbärande enheter är ord, meningar eller paragrafer som innehåller aspekter relaterade till varandra genom deras innehåll eller kontext (Graneheim & Lundman 2003). Meningsbärande enheter avsåg här material och text som svarade mot litteraturstudiens syfte. De meningsbärande enheterna kondenserades, en process då texten kortas ner utan att förlora sin kärna eller innebörd (a.a.). I nästa steg togs nyckelord ut som översattes till svenska efter Malmö högskolas webbaserade lexikon *Wordfinder*.

Ett gemensamt arbete fortsatte med att kategorisera nyckelorden. Avsikten var att varje kategori skulle innefatta återkommande begrepp eller ord som kvinnorna använde för att berätta om sina erfarenheter av UVI. Exempel på återkommande begrepp var smärta och trötthet som innefattades i kategorin fysiska symtom. Kategorierna var; fysiska symtom, psykiska konsekvenser, sociala begränsningar, intima relationer, orsaker, prevention, egenvård, triggers, behandling och bemötande. För att sammanfatta ett antal kategorier kan teman formuleras till metaforer eller övergripande begrepp (Forsberg & Wengström 2016). Kategorierna sammanfattades i tre övergripande teman; *Fysiska och psykiska erfarenheter, Orsaker och strategier* samt *Mötet med vården*.

Tabell 3 Exempel på innehållsanalys

Meningsbärande enhet	Kondenserad	Nyckelord	Kategorier	Tema
"I have sudden need to pee. One feels a strong obligation to go to the toilet, but only for a few drops appear. Feel helpless (no control over urination)."	Sudden need to go to toilet Only a few drops Feels helpless no control	Plötsligt behov Få droppar Hjälplös Utan kontroll	Fysiska symtom Psykiska konsekvenser	Fysiska och psykiska erfarenheter

RESULTAT

Denna litteraturstudie är en sammanställning av elva studier med kvalitativ ansats. Resultatet är baserat studier utförda från 2001 till 2016 samt två som var utförda 1998 och 1999. Studierna har sitt ursprung från Storbritannien, Irland, USA, Sverige, Nederländerna och Norge. Varav 6 var semi-strukturerade intervjuer, 2 baserad på öppna frågor, 2 djupintervjuer och 1 web undersökning. Kvinnornas ålder varierade från 19-97 år. Den minsta studiens population omfattade 14 kvinnor, medan de största hade undersökning med 5364 inlägg på en websida som behandlade kvinnor med cystit. Se bilaga 3, artikelmatris.

Populationen som studerades var kvinnor med erfarenhet av okomplicerad urinvägsinfektion, tillfällig alternativt recidiverande. Samtliga kvinnor som ingick i studierna hade vid något eller några tillfällen varit i kontakt med primärvården och behandlats på grund av UVI symtom. Kvinnorna berättar om sina symtom, fysiska och psykiska upplevelser i relation till sjukdomen. De delger vilka preventiva strategier de använder och om sina erfarenheter av egenvård, sjukvård och behandling i relation till UVI. Syftet med denna litteraturstudie var att belysa kvinnornas erfarenheter av urinvägsinfektion.

Studierna sammanfattades i tre övergripande teman; *Fysiska och psykiska erfarenheter*, *Orsaker och strategier* samt *Mötet med vården*.

Tabell 4 Indelning av studier efter tema

Fysiska och psykiska erfarenheter	Orsaker och strategier	Mötet med vården
Eriksson m.fl. 2013 H Flower m.fl. 2014 H Leydon m.fl. 2009 M Malterud m.fl. 1999 H	Duane m.fl. 2016a M Eriksson m.fl. 2013 H Flower m.fl. 2014 H Leydon m.fl. 2009 M Leydon m.fl. 2010 M Rink 1998 M	Brittain m.fl 2001 M Duane m.fl. 2016b M Duane m.fl. 2016a M Eriksson m.fl. 2013 H Flower m.fl. 2014 H Leydon m.fl. 2009 M Leydon m.fl. 2010 M Shaw m.fl. 2008 H Welch m.fl. 2011 M

*H = hög kvalitet, M = medium kvalitet. Se bilaga 3, artikelmatris.

Fysiska och psykiska erfarenheter

Nedan följer resultatet relaterat till kvinnornas fysiska och psykiska erfarenheter av UVI. Resultatet framställs i två underrubriker; *Smärta, trötthet och försämrat allmäntillstånd* samt *Lidande och olust*.

Smärta, trötthet och försämrat allmäntillstånd

Symtom av UVI var varierande hos kvinnorna och överensstämde inte alltid med typiska UVI symtom som de framställs i medicinsk litteratur. I flera studier framkom kvinnornas erfarenhet av en brännande och svår smärta vid urinering (Eriksson m.fl 2013; Flower m.fl. 2014; Malterud 1999). Kvinnor i varierande åldrar som blev intervjuade om sina UVI symtom beskrev bland annat smärtan som att kissa taggtråd (Malterud m.fl.1999). De kände också ett konstant behov av att urinera trots att det inte fanns någon logisk anledning till detta, då blåsan inte hunnit fyllas på nytt. Ibland kom

detta behov omedelbart efter att de besökt toaletten. Smärta kunde även upplevas som en isande kyla i hela kroppen eller som att underlivet var på väg att ramla ut vid urinering (Malterud m.fl.1999). Kvinnorna erfor även breda, systematiska och invalidiserande symtom vilket de beskrev i en webbaserad studie (Flower m.fl. 2014). De beskrev UVI symtom som svullen buk, mensliknande värk och smärta i rygg, leder, ben eller anklar (a.a.).

Kvinnor med UVI symtom erfor att deras generella hälsa var påverkad (Eriksson m.fl. 2013; Flower m.fl. 2014; Malterud m.fl.1999). Kvinnorna uttryckte att deras kropp kändes onormal och att de kände sig febriga, svaga, trötta och utmattade (a.a.). I den webbaserade studien rapporterade kvinnor med återkommande UVI, att den ständiga tröttheten och sjukdomskänslan tvingade dem att sjukskriva sig (Flower m.fl. 2014). Detta ledde till ekonomiska och sociala förluster. För de som inte arbetade så kunde effekten av symtom vara lika traumatisk, då de blev begränsade i sina intressen och hobbies på grund av smärtpåverkan och utmattning (a.a.).

I en svensk studie där 20 äldre kvinnor djupintervjuades berättade deltagarna att deras aptit påverkades (Eriksson m.fl. 2013). Tillagad mat kunde till och med få dem att känna sig illamående, vilket ledde till ett försämrat allmäntillstånd (a.a.). Även andra urinvägsproblem som inkontinens tycktes förvärras vid UVI. Kvinnorna upplevde framförallt svårigheter med att hålla tätt (Eriksson m.fl. 2013; Malterud 1999). Det plötsliga behovet av att urinera kunde orsaka läckage och de uttryckte ett ständigt behov av att ha toaletten nära (a.a.). De äldre kvinnorna erfor att de var mycket beroende av olika sorters inkontinensskydd (Eriksson m.fl. 2013). Läckage och återkommande toalettbesök under natten lämnade ofta de äldre kvinnorna vakna och orsakade sömnsvärigheter (a.a.).

Lidande och olust

De äldre kvinnorna berättade om sina erfarenheter kring ett ökat lidande i samband med UVI (Eriksson m.fl. 2013). Lidandet beskrevs som upplevelse av fysiska och psykiska hälsoproblem, som en kamp i att hantera sjukdomen och som att vara begränsad i det dagliga livet. Kvinnorna ansåg att lidandet kunde vara hanterbart. Detta var dock beroende av möjligheten att lindra fysiska symtom och att vårdpersonal tog deras tillstånd på allvar. Då detta uppfylldes genom tillgång till hjälp, behandling och adekvat vård ansåg kvinnorna att lidandet och sjukdomen var hanterbart och att de blev mindre begränsade i det dagliga livet (a.a.).

Kvinnor med varierande åldrar som ingick i en brittisk studie framhöll att det var påfrestande och pressande att arbeta och fullfölja sociala förpliktelser (Leydon m.fl. 2009). Trots detta tvingade de flesta sig själv till att arbeta och att fungera som vanligt (a.a.). I både Erikssons (2013) och Leydons (2009) studier berättade kvinnor att de inte klarade av hushållsarbete, fritidsaktiviteter eller socialt umgänge. Inget ansågs vara roligt varken i hemmet eller utanför. De äldre kvinnorna beskrev att de ständigt var på sin vakt, att de alltid oroade sig och väntade på att de skulle återinsjukna i UVI (Eriksson m.fl. 2013). De blev fixerade vid att besöka toaletten regelbundet och att vila mycket. Några uttryckte att de kände sig som en börda för andra, och därför slutade eller drog de ned på det sociala liv de hade tidigare. De oroade sig för läckage och att de luktade illa vilket också resulterade i mindre socialt umgänge (a.a.).

Många hade erfarenheter av att UVI hade en stor psykisk påverkan (Eriksson m.fl. 2013; Flower m.fl. 2014; Malterud m.fl.1999). Kvinnor i varierande åldrar gav uttryck för att deras humör påverkades, att de kände sig deprimerade och nedslagna (a.a.). Både äldre intervjuade kvinnor och kvinnor från den webbaserade studien uttryckte att risken och oron över att få en UVI inverkade på deras framtida planer (Eriksson m.fl. 2013; Flower m.fl.2014). De uttryckte att det var svårt att glädjas åt en kommande semester eller en stundande fest, då ängslan för att insjukna var överhängande (a.a.). Kvinnor upplevde att sjukdomen satte dem ur balans och gjorde dem miserabla. Deltagare beskrev en obekväm känsla i hela kroppen och att de kände sig okoncentrerade. De gav utlopp för känslor som irritation och olust (Malterud m.fl.1999).

Effekterna av hur UVI påverkade sexlivet var återkommande och diskuterades av både yngre och äldre kvinnor (Eriksson m.fl. 2013; Flower m.fl. 2014). Några av de äldre kvinnorna berättade att deras sexliv var mycket påverkat av UVI (Eriksson m.fl. 2013). De hade mindre lust delvis beroende på oro för läckage och att de luktade illa. I den webbaserade studien ansåg många kvinnor att samlag kunde vara en utlösande faktor för en infektion vilket gjorde att de undvek intimt umgänge (Flower m.fl. 2014). De beskrev att de kände olust, till och med att de blev äcklade (*disgusted*) av tanken på sex och undvek därför intima relationer. För många påverkades sexlivet och relationer negativt på grund av UVI. Även med en förstående samlevnadspartner kunde detta hota långa relationer (a.a.).

Orsaker och strategier

Nedan följer resultatet relaterat till kvinnornas uppfattningar om orsaker till UVI under rubriken *Sexuellt aktiv och drabbad*. Därefter presenteras kvinnornas strategier och erfarenheter av att hantera sjukdomen under *Tranbärsjuice och egenvård*.

Sexuellt aktiv och drabbad

I två studier intervjuades kvinnor i varierande åldrar om orsaker och risker till UVI (Leydon m.fl. 2010; Rink 1998). Efter läkarkonsultation på vårdcentralen fick kvinnorna via semi-strukturerade intervjuer bland annat berätta om vilka anledningar de ansåg låg bakom deras UVI symtom. Levnadsvanor och beteende var vanligt förekommande svar (a.a.). Bland annat ansåg deltagarna att deras UVI symtom orsakats av samlag och att de varit sexuellt aktiva. Några resonerade kring att inte tömma blåsan efter samlag medförde en ökad risk för infektion (Rink 1998). Ett fåtal trodde att deras UVI orsakats av en infektion från deras partner (a.a.).

Andra orsaker som kvinnorna ansåg ligga bakom deras UVI symtom var stress, dehydrering, att de var nyförlösta, menstruation, bad, intag av starkt kryddad mat, kaffe, te och alkohol (Leydon m.fl. 2010; Rink 1998). Även kvinnor i den webbaserade studien uppgav anledningar som långvarig stress, bristande självkontroll och hygien (Flower m.fl. 2014). Flera nämnde att bära tajta byxor eller underkläder tillverkade av nylon kunde provocera fram en infektion. Kvinnorna menade att trosor av nylon gjorde det perinala området svettigt vilket då blev ett tillhåll för bakterier (Rink 1998). Några kvinnor relaterade UVI till sin ökade ålder och menopaus. En kvinna sa att UVI var en bestraffning för att hon blivit gammal (Leydon m.fl. 2010).

Några kvinnor hade helt missuppfattat ursprunget till sin UVI (Rink 1998). En kvinna förstod det som att hennes UVI var orsakad av en fysisk defekt då läkaren sagt att hennes urinrör var kort. En annan kvinna berättade att hon vid läkarbesöket fått

diagnosen smekmånads cystit, vilket kvinnan ifråga tyckte var fånigt då hon hade varit gift i flera år. De flesta deltagarna i studien ansåg dock att det var slumpen som gjort att de drabbats av UVI. Kvinnorna uttryckte att UVI är sådant som bara händer och relaterade inte sina symtom till någon bakomliggande anledning (Rink 1998).

Tranbärsjuice och egenvård

Innan kvinnorna sökte vård försökte majoriteten av dem att behandla UVI symtomen med egenvård. Vanliga strategier var att försöka spola ut (*flush*) UVIn genom att dricka mycket vatten och tranbärsjuice samt att dämpa smärtan genom intag av receptfria läkemedel (Duane m.fl. 2016a). Regelbundet intag av tranbärsjuice och tranbärsbaserade produkter återkommer i flera studier (Eriksson m.fl. 2013; Flower m.fl. 2014; Leydon m.fl. 2009). Kvinnor berättade att de drack tranbärsjuice i förebyggande syfte eller under flera dagar så fort symtomen började. Generellt så beskrev de att intag av vätska som preventiv behandling var mycket viktigt (Duane m.fl. 2016a; Leydon m.fl. 2009).

Äldre kvinnor som ofta led av recidiv, tyckte att de hade börjat vänja sig vid att ha sjukdomen och hade accepterat den som en del av vardagen (Eriksson m.fl. 2013). Kvinnorna sa att de använde olika strategier för att hantera sjukdomen, men att de var osäkra på dess effekter. Några berättade att de försökte dricka mycket, särskilt sura drycker, besöka toaletten regelbundet och att vila mycket. De undvek även att bada och att utsätta sig för kyla (a.a.). Att göra förändringar i levnadsvanor ingick i flera kvinnors egenvård och preventiva strategier (Flower m.fl. 2014; Leydon m.fl. 2010). En del menade att ett hälsosamt beteende med goda matvanor och motion reducerade risken att insjukna (Leydon m.fl. 2010). Även god hygien, rengöring av underlivet efter sex samt rätt egenvård vid symtom ansågs vara preventiva strategier som minskade risken för att få en infektion (a.a.).

I den webbaserade studien efterlyste kvinnor alternativa profylaktiska behandlingsmetoder (Flower m.fl. 2014). Intresset för detta visade sig vara stort. Många delade med sig av konventionella behandlingar och gav råd om alternativa växtbaserade läkemedel, kosttillskott, tranbärsprodukter och vitamin C. En del av kvinnorna på webbförumet berättade att de använde alternativa behandlingar för att minska biverkningar av antibiotika eller för att generellt sett stärka immunförsvaret. Några uttryckte att de använde sig av alternativa förebyggande behandlingar så att de hade mer kontroll och kunde "hela" (*heal*) sig själv genom självläkning. Det fanns dock inlägg på forumet som framhöll motsatsen; att det enda framgångsrika behandlingsalternativet var antibiotika-profylax (a.a.).

Mötet med vården

Nio studier var relaterade till kvinnornas erfarenheter av att gå från egenvård till att få vård och behandling. Resultatet presenteras under tre rubriker: *Triggers*, *Behandling* samt *Bemötande*.

Triggers

I en studie berättade kvinnor om sina erfarenheter från symtomdebut, deras försök till egenvård och slutligen vilka utlösande faktorer (*triggers*) som gjorde att de sökte vård (Leydon m.fl. 2009). När egenvård misslyckades så omvärderade kvinnorna sina behov och övervägde huruvida deras symtom hade börjat störa arbete och fritidsaktiviteter. Flera av deltagarna sa att det var inverkan och begränsning i det dagliga livet i

kombination med smärta som till slut fick dem att söka hjälp för sina problem (Leydon m.fl. 2009).

I tre studier framkom att det var både fysiska och psykiska upplevelser av UVI som gjorde att kvinnorna sökte vård (Brittain m.fl 2001; Leydon m.fl. 2009; Welch m.fl. 2011). I en brittisk studie där deltagarna hade olika urinvägsjukdomar, bland annat recidiv, så beskrev kvinnor att de sökte vård då återkommande recidiv började göra dem ledsna och nedstämda (Brittain m.fl 2001). De blev frustrerade för att symtom hindrade dem från att utföra enkla sysslor, motionera och arbeta. Andra menade att ständig oro för lukt och smutsiga kläder till slut fick dem att söka vård (a.a.).

Kvinnorna beskrev att ett nedsatt allmäntillstånd med feber, ökad smärta, nya eller tilltagande symtom, sömnbrist och konstant trötthet resulterade i kontakt med sjukvården (Leydon m.fl. 2009; Shaw m.fl. 2008). För en del var det symtomförvärringar som gjorde att de tillslut sökte vård (Brittain m.fl 2001). För kvinnor med erfarenhet av tidigare UVI var det en trigger att uppsöka vårdcentralen när symtomen inte försvann eller förvärrades markant trots försök till egenvård (a.a.).

Det var också relevant för hur länge kvinnorna hade haft sina symtom (Welch m.fl. 2011). När de upplevde att symtom varade längre än vid tidigare UVI kontaktade de vårdcentralen. Flera var också medvetna om att sjukdomen kunde sprida sig upp till njurarna vilket gav anledning till vårdkontakt (a.a.). Den mest oroväckande symtomförändringen var dock när kvinnorna märkte att de hade blod i urinen, vilket resulterade i akut vårdkontakt (Leydon m.fl. 2009). Kvinnorna nämnde att de var rädda att deras symtom kunde indikera på något allvarligare än UVI (Leydon m.fl. 2009; Welch m.fl. 2011). De berättade också att den pinsamhet, skam eller rädsla de känt inför att söka vård vid symtomdebut, slutligen fick ge vika för de outhärdliga symtomen (Shaw m.fl. 2008).

Andra triggers som fick kvinnorna att söka vård var utomstående faktorer. Kvinnorna förklarade att de hade oroliga anhöriga och vänner som hade varit den drivande kraften bakom vårdsökandet (Duane m.fl. 2016b). Kvinnorna sökte ofta råd från nära familjemedlemmar, framförallt från sina mödrar. Men de sökte också rådgivning hos andra legitimerade yrkesgrupper som apotekare, där de kände att de fick konkreta råd som att avsluta egenvård och istället uppsöka läkare (a.a.). För de som inte insjuknat i UVI tidigare så berättade de att läst eller hört något om sjukdomen från massmedia eller på anslag på vårdcentral, och att detta var anledningen till att de sökte en diagnos (Brittain m.fl 2001; Shaw m.fl. 2008). Ett fåtal nämnde religion som bidragande orsak till att de sökte vård då t.ex. djupt troende muslimer, som är väldigt noga med sin hygien, kände sig smutsiga vid sjukdomen (Brittain m.fl 2001).

Behandling

Flera kvinnor framhöll att de främst sökte vård och behandling för att komma till bukt med symtom eller för att utesluta en infektion (Duane m.fl. 2016a). De uttryckte en förväntan att kunna återgå till det normala dagliga livet, vilket inte nödvändigtvis innebar antibiotikabehandling. De kontaktade vårdcentralen och var öppna för diskussion, rådgivning och alternativa behandlingar. Majoriteten avvaktade i fyra dagar innan de sökte vård. Kvinnor med erfarenhet av upprepade infektioner framhöll dock att de främst sökte vård för att få antibiotika. De kontaktade i större utsträckning

vårdcentralen vid symtomdebut med en förväntan att omgående få antibiotikabehandling (Duane m.fl. 2016a).

Erfarenheter av besvärliga biverkningar från antibiotika gjorde många kvinnor tveksamma till att använda antibiotika vid recidiv (Flower m.fl. 2014; Leydon m.fl. 2010). Vanliga biverkningar som kvinnorna erfarit var vaginal svampinfektion, illamående och diarré. Kvinnorna gav även uttryck för en oro att antibiotika hade en negativ inverkan på deras immunsystem och medförde en ökad risk att insjukna i en ny eller annan infektion (a.a.). Ett par kvinnor som deltog i den webbaserad studien berättade att de hamnat i en ond cirkel i vilken UVI krävde antibiotika som gav tillfällig förbättring, men som efter avslutad kur gjorde dem mer mottagliga för ytterligare infektioner (Flower m.fl. 2014).

I en brittisk studie erbjöds samtliga kvinnor ett fördröjt recept på antibiotika under läkarbesöket på vårdcentralen (Leydon m.fl. 2010). Erbjudandet om ett fördröjt recept väckte olika känslor hos deltagarna. Majoriteten av deltagarna upplevde erbjudandet som positivt och ansåg det vara en bekräftelse på att de själva kunde ta ansvar för sin hälsa. För dem var receptet en trygghet, ett skyddsnät att tillgå om UVI symtomen höll i sig eller förvärrades trots egenvård. Ett fåtal kvinnor upplevde erbjudandet om fördröjt antibiotikarecept som negativt. De tyckte det kändes nedvärderande och upplevde att de inte fick sina symtom bekräftade eller att de togs på allvar av vårdpersonalen (a.a.).

Kvinnors erfarenheter av behandling framställs som komplexa (Flower m.fl. 2014). I den webbaserade studien uttrycker deltagarna en otillfredsställelse över antibiotikans biverkningar och dess kortvariga fördelar medan andra framhåller att antibiotika är den enda behandlingen som hjälper (a.a.). Även de äldre kvinnorna som djupintervjuats uttryckte blandade erfarenheter av antibiotikans effekter och biverkningar och av att få adekvat behandling (Eriksson m.fl. 2013).

Bemötande

I relation till behandling stod kvinnornas varierande erfarenheter av vård och bemötande. I två studier berättar kvinnorna om liknande erfarenheter och problem angående bemötande (Flower m.fl. 2014; Welch m.fl. 2011). Kvinnorna kände inte att de fick sin oro eller symtom bekräftade av sin läkare, och uttryckte en frustration över vad de ansåg vara en avvisande, nedvärderande och känslolös behandling (a.a.). Några menade att könsskillnader mellan patient och läkare inverkade på bemötandet. Kvinnorna upplevde att manliga läkare drog ut på behandlingen tills UVIn var bekräftat med en urinodling (Flower m.fl. 2014).

I den webbaserade studien framgick polariserande uppfattningar om vårdpersonalens bemötande (Flower m.fl. 2014). Flera kvinnor hade positiva upplevelser av vårdpersonal som lyssnade, stöttade och responderade på deras besvär (a.a.). I flera studier framhöll deltagarna att råd, stöd och en välfungerande dialog med vårdpersonalen var av stort värde (Flower m.fl. 2014; Leydon m.fl. 2010; Welch m.fl. 2011). Erfarenheter av en god vård och behandling relaterade kvinnorna bland annat till att det fanns tid och utrymme för konsultation samt hur väl vårdpersonalen interagerade med kvinnorna (Leydon m.fl. 2010.).

DISKUSSION

Nedan följer metoddiskussion och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Metodens styrkor och svagheter diskuteras nedan utifrån rubrikerna *forskningsansats*, *litteratursökning*, *inklusions- och exklusionskriterier*, *kvalitetsgranskning och innehållsanalys*.

Forskningsansats

Syftet med en litteraturstudie kan vara att delge vad som är känt och inte känt inom ett område (Polit & Beck 2014). Då det fanns en intention att belysa kvinnornas erfarenheter och tydliggöra kunskapsläget inom ämnet föll valet på att göra en litteraturstudie. Syftet med en litteraturstudie kan också vara att ge en beskrivande bakgrund som motiverar att en empirisk studie förs (Forsberg & Wengström 2015). Under arbetets gång har detta syfte blivit mer framträdande då det blivit uppenbart att det finns mer utrymme för fler empiriska undersökningar inom ämnet.

Litteraturstudiens syfte var att belysa kvinnors erfarenheter av urinvägsinfektion. Kvalitativ forskning kan ge utökad insikt och förståelse för olika individers livsvärld och verklighet (Forsberg & Wengström 2015). Utifrån detta valdes en kvalitativ ansats.

Litteratursökning

En initial ”quick and dirty” sökning gjordes för att få en uppfattning om där fanns tillräckligt med artiklar som skulle kunna svara på studiens syfte (Polit & Beck 2014). Efter ett positivt resultat valdes därefter att göra en mer omfattande sökning med hjälp av strategiskt uppbyggda sökblock. Ordet *experience* omfattar även praktiskt vana och lärdomar. För att täcka in begreppet erfarenheter utifrån betydelsen upplevelser och känslomässiga erfarenheter så valde författarna att utöka sökningarna med ord som *views*, *attitudes* och *perceptions*. Detta anses vara en styrka i sökningarna. Det finns dock en risk att studier kan ha missats då andra synonymer har exkluderats. De Booleska sökorden OR och AND användes vid sökningarna, för att öka möjligheterna för att hitta relevanta artiklar. Söktermen NOT användes inte då det ansågs vara en risk för att istället missa relevanta artiklar (Forsberg & Wengström 2015).

Då PubMed och CINAHL är de databaser som är mest relevant för ämnet omvårdnad så valde författarna att utgå ifrån dessa två. Enligt Polit & Beck (2014) så krävs sökning i mer än en databas för en bred sökning vilket då stärker underlaget. Då samma artiklar återkom vid flera tillfällen i de olika databaserna ansågs det att datamättnad var nådd. Detta anses vara en styrka i studien. Sökningar i PsycINFO tillkom senare men gav inga nya studier relevanta för syftet, men tid kunde ha sparats om de hade skett samtidigt som de andra sökningarna.

Inklusions- och exklusionskriterier

För att få ett så avsmalnat resultat som möjligt gjordes vissa inklusions- och exklusionskriterier (Polit & Beck 2014). Kvinnor med urogena skador, sjukdomar och gravida uteslöts då erfarenheterna hos dessa kvinnor inte bara skulle ge insyn på urinvägsinfektion som sjukdom utan även andra bakomliggande orsaker. Detta ansågs vara en styrka i studien. Sökningarna skedde utifrån engelska begrepp vilken kan ha exkluderat artiklar skrivna på andra språk vilket kan utgöra en potential svaghet. Det

kan dock också betraktas som en styrka då författarna har mycket god förståelse av det engelska språket och har utan svårigheter hanterat allt material. Vissa artiklar som uppkom i sökningen återfanns inte i fulltext via Malmö Högskolas bibliotek och är en vidare risk till att information kan ha missats. Detta anses vara en svaghet.

Författarna gjorde flertalet sökningar i databaserna PubMed och CINAHL bland annat utan filter för årtal och kön, med syftet att utöka antalet träffar. För att få bekräftat att sökningarna genomförts korrekt konsulterades en bibliotekarie (Willman m. fl. 2016). Sökresultatet blev dock likvärdigt med bibliotekariens hjälp och vi kunde konstatera att urvalet var begränsat.

Kvalitetsgranskning

De utvalda studierna var utförda mellan åren 1998-2016 och hade sitt ursprung från Sverige, Norge, Storbritannien, Irland, Nederländerna och USA. Samtliga studier är av kvalitativ ansats vilket är en styrka då det svarar på studiens syfte som behandlar erfarenheter. En svaghet med detta är att kvinnornas erfarenheter kring bemötande och behandling kan vara olika då sjukvården är uppbyggd olika i de olika länderna. Samt att det finns kulturella skillnader. Litteraturstudien kan därför inte betraktas som helt överförbart till liknande sammanhang. Deltagarna har varierande åldrar vilket stärker studien då resultatet kan vara överförbart till majoriteten av kvinnor.

Fyra studier inkluderade både män och kvinnor alternativt både vårdsökande kvinnor och deras vårdgivare. Dessa studier var dock upplagda så att det var möjligt att härleda vilka erfarenheter och upplevelser som var kvinnornas. Det kan betraktas som en svaghet att inte hela resultatet i dessa studier gick att använda.

I urvalet återfinns två äldre studier från 1998 (Rink m.fl.) respektive 1999 (Malterud m.fl.). Då mycket i samhället förändras, däribland vård och behandling så kan det uppfattas som en svaghet att äldre studier ingår i resultatet. Författarna resonerade dock att känslomässiga upplevelser och erfarenheter kan vara relativt oförändrade. Kvinnorna har t ex i samband med UVI erfarit smärta och ångest vilket i detta sammanhang tycks vara oberoende av tidens gång och samhällets utveckling. Kvinnornas erfarenheter av UVI ansåg därmed författarna svara mot studiens syfte.

Studierna bestod av intervjuer, djupintervjuer, öppna frågor, semistrukturerade intervjuer samt fokusgrupper. Specifikt fokusgrupper kan anses vara en svaghet till studier då resultatet ofta kan vara påverkat av gruppen struktur (Polit & Beck 2014). Vissa individer deltar mer än andra, medan andra inte gör sig själv lika mycket hörd. I den utvalda studien hade forskarna delat upp kvinnor och män för att minska risken för att individerna kände sig generade och inte vågade prata öppet om sina urinvägsproblem, därför anses detta inte vara en svaghet utan ger istället validitet till resultatet. Två av studierna är baserad på samma populationsgrupp (Leydon m.fl. 2009; Leydon m.fl. 2010). Men då forskarnas syfte och perspektivet är annorlunda i de båda, var det möjligt att inkludera båda studierna och de användes ur två olika aspekter i litteraturstudien. Dock anses det vara en svaghet att studierna baseras på samma populationsgrupp.

En modifierad mall användes vid artikelgranskning, denna mall är baserad på SBU:s granskningsmall som används vid kvalitativa studier. Mallen var anpassad för att omfatta denna litteraturstudie, och antalet frågor och innehåll diskuterades fram

(Forsberg & Wengström 2015). Denna mall var underlag för det material vid första enskilda granskningen av artiklarna. Vid ett senare tillfälle följde även en gemensam granskning och analys av de 12 artiklar för att undvika feltolkningar av underlaget. Varav de 12 artiklarna hade 4 av hög kvalitet 7 av medium kvalitet och 1 med låg kvalitet. Den artikel som hade låg kvalitet blev exkluderad från studien då det ansågs att det var tillräckligt av de med högre kvalitet, detta ses som en styrka. Det anses vara en vidare styrka att all granskning är utförd av två individer.

Innehållsanalys

Allt material var analyserat och meningsbärande enheter markerades både enskilt och gemensamt av författarna. Detta diskuterades och jämfördes för att få ett förenat resultat. Därefter följde en vidare gemensam diskussion om vilka av de meningsbärande enheterna som skulle användas, samt analys av materialet för att undvika individuella tolkningar. Detta anses vara en styrka. All data som har framkommit har baserats på syftet, och eventuell data som inte var relevant för syfte har exkluderats från analysen. Dessa data har identifierat in i tema med rubriker som svarar på materialet. Dessa tema har kontrollerats två gånger av författarna för att försäkra att de överensstämmer med materialet (Graneheim & Lundman 2003). Då det är svårt att kategorisera individers erfarenheter eftersom de också inkluderar känslor och åsikter så gjordes ett par omarbetningar för att få ett sammanhängande resultat. Samtliga tema var baserat på minst fyra studier vilket är en styrka och framhåller trovärdighet (a.a.).

Trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet

För att undvika egna tolkningar och för att undvika att missa viktig information så lades mycket vikt på att följa den egna granskningsmallen. De brister som framkom efter granskning diskuterades för att fatta ett beslut om studien skulle inkluderas i materialet. Detta ökar tillförlitligheten i studien då inga egna tolkningar gjordes (Graneheim & Lundman 2004). Det finns inget rätt sätt att presentera sina fynd, men för att öka trovärdigheten är det viktigt att det finns en möjlighet till att tolka fakta annorlunda, vilket vi anser det är utrymme för (a.a.). Trots att det inte finns möjlighet att överföra den rent subjektiva upplevelsen, så finns det en konsensus mellan de olika studierna då symtombilden av UVI är likartade oavsett ursprung. Detta anses vara en styrka och tyder på att det finns överförbarhet.

Resultatdiskussion

Resultatet analyserades utifrån syftet. Efter vidare läsning omarbetades och diskuterades resultatet och tre nya underrubriker framkom. Dessa inkluderar de mest intressanta dragen från resultatet och presenteras enligt följande *Atypiska och varierande symtom, Bristfällig kunskap och Vikten av stöd och behandling*

Atypiska och varierande symtom

I resultatet framkom att typiska UVI symtom som täta trängningar, sveda och ofullständiga tömningar förekom hos majoriteten av kvinnorna, dock med stor variation och intensitet. Det framgick även att en stor del av kvinnorna hade erfarenheter av symtom som värk och utmattning vilket inte överensstämmer med typiska UVI symtom enligt medicinsk litteratur. Det var märkbart att smärtupplevelsen hos kvinnorna var högst individuell och att smärtan kunde vara mycket besvärande och påträngande. Resultatet återspeglar det som kvantitativa studier tidigare påvisat; kvinnor uppvisar en stor och bred variation av symtom vid UVI (Heytens m.fl. 2011; Willems m.fl.2014).

Även vid okomplicerad nedre UVI rapporterar kvinnor att de har en allmän sjukdomskänsla med symtom som ryggsmärtor, trötthet och svaghet (Heytens m.fl. 2011; Willems m.fl.2014). Dessa symtom är vanligtvis förknippade med komplicerad UVI alternativt UVI hos äldre och svaga personer (Dampner & Peeker 2012; Heytens m.fl.2012). Resultatet i denna litteraturstudie visar att den symtombild som kvinnorna uppvisar, inte alltid överensstämmer med den generella. Symtomen yttrar sig individuellt och kan vara mycket besvärande även hos yngre kvinnor med okomplicerad UVI. UVI diagnosticeras efter att patienten upplever två typiska UVI symtom och enligt nationella riktlinjer så räcker nytillkomna UVI symtom för antibiotikaförskrivning (Läkemedelsverket 2007). Detta kan innebära en risk att kvinnor med atypiska UVI symtom feldiagnosticeras alternativt felbehandlas. Kvinnors erfarenheter och fysiska symtom bör därmed uppmärksammas och vara grundläggande för bemötande och omvårdnad vid misstänkt UVI.

Resultatet visar att UVI påverkade kvinnorna inte bara fysiskt utan även psykiskt. Kvinnorna erfar att UVI gjorde dem irriterade och nedstämda. De upplevde olust och obehag. Oro för recidiv, ängslan över att inte hinna till toaletten och känslan av att inte ha kontroll gick ut över kvinnornas arbete, umgänge och sexuella relationer. Begreppet livskvalitet (*Quality of Life*) används som ett instrument för att mäta hur en person värderar sitt fysiska, psykiska och sociala välbefinnande (SBU 2012). Personens livskvalitet framgår genom systematiska intervjuer som följer något av flera framtagna formulär (a.a.). Tidigare studier visar att återkommande UVI har en stark negativ inverkan på patienters livskvalitet (Eells m.fl. 2014; Renard m.fl. 2014). Den plötsliga, oförutsägbara och smärtsamma upplevelsen av en UVI episod ger ofta patienten ångest. Det sociala handikappet som UVI innebär medför även känslor av lågt självförtroende, skuld, skam och depression (Renard m.fl. 2014). Resultatet i denna litteraturstudie ger en djupare innebörd åt begreppet livskvalitet i relation till UVI. Kvinnornas erfarenheter belyser hur UVI kan påverka det vardagliga livet och medföra känslor som oro, ängslan och depression. Kvinnornas upplevelser ger bättre insikt i och en djupare förståelse för hur UVI inverkar negativt på livskvalitet. Detta kan bidra till ökad förståelse för patientens perspektiv och upplevelse av UVI som i förlängningen kan leda till en bättre personcentrerad omvårdnad.

I resultatet framgår att kvinnorna erfar ett lidande i samband med UVI. Lidande kan relateras till människans personliga och unika sätt att förstå sig själv, sin situation och sin hälsa (Eriksson 2000). Uppfattas lidandet som en del av livet, så länge det är uthärdligt, kan det vara förenligt med hälsa och medföra en möjlighet till utveckling. Uppfattas lidandet som outhärdligt så kan det bli ett hinder eller hot mot människans utveckling och vardande som person. Hotet kan innebära ett hot mot människans funktionsförmåga, mot fysisk och psykisk hälsa eller mot människans värdighet och självbild. Om hälsa betraktas som en upplevelse av att känna sig hel och kapabel kommer lidandet inverka negativt på denna upplevelse (a.a.).

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar att främja hälsa och lindra lidande kan här utgå från kvinnornas erfarenheter av UVI. Kvinnorna upplever ett hanterbart lidande då de har effektiva strategier för prevention och symtomlindring. För sjuksköterskan kan lindring av lidande innebära något så konkret som att ge kvinnorna evidensbaserade råd om smärtstillande läkemedel, rikligt med vätska och regelbundna toalettbesök. Att lindra lidande kan också innebära att bekräfta lidandet vilket diskuteras vidare under *Mötet med vården*.

Bristfällig kunskap

Resultatet visar att en stor del av kvinnorna hade ringa eller ingen kunskap om orsaker till UVI. Kvinnornas erfor att det fanns ett samband mellan UVI och sexuell aktivitet men även mellan UVI och intag av kaffe eller stark mat. Det framgick också att många av kvinnorna ansåg att UVI var orsakat av slumpen och något som bara drabbade dem. Ett flertal studier framhåller att okunskap kan bero på dålig kommunikation mellan patienter och vårdpersonal (Duane 2015; Platt m.fl. 2007; Rink 1998). Läkare använder inte samma ord eller begrepp som patienterna vilket leder till missförstånd (a.a.).

Trots sin okunskap så visar resultatet att majoriteten av kvinnorna använde sig av olika strategier både i preventivt och symtomlindrande syfte. En del strategier var inte dock inte evidensbaserade. Enligt nationella riktlinjer så finns det ingen evidens för att kalla bad kan ge upphov till UVI (Läkemedelsverket 2007). Ändå nämnde flera kvinnor att de undvek både kyla och bad med risk för att detta skulle kunna orsaka UVI. En anledning till att dessa strategier fortlever kan vara att kvinnorna inte har fått möjlighet att diskutera egenvård eller preventiva strategier med vårdpersonal. Studier påvisar att kvinnor vid läkarbesök inte tillfrågas om egenvård eller vilka preventiva strategier de använder för att undvika recidiv (Litherland 2011). Oavsett om kvinnorna kontaktar vårdcentralen på grund av tillfällig UVI eller recidiv bör de få utrymme och tid att diskutera egenvård och strategier med kompetent personal. Vid många vårdcentraler är det sjuksköterskor som handlägger UVI patienter (Läkemedelsverket 2007). Av denna anledning så krävs det att sjuksköterskan följer de grundläggande kärnkompetenserna som finns och förmedlar evidensbaserad kunskap till de vårdsökande kvinnorna (Svensk Sjuksköterskeförening 2010).

Vikten av både stöd och behandling

Resultatet visar att kvinnor i stor utsträckning sökte vård och behandling på grund av anledningar utöver de typiska UVI symtomen. Dessa anledningar var bland annat ett försämrat allmäntillstånd, nedstämdhet eller upplevelse av att sjukdomen begränsade vardagen och det sociala umgänget. Flera kvinnor sökte också vård då de ville ha bekräftat att de hade UVI och inte någon allvarligare sjukdom. Att kvinnor inte alltid söker vård på grund av typiska UVI symtom återfinns i en annan studie (Heytens m.fl. 2011; Willems m.fl. 2014) Resultatet visade också att de flesta kvinnorna avvaktade upp till fyra dagar efter symtomdebut innan de kontaktade vårdcentralen, detta beteende återspeglar sig i Willems (2014) studie.

En reflektion är att sjuksköterskan inte kan förutsätta att kvinnor söker vård på grund av typiska UVI symtom eller för att få den traditionella antibiotikabehandlingen. Kvinnorna ansåg dels att antibiotika medförde besvärliga biverkningarna och att effekten av behandlingen inte var särskilt långvarig. Kvinnorna upplevde även att deras immunförsvar försämrades och flera tycktes få nya infektioner efter avslutad behandling. Kvinnorna var därför öppna till förslag för alternativa behandlingar och åtgärder. Därför är det viktigt att sjuksköterskan samtalar med den vårdsökande och kan ge stöd och konkreta råd angående egenvård och smärtlindring. Resultatet visade att kvinnor kunde avvakta med antibiotikabehandling om de fick råd och stöd. Detta bekräftas i kvantitativa studier som påvisar att kvinnor är villiga att fördröja behandling med antibiotika (Willems 2014). Kvinnor med UVI symtom tycks veta vad de har för sjukdom och har försökt med egenvård ett par dagar innan de söker vård. Sjuksköterskan bör möta varje kvinna efter hennes erfarenheter, både när det gäller symtom och behandling.

Resultatet visar att många kvinnor anser att bemötandet inom vården skulle kunna förbättras. De anser att de inte har fått ett respektfullt bemötande eller haft en fungerande dialog med sin vårdkontakt. Medan andra kvinnor uttryckte motsatsen och var nöjda med bemötande och behandling. Kvinnornas åsikter och erfarenheter tycks relatera till hur de kunnat interagera och huruvida de fått stöd av vårdpersonal. Forsberg (2016) anser att då den vårdsökande inte blir bemött uppstår en form av vårdlidande. Kvinnorna kan då bli hindrade från att ta del av sin egen vårdprocess vilket har en negativ påverkan på dessa kvinnor och ökar deras lidande. Detta framhåller återigen vikten av en personcentrerad vård där individen sätts i fokus, och där det finns en fungerande vårdrelation för att kunna tillgodose god omvårdnad (a.a.).

KONKLUSION

Denna litteraturstudie påvisar att kvinnor i olika åldrar har atypiska och varierande UVI symtom som inte alltid överensstämmer med medicinsk litteratur. Ofta uppkom negativa erfarenheter fysiskt, socialt och psykiskt kring sjukdomen, det framkallade ett lidande som var många gånger svårhanterligt och långdraget. Det framkom också en bristfällig kunskap hos kvinnorna i samband med uppkomst och egenvård. Vilket framförallt är relaterat till avsaknad av dialog och stöd från vårdpersonal.

Då urinvägsinfektion är en sjukdom som allmänsjuksköterskan möter oavsett var yrket utövas, är det viktigt att generera mer förståelse och kunskap kring sjukdomen. Detta för att vården ska kunna bli mer personanpassad och för att konkreta evidensbaserade råd ska kunna främja de kvinnor som är påverkade av UVI.

FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KVALITETSUTVECKLING

Tidigare forskning har skattat och sammanställt symtom, behandling och diagnostik av UVI. Färre studier har åskådliggjort och diskuterat kvinnors egna erfarenheter och framförallt de sociala och psykiska aspekterna av sjukdomen. Denna litteraturstudie belyser kvinnors erfarenheter av UVI och sammanfattar kunskapsläget inom ämnet. Enligt våra sökningar så finns det ingen tidigare sammanställning av forskning i detta ämne. Denna studie visar att det fortfarande finns en kunskapslucka och att det ges utrymme för ytterligare litteraturstudier och vidare empiriska undersökningar om kvinnors erfarenheter av UVI.

Vi anser att förbättringsarbete behövs inom primärvården för att bemöta och vårda kvinnor med UVI symtom. Förbättrad initial sjukdomsbedömning, även för de kvinnor som söker vård på grund av atypiska UVI symtom, samt bättre riktlinjer för råd om egenvård skulle bidra till en mer personcentrerad och evidensbaserad omvårdnad.

För närvarande använder många vårdcentraler ett formulär när de handlägger kvinnor med UVI symtom. Genom att utöka formuläret med frågor till kvinnorna om deras erfarenheter och upplevelser så finns det möjlighet att förbättra omvårdnadsbehovet för dessa kvinnor.

REFERENSER

*Brittain K, Perry S, Williams K, (2001) Triggers that prompt people with urinary tract symptoms to seek help. *British Journal of Nursing 2001 Vol 10 No 2, 74-86*

Björkman I, Berg J, Viberg N, Stålsby Lundborg C, (2013) Awareness of antibiotic resistance and antibiotic prescribing in UTI treatment: A qualitative study among primary care physicians in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care 2013:31, 50-55*

Chung A, Arianayagam M, Rashid P, (2010) Bacterial cystitis in women. *Australian Family Physician 2010 Vol 39 No 5, 295-298*

Damber JE, Peeker R (2012) *Urologi*. Lund, Studentlitteratur

*Duane S, Domegan C, Allan Aoife, Galvin S, Cormican M, Bennett K, Murphy A, Vellinga A, (2016a) Exploring Experiences of Delayed prescribing and Symptomatic Treatment for Urinary Tract Infection among General Practitioners and Patients in Ambulatory care: a qualitative study. *Antibiotics 2016 5(3)*

*Duane S, Domegan C, Allan Aoife, Galvin S, Cormican M, Bennett K, Murphy A, Vellinga A, (2016b) Using qualitative insight to change practice: exploring the culture of antibiotic prescribing and consumption for urinary tract infections. *BMJ Open 2016:6*

Eells S, Bharadwa K, McKinnell J, Miller L, (2014) Recurrent urinary tract infections among women: comparative effectiveness of 5 prevention and management strategies using a Markov chain Monte Carlo model. *Clinical Infectious Diseases 2014 58(2), 147-160.*

Eriksson K, (2000) *Hälsans idé*. Stockholm, Liber

*Eriksson I, Olofsson B, Gustafson Y, Fagerström L (2013) Older womens experiences of suffering from urinary tract infections. *Journal of Clinical Nursing 2013 Vol 23, 1385-1394*

*Flower A, Bishop F, Lewith G (2014) How women manage recurrent urinary tract infections: an analysis of postings on a popular web forum. *BMC Family Practice 2014 15:162*

Forsberg A, (2016) *Omvårdnad på akademisk grund. Att utvecklas och ta ansvar*. Stockholm, Natur & Kultur.

Forsberg C, Wengström Y, (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm, Natur & Kultur.

Graneheim UH, Lundman B, (2003) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today 2003 24, 105-112*

Heytens S, De Sutter A, De Backer D, Verschraegen G, Christiaens T, (2011) Cystitis: Symptomatology in Women with Suspected Uncomplicated Urinary Tract Infection. *Journal of women's health 2011 Vol 20 No 7*, 1177-1121

ICN, International Council of nurses (2014) *Etiska kod för sjuksköterskor ICN:s*. Stockholm, Svensk sjuksköterskeförening.

Karolinska Institutet Bibliotek. svensk MeSH sökverktyg
>http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm< (2016-02-17)

*Leydon GM, Turner S, Smith H, Little P, (2009) The Journey from self-care to GP care: a qualitative interview study of women presenting with symptoms of urinary tract infection. *British Journal of General Practice 2009*, 219-225

*Leydon GM, Turner S, Smith H, Little P, (2010) Women's views about management and cause of urinary tract infection: qualitative interview study. *BMJ Open 2010:340*

Litherland AT, (2011) Urinary tract infection: diabetic women's strategies for prevention. *British Journal of Nursing 2011 No 13*, 791-796

Läkemedelsverket (2007) *Behandlingsrekommendationer UVI – nedre urinvägsinfektion hos kvinnor*
>https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/UVI_rek%5b1%5d.< PDF (2017-02-02)

*Malterud K, Baerheim A, (1999) Peeing Barbed wire symptoms experiences in women with lower urinary tract infection. *Scand J Prime Hlth Care, 1999:17*, 49-53

McMurdo M, Argo I, Phillips G, Daly F, Davey P, (2009) Cranberry or trimethoprim for the prevention of recurrent urinary tract infections? A randomized controlled trial in older women. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy 2009 63*, 389–395

Melhus Å, (2010) *Klinisk mikrobiologi för sjuksköterskor*. Riga, Norstedts.

Parse RR, (1992) Human becoming: Parse's Theory of nursing. *Nursing Science Quarterly 1992 5*, 35-42

Platt FW, Keating KN (2007) Differences in physician and patient perceptions of uncomplicated UTI symptom severity: understanding the communication gap. *International Journal of Clinical Practice 2007 61, 2*, 303-308

Polit DF, Beck CT, (2014) *Essentials Nursing Research Appraising evidence for Nursing Practice*. 8 th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

*Rink E, (1998) Risk factors for urinary tract symptoms in women: beliefs among general practioners and women and the effect on patient management. *British Journal of General Practice 1998:48*, 1155-1158

- Renard J, Ballarini S, Mascarenhas, Zahran M, Quimper J, Choucair J, Iselin CE (2015) Recurrent Lower Urinary Tract Infections Have a Detrimental Effect on patients Quality of Life: a prospective, observational study. *Infection Disease Theraphy* 2015:4 125-135
- Salvatore S, Cattoni E, Siesto G, Serati M, Sorice P, Torella M, (2011) Urinary tract infections in women. *European Journal of Obstetrics & gynecology and Reproductive Biology* 2011 Vol 156, 131-136.
- SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2012) *Vetenskap och Praxis* ><http://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap--praxis/vetenskap-och-praxis/viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/>.< (2017-03-15)
- SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2014) *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. ><http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.< PDF> (2017-01-24)
- *Shaw C, Brittain K, Tansey R, Williams K, (2008) How people decide to seek health care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 2008 No 45, 1516-1524
- Svensk sjuksköterskeförening, (2010) *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*.
- *Welch L C, Taubenberger S, Tennstedt S, (2011) Patients experiences of Seeking health Care for Lower Urinary Tract Symptomd *Research in Nursing and Health*, 2011:34, 496-507
- Willems C, van den Broek D´Obrenan J, Numans M, Verheij T, van der Velden A, (2014) Cystitis: antibiotic prescribing, consultation, attitudes and opinions. *Family Practice* 2014 Vol 31 No 2, 149-155.
- Willman A, Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström B, (2016) *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund, Studentlitteratur

BILAGOR

Bilaga 1

Sökningar i PubMed 28/3 - 4/4 2017

Söknr	Sökord	Antal träffar	Sökblock
#1	Urinary tract infections [MeSH]	53944	
#2	Urinary tract infection*	50504	
#3	Recurrent urinary tract infections	3825	
#4	Recurrent urinary tract infection	4542	
#5	Cystitis [MeSH]	12669	
#6	Urinary tract symptoms	229727	
#7	Lower urinary tract infections [MeSH]	4893	
#8	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7	52672	Urinary tract infections
#9	Experience*	857198	
#10	Patient experience	283093	
#11	Perception	454613	
#12	Attitudes [MeSH]	358381	
#13	Feeling*	48042	
#14	Emotion*	173255	
#15	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13	1684392	Experience
#16	Qualitative research [MeSH]	120547	
#17	Qualitative interviews	48169	
#18	Qualitative stud*	27853	
#19	Case studies	1853480	
#20	Interview*	309633	
#21	Grounded theory	9954	
#22	Narrative analysis	7205	
#23	Descriptive study	75048	
#24	Ethnographic research	4939	
#25	Phenomenological research	8314	
#26	#16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25	2306129	Qualitative
#27	Coping	1386	
#28	Self management	174314	
#29	Self care [MeSH]	150697	
#30	Self treatment	274947	
#31	Prevention	1474205	
#32	Prevention strategies	84830	
#33	Symptom management	81003	
#34	#27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33	1928774	Self care
#35	#8 AND #15 AND #26 AND #34	108	

Sökningar CINAHL 29-31/3 2017

Söknr	Sökord	Antal träffar	Sökblock
#1	Urinary tract infection*	6973	
#2	MH "Urinary Tract Infections"	5020	
#3	Uti	1321	
#4	Cystitis	923	
#5	MH "Bacteriuria"	468	
#6	#1 or #2 or #3 or #4	14695	Urinary tract infection
#7	Experience	192194	
#8	View*	57524	
#9	Opinion*	20127	
#10	Perception*	72143	
#11	Belief*	28251	
#12	Attitude*	175484	
#13	MH "Attitude"	8300	
#14	MH "Life Experiences"	12831	
#15	Coping	31748	
#16	MH "Coping"	20185	
	#5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15		Experience
#17	Qualitative interview*	7017	
#18	MH "Qualitative Studies"	60440	
#19	Interview*	174237	
#20	Narrative analysis	1496	
#21	Case studies	79579	
#22	#17 or #18 or #19 or #20	67457	Qualitative
#23	Self management	7439	
#24	MH "Self Care"	22374	
#25	Self care	29816	
#26	Symptom management	4029	
#27	Prevention strategies	6365	
#28	#23 or #24 or #25 or #26 or 27	390222	Self care
#29	Woman/women	193334	
#30	Female*	912714	
#31	#29 or #30	947594	Female
#32	#6 AND #16 AND #22	81	
#33	#6 AND #16 AND #28 AND #31	101	

Bilaga 2

Författarnas modifierade mall för Kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

Kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik

Författare:

År:

Bedömning av totala studiekvaliteten

HÖG MEDEL LÅG

Anvisningar:

För att uppnå hög kvalitet måste svaret ”ja” anges på 16 utav 21 frågor.

För att uppnå medelhög kvalitet ska svaret anges på 12 utav 21 frågor.

För att låg kvalitets så ska svaret ”ja” angetts på mindre än 11 frågor.

Ja Nej Oklart Ej Tillämpat

1. SYFTE

Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

2. URVAL

a. Är urvalet relevant?

b. Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?

c. Är kontexten tydligt beskrivet?

d. Finns tydliga etiska resonemang?

e. Är relationen forskare/urval tydligt beskrivet?

3. DATAINSAMLING

a. Är datainsamlingen tydligt beskriven?

b. Är datainsamlingen relevant?

c. Råder datamätnad?

d. Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen

4. ANALYS

a. Är analysen tydligt beskriven?

b. Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamling metoden?

c. Råder analysmättnad?

d. Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?

5. RESULTAT

a. Är resultatet logiskt?

b. Är resultatet begripligt?

c. Är resultatet tydligt beskrivet?

d. Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?

e. Generas hypotes/teori/modell?

f. Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang?

Bilaga 3 Artikelmatris

Author, Title Country, Year	Study design Method	Participants	Aims	Main findings	Study quality
<p>Brittain, K Perry, S Williams, K</p> <p>Triggers that prompt people with urinary symptoms to seek help.</p> <p>United Kingdom 2001</p>	<p>Five open-ended questions related to help seeking. Transcript analysed and discussed later coded by the authors to the article.</p>	<p>112 people recruited from a bigger pilot study. 54 men and 58 women over a three-month period. Inclusion and exclusion criteria were not discussed.</p>	<p>To find the triggers to why people seek help in relation to urinary tract problems.</p>	<p>It is not the symptom alone that is the triggers for health care seeking. Health care campaigns that highlights the problems could make people seek care. Social and hygiene problems do also makes people seek health advice.</p>	<p>Medium</p> <p>Strength: Bigger group of participants which strengthens the findings Weakness: Both men and women in the trial.</p>
<p>Eriksson I Olofsson, B Gustafson, Y Fagerström, L</p> <p>Older womens experiences of Suffering from urinary tract infections</p> <p>Sweden 2013</p>	<p>Qualitative descriptive design – semi-structured interviews later analysed using a qualitative content analysis – Graneheim and Lundman 2014.</p>	<p>Twenty women in the age 67-96 who has suffered from RUTI. Inclusion criteria: women over 65 years old with at least two diagnosed UTIs in the last year. Women diagnosed with dementia were excluded from the study.</p>	<p>To describe and to explore older women's experiences of having repeated urinary tract infections.</p>	<p>The study demonstrated that UTI can be experienced as serious health problem among older women, which impacts of both physical and physical health but also serious social consequence. Women in the study described restriction in normal daily life.</p>	<p>High</p> <p>Strength: Meet all criteria Weakness: First o fits kind, nothing to compare the study with.</p>

Author, Title Country, Year	Study design Method	Participants	Aims	Main findings	Study quality
<p>Duane, S Domegan, C Callan, A Galvin, S Cormican, M Bennett, K Murphy, A Vellinga, A</p> <p>Exploring Experiences of Delayed Prescribing and Symptomatic Treatment for Urinary Tract Infections among General Practitioners and Patients in Ambulatory Care: A Qualitative Study Ireland 2016</p>	<p>Semi-structured interviews conducted over the telephone with women suffering from UTI.</p> <p>Material were analysed according to open coding and labelled into different themes.</p>	<p>Fourteen women participated in the study. The women recruited were based on referral from their GP.</p>	<p>To investigate women's attitude to delayed treatment with antibiotics. When did women want antibiotics and how long were they willing to self care.</p>	<p>Women were willing to delay the use of antibiotics. Many expressed that as long as they had the support of their GP it was easier to carry on self care treatment at home for a while longer.</p>	<p>Medium</p> <p>Strength: Good description of purpose and a well detailed method and analysis. Does answer our purpose.</p> <p>Weakness: Low amount of participants.</p>
<p>Duane, S Domegan, C Callan, A Galvin, S Cormican, M Bennett, K Murphy, A Vellinga, A</p> <p>Using qualitative insight to change practice: exploring the culture of antibiotic prescribing and consumption for urinary tract infections. Ireland 2016</p>	<p>Focus group studies. Debriefing after meeting with focus groups. Thereafter were all transcripts re-read and coded. Thematic data analysis carried out after the Braun and Clark model.</p>	<p>Forty-two participants recruited from two GP practice in rural areas of Ireland and the four from the urban areas. Men and women were separated in the focus groups. Age ranged from 18-70. Excluded individuals who had suffered from complicated UTIs, insufficient understanding of the English language or were pregnant/breastfeeding.</p>	<p>To explore the culture of antibiotic prescribing and consumption in the community for urinary tract infections and to investigate the perspective of community members and GPs.</p>	<p>Patients can be satisfied quickly with a "quick" UTI consultation. Patients does not always want antibiotics; they do want to reassurance that their symptoms will improve. To improve patient and GP relationship more interaction and listening should be done.</p>	<p>Medium</p> <p>Strength: Based on other studies (Leydon et al 2009) and have come to similar conclusions which makes the result strong.</p> <p>Weakness: Focus group based which could prevent people from being honest and straight. Part of the study included GPs view of antibiotic use and prescription.</p>

Author, Title Country, Year	Study design Method	Participants	Aims	Main findings	Study quality
<p>Flower, A Bishop, F Lewith, G</p> <p>How women manage recurrent urinary tract infections: an analysis of a postings on a popular web forum.</p> <p>United Kingdom 2014</p>	<p>Qualitative descriptions were used to analyse the text on the forum. The posts were grouped and coded into categories.</p>	<p>A web forum with 5994 members invited their women members suffering from RUTI to post on their forum. 5364 posts were made to the 915 different separate topics where the women discussed their different experiences.</p>	<p>Womens experience of RUTI and the affect it had on their daily life.</p>	<p>A web-based analysis can capture the emotions and feeling of the women suffering from RUTI. It also offers support among these women, and it different self-care and advice was passed along. It was also concluded that some women felt alone in their suffering and did not feel like they had the support of their health care provider.</p>	<p>High</p> <p>Strength: A big wide study that answer all cover almost all our criteria. Many personal stories based on suffering in relation to RUTI was told. Weakness: No interviews were done. No good way of making sure only women took part of the study. With so much information some valid info could be missed.</p>
<p>Leydon, G Turner, S Smith, H Little, P</p> <p>The Journey from Self-care to GP care: A qualitative interview study of women presenting with symptoms of urinary tract infection</p> <p>United Kingdom 2009</p>	<p>Qualitative semi-structured interview study with women recruited to a larger UK trial of different management strategies for UTI. Interviews were analysed thematically using principles of analytic induction.</p>	<p>21 participants were interviewed in the UK about the experience prior to seeking GP care, self care methods and triggers for seeking help.</p> <p>21-64 years' old Median: 40</p> <p>One tape failure which meant that 20 interviews were analysed.</p> <p>Data saturation at 21 interviews of the 27 invited.</p>	<p>To explore women's experience of self care and their journey to GP care when faced with symptoms of UTI.</p>	<p>All the participants had attempted self-care prior to seeking advice from GP. It was also concluded that the women had done this in attempt to avoid medical care. Though many women finally decided to seek help as they were worried about worse symptoms and kidney problems.</p>	<p>Medium</p> <p>Strength: All the participants had strong arguments to why they decided to delay seeking medical care. Consisted all the way through with similar symptoms to prior seeking medical care. Reached data saturation. Weakness: As this study is a part of a larger trial it could affect the participants background view about seeking care and antibiotics use.</p>

Author, Title Country, Year	Study design Method	Participants	Aims	Main findings	Study quality
<p>Leydon GM Turner S Smith H Little P</p> <p>Women's views about management and cause of urinary tract infection: qualitative interview study</p> <p>United Kingdom 2010</p>	<p>Qualitative interview study. Semi structured one to one interviews</p> <p>Each interviewed lasted an hour and was audio-taped and transcribed.</p>	<p>21 women aged 21-64 presenting to one of 7 general practices in southern England who where taking part in a larger trial of different management strategies for UTI.</p> <p>The inclusion criteria's; the women had to be taking part in the larger trial, have consented to have a single face to face interview and have been allocated to a management group in which delayed antibiotics were specified.</p> <p>Interviews took place in women's home.</p>	<p>To explore the views of women with UTI on their attitudes towards antibiotics, their experience of a delayed prescription and the cause of infection.</p>	<p>Women in the study want to avoid taking antibiotic medication and are open to alternative management strategies, including a delayed antibiotic prescription.</p> <p>The findings could help the consultation to acknowledge the womens experiences including attempt to self-care. Women were advised to delay antibiotics use and explained why to do this. The women attributed UTI to lifestyle habits and behaviours.</p>	<p>Medium</p> <p>Strength: All participants were part of a larger study and had thus recently met a doctor in connection with UTI and been offered a delayed prescription for antibiotics.</p> <p>Weakness: The study is part of a larger study but presented standalone possibly affect the weak background and roots in the theory.</p>

Author, Title Country, Year	Study design Method	Participants	Aims	Main findings	Study quality
<p>Malterud K Baerheim A</p> <p>Peeing barbed wire Symptom experiences in women with lower urinary tract infection</p> <p>Norway 1999</p>	<p>Qualitative study based on written answers to open- ended questions.</p> <p>Analysis with phenomenological approach, explanatory model as frame of reference.</p>	<p>94 women aged 19-97 who consulted GP because they suspected to have an acute cystitis. Inclusions criteria, Leucocyturia and growth of uropathogens in the urine.</p> <p>Recruited from 12 general practices in Norway.</p>	<p>To explore the contents and presentation of symptoms experienced by female patients with lower urinary tract infections,</p>	<p>A great diversity of symptoms was presented by the women in the study. As well as more well-known symptoms several women reported symptoms not usually found in medical textbooks.</p> <p>The findings may help in the consultation and the health care professional to listen more precisely which in turn may enhance her competence in diagnosis and management of symptom- based conditions.</p>	<p>High</p> <p>The theoretical foundations are clear and well presented.</p> <p>Strength - Scientists have reflected on his relationship to the material, and it is clear that they surprised the results.</p> <p>Weakness - The study was done in the 90s. Perhaps the result would have been different today. But women's experience and descriptions of the symptoms of UTI should be similar to today.</p>
<p>Rink E</p> <p>Risk factors for urinary tract symptoms in women: beliefs among general practioners and women and the effect on patient management</p> <p>United Kingdom 1998</p>	<p>Qualitative interviewed study with semi structured telephone interviews.</p>	<p>113 women recently suffering from UTI who had consulted a GP from one of the three groups of general practices that took part in a larger study.</p> <p>The women were interviewed within five days of their consultation.</p>	<p>To study the beliefs of women (and their GP) about urinary tract symptoms and how these may effect management.</p>	<p>Beliefs about the urinary tract symptoms associated with sexual intercourse.</p> <p>Findings in the study points out differences regarding professional language that are used to describe symptoms and risk factors</p> <p>Lack of communication between the patient and health care professional.</p>	<p>Medium / low.</p> <p>Strength - Interviews with women and doctors presented separately.</p> <p>Highlighted the similarities and differences between professional language between women and doctors. Weakness - Method is not clearly recognised nor described method and analysis. Done in the 90s.</p>

Author, Title Country, Year	Study design Method	Participants	Aims	Main findings	Study quality
<p>Shaw C Brittain K Tansey R Williams K</p> <p>How people decide to seek health care: A qualitative study</p> <p>United Kingdom 2008</p>	<p>Qualitative in-depth interviews.</p> <p>Interviews where audio-taped. Thematic analysis carried out according to grounded theory methods.</p> <p>The study was carried out as a part of a larger study assessing the epidemiology of urinary symptoms.</p>	<p>32 participants (15 women and 17 men) aged 40 years and over who had sought medical care for urinary symptoms. Respondent were recruited from an epidemiological study, adults aged 40 and over living in Leicestershire and registered with a participating GP practice.</p> <p>The interviews were conducted in respondents' home.</p>	<p>To describe the decision making process for help-seeking for a variety of conditions in people 40 years plus who have sought help for urinary symptoms.</p>	<p>The steps in the decision process consisted of appraisals of the symptoms, treatment options and impact on life. The findings may encourage health care personal to assess patient attributions of their condition and treatment in order to to avoid health behaviour that is informed by a poor knowledge base and also to identify patient needs from the consultation which may be info oriented rather than treatment oriented.</p>	<p>High</p> <p>Theoretical foundations are clear and well presented.</p> <p>Strength: Identified and presented a knowledge gap that the study refers to partially answer / fill</p> <p>Weakness - There are both men and women in the study. It is clear from the results which statements are women. In the discussion, there is no division between men and women. The study is focused on UTI but more generally urinary symptoms which can affect the "experiences".</p>
<p>Welch, L Taubenberger, S Tennstedt, S</p> <p>Patients Experiences of Seeking Health Care for Lower Urinary Tract Infection</p> <p>USA 2011</p>	<p>Qualitative descriptive study based on a random sampling from a community sample and semi-structured interviews.</p> <p>All data was analysed through a descriptive thematic analysis with contents of the area of interest.</p>	<p>Random participants from a larger study.</p> <p>151 respondents – men and women from different ethical backgrounds between the age 34-85. The interviews took place over the years 2007 and 2008.</p>	<p>Investigating the gap between experiencing urinary tract symptoms and receiving treatment.</p>	<p>There is a diversity between triggers for people to seek medical care. This differs in the different social groups in the study. It is also concluded that the symptoms cause unnecessary suffering mentally – embarrassment and physically.</p>	<p>Medium</p> <p>Strength: Investigate the symptoms, triggers and care seeking reasons in detail. Study is based on a prior study and the authors have a good background in urinary tract problems.</p> <p>Weakness: Part of a larger study Half the population of the study is men.</p>