



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

KVINNOR MED URININKONTINENS - VARFÖR SÖKER ENDAST EN MINORITET HÄLSO- OCH SJUKVÅRD?

EN LITTERATURSTUDIE

LINDHOLM, SUVI
SANDE, NATALIA

KVINNOR MED URININKONTINENS - VARFÖR SÖKER ENDAST EN MINORITET HÄLSO- OCH SJUKVÅRD?

EN LITTERATURSTUDIE

LINDHOLM, SUVI
SANDE, NATALIA

Lindholm, S. & Sande, N. Kvinnor med urininkontinens– varför söker endast en minoritet hälso- och sjukvård? En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2010.

I Sverige uppskattas att 10-15 % av den kvinnliga befolkningen lever med UI (urininkontinens). Endast en minoritet av drabbade kvinnor söker hälso- och sjukvård för sina symtom. Denna litteraturstudie syftar till att undersöka vilka faktorer som hindrar kvinnor med UI från att söka hjälp. Goodmans metod tillämpades som modell för att strukturera förfaringssättet i litteraturstudien. Sammanställd data är baserat på tio vetenskapliga artiklar av både kvantitativ och kvalitativ art från Sverige, Norge, Storbritannien och USA. Resultaten påvisar att faktorer som begränsar kvinnors hjälpsökande är förknippade med bristande kunskap, läkarens karakteristika, känslomässiga aspekter, förhållningssätt till UI, ålder, grad av symtom och inverkan på livskvalitet. Ytterligare studier efterlyses utifrån kulturella aspekter för att öka förståelsen för de behov som kvinnor upplever i samband med UI.

Nyckelord: hjälpsökande, kvinnor, sjuksköterska, urininkontinens

WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE – WHY DOES ONLY A MINORITY SEEK HEALTH CARE?

A LITERATURE REVIEW

LINDHOLM, SUVI
SANDE, NATALIA

Lindholm, S. & Sande, N. Women with urinary incontinence- why does only a minority seek health care? Literature review. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2010.

In Sweden, 10-15 % of the female population is estimated to be living with UI (urinary incontinence). Only a minority of affected women seek health care for their symptoms. This literature review aims to examine the factors that limit women with UI from seeking help. Goodman's method was applied as a model to structure the procedure in the literature review. The compiled data is based on ten scientific articles of either quantitative or qualitative nature from Sweden, Norway, the UK and USA. The results indicate that factors restricting women from seeking help are associated with lack of knowledge, physician characteristics, emotional aspects, attitudes toward UI, age, degree of symptoms and the impact on quality of life. Further studies are called for on the basis of cultural aspects to enhance understanding of the needs that women experience in relation to UI.

Keywords: help-seeking, nurse, urinary incontinence, women

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|----|
| INLEDNING..... | 5 |
| BAKGRUND..... | 5 |
| Definitioner..... | 5 |
| Nedre urinvägarnas anatomi och fysiologi..... | 5 |
| Indelning av UI..... | 6 |
| Etiologi och riskfaktorer..... | 6 |
| Diagnostik..... | 7 |
| Behandling..... | 7 |
| BBMT och blåstråning..... | 7 |
| Farmakologisk behandling..... | 8 |
| Kirurgisk behandling..... | 8 |
| Hjälpmedel..... | 8 |
| Livskvalitet..... | 8 |
| Innebörd..... | 8 |
| Påverkan av UI..... | 9 |
| Sjuksköterskans roll..... | 9 |
| SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING..... | 9 |
| METOD..... | 9 |
| Steg 1. Problemprecisering..... | 9 |
| Steg 2. Specifiering av inklusions- och exklusionskriterier..... | 10 |
| Steg 3. Planformulering för litteratursökning..... | 10 |
| Steg 4. Genomförande av litteratursökning enligt kriterier..... | 10 |
| Steg 5. Tolkning av data..... | 12 |
| Steg 6. Sammanställning av resultat..... | 12 |
| RESULTAT..... | 13 |
| Bristande kunskap..... | 13 |
| Språk..... | 14 |
| Behandlingsmöjligheter..... | 14 |
| Läkarens karakteristika..... | 14 |
| Känslomässiga aspekter..... | 15 |
| Förhållningssätt till UI..... | 15 |
| Accepterande..... | 15 |
| Normaliserande..... | 16 |
| Anpassning, undvikande och distansering..... | 16 |
| Ålder..... | 16 |
| Grad av symtom och inverkan på livskvalitet..... | 17 |
| Bifynd..... | 18 |
| DISKUSSION..... | 19 |
| Metoddiskussion..... | 19 |
| Goodmans metod..... | 19 |
| Specifiering av inklusions- och exklusionskriterier..... | 20 |
| Genomförande av litteratursökning enligt kriterier..... | 20 |

| | |
|---|--------|
| Tolkning av data..... | 20 |
| Sammanställning av resultat..... | 21 |
| Skillnader mellan utvalda artiklar | 21 |
| Definitioner och urval..... | 21 |
| Bortfall..... | 22 |
| Datainsamlingsmetod..... | 22 |
| Resultatdiskussion..... | 23 |
| Bristande kunskap | 23 |
| Läkarens karakteristika..... | 23 |
| Känslomässiga aspekter..... | 24 |
| Förhållningssätt till UI..... | 24 |
| Ålder | 25 |
| Grad av symtom och inverkan på livskvalitet..... | 25 |
| Bifynd | 26 |
| SAMMANFATTNING | 27 |
| REFERENSER..... | 28 |
| BILAGOR..... | 31 |
| Bilaga 1. Granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod. Modifierad efter Willman m fl (2006). | 32 |
| Bilaga 2. Granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod. Modifierad efter Willman m fl (2006). | 33 |
| Bilaga 3. Kriterier för kvalitetsbedömning av kvalitativ studie, ur Willman m fl (2006). | 34 |
| Bilaga 4. Matriser..... | 35 |

INLEDNING

UI (urininkontinens) kan tyckas vara ett tabubelagt samtalsämne eftersom det involverar både urin och intima kroppsdelar. Det kan också anses vara oattraktivt för vuxna att behöva bära inkontinensskydd. Dessutom förknippas UI inte sällan med äldre människor som en av åldrandets sjukdomar.

Faktum är att det i Sverige lever cirka en halv miljon vuxna människor med UI (Norlén & Siltberg, 2003). Av samtliga kvinnor i landet uppskattas 10-15% ha någon form av urinläckage (a a). Trots att en stor grupp är drabbad, söker mindre än hälften hälso- och sjukvård för sina symtom (Simeonova m fl, 1999; Kinchen m fl, 2003). Ett sådant omfattande folkhälsoproblem har lett till forskning som påvisar att kvinnor med UI har en lägre livskvalitet än kvinnor utan UI (Hägglund m fl, 2001; Simeonova m fl, 1999). Dessa kvinnor finns i hela befolkningen och flertalet är för övrigt friska. Det verkar förundransvärt att så få söker hjälp för ett så pass berövande tillstånd som många gånger är behandlingsbart.

BAKGRUND

För att tydliggöra innebörden av UI kan viss förkunskap underlätta. Följande avsnitt klargör för relevanta definitioner, de nedre urinvägarnas anatomi och fysiologi, indelning av UI, etiologi och riskfaktorer, diagnostik, behandling, hjälpmedel, påverkan på livskvalitet och sjuksköterskans roll.

Definitioner

Återkommande begrepp i denna litteraturstudie behandlar UI och hjälpsökande. *Urininkontinens* definieras enligt ICS (International Continence Society) som besvärande ofrivilligt urinläckage (Abrams m fl, 2003). UI är vidare ett symtom på funktionsstörning t ex överaktiv blåsa och inte en sjukdom (Malmberg & Mattiasson, 2005). *Hjälpsökande* utgörs i denna kontext av de handlingar som resulterar i att kvinnor söker kontakt med hälso- och sjukvården i syfte att få hjälp med sina symtom av ofrivilligt urinläckage.

Nedre urinvägarnas anatomi och fysiologi

UI hos kvinnor berör främst urinblåsa och urinrör (uretra). Urinblåsan ligger placerad bakom symfyssen och fungerar som lagringsutrymme för urinen (Bjålie m fl, 1998). Den är elastisk och fyller normalt 400-500 ml men kan vissa fall lagra upp till flera liter urin. Tömningsfunktionen regleras med detrusormuskeln i blåsväggen som vid kontraktion driver urinen vidare till uretra. Urinens automatiska framdrift hindras av en muskel, inre sfinktern, som sluter sig nedanför blåsan runt urinröret och styrs av det autonoma nervsystemet (a a).

Uretra hos kvinnan har normalt en rak form och en längd på endast 3-4 cm (Bjålie m fl, 1998). Denna går genom bäckenbotten och omringas där av en viljestyrd slutarmuskel s k yttre sfinkter vilken normalt håller uretra stängd och öppnas vid tömning av urinblåsan. Bäckenbotten utgörs dessutom av flera muskler som tillsammans håller underlivsorganen på plats och bidrar till stabilitet vid t ex hostning, nysning och krystning (a a).

Normal frekvens av vattenkastning sker 4-8 gånger per dygn med en total mängd på 1-2 liter (Norlén & Siltberg, 2003). Det finns hela tiden ett visst tryck i urinblåsan vilket stiger när urinmängden når 300-500 ml och därmed ger trängningar. Det är dock möjligt att kontrollera behovet av att miktera en viss tid. Vattenkastningen går normalt också att viljemässigt startas och avbrytas. Dessa funktioner förutsätter att nervbanorna, urinblåsans och uretras muskler är intakta samt att ligament, blodkärl och slemhinnan i uretra är välfungerande (a a).

Den styrande funktionen för vattenkastning utgår från hjärnans miktionscentrum vilket är förbundet med urinblåsan och uretra via nervsystemet (Norlén & Siltberg, 2003). När trycket stiger i urinblåsan signaleras miktionscentrum. Därifrån skickas i sin tur signaler till urinblåsa och uretra. Detta kräver synkroniserat arbete för att fungera. Miktionscentrum har även förbindelser med hjärnbarken som gör det möjligt att känna trängningar. Dessa aktiverar miktionsreflexen som signalerar detrusormuskeln att kontrahera samtidigt som sfinktrar och bäckenbotten avslappas och urinröret öppnas (a a).

Indelning av UI

ICS (International Continence Society) specificerar tre huvudtyper av UI (Abrams m fl, 2003). Varje enskilt fall kan ytterligare beskrivas i termer som frekvens och svårighetsgrad (a a). *Ansträngningsinkontinens* innebär urinläckage vid fysisk ansträngning som t.ex. hopp, lyft, hosta och nysning (Norlén & Siltberg, 2003). Vid påfrestning blir trycket i buken så pass högt att uretras yttre sfinkter inte kan förhindra att små mängder urin läcker ut. Detta kan bero på att den vävnad som omger uretra är försvagad. Detta är den vanligaste formen av urinläckage hos kvinnor och uppträder vanligtvis efter graviditet och förlossning. *Trängningsinkontinens* uppkommer genom ofrivillig sammandragning av blåsmuskeln där man inte kan eller hinner förhindra blåstömning (a a). Trängningarna uppkommer plötsligt och ger ett omedelbart behov av att miktera vilket okontrollerat leder till läckage i varierande mängd. Denna sorts inkontinens är vanlig vid neurologiska sjukdomar (SBU, 2000). *Blandinkontinens* är en kombination av ansträngnings- och trängningsinkontinens där urinläckage framkallas av både fysisk ansträngning och trängningar (Almås & Gjerland, 2006).

Etiologi och riskfaktorer

Det finns flera orsaker till UI (Ulmsten, 2003). Försvagningar i olika kroppsliga funktioner är relaterat till normalt åldrande. Nedsatt njur-, blås- och tarmfunktion, östrogenproduktion samt försämrat infektionsskydd bidrar till ökad risk för urinläckage (Socialstyrelsen, 2002). Vidare har hormoner betydelse genom att uretra påverkas av östrogennivåerna i kroppen. Med ökad ålder minskar insöndringen av östrogen vilket leder till att slemhinnan förtvinar. Uretra håller mindre tätt när slemhinnan blir torr vilket ger utrymme för urinläckage. Slemhinnans förmåga att skydda mot bakterier försämras också vilket medför en ökad risk för urinvägsinfektioner och således även för urinläckage (Ulmsten, 2003).

Graviditets- och förlossningsrelaterade faktorer påverkar både yngre och äldre kvinnor (Herbruck, 2008) liksom kirurgiska ingrepp såsom hysterektomi (Peyrat, 2002). Dessa är så pass belastande för bäckenbotten med risk för skada på omkringliggande vävnad och nedsatt slutningsförmåga i uretra.

Vidare är rökning en annan riskfaktor som också kan leda till försvagning av bäckenbotten (Bump & McClish, 1992) liksom rökning relaterade kärl- och luftvägssjukdomar kan hämma urinvägarnas normala funktioner (a a). Tillstånd som ökar det intraabdomiella trycket är ytterligare riskfaktorer. Fetma dvs BMI >30 har visat sig öka risken för urinläckage och kan bero på hög belastning av bäckenbotten (Danforth m fl, 2006). Obstipation under en längre tid utsätter också de nedre urinvägarna för ökat tryck med symtom av urinläckage (Socialstyrelsen, 2002). Neurologiska sjukdomar såsom multipel skleros, Parkinsons sjukdom och demens är kända orsaker till UI då nervsystemet angrips och miktionsreflexen hämmas (a a).

Diagnostik

En noggrann anamnes är viktig vid utredning av UI (Norlén & Siltberg, 2003). Denna inkluderar sjukdomshistorik, utförda operationer, symtombild, läkemedelsanvändning av t ex diuretika och antidepressiva samt tidigare skador. Vidare utvärderas information om tid för klimakterium, gynekologiska besvär, graviditeter och förlossningar (a a). Anamnesen bör även ta hänsyn till psykosociala aspekter för att få en inblick i hur UI påverkar patientens livskvalitet (SBU, 2000).

Kartläggning av patientens toalettbesök är viktigt avseende frekvens, tid på dygnet, utlösande situationer, styrka på urinstrålen, ev trängningar eller smärta, känsla av ofullständig tömning och behov av krystning (Norlén & Siltberg, 2003). Inkontinensskyddsvägning är till hjälp för att mäta volym av urinläckage och en miktionslista används som grund för dokumentation (a a).

Klinisk undersökning innebär palpation av buken för att känna efter utspänd urinblåsa samt inspektion av reproduktionsorganen (Norlén & Siltberg, 2003). Provokationstest kan utföras för att undersöka om patienten med full urinblåsa läcker vid hostning. Ytterligare undersökningar innebär bl a reflextest för att kontrollera funktionen av uretras slutarmuskel (a a).

Sjuksköterska eller distriktssköterska har hand om större delen av utredningsprocessen ff a anamnes, påverkan på vardagslivet, miktionslista, information, läckagemätning, provokationstest och bedömning av bäckenbottenfunktion. Detta sker i samråd med läkare som ansvarar för den medicinska diagnosen samt behandling och ev remiss till gynekolog, urolog eller uroterapeut (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2009).

Behandling

Val av rätt behandling vid UI kan ofta bota eller åtminstone förbättra symtomen (Zaar, 2003). Behandlingsalternativen utgörs främst av BBMT (bäckenbottenmuskelträning) och blåsträning, farmakologisk samt kirurgisk behandling.

BBMT och blåsträning

Syftet med BBMT är att öka styrkan och uthålligheten i bäckenbottenmuskulaturen samt att identifiera och lära sig använda muskulaturen på rätt sätt för att förhindra läckage (Hahn & Nordlander, 2003). Starkare bäckenbotten leder till ett ökat stöd för bäckenbottenorganen och därmed ett bättre skydd mot urinläckage både vid ansträngnings- och trängningsinkontinens (a a). BBMT bör inkludera identifiering av bäckenbottenmuskulatur genom vaginal

palpation som utförs av barnmorska, uroterapeut eller distriktssköterska enligt sjukvårdsrådgivningens hemsida (2009-10-14). Vidare innebär BBMT styrketräning och uthållighetsträning vilket sjukgymnast eller uroterapeut kan hjälpa med (FASS, 2009). Blåsträning syftar till att personer med trängningsbesvär viljemässigt ska kunna förlänga tiden mellan varje miktionsstillfälle (Malmberg, 2005). Blåsträningen innebär bl a av undervisning från en uroterapeut om de nedre urinvägarna och schemalagd tid för vattenkastning där intervallerna mellan miktionerna successivt blir längre (SBU, 2000).

Farmakologisk behandling

Läkemedel introduceras efter att andra behandlingsalternativ såsom BBMT och blåsträning inte givit resultat (Peeker & Samuelsson, 2009). Antikolinerga läkemedel kan användas vid trängnings- eller blandinkontinens då de blockerar receptorer i detrusorn och minskar dess aktivitet. Blåsan vidgas och får en större kapacitet vilket medför minskade trängningar och längre tid mellan blåstömningarna (Simonsen m fl, 2006). Östrogenbehandling kan vara ett alternativ för att stärka slemhinnan i uretra hos kvinnor runt klimakteriet och därmed förebygga urinvägsinfektioner som kan orsaka UI (a a).

Kirurgisk behandling

Kvinnor behandlas kirurgiskt vid medelsvår till svår UI (Ulmsten & Norlén, 2003) och behandlingen övervägs vid ansträngningsutlöst inkontinens först efter att 3-6 månaders BBMT inte givit resultat (Peeker & Samuelsson, 2009). Bland flera operationsmetoder utgör TVT (tension free vaginal tape) den vanligaste. Ingreppet utförs under ca 20-30 minuter med lokalbedövning. Via slidan och två små öppningar i buken sätts ett tunt syntesband på plats under urinröret som stöd med syfte att förhindra eller minska läckage vid ansträngning. Av de patienter som genomgått detta ingrepp rapporteras 70 % vara fria från urinläckage åtta år efter operation (a a).

Hjälpmedel

Det finns flera olika typer av hjälpmedel för att underlätta egenvård vid UI (Zaar, 2003). Viktigt är att en noggrann och individuell utprovning sker för att dessa ska hjälpa optimalt (a a). I Sverige är läkare, sjuksköterskor, barnmorskor och sjukgymnaster med forskrivningsrätt enligt SOSFS 2008:1 behöriga att skriva ut kostnadsfria inkontinenshjälpmedel. Dessa inkluderar absorberande produkter, bäddskydd samt kvarliggande katetrar och tappningskatetrar (Zaar, 2003). UI ger individen enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) rätt till hjälpmedel för en självkostnad på 200 kronor per år vilket ingår i högkostnadsskyddet (Baccarini, 2008). Individen kan på egen hand kontakta distriktssköterska, husläkare eller kontinensmottagning på vårdcentral för att få hjälpmedel förskrivna informerar Vårdguidens hemsida (Stockholms läns landsting, 2009-12-02).

Livskvalitet

Det finns olika definitioner på begreppet livskvalitet. Dess innebörd och relation till UI i denna litteraturstudie förklaras nedan.

Innebörd

Livskvalitet är ett begrepp som varierar i betydelse mellan olika människor. Meningen av livskvalitet kan också växla hos den enskilda individen. Det som utgör livskvalitet i en period av livet kan till följd av nya erfarenheter och

upplevelser omvärderas och bidra till förändrade sätt att se på tillvaron (Stenzelius, 2005). Livskvalitet relaterat till hälsa påverkas av flera olika aspekter. Ett hälsoproblem kan således beröra individen både fysiskt och psykiskt, funktionellt och socialt (a a).

Påverkan av UI

När besvär av olika slag påverkar det dagliga livet finns risk för nedsatt livskvalitet (Weström m fl, 2005). Forskning har påvisat att UI kan inverka på drabbade individers livskvalitet (Lagro-Janssen m fl, 1992). Det är inte ovanligt att kvinnor upplever rädsla för lukter i samband med urinläckage samt för hur andra människor ska reagera på problemen. UI visar dessutom ha konsekvenser för kvinnors sociala aktiviteter (a a). Kvinnor med UI har även rapporterat ett minskat intresse för sexuell aktivitet (Barber m fl, 2005). Många upplever också svårigheter att utträtta arbete (Margalith m fl, 2004).

Sjuksköterskans roll

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning ingår ett ansvar för att främja hälsa och förebygga ohälsa (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan kan i olika sammanhang komma i kontakt med kvinnor i riskgrupperna. Genom att identifiera riskpatienter har sjuksköterskan möjlighet till individuell upplysning om riskfaktorer samt rådgivning om gynnsam egenvård gällande kost, viktminskning, rökavvänjning och förebyggande av förstoppning samt till att rekommendera kontakt med t ex kontinensmottagning för mer specialiserad kompetens. Sjuksköterskan har dessutom skyldighet enligt Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531) att i ansvaret av en patient ge individuellt anpassad information både gällande hälsotillstånd och tillgängliga behandlingsmöjligheter.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med litteraturstudien är att undersöka varför en så liten andel kvinnor med UI söker hjälp från hälso- och sjukvården.

Frågeställning:

- Vilka faktorer hindrar kvinnor från att söka hälso- och sjukvård för UI?

METOD

Vägledande metod i denna litteraturstudie följer en modell av Goodman (1993). Tillvägagångssättet vid arbetet baserades på de sex första av Goodmans sju steg: (1) problemprecisering; (2) specificering av inklusions- och exklusionskriterier; (3) planformulering för litteratursökning; (4) genomförande av litteratursökning enligt kriterier; (5) tolkning av data och (6) sammanställning av resultat.

Steg 1. Problemprecisering

Det första steget kräver att det forskningsproblem som ska undersökas preciseras och formuleras (Goodman, 1993). Detta är viktigt för att styra och begränsa det fortsatta arbetet med litteratursökning och utvärdering (a a). Inför denna litteraturstudie utträttades en pilotsökning på PubMed kring UI och kvinnor.

UI framgick vara ett högst prevalent folkhälsoproblem med en låg andel hjälpsökande kvinnor inom hälso- och sjukvården. På så sätt verkade det relevant att undersöka varför så få utnyttjar den professionella hjälp som finns att tillgå. Problemet fokuserades kring faktorer som påverkar de individer med UI som inte söker hälso- och sjukvård. Den grupp som valdes att undersökas var kvinnor eftersom de drabbas i högre grad av UI än män. Dessutom framgick det vid inledande pilotsökning relativt få studier på den manliga befolkningen. Litteraturstudien är huvudsakligen riktad till hälso- och sjukvårdspersonal eftersom de i mötet med patienter har möjlighet att identifiera drabbade kvinnor och riskgrupper samt jobba preventivt genom upplysning och rådgivning.

Steg 2. Specifiering av inklusions- och exklusionskriterier

För att effektivisera litteratursökningen och för att få fram relevant vetenskapligt material ramar forskningsproblemet in med bestämda kriterier (Goodman, 1993). Detta ramverk består av inklusions- och exklusionskriterier (a a). För studerat problem inkluderades vuxna kvinnor (18+) för att ge ett brett perspektiv från olika åldersgrupper. Fokus var på de kvinnor som inte sökt hjälp för självupplevda symtom av UI. Exklusionerna riktades mot de grupper av kvinnor som hade andra kända och svåra sjukdomar eller en pågående graviditet. Även kvinnor som residerade på alternativa boenden exkluderades. Samtliga exklusionskriterier ansågs vara relevanta. Svår sjukdom och havandeskap skulle kunna komplicera berörda kvinnors besvär med UI. Kvinnor på t ex vårdboenden ansågs kunna ha en mer komplicerad sjukdomsbild med en mer frekvent kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal. Dessa grupper ansågs därför inte kunna jämföras med den friskare andelen kvinnor. Både kvalitativa och kvantitativa forskningsstudier inkluderades i litteraturstudien för att få en så komplett bild som möjligt av problematiken kring UI och hjälpsökande.

Steg 3. Planformulering för litteratursökning

Planering av litteratursökning underlättar i framtagning av maximalt antal relevanta studier (Goodman, 1993). Denna form av planering beaktar befintliga resurser, relevanta litteraturkällor, huvudsteg inför litteratursökningen samt kräver att sökstrategier anpassas efter varje källa (a a). Hänsyn i denna litteraturstudie har iakttagits gällande begränsningar av resurser både gällande tid och ekonomi samt tillgång till databaser och källmaterial. Källor till litteratursökning fokuserades till databaser relevanta för omvårdnad som är tillgängliga via Malmö högskola såsom PubMed, Cinahl och PsycINFO. Planen för litteratursökning innebar en stegvis process med en inledande genomläsning av samtliga titlar och markering av de titlar som kunde anknytas till UI och hjälpsökande eller icke hjälpsökande. Nästa steg innebar genomläsning av motsvarande abstrakt och på så sätt eliminerades de artiklar som inte svarade på litteraturstudiens syfte. Dessa artiklar skulle sedan läsas i sin helhet. De strategier som planerades inför sökningarna utgjordes av att hitta lämpliga termer i form av MeSH för PubMed och motsvarande ämnesord för Cinahl. Vidare begränsades databassökningarna av språkalternativen engelska och svenska. Publikationsdatumen i databaserna avgränsades till en tioårsperiod (1999-2009) för att fokusera vetenskapliga artiklar till det senaste inom forskningsområdet.

Steg 4. Genomförande av litteratursökning enligt kriterier

Litteratursökningen påbörjades med fritextsökningar. I databasen PsycINFO användes sökorden "urinary incontinence", "help seeking behavior*" (för att inkludera båda stavningar i brittisk- och amerikansk-engelska).

Liknande sökningar utfördes i samtliga utvalda databaser. Dessutom gjordes sökningar med mer detaljerade söktermer som "attitude*", "self management", "health-seeking behavior", "treatment seeking" och "attitude in health personnel". Samtliga begrepp kombinerades med "urinary incontinence" men gav inga nya resultat. Komplettering skedde med manuella sökningar från olika artiklars referenslistor vilket resulterade i en användbar artikel. Efter dessa sökningar bedömdes en mer strukturerad sökmetod vara behövlig. Sökblock konstruerades i PubMed och Cinahl vilka redovisas nedan i tabell 1.

Tabell 1. Resultat av databassökningar med sökblock.

| Databas | Sökord | | Sök-block | Antal lästa abstrakt | Antal lästa artiklar | Antal granskade artiklar | Antal använda artiklar |
|--|--|--|-----------------|----------------------|----------------------|--------------------------|------------------------|
| P U B M E D | Sökning #1: "Urinary incontinence" OR "Urinary incontinence" [Mesh] | Sökning #2: "Treatment seeking" OR "Care seeking" OR "Help-seeking" OR "Behavior" [Mesh] | #1 AND #2 | 55 | 31 | 16 | 7 |
| Antal träffar | 4934* | 132 969* | 442* | | | | |
| P U B M E D | Sökning #1: "Urinary incontinence" OR "Urinary incontinence" [Mesh] | Sökning #3: "Coping" OR "Adaptation, Psychological" [Mesh] | #1 AND #3 | 15 | 10 | 5 | 2 |
| Antal träffar | 4934* | 19 101* | 72* | | | | |
| C I N A H L | Sökning #1: "continence" OR MH "Urinary Incontinence +" | Sökning #4: "Help seeking behavior" OR MH "Help Seeking Behavior" | #1 AND #4 | 18 | 11 | 3 | 0 |
| Antal träffar | 1730** | 815** | 37** | | | | |
| C I N A H L | Sökning #1: "Urinary Incontinence" OR MH "Urinary Incontinence +" | Sökning #5: "coping OR MH "Adaptation, Psychological +" | #1 AND #5 | 12 | 5 | 1 | 0 |
| Antal träffar | 1730** | 13 338** | 145** | | | | |
| Totalt | | | | 100 | 57 | 25 | 9*** |

* Published 1999-2009, Humans, Female, English, Swedish, All adult (19+)

** Boolean/Phrase, 1999-2009, Peer reviewed, English, Swedish, Female, All adult

*** Den tionde använda artikeln påträffades under manuell sökning.

För att sortera sökresultaten efterföljdes den tidigare nämnda planen för litteratursökning enligt steg 3. Först lästes samtliga titlar för att kunna sortera bort de som föll utom kriterierna enligt specificering i steg två. Därefter lästes utvalda artiklars abstrakt. De flesta av dessa var tillgängliga via databaserna.

De resterande söktes via alternativa sökmotorer som t ex Google. De artiklar vars abstrakt indikerade användbar information lästes i sin helhet. En första bedömning av artiklarnas relevans grundade sig på specifika kriterier enligt Polit och Beck (2006). Applicerade kriterier krävde främst tydliga beskrivningar av urval och datainsamlingsmetod samt presentation av meningsfull information i logiska mönster och tydliga tabeller. De artiklar som fullgjorde kriterierna sparades för en mer detaljerad kvalitetsgranskning. Artiklar som därmed sorterades bort hade ff a metodologiska svagheter eller innehöll blandade urvalsgrupper där resultatet inte gick att särskilja för kvinnor respektive män.

Steg 5. Tolkning av data

Varje utvald artikel har genomgått granskning och kvalitetsbedömning enligt särskilt modifierat protokoll för kvalitativa (bilaga 1) respektive kvantitativa studier (bilaga 2) efter Willman m fl (2006). Urvalsprocessen inspirerades av Polit och Beck (2006) med hänsyn till triangulering för att öka trovärdigheten i litteraturstudien. Triangulering tillämpades genom att urvalet av relevanta artiklar skedde gemensamt medan granskningen utfördes individuellt. Därefter jämfördes och diskuterades de individuella fynden och kvalitetsbedömningarna. Den sammantagna kvaliteten för varje individuell artikel bedömdes som antingen hög eller låg med hänsyn till kriterier angivna i bilaga 3 för kvalitativa studier. För de kvantitativa studierna lades stor vikt på reliabilitet och validitet som enligt Polit och Beck (2006) är viktiga kriterier vid kvalitetsbedömning. Totalt granskades 25 artiklar. Majoriteten av de tio utvalda studierna bedömdes vara av hög kvalitet. Dock inkluderades en studie av lägre kvalitet för att lyfta fram kulturella aspekter. Sammanställningen av resultat underlättades med hjälp av att utvalda artiklar sammanfattades och ordnades i matriser (bilaga 3) för att få överblick över de viktiga delarna i varje studie. Styrkor (+) samt svagheter (-) i vardera artikel antecknades under rubriken *kommentar* i matriserna.

En stor del av tolkningsprocessen gick ut på att välja ut det material som skulle kunna definieras som möjliga faktorer. Detta bedömdes genom att i de kvantitativa studierna utvärdera de statistiska värden som presenterades. Faktorernas relevans bedömdes utifrån oddskvoter (OR) och signifikanta p -värden ($p < 0,05$). För att kunna urskilja faktorer som hindrade kvinnor i studierna från att söka hjälp, jämfördes gruppen som sökt hjälp för UI med dem som inte sökt hjälp i flertalet studier. Variabler relaterade till kvinnor som sökt eller inte sökt hjälp markerades som möjliga faktorer. Resultaten i både de kvantitativa och kvalitativa studierna markerades med olika färger enligt de olika teman som uppstod för att synliggöra likheter och skillnader.

Steg 6. Sammanställning av resultat

Sammanställningen utgjordes av att systematiskt kategorisera de fynd som gjorts i de utvalda studierna. En skiss över nyckelord skapades för varje artikel relaterat till potentiella faktorer. Denna process skedde individuellt. Därefter jämfördes nyckelorden för respektive artikel och ett gemensamt arbete ledde fram till gruppering av de samlade nyckelorden till underkategorier som kom att representera de eftersökta faktorerna. Det slutliga steget bestod av en sammanslagning av mindre kategorier till större och övergripande sådana. Tabell 2 synliggör resultatsammanställningen där nyckelord slagits samman till under- och huvudkategorier. Faktorer som framkom i studierna listades ytterligare enligt tabell 3 för att skådliggöra frekvensen av varje faktor i samtliga artiklar. Denna artikelöversikt ansågs förtydliga ev mönster.

RESULTAT

Sammanställningen av resultat redovisas i tabell 2 med en efterföljande och mer detaljerad beskrivning av respektive kategori och med en avslutande frekvenstabell (tabell 3). Resultaten är baserade på de kvantitativa och kvalitativa uppgifter som framkom i tio kvalitetsgranskade vetenskapliga artiklar från Sverige och Norge, Storbritannien samt USA.

Tabell 2. Sammanställning av nyckelord, underkategorier och respektive huvudkategori som representerar begränsande faktorer.

| Nyckelord | Underkategori | Huvudkategori | |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| Svårigheter att tala och förstå svenska | Språk | Bristande kunskap | |
| Bristande kännedom om tillgänglig behandling | Behandlingsmöjligheter | | |
| Läkarens kommunikationssätt | | Läkarens karakteristika | |
| Läkarens förhållningssätt | | | |
| Läkarens kön | | | |
| Läkarens religion | | | |
| Skamligt att läcka urin | Skam | Känslomässiga aspekter | |
| Skamligt att tala om UI | Rädsla | | |
| Rädsla för undersökning och behandling | | | |
| Rädsla för att inte bli tagen på allvar | | | |
| Äldre kvinnor: vill klara sig själv | Accepterande | Förhållningssätt till UI | |
| Äldre kvinnor: prioriterar andra sjukdomar | | | |
| Äldre kvinnor: för gamla för behandling | | | |
| Äldre kvinnor: attityder från barndomen | | | |
| Normalt ur ett kvinnoperspektiv | Normaliserande | | |
| Lära sig leva med UI | Anpassning | | |
| Undvika vårdkontakt | Undvikande | | |
| Ta avstånd från problem | Distansering | | |
| Äldre kvinnor: mer benägna än yngre att söka hjälp | | | Ålder |
| Mindre dagliga symtom | Grad av symtom | | Grad av symtom och inverkan på livskvalitet |
| Mildare karaktär på symtom | | | |
| Ej tillräckligt problematiskt | Inverkan på livskvalitet | | |
| Mindre inverkan på livskvalitet | | | |

Bristande kunskap

Otillräckliga kunskaper i språk samt bristande kännedom om behandlingsmöjligheter förekom som begränsande faktorer för en del av kvinnorna som studerats av Andersson m fl (2009) respektive Shaw m fl (2001).

Språk

I en intervjustudie utträttad av Andersson m fl (2009) på en grupp kvinnor från Syrien boende i Sverige framkom svårigheter i kommunikationen hos de äldre syrianska kvinnorna. Detta grundade sig på informanternas begränsade kunskaper i svenska. Språkbristerna påverkade i sin tur deras förmåga att beskriva problem med UI vid kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal.

"When we want to go to the doctor or somewhere, we can't read and write Swedish, so it is difficult for us." (s 300)

Ytterligare problem presenterades eftersom de äldre kvinnorna med syriansk bakgrund ofta var beroende av tolk. Andersson m fl (2009) anger att kvinnorna under intervjuerna framställde närvaron av en manlig tolk som ett hinder för dem att kunna diskutera UI med läkare. Studiens resultat påvisar dock att kvinnorna kunde tänka sig få hjälp av en kvinnlig tolk. I denna undersökning uppstod vidare problem eftersom tolken var känd inom församlingen vilket upplevdes som genant för kvinnorna.

Behandlingsmöjligheter

Utifrån de intervjuer som Shaw m fl (2001) utfört i Storbritannien med syfte att undersöka varför vissa söker vård och andra inte, skildras informanterna ha otillräcklig kännedom om befintlig hälso- och sjukvård för hjälp vid UI. Flertalet beskrivs ha näst intill ingen kunskap om de behandlingar som finns tillgängliga. Det exempel som specifikt illustreras i studien beskriver varför en kvinna inte har berättat om sina symtom för läkaren. Det förklaras att hon från sina vänner och bekanta aldrig hört talas något om behandling för urinläckage och att det därför inte varit aktuellt att söka hjälp överhuvudtaget.

Läkarens karaktistika

Fyra av de utvalda studierna framförde faktorer beträffande läkarna som kvinnorna varit i kontakt med av olika hälsoskäl. Några av de situationer som skildrades berörde kommunikationssvårigheter dem emellan. Shaw m fl (2001) presenterar exempel på patienter i Storbritannien som vid läkarbesök tagit upp frågor om UI men som inte fått tillfredställande respons. Detta visade sig skapa en viss osäkerhet hos patienterna eftersom de inte visste hur de skulle tolka situationen. Det hade enligt studien utspelats scenarier då läkaren inte visade patienterna adekvat intresse för att diskutera UI vilket ledde många informanter till uppfattningen om att ingen behandling fanns tillgänglig.

Andersson m fl (2008) beskriver en liknande företeelse som en av informanterna varit med om. I studien förklaras att då denna kvinna vid ett läkarbesök i Sverige hade nämnt sina besvär med urinläckage, hade läkaren inte kommenterat eller vidtagit några ytterligare åtgärder. Denna incident hade fått kvinnan att anta att det inte var någon mening med att söka vidare hjälp för UI.

Läkarnas sätt att förhålla sig till patienter belystes ytterligare i en tvärsnittsstudie utförd i USA (Diokno m fl, 2004). Denna studie presenterar att 22,7% av 884 drabbade kvinnor som faktiskt talat med läkare om UI rapporterade att läkare pekade på UI som en normal del av åldrandet.

Dessutom ansåg en grupp syrianska kristna kvinnor det vara bekymmersamt ifall de behövde träffa en manlig läkare (Andersson m fl, 2009). Framst de äldre kvinnorna oroade sig för att behöva klä av sig inför manliga doktorer och tyckte inte att de kunde prata lika öppet med dem. Läkarens religionstillhörighet hade också betydelse. En viss misstro var associerad till läkare som inte var kristna framst p g a att kvinnorna hade med sig negativa upplevelser från hemlandet.

Känslomässiga aspekter

Känslor av skam och rädsla återkom i samtliga kvalitativa studier. Utifrån de intervjuer som genomförts på en grupp kvinnor med långvariga symtom, indikerade Hägglund och Wadensten (2007) att UI betraktades som ett tabubelagt ämne.

"It is a disgrace to leak. You learned to not wet your pants as a child. In Sweden we can talk a lot more about intimate things, but not about this." (s 308)

Kvinnornas möjligheter till att samtala om UI kan begränsas av ett sådant perspektiv. Samtidigt skapar detta enligt artikelns författare känslor av skam hos berörda. Detta uttrycktes vara en orsak till motviljan att söka hjälp (Hägglund & Wadensten, 2007).

".../ a bladder control problem is a bit private; it doesn't feel as natural to talk about. It's connected to a feeling of shame. Urinary incontinence has to do with the genital area /.../" (s 308)

Liknande känslor framkom även i en annan svensk intervjustudie (Andersson m fl, 2009) där de äldre syrianska kvinnorna associerade både sitt tillstånd och samtal kring det som skamligt och genant. Shaw m fl (2001) noterade att informanterna, 38-86 år, som tagit initiativ till att fråga om sina urinläckage upplevde skamkänslor om läkaren inte visade vidare intresse att diskutera ämnet.

Vidare beskriver Andersson m fl (2008) att kvinnorna uttryckte rädsla för att de inte skulle bli tagna på allvar eller att hälso- och sjukvårdspersonal skulle förminska deras problem. Rädsla för ev undersöknings- och behandlingsåtgärder präglade informanterna som Andersson m fl (2008) samt Shaw m fl (2001) studerat.

Förhållningssätt till UI

Olika metoder att förhålla sig till UI speglades i kvinnornas berättelser utifrån de kvalitativa studierna. Gemensamma förhållningssätt valdes att kategoriseras som accepterande, normaliserande samt anpassning, undvikande och distansering.

Accepterande

Speciellt attityder hos de äldre kvinnorna var särskiljande när möjligheten gavs att beskriva varför de inte sökt hjälp för sina symtom. Andersson m fl (2008) skildrar att de äldre kvinnorna (66-89 år) under intervjuerna uttryckte en önskan om att klara sig på egen hand trots irriterande och obehagliga besvär. Det framgick att UI inte var lika viktigt för dem som andra sjukdomar. Behandling ansågs dessutom inte vara lämpligt p g a hög ålder med risk för att hälsan skulle försämrans. De äldre individerna som Shaw m fl (2001) beskriver, uttryckte en stark vilja och ihärdighet att stå ut med besvären och fortsätta livets gång. Samma författare betonar vikten av de attityder som präglat hemmet hos många kvinnor under

barndomstiden. Många tenderade att referera tillbaka till den tidsperiod då läkare endast uppsöktes när människor råkade ute för riktigt svåra sjukdomar och olycksfall. Det framgick på så sätt att ett accepterande förhållningssätt till ett förändrat hälsotillstånd bevarats vidare in i ålderdomen.

Normaliserande

Ett återkommande tema i flertalet studier var uppfattningen om UI som ett normalt tillstånd. Samtliga av de kvinnor som Andersson m fl (2008) intervjuat beskrevs förhålla sig till UI som om det vore både normalt och förväntat. Vidare beskrevs orsakerna till utveckling av inkontinens härledas till åldrandeprocessen och tidigare förlösningar. Hägglund och Wadensten (2007) påvisade att flera kvinnor ansåg förlösning och även graviditet vara orsakande faktorer.

”/.../ I associate it with giving birth and having children since it didn’t happen before that, it’s a natural thing, it’s nothing I could have done something about..”
(s 309)

Vissa individer normaliserade UI mest för att det inte kännetecknades som ett medicinskt problem utan mer som en naturlig del av livet (Shaw m fl, 2001). Undersökningen som baserades på en grupp kvinnor med syriansk bakgrund föreslog UI som en normal konsekvens av åldrandet (Andersson m fl, 2009). Samma grund framfördes av Kinchen m fl (2003) som i en tvärsnittsstudie från USA påvisade att 44% av kvinnorna som inte sökt hjälp för UI ansåg besvären vara en normal del av åldrandeprocessen.

Anpassning, undvikande och distansering

I två kvalitativa studier (Andersson m fl, 2008; Hägglund & Wadensten, 2007) framkom att kvinnor hanterade sina läckage med hjälp av alternativa strategier. I den ena (Andersson m fl, 2008) uttryckte kvinnorna att UI var något de vant sig vid och lärt sig leva med under tidens gång.

”I’ve gone through menstruation, had children, and learned to live with this during my life. So that’s made me feel secure, and I think /.../ this is also a part of life.” (s 118)

I samma studie uttryckte kvinnorna även en svårighet att komma i kontakt med hälso- och sjukvården och få läkare. Detta resulterade i att de undvek denna kontakt så länge som möjligt. I den andra studien (Hägglund & Wadensten, 2007) verkade besvären med UI kräva frekvent planering för att kunna utträtta aktiviteter. Därför tillkom ett behov för kvinnorna att emellanåt tänka på något annat. Det omnämndes att kvinnorna ibland valde att avstyra tankarna från besvären och genom denna distansering fokusera tankarna på andra viktiga saker.

Ålder

Återkommande i flera studier var ålder som en relevant faktor relaterat till hjälpsökande. Både andelen av kvinnor som sökt och inte sökt hjälp samt sannolikheten att de pratat med personal inom hälso- och sjukvården om UI visade signifikanta resultat. En tvärsnittsstudie från Storbritannien med 9340 deltagare påvisade att hög ålder var en signifikant faktor för att söka hjälp (Shaw m fl, 2006). Äldre kvinnor (≥ 80 år) var 4,7 gånger mer benägna att söka hjälp jämfört med studiens yngsta grupp (40-49 år). En enkätstudie från USA (Melville m fl, 2006) som besvarades av 3536 kvinnor visade att sannolikheten att

diskutera UI med hälso- och sjukvårdspersonal för åldersgruppen 50-69 år var 50% högre än för kvinnor, 30-49 år. En högre sannolikhet påvisades även för kvinnor, 70-89 år, som i jämförelse med åldersgruppen 30-49 år var 90 % mer benägna att diskutera UI med hälso- och sjukvårdspersonal (a a). En norsk studie (Hannestad m fl, 2002) som syftade att undersöka faktorer associerade till hjälpsökande påvisade att andelen hjälpsökande kvinnor ökade med åldern. Endast 13% av kvinnor med UI i åldern 20-44 år hade sökt läkarhjälp för sina besvär jämfört med 41% hos kvinnor > 60 år (a a). Detta resultat föreslår att ålder skulle kunna vara en faktor som är associerad till tendensen för kvinnor att konsultera med läkare för UI. Hannestad m fl (2002) diskuterar att ålderns betydelse för hjälpsökande kan ha sin grund i att äldre genom alla sina levnadsår har haft fler möjligheter att uppsöka vård. Diokno m fl (2004) nämner liknande signifikanta samband där de yngre kvinnorna var mindre benägna (39,8%) jämfört med de äldre (53,5%) att någonsin ha sökt läkarhjälp för UI. Inga data presenterades över åldersfördelningen i denna studie.

Till dessa fyra kvantitativa studier presenterades avvikande svar i en kvalitativ intervjustudie där de äldre individerna visade sig vara mindre benägna än de yngre att söka hjälp (Shaw m fl, 2001). Sammanfattningsvis har åldern betydelse på så sätt att kvinnor i de lägre åldersgrupperna tenderar att söka vård av läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal i mindre utsträckning än kvinnor i de övre åldersgrupperna.

Grad av symtom och inverkan på livskvalitet

Kvinnor med ansträngningsinkontinens som sökt respektive inte sökt hjälp visade skillnader i frekvens av läckage (Shaw m fl, 2006). Av de kvinnor som klassificerats som hjälpsökande upplevde 26,6% dagliga symtom jämfört med 15,1 % av dem som inte sökt hjälp. Livskvalitet undersöktes också bland studiens deltagare och visade skillnader mellan de två jämförda grupperna. Graden av problematik uppmättes till 45,9% hos hjälpsökande och endast 11,5% hos icke hjälpsökande (a a). En amerikansk studie (Kinchen m fl, 2003) presenterar liknande resultat. En större andel av kvinnor som sökt läkarhjälp för UI rapporterade högre symtomgrad vad gäller bl a frekvens av urinläckage än de som inte sökt hjälp. Förekomst av läckage minst fyra gånger i veckan rapporterades till 48% hos hjälpsökande och 26,1% hos icke hjälpsökande (a a).

I både en amerikansk tvärsnittsstudie (Melville m fl, 2006) och en svensk telefonintervjustudie (Hägglund m fl, 2003) redovisades att majoriteten av de som inte sökt professionell hjälp för UI upplevde få eller inga besvär av symtomen. Andersson m fl (2008) påvisade att kvinnorna tyckte att andra sjukdomar var viktigare och att besvären med urinläckage i förhållande till dessa var små.

En tvärsnittsstudie i Norge som syftade till att undersöka associerade faktorer till hjälpsökande redovisar att oddskvoten hos de som hade träffat en läkare för UI ökade med symtomgrad, påverkan av UI samt varaktighet (Hannestad m fl, 2002). Sannolikheten för kvinnor att uppsöka läkare för UI var 60 % (OR adjusted = 1,6) vid lindriga symtom jämfört med 150 % (OR adjusted = 2,5) vid svåra symtom.

Fler av de icke hjälpsökande (49%) uppnådde hög poäng (90+) vid mätning av livskvalitet än av de hjälpsökande (27,4%) påpekar Kinchen m fl (2003). En kvalitativ studie (Shaw m fl, 2001) påvisade att förvärrade symtom och inverkan på livskvalitet tenderade att få deltagarna att söka sig till en läkarmottagning.

Tidigare nämnd amerikansk studie (Melville m fl, 2006) påvisade dessutom att faktorer såsom symtomgrad och påverkan på dagliga aktiviteter ökade sannolikheten till att söka hjälp. Denna kvantitativa studie påvisade liksom Shaw m fl (2001) att läckage vid samlag var en bidragande faktor till hjälpsökande. UI rapporterades vara ett besvärande tillstånd enligt Hägglund och Wadensten (2007) men inte tillräckligt problematiskt för att söka hjälp.

"I have a problem with bladder control. I would get help if it affected my way of life and if my panties were wet every day. Yes, quite simply, if I were to feel dirty and have yucky feeling about myself." (s 309)

Hägglund m fl (2003) påvisade att frekvens och volym av urinläckage var signifikanta faktorer för de kvinnor som hade sökt vård.

Bifynd

En unik aspekt framhävs i en av de svenska kvalitativa studierna (Hägglund & Wadensten, 2007) som inte direkt är en faktor associerad till hjälpsökande men som ändå bedömdes ha relevans för sjuksköterskan. Kvinnorna hade uttryckt en önskan om att de vid rutinbesök inom hälso- och sjukvård skulle vilja bli tillfrågade om ev besvär med UI (a a).

".../I'm soon 40 and I've had three kids so of course I expected some questions on bladder control and if I had any problems with things like that. I think it is important that the gynaecologist nurse has questions about urine leakage as standard questions." (s 309)

En annan värdefull aspekt presenteras av Diokno m fl (2004) som genom en tvärsnittsstudie i USA fann att 85 % av samtliga kvinnor som diskuterat UI med läkare själva hade initierat samtalet.

Tabell 3. Frekvens av förekommande faktorer efter respektive artikelförfattare.

| Författare (år) | Bristande kunskap | Läkarens karakteristika | Känslomässiga aspekter | Förhållnings-sätt till UI | Å l d e r | Grad av symtom och inverkan på livskvalitet |
|-----------------------------|-------------------|-------------------------|------------------------|---------------------------|-----------|---|
| Andersson, G. m fl (2008) | | X | X | X | | X |
| Andersson, G. m fl (2009) | X | X | X | X | | |
| Diokno, A.S. m fl (2004) | | X | | | X | |
| Hannestad m fl (2002) | | | | | X | X |
| Hägglund, D. m fl (2003) | | | | | | X |
| Hägglund & Wadensten (2007) | | | X | X | | X |
| Kinchen, K.S. m fl (2003) | | | | X | X | X |
| Melville, J.L. (2006) | | | | | X | X |
| Shaw, C. M fl (2001) | X | X | X | X | X | X |
| Shaw, C. M fl (2006) | | | | | X | X |

DISKUSSION

I följande avsnitt diskuteras den metod som tillämpats i litteraturstudien samt de metoder som beskrivs i utvalda artiklar. Slutligen diskuteras de data som framkom i resultatavsnittet.

Metoddiskussion

De delar av Goodmans stegvisa metod som anses ha haft betydelse för resultatet i litteraturstudien har valts att diskuteras med fokus på utmaningar, svårigheter, styrkor och svagheter. Dessutom har en jämförelse gjorts mellan de utvalda studierna med fokus på metodförfaranden eftersom även dessa bedöms ha relevans för redovisad data.

Goodmans metod

Modellen för att strukturera litteraturstudien baserades på Goodmans metod som är beprövad enligt SBU. Med hänsyn till att metoden etablerades redan 1993 har denna litteraturstudie vid tolkning och granskning av data kompletterats med kriterier som grundar sig på andra källor vilka är användbara för att bedöma kvalitet i vetenskapliga artiklar (Polit & Beck, 2006; Willman, 2006).

Svårigheter som uppstod vid tillämpningen av Goodmans stegvisa process var främst relaterade till att rapporten ifrån SBU var publicerad på engelska och att denna valdes att på egen hand översättas till likvärdig svenska. En viss modifiering ansågs nödvändig för att anpassa metoden som skapats för medicinsk forskning till en uppsats relaterad till omvårdnadsområdet. Det sista av Goodmans sju steg som innebar att föreslå rekommendationer ansågs inte relevant för litteraturstudiens syfte och användes inte under arbetet.

Specificering av inklusions- och exklusionskriterier. Litteraturstudien grundar sig på vetenskapligt material från det senaste decenniet med syftet att belysa aktuell forskning inom området. Detta anses vara en styrka i litteraturstudien eftersom behandlingsmöjligheter är under ständig utveckling och eftersom människors attityder ofta förändras över tid vilka kan påverka upplevelser, erfarenheter och tendens till att söka hälso- och sjukvård. En utmaning vid specificering av inklusionskriterier var att begränsa den grupp som skulle undersökas både med hänsyn till kön och till ålder. Kvinnogruppen valdes i och med att detta är den större gruppen som berörs av UI. Dessutom ansågs samtliga ålderskategorier vara intressanta för att täcka upplevelser från både yngre och äldre kvinnor samt att spegla ev skillnader. Det bör dock noteras att det specificerade exklusionskriteriet som utesluter kvinnor med andra kända och svåra sjukdomar kan vara svårt att tillämpa. Detta gäller speciellt äldre kvinnor eftersom ålderdom ofta innebär en ökad risk för andra sjukdomar. Det ansågs dock viktigt att inkludera äldre kvinnors upplevelser. Samtidigt var det kvinnor med mer begränsande sjukdomstillstånd som t ex multipel skleros och stroke som bedömdes vara relevanta att exkludera då det vid pilotsökningen visade sig finnas ett flertal studier gjorda specifikt på dessa grupper. Dessutom ansågs kvinnor med svåra sjukdomar inte vara ett relevant urval då dessa ofta har tät kontakt med vården på grund av andra symtom och vidare för att speciellt neurologiska sjukdomar kan orsaka mer omfattande problem med UI. Huvudmålet med litteraturstudien var trots allt att ge ökad insikt i den gruppen kvinnor som annars är friska och inte vanligtvis syns inom hälso- och sjukvården.

Genomförande av litteratursökning enligt kriterier. De fåtal databaser som använts i litteratursökningen kan ha medfört ett begränsat antal användbara artiklar. Valet grundade sig på faktumet att just PubMed, Cinahl och PsycINFO mest sannolikt skulle innehålla relevanta artiklar kring litteraturstudiens syfte. Det visade sig också att PubMed och Cinahl underlättade i att effektivisera databassökningarna genom möjligheten att använda sökblock. Dessutom påträffades många artiklar som verkade relevanta för litteraturstudien men som krävde betalning vilket begränsade tillgången på material. Ytterligare svårigheter utgjordes av att hitta lämpliga sökbegrepp och därför testades ett flertal fritextsökningar med olika formuleringar som därmed krävde värdefull tid. Den grundliga litteratursökningen som genomfördes anses samtidigt ha gynnat framtagningen av vetenskapligt material då ett stort antal titlar (696 st) och abstrakt (100 st) enligt tabell 1 har lästs samt granskats.

Tolkning av data. Litteraturstudien är grundad på både kvalitativa (n=4) och kvantitativa (n=6) studier. Detta har betydelse för att få inblick i personliga upplevelser och ev samband mellan möjliga faktorer som kan vara betydelsefulla för kvinnor som inte söker hjälp. Det var vid arbetets start önskvärt med ett större antal kvalitativa studier eftersom intervjusituationen ofta gynnar möjligheten att beskriva personliga upplevelser. Dock visade det sig att tillgängligheten till

kvalitativt material var begränsad. En större mängd intervjubaserade studier skulle kunna ha påverkat bredden och även frekvensen av de faktorer som redovisas i resultatet.

Många av de kvalitativa studierna fick ytterligare exkluderas p g a att urvalet innehöll både kvinnor och män. En studie med blandat könsurval av Shaw m fl (2001) användes dock eftersom den bedömdes vara av hög kvalitet. Andelen män i denna studie var i minoritet och endast de data som baserades på en majoritet av samtliga deltagares upplevelser ansågs relevanta för litteraturstudiens syfte.

Det ansågs viktigt att studera problemet från olika kulturella perspektiv men tillgängligheten till artiklar från andra länder än västerländska visade sig vara limiterad. De få hittade artiklar bedömdes innehålla tvetydiga resultat. Trots låg kvalitet bedömdes ändå artikeln av Andersson m fl (2009) vara relevant. Denna studie är relativt nypublicerad och bidrar med viss insikt i hur kvinnor i en av flera minoritetsgrupper i Sverige upplever UI. Detta ansågs innehålla värdefull information speciellt med tanke på dagens mångkulturella samhälle.

Det kan anses vara oklart hur avgränsning i hög respektive låg kvalitet vidtagits i tolkningsprocessen. Trovärdigheten i resultatet anses dock vara bestyrkt med hjälp av att triangulering tillämpats under granskningsprocessen. Två skilda personer ansvariga för litteraturstudien gjorde individuella kvalitetsbedömningar för respektive artikel med modifierade protokoll som mallar (Willman, 2006). Dessutom bestyrks tolkningsprocessen genom att de individuella kvalitetsbedömningarna anses ha bidragit med olika perspektiv som sedan utvecklats genom gemensamt arbete. Vidare användes etablerade kriterier utifrån Polit och Beck (2006) som upprättats just för bedömning av omvårdnadsforskning.

Sammanställning av resultat. Utifrån tolkningen av data i utvalda artiklar framkom ett stort antal faktorer som ansågs ha olika betydelse varvid ett noggrant sorteringsarbete följde. Sammanställningen av resultat anses på så sätt vara väl utförd eftersom både individuell markering och sortering av resultat i form av skisser samt gemensam sammanställning till tabell 2 försäkrade att viktiga faktorer registrerades. Citat som används i litteraturstudien kom från tre av de fyra kvalitativa studierna. Dessa citat valdes för att de ansågs bäst styrka och förtydliga kvinnornas upplevelser. Fler citat att välja mellan hade varit önskvärt. Dock var alternativen begränsade p g a att endast tre kvalitativa studier gjorda på enbart kvinnor ingick i litteraturstudien..

Skillnader mellan utvalda artiklar

I jämförelsen mellan de artiklar som ligger till grund för litteraturstudien anses främst olikheter i definitioner och urval, bortfall samt datainsamlingsmetod haft betydelse för resultatet.

Definitioner och urval. En utmärkande skiljaktighet mellan de olika studierna som ligger till grund för litteraturstudiens resultat är ff a definitioner på relevanta begrepp. Den uppdelning som skett av *hjälpökande* samt *icke hjälpökande* kvinnor baseras på olika kriterier i respektive studie. Ytterligare variationer finns i den yrkeskategori inom hälso- och sjukvården som hjälpökande kvinnor vänt sig till. Shaw m fl (2006) definierar hjälpökande som att ha varit i kontakt med allmänläkare, inkontinenssjuksköterska, sjuksköterska eller sjukgymnast om UI.

Melville m fl (2006) inkluderar samtliga hälso- och sjukvårdspersonal som kvinnor med UI sökt sig till. Kinchen m fl (2003) samt Hannestad m fl (2002) har studerat hjälpsökande i relation till kvinnor som varit i kontakt med endast läkare. Detta kan ha varit avgörande för hur stor andel kvinnor som ingått i statistiken för hjälpsökande eftersom den grupp som vänt sig till annan hälso- och sjukvårdspersonal utöver läkare exkluderats. De två sistnämnda studierna kan på så sätt ha gett viss felrapportering även för de kvinnor som ingår i gruppen för icke hjälpsökande i jämförelse med de andra utvalda studierna.

Definitionerna på UI kan i sin tur ha inverkat på urvalet i respektive studie. Melville m fl (2006) definierar UI som urinläckage minst en gång i månaden, Kinchen m fl (2003) urinläckage de senaste 30 dagarna och Hägglund & Wadensten (2007) använder sig av den senaste definitionen ifrån ICN medan Hannestad m fl (2002) definierar UI som all form av urinläckage. Dessa olika definitioner kan ha varit avgörande för vilka kvinnor som ingick i studierna. Den specifika definitionen verkar dock inte vara det viktigaste. För att få en generell bild av vad som hindrar kvinnor från att söka hjälp verkar det vara av prioritet att urinläckage har upplevts relativt nyligen. Kvinnors beskrivningar kring varför de inte sökt hjälp kunde vara beroende på om de upplevde urinläckage under studietiden eller om de hade varit fria från besvär en längre period.

Urvalet av deltagare skiljer sig vidare på så sätt att en av intervjustudierna baserades på strategiskt urval (Hägglund & Wadensten, 2007) och en annan på bekvämlighetsurval (Andersson m fl, 2008). Till fokusgrupperna rekryterades deltagarna delvis genom snöbollsurval (Andersson m fl, 2009). I det sistnämnda urvalet upplevde inte samtliga deltagare UI-symtom men studien bidrog ändå med värdefull information genom att belysa utomståendes perspektiv på UI i motsats till andra studier.

Bortfall. Andelen kvinnor som föll bort under urvalet av deltagare varierar i respektive studie. Bortfallet kan anses vara relativt stort (39%) för en av de svenska kvalitativa studierna (Andersson m fl, 2008). De tillfrågade kvinnorna hade citerat olika orsaker till varför de inte önskade delta. Det är inte förundransvärt att ett större bortfall förekommer i dessa sammanhang i och med att UI är ett känsligt samtalsämne. Bortfallet kan dock ha haft en viss betydelse för resultatet eftersom uteblivna kvinnor skulle kunna ha bidragit med unika upplevelser och på så sätt givit ett bredare perspektiv på varför många kvinnor med UI inte söker hälso- och sjukvård.

Datainsamlingsmetod. Olika metoder för datainsamling tillämpades i de utvalda studierna. Tre av de kvalitativa artiklarna utgjordes av intervjuer i deltagarnas hem och en av fokusgruppsdiskussioner. Hemmiljön kan anses fördelaktig i en intervjusituation för att skapa en trygg och öppen atmosfär. Fokusgrupperna med flera kvinnor möjliggjorde ett utbyte av varierande perspektiv. Diskussionerna kan ha begränsats av faktumet att kvinnorna var anknutna till samma förening. Möjligheten att uttrycka sig fritt kan även ha hämmats med närvaron av en tolk känd inom kvinnogruppen.

Resultatdiskussion

Resultaten diskuteras i den ordning som presenterats i tabell 3.

Bristande kunskap

Både bristande kunskap i det svenska språket och behandlingsmöjligheter verkade hämma kvinnors tendens till hjälpsökande. Bristfälliga språkkunskaper ledde till kommunikationssvårigheter särskilt för den äldre gruppen av syrianska kvinnor (Andersson m fl, 2009). Det anses relevant att framhäva denna grupp trots begränsningen i antalet informanter. Bristande språkkunskaper betraktas vara värt att belysa eftersom det antas finnas en relativt stor grupp kvinnor med liknande språksvårigheter i Sverige liksom i många andra länder. Tolken har därför en viktig roll i att underlätta samarbetet mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal för att inte kvinnor med utländsk bakgrund ska utebli från att söka hälso- och sjukvård för UI.

Otillräcklig kunskap om behandlingsmöjligheter framgick endast utifrån en av studierna vilken utträttades i Storbritannien (Shaw m fl, 2001). Detta resultat kan diskuteras då något liknande inte angavs i de andra artiklarna. Det påvisades på så sätt inte hur situationen ser ut i andra länder. Dock är det inte självklart att individer med UI känner till de vårdande insatser som finns att tillgå. Samtidigt kan möjligheterna variera mellan olika länder både gällande tillgång till och alternativ till behandling. Detta kan i sin tur vara avgörande för allmänhetens kännedom om den hälso- och sjukvård som finns behjälplig för kvinnor med UI.

Läkarens karaktäristika

Flera detaljer kring läkare framkom enligt de intervjuade kvinnorna. En del av de som varit i kontakt med läkare och som i dessa sammanhang försökt att prata om UI indikerade besvär med att engagera läkaren i samtalet. Kvinnors upplevelser pekade även på svårigheter att tolka det som förmedlades under läkarsamtalet. Det påpekades dessutom att läkarna i några fall hade förklarat för patienterna att UI var ett normalt tillstånd. Bristande initiativ till samtal var också en av de faktorer som påverkat vissa kvinnors möjligheter att få hjälp med UI. Viktigt att understryka är att det handlar om kvinnors *upplevelser* av hur de har blivit bemötta av läkare. Samtidigt indikerar resultaten att läkaren har en viktig roll i mötet med patienten för att en dialog om UI ska komma till stånd överhuvudtaget.

Läkarens kön och religionstillhörighet framkom också vara relevant för kvinnor med UI. Med respekt för kvinnans integritet underlättar det om hälso- och sjukvården välkomnar kvinnors önskningar om att få träffa läkare av samma kön ifall det finns tillräckliga resurser för att täcka dessa behov. Fler kvinnor med olika kulturella bakgrunder skulle på så sätt kanske öppna sig för att diskutera UI i kontakt med hälso- och sjukvården. Dock verkar det vara en utmaning att tillfredsställa patienter med krav på att läkaren har samma religiösa tro som de själva. Dessa faktorer indikerar inte direkta hinder för kvinnor att söka hälso- och sjukvård. Det verkar däremot som att kulturella aspekter är viktiga att beakta i mötet med kvinnor av utländsk härkomst.

Känslomässiga aspekter

De studier som grundade sig på personliga intervjuer gav många deltagande kvinnor möjligheten att uttrycka sina känslor jämfört med de undersökningar som baserades på enkäter och telefonintervjuer. De övervägande känslorna uttrycktes i form av skam och rädsla. Detta framgick ff a i de studier som involverade informanter från Sverige och kan därför inte representera känslomässiga aspekter hos populationer i andra länder. Informanterna tycktes dock vara påverkade i så pass stor omfattning att UI framställdes som ett skamligt tillstånd och en del kvinnor förknippade åter igen skam med läkarens sätt att kommunicera med dem.

Det verkar dessutom finnas en påtalad rädsla för att behöva genomgå undersökningar och behandlingar. Detta kan vara en stor begränsande faktor för kvinnor som kanske är intresserade av att söka hjälp från hälso- och sjukvården men som inte vågar. Med tanke på att det finns ett flertal oinvasiva metoder i form av BBMT, blåstråning och läkemedel som kan utgöra de första stegen vid behandling av UI, finns det kanske individer som lider i onödan. Det är möjligt att även kvinnor i Sverige har en viss okunskap om vilka behandlingsmöjligheter som finns. UI kan dock anses skapa en befogad rädsla då det trots allt handlar om kvinnans intima kroppsdelar och brist på normalt fungerande miktionsförmåga. Såsom tidigare citerad text ifrån Hägglund och Wadensten (2007) föreslår, råder obehag för att exponera privata kroppsdelar och det kan vara just detta som avhåller många kvinnor från att söka hjälp. Det framkom dock inte i utvalda studier att kvinnorna var begränsade av rädslan för att lukta urin såsom framhävts i en studie där kvinnors livskvalitet i samband med UI undersöktes (Lagro-Janssen m fl, 1992).

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) betonar respekt för individens integritet och Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska poängterar tillvaratagandet av patientens erfarenheter (Socialstyrelsen, 2005). I mötet med individer som drabbats av UI, bör hänsyn tas till den begränsning som skam och rädsla innebär. Dessutom bör respekt visas för patienters initiativ till samtal kring UI.

Förhållningssätt till UI

Olika förhållningssätt verkar utgöra hinder för att söka hälso- och sjukvård på så sätt att accepterande, normaliserande, anpassning, undvikande och distansering tillämpas som strategier för att på egen hand hantera symtomen.

Ett accepterande förhållningssätt framträdde främst hos äldre kvinnor vilket framkom både i en engelsk och i en svensk undersökningsgrupp (Shaw m fl, 2001; Andersson m fl, 2008). Detta kan härledas till att många av kvinnorna levt med symtomen i flera år och att tiden på så sätt har stärkt förmågan att bemästra besvären.

Vidare framkom ett normaliserande förhållningssätt i samband med att kvinnorna sökte förklaringar kring orsakerna till UI. Många förknippade graviditet, förlossning och åldrande till utveckling av urinläckage. Resultaten presenterades inte specifikt för någon åldersgrupp. Det är därför oklart om både äldre och yngre kvinnor handskades med UI på liknande sätt. Normaliserande kan i detta avseende vara ekvivalent till avproblematisering. När UI inte ses som ett problem så kanske det minskar behovet av att söka hjälp och kan på så sätt utgöra en hindrande faktor för kvinnor med UI att söka hälso- och sjukvård.

Andra förhållningssätt utgjordes bl a av förmågan att anpassa sig till livet med symtom (Andersson m fl, 2008) vilket framkom främst hos äldre kvinnor (66-89 år). Detta kan möjligen förklaras med att gruppen infinner sig runt pensionsåldern då krav ifrån arbetsgivare och familj ofta inte är lika höga som för yngre individer. Det finns kanske fler möjligheter för äldre individer att hantera besvären och att UI på så sätt inte blir lika problematiskt. Upplevelsen av livskvalitet kan också vara en avgörande faktor för hur kvinnor väljer att förhålla sig till UI. När vardagslivet påverkas i linje med vad Weström m fl (2005) påvisat, kan nedsatt livskvalitet vara en förklarlig orsak till varför kvinnor accepterar, normaliserar, anpassar sig eller undviker och emellanåt distanserar sig från besvären med UI. Det kan ses som egenhändiga strategier för att lindra besvären på en mental nivå. I vissa fall verkar detta tillräckligt för att hantera UI och vara en bidragande orsak till att kvinnor inte har ett direkt behov av att uppsöka hälso- och sjukvård.

Ålder

Yngre kvinnor framgick vara den grupp som sökte hjälp för UI i minst utsträckning förutom i en artikel (Shaw m fl, 2001) som visade motsatta resultat. Det är viktigt att belysa de olika avgränsningarna relaterat till ålder som användes i de individuella studierna. Åldersgrupperna fördelades enligt olika intervall och en av studierna angav ingen information om ålder vare sig för den grupp som benämndes *yngre* eller *äldre*. Det motsägande resultatet som redovisas av Shaw m fl (2001) kan möjligen förklaras med hänsyn till den blandade gruppen informanter med både kvinnor och män. Åldersgrupperna framgick inte för något av könen. En högre tendens till hjälpsökande hos de yngre manliga deltagarna kan ha varit avgörande för att påverka resultatet i denna riktning.

Det verkar anmärkningsvärt att yngre kvinnor är mindre benägna än äldre att söka hälso- och sjukvård p g a UI. Många av dessa kvinnor befinner sig trots allt i ett stadium i livet då det verkar speciellt angeläget att vara frisk och arbetsför. Samtidigt kan resultatet bero på att det är motsägelsefullt att vara ung med urinläckage med tanke på stigmat kring UI som en av åldrandets sjukdomar. Dessutom kan det för unga kvinnor finnas större tillgänglighet till alternativa källor för information som t ex Internet där de söker vägledning i första hand.

Grad av symtom och inverkan på livskvalitet

Det verkar uppenbart att kvinnor som inte besväras av UI eller upplever någon avsevärd inverkan på livskvalitet söker vård i mindre utsträckning än kvinnor med omfattande problem och märkbar nedsättning av livskvalitet. Detta gäller sannolikt inte bara UI utan även andra hälsotillstånd. Det är inte lika troligt att uppsöka hälso- och sjukvård för ett tillstånd som inte skapar besvär. Åtta av de tio utvalda studierna betonade just dessa faktorer där symtomgrad eller inverkan på livskvalitet påvisades vara betydande för kvinnors tendens till hjälpsökande. En intressant aspekt var att läckage vid samlag utgjorde en så pass avgörande faktor som i många fall bidrog till att kvinnor sökte hjälp. Det har påvisats ett nedsatt intresse för sexuell aktivitet förekommande hos många kvinnor med UI (Barber m fl, 2005). Skam och rädsla kan återigen tänkas vara så pass överväldigande att kvinnorna undertrycker besvären och anpassar även sexuell aktivitet istället för att söka hjälp från hälso- och sjukvården med symtomlindring som därmed skulle kunna bidra till en förhöjd livskvalitet.

Patientens livskvalitet utgör en viktig del av sjuksköterskans helhetsbedömning då Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska framhäver att omvårdnad ska präglas av ”helhetssyn och etiskt förhållningssätt” (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan bör således utreda hur drabbade kvinnors vardagsliv påverkas av UI.

Inverkan på livskvalitet skulle kunna förstärkas av individuella ekonomiska barriärer med tanke på att hälso- och sjukvård samt hjälpmedel varierar kostnadsmissigt i olika länder. Ekonomiska svårigheter framkom inte som en relaterad faktor i de utvalda studierna men det anses viktigt att poängtera att i Sverige är förskrivna inkontinensskydd relativt billiga för individen. Dock krävs att kvinnor tar kontakt med hälso- och sjukvården för att få tillgång till kostnadsfria hjälpmedel. Hur situationen och tillgången på hjälpmedel ser ut i andra länder är oklart.

Bifynd

Ett flertal kvinnor framförde att de ville bli tillfrågade om UI vid rutinbesök hos t ex gynekolog. Detta anses vara förståeligt med tanke på den skam och rädsla som känslomässigt hämmar kvinnor samt de svårigheter som många upplever i kontakt med läkare. Sjuksköterskan har en viktig roll i kontakten med patienter och skulle kunna vara en nyckelperson som för fram frågan om ev besvär med UI. Detta gäller särskilt de kvinnor som identifierats tillhöra riskgrupperna och som inte faller inom den gruppen som själv tar initiativ till att prata med hälso- och sjukvårdspersonal om UI.

SAMMANFATTNING

Det finns olika orsaker till varför kvinnor med UI inte söker hjälp från hälso- och sjukvården. De faktorer som framkom i litteraturstudien berörde främst bristande språkkunskaper, otillräcklig kunskap om tillgängliga behandlingsmöjligheter, läkarens karaktäristika, känslomässiga aspekter såsom skam och rädsla, kvinnors förhållningssätt till UI och ålder, grad av symtom och inverkan på livskvalitet. Det är en utmaning att specificera faktorer för en stor grupp kvinnor både i Europa och USA eftersom deras hälsotillstånd yttrar sig på flera olika sätt och då förutsättningar för hälsa, möjligheter att utnyttja hälso- och sjukvård samt tillgång till hjälpmedel varierar mellan länder.

Denna litteraturstudie bidrar förhoppningsvis till en djupare insikt i några av de faktorer som kan vara relaterade till att endast en minoritet kvinnor med UI söker hälso- och sjukvård. Litteraturstudien betonar samtidigt vikten av att hälso- och sjukvårdspersonal visar hänsyn till det känsliga ämnet UI. Detta för att i synnerhet läkare ska kunna bättre bemöta patienter, frigöra möjligheten till samtal samt förse eller remittera kvinnor till adekvat behandling. Sjuksköterskan har en viktig roll i att uppmärksamma hur kvinnors livskvalitet påverkas och att arbeta hälsofrämjande med rådgivning och information så att kvinnor med UI kan fatta välgrundade beslut över den hälso- och sjukvård som finns att söka.

Det verkar finnas begränsad forskning på faktorer som är betydelsefulla för icke-västerländska kvinnor med UI. Därför efterlyses ytterligare studier kring väsentliga kulturella aspekter för att fördjupa förståelsen av de behov som kvinnor med olika etniska bakgrunder upplever. Med ökad kunskap och insikt kan hälso- och sjukvårdspersonal uppmuntra och uppmuntra fler kvinnor till att söka hjälp.

REFERENSER

- Abrams, P m fl (2003) The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 61: 37–49.
- Almås, H & Gjerland, A (2006) Omvårdnad vid sjukdomar och rubbningar i urinvägarna och de manliga könsorganen. I: Almås, H (red) *Klinisk omvårdnad*. Stockholm: Liber AB.
- Andersson, G m fl (2008) Accepting and adjusting: older women's experiences of living with urinary incontinence. *Urologic Nursing*, 28, 115-121.
- Andersson, G (2009) Perceptions of urinary incontinence among Syrian christian women living in Sweden. *J of Transcultural Nursing*, 20, 296-303.
- Baccarini, D (2008) Särskilt landstingsbidrag > <http://www.varguiden.se>< 2009-10-01.
- Barber, M.D. m fl (2005) The impact of stress urinary incontinence on sexual activity in women. *Cleveland Clinic J of Medicine*, 72, 225-232.
- Bjålie, J. G m fl (1998) *Människokroppen anatomi och fysiologi*. Stockholm: Liber AB.
- Bump, R.C. & McClish D.K. (1992) Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol*, 167, 1213-1218.
- Danforth, K.N. m fl (2006) Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol*, 194, 339-345.
- Diokno, A.C. m fl (2004) Medical and self-care practices reported by women with urinary incontinence. *Am J Manag Care*, 10, 69-78.
- FASS (2009) Urinvägarnas sjukdomar ><http://www.fass.se>< 2009-10-14.
- Goodman, C (1993) *Literature searching and evidence interpretation for assessing health care practices*. Stockholm: SBU.
- Hahn, I & Nordlander, I (2003) Bäckebottenmuskelträning och sjukgymnastisk behandling. I: Andersson, K-E m fl *Hålla tätt – en bok om urininkontinens och överaktiv blåsa*. Täby: Pfizer.
- Hannestad, Y.S. m fl (2002) Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence- the Norwegian EPINCONT study. *Scand J Prim Health Care*, 20, 102-107.
- Herbruck, L.F. (2008) Urinary incontinence in the childbearing woman. *Urologic Nursing*, 28, 163-172.

- Hägglund, D m fl (2001) Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80, 1051-1055.
- Hägglund, D m fl (2003) Reasons why women with long-term urinary incontinence do not seek professional help: a cross-sectional population-based cohort study. *Int Urogynecol J*, 14, 296-304.
- Hägglund, D & Wadensten, B (2007) Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scand J Caring Sci*, 21, 305-312.
- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (2009) *Lokalt vårdprogram ansträngnings-, tränings- och blandinkontinens, vuxna kvinnor*. Gotlands kommun.
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
- Kinchen, K.S. m fl (2003) Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. *J of women's health*, 12, 687-698.
- Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531).
- Lagro-Janssen, T m fl (1992) Urinary incontinence in women and the effects on their lives. *Scand J Prim Health Care* 10, 211-216.
- Malmberg, L (2005) Behandling av patienter med funktionsstörningar. I: Malmberg, L & Mattiasson, A (red) *I vått och torrt*. Lund: Studentlitteratur.
- Malmberg, L & Mattiasson, A (2005) Inledning. I: Malmberg, L & Mattiasson, A (red) *I vått och torrt*. Lund: Studentlitteratur.
- Margalith, I m fl (2004) Urinary incontinence in women under 65: Quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Quality of Life Research* 13, 1381-1390.
- Melville, J.L. m fl (2006) Health care discussions and treatment for urinary incontinence in U.S. women. *Am J of Obstetrics and Gynecology*, 194, 729-737.
- Norlén, L & Siltberg, H (2003) Inledning och indelning. I: Andersson, K-E m fl *Hålla tätt – en bok om urininkontinens och överaktiv blåsa*. Täby: Pfizer.
- Peeker, R & Samuelsson, E (2009) Urininkontinens. I: *Läkemedelsboken*. Apoteket AB.
- Peyrat, L m fl (2002) Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU International*, 89, 61-66.
- Polit, D & Beck, C (2006) *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- SBU (2000) *Behandling av urininkontinens*. Rapportnr 143.

- Shaw, C m fl (2001) Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Family Practice*, 18, 48-52.
- Shaw, C m fl (2006) A survey of help-seeking and treatment provision in women with stress urinary incontinence. *BJU International*, 97, 752-757.
- Simeonova, Z m fl (1999) The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 78, 546-551.
- Simonsen, T m fl (2006) *Illustrerad farmakologi 2*. Stockholm: Student och kultur.
- Sjukvårdsrådgivningen (2008) Urininkontinens hos kvinnor/ Diagnos och vård. ><http://www.sjukvardsradgivningen.se>< 2009-10-14.
- Socialstyrelsen (2002) *Störning av de nedre urinvägarnas funktioner*. Artikelnr 2002-123-52.
- Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Artikelnr 2005-105-1.
- SOSFS 2008:1. Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicinsktekniska produkter i hälso- och sjukvården.
- Stenzelius, K (2005) Urinvägssymtom och dess betydelse för individen och samhället. I: Malmberg, L & Mattiasson, A (red) *I vått och torrt*. Lund: Studentlitteratur.
- Stockholms läns landsting (2008) Inkontinenshjälpmedel >www.vardguiden.se< 2009-12-02.
- Ulmsten, U (2003) Inkontinens hos kvinnor. I: Andersson, K-E m fl *Hålla tätt – en bok om urininkontinens och överaktiv blåsa*. Täby: Pfizer.
- Ulmsten, U & Norlén, L (2003) Kirurgisk behandling. I: Andersson, K-E m fl *Hålla tätt – en bok om urininkontinens och överaktiv blåsa*. Täby: Pfizer.
- Weström, L m fl (2005) *Obstetrik och gynekologi. Klinik och vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A m.fl. (2006) *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, s 156.
- Zaar, A (2003) Hjälpmedel. I: Andersson, K-E m fl *Hålla tätt – en bok om urininkontinens och överaktiv blåsa*. Täby: Pfizer.

BILAGOR

Bilaga 1: Granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod. Modifierad efter Willman m fl (2006).

Bilaga 2: Granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod. Modifierad efter Willman m fl (2006).

Bilaga 3: Kriterier för kvalitetsbedömning av kvalitativ studie, ur Willman m fl (2006)

Bilaga 4: Matriser

Bilaga 1. Granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod. Modifierad efter Willman m fl (2006).

Författare _____

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/ problemformulering Ja Nej Vet ej

Urvalskaraktäristika

Antal _____

Ålder _____

Nationalitet _____

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

-Relevant? Ja Nej Vet ej

-Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

-urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

-datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

-analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

-Är resultatet logiskt och begripligt? Ja Nej Vet ej

-Råder datamätnad? Ja Nej Vet ej

-Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

-Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

-Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Sammanfattande bedömning av kvalitet Hög Låg

Huvudfynd

Bilaga 2. Granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod. Modifierad efter Willman m fl (2006).

Författare _____

Beskrivning av studien

Urvalskaraktäristika _____ Antal _____
Ålder _____
Nationalitet _____

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner Ja Nej

Intervention _____

Vad avsåg studien att studera?

Urvalsförfarandet beskrivet? Ja Nej
Representativt urval? Ja Nej
Randomiseringsförfarande beskrivet? Ja Nej
 Vet ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven? Ja Nej
Bortfallsstorleken beskriven? Ja Nej
Adekvat statistisk metod? Ja Nej
Etiskt resonemang? Ja Nej
Är instrumenten valida? Ja Nej
Är instrumenten reliabla? Ja Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Sammanfattande bedömning av kvalitet Hög Låg

Huvudfynd

Bilaga 3. Kriterier för kvalitetsbedömning av kvalitativ studie, ur Willman m fl (2006).

| Hög kvalitet | Låg kvalitet |
|---|---|
| Klart beskriven kontext. | Oklart beskriven kontext. |
| Väldefinierad frågeställning. | Vagt definierad frågeställning. |
| Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. | Otydligt beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod |
| Dokumenterad metodisk medvetenhet. | Dåligt dokumenterad metodisk medvetenhet. |
| Systematisk och stringent dataredovisning. | Osystematisk och mindre stringent dataredovisning. |
| Tolkningars förankring i data påvisad. Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet. | Otydlig förankring av tolkningarna i data. |
| Kontextualisering av resultat i tidigare forskning. | Kontextualisering av resultat i tidigare forskning saknar eller är outvecklad. |
| Implikationer för relevant praktik väl artikulerade. | Implikationer för relevant praktik saknas eller är otydliga. |

Bilaga 4. Matriser

| Författare/ År/Land | Titel | Syfte | Urval/bortfall | Design/metod | Resultat | Kommentar | Kvalitet |
|---|---|--|--|---|---|---|----------|
| Andersson, G m fl (2008) Sverige | Accepting and adjusting: older women´s experiences of living with urinary incontinence | Beskriva erfarenheter av att leva med UI hos personer som inte önskar vidare utredning eller behandling. | 11 kvinnor (66- 89 år) som kontaktat DSK på en VC och fått förskrivet inkontinens- skydd men som inte ville ha ytterligare behandling. Bortfall: 39 % (7) | Kvalitativ, beskrivande intervjustudie med fenomenologisk metod. 10 kvinnor valde att bli intervjuade i sina hem och en utanför sitt hem i ledning av G. Andersson. Djupintervjun innehöll både öppna och slutna frågor. Allt intervjumaterial ljudinspelades och transkriberades. | Samtliga kvinnor upplevde UI som ett normalt och förväntat besvär. Informanterna trodde att kroppen försvagas med åldern och att UI är ett resultat av förlossning tidigare i livet. Kvinnorna beskrev förlägenhet och ett återvändande till barndomen samt en önskan att klara sig på egen hand. De tyckte att andra sjukdomar är viktigare. Mindre besvär som UI prioriterades ej. Många kände att de var för gamla för behandling med rädsla för försämring Vissa av kvinnorna kände motvilja att söka vård p g a svårigheter att få kontakt med hälso- och sjukvården, speciellt med läkare så de undvek att söka hjälp. | + Beskrivande citat. + Urval av både aktiva och mindre aktiva kvinnor. + Diskuterar vikten av att respektera kvinnors önskan om självkontroll. + En intervjuare. - Flertalet kvinnor hade andra sjukdomar och besvär. - Stort bortfall | Hög |

| Författare/ År/Land | Titel | Syfte | Urval/bortfall | Design/metod | Resultat | Kommentar | Kvalitet |
|---|---|--|---|---|---|---|----------|
| Andersson, G m fl (2009) Sverige | Perceptions of urinary incontinence among Syrian christian women living in Sweden | Beskriva upplevelser av UI för de syrianska kvinnorna som bor i Sverige. | 14 syrianska kvinnor (30-80+ år). Självupplevd UI var inget inklusionskriterium. En sjuksköterska, känd för både forskaren G. Andersson och kvinnorna i det syrianska samhället, rekryterade den första gruppen. Till de följande två grupperna användes snöbollsurval och nätverk. | Kvalitativ, deskriptiv metod med tre st fokusgruppsdiskussioner. Den första gruppen bestod av främst yngre kvinnor (30-60 år) som inte hade några svårigheter att kommunicera på svenska. De två andra grupperna bestod främst av äldre kvinnor (50 till 80+ år) som varken kunde förstå eller göra sig förstådda på svenska. Till dessa två grupper närvarade en kvinnlig icke-professionell tolk, känd för kvinnorna. En oberoende, professionell tolk fick även tolka kvinnornas berättelser för att öka tillförlitligheten. | - Tankar kring UI: orsaker till UI är försvagning av kroppen pga åldrande och flera förlossningar, hårt arbete i hemlandet och det kalla klimatet i Sverige; äldre kvinnors känslor av skam och förlägenhet; UI diskuteras ej runt män. - Hantering av UI: viktigt med stöd från andra kvinnor; har kännedom om att kontinensskydd kan förskrivas men svårigheter att få hjälp på den medicinska kliniken, skulle söka hjälp om behov fanns; äldre önskade kvinnlig läkare vid sökande för UI p g a förlägenhet att klä av sig inför manlig läkare; lättare att prata om vad som helst. - Kommunikation med hälso- och sjukvård: bristande svenska kunskaper ansågs vara ett stort problem. | +Kulturella skillnader. - Komplikationer med teknisk apparatur och med tolk. - Alla deltagande kvinnor har inte UI. | Låg |

| Författare/ År/Land | Titel | Syfte | Urval/bortfall | Design/metod | Resultat | Kommentar | Kvalitet |
|---|---|--|--|--|--|--|----------|
| Diokno, A.C. m fl (2004) USA | Medical and self-care practices reported by women with urinary incontinence | Fastställa omfattning av antalet kvinnor med UI som identifierats av läkare; coping- och behandlingsstrategier som inkontinenta kvinnor använder samt faktorer associerade med användandet av behandlingsstrategier. | 1970 kvinnor (18+) med UI deltog. Bortfall (1:a enkäten): 34 % (15 097) Bortfall (2:a enkäten): 15 % (340) | Kvantitativ. Nationell tvärsnittsstudie i två delar med postade enkäter. Första delen innehållande 14 olika punkter för att fastställa om respondenterna haft UI symtom de senaste 30 dagarna. Den 2:a enkäten innehållande 16 sidor var mer detaljerad och skickades till strategiskt utvalda kvinnor med UI från den 1:a enkätstudien. | 85,6 % av kvinnorna rapporterade besvärande symtom av UI. 44,9% hade någonsin talat med en läkare om UI. Äldre kvinnor var mer benägna än yngre att någonsin ha talat med en läkare om UI. 85% av kvinnor med UI som hade talat med läkare rapporterade eget initiativ till konversation om UI. 22,7% rapporterade att läkaren hade förklarat symtomen som normala för åldern. | + Omfattande studie med ett stort urval. + Urvalet begränsat till kvinnor med UI den senaste mån. - Hög medelålder 53,6 år. - Stort bortfall vid den andra enkäten. | Hög |

| Författare/ År/Land | Titel | Syfte | Urval/bortfall | Design/metod | Resultat | Kommentar | Kvalitet |
|--|---|---|--|--|---|---|----------|
| Hannestad, Y.S. m fl (2002) Norge | Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence- The Norwegian EPINCONT study | Fastställa andelen kvinnor som har besökt sin läkare p g a UI och att undersöka faktorer associerade med hjälpökande. | 6625 kvinnor (20-80+) med UI. Bortfall: 20 % | Kvantitativ. Del av större populationsbaserad tvärsnittsstudie gjord år 1995-97 i en kommun i Norge där frågeformulär påvisade att 24,6 % av 27 936 hade UI. Den andel av dessa som hade svarat på frågor om hjälpökande deltog i denna studie. | Konsultationstakten ökade med stigande ålder, frekvens, mängd och varaktighet av läckage, allvarlighetsgrad och konsekvenser. De kvinnor som besökt läkare de senaste 12 mån var mer sannolika att någonsin ha konsulterat angående UI. | + Omfattande urval. + En hel population i ett samhälle erbjöds att vara med i studien. - Högst svarsgrad från medelålders kvinnor. | Hög |

| Författare/ År/Land | Titel | Syfte | Urval/bortfall | Design/metod | Resultat | Kommentar | Kvalitet |
|---|--|---|---|---|---|--|----------|
| Hägglund, D. m fl (2003) Sverige | Reasons why women with long-term urinary incontinence do not seek professional help: a cross-sectional population-based cohort study | Undersöka orsaker till varför några kvinnor med långvarig UI söker professionell hjälp och andra inte, deras erfarenheter och förnöjsamhet med hälso- och sjukvård samt hur kvinnor hanterar sin inkontinens. | 78 kvinnor (23-51 år) i Surahammar med känd och varaktig UI som medverkat i en tidigare studie som undersökt incidensfrekvens av UI och förändringar i livskvalitet. Bortfall: 18 % (17) | Kvantitativ. Telefonintervjuer bestående av 4 sektioner: 5 frågor angående UI, 2 frågor riktade till icke-hjälpsökande kvinnor med långvarig UI och 3 öppna frågor. | 74 % av kvinnorna hade inte sökt professionell hjälp för UI. Medelvaraktighet: 11,4 år (omfång 6-20 år). Den vanligaste angivna orsaken för icke-hjälpsökande kvinnor var att UI ansågs vara ett litet problem och därefter att det ej kunde förklaras varför hjälp ej söktes. 57 % av dem som inte sökt hjälp önskade behandling. 74 % av de som inte sökt hjälp hade använt sig av någon form av egen metod för att hantera sina symtom. Använda metoder: BBMT. | + Frågeformulären bifogade. + Urvalsgruppen har haft UI under lång tid. - Ingen åldersfördelning av utvalda kvinnor. | Hög |

| Författare/ År/Land | Titel | Syfte | Urval/bortfall | Design/metod | Resultat | Kommentar | Kvalitet |
|--|--|--|--|--|---|---|----------|
| Hägglund, D. & Wadensten, B. (2007) Sverige | Fear of humiliation inhibits women´s care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence | Belysa betydelsen av kvinnors upplevda erfarenheter av sitt beteende när de söker vård för långvarig UI. | 13 kvinnor (37- 52 år) med UI som inte sökt hjälp för sina symtom. Dessa blev strategiskt utvalda från en tidigare telefonintervju- studie. 9 kvinnor hade UI symtom >10 år och 4 kvinnor 6-10 år. Bortfall: 13 % (2) | Kvalitativ intervjustudie. Personliga intervjuer med D. Hägglund i deltagarnas hem. Intervjuerna (30- 80 min) ljudinspelades. Intervjun inleddes med en öppen fråga. Resten av förfrågningarna ämnade att uppmuntra kvinnorna till att prata om UI och hjälpökande. | UI är en privatsak och är relaterat till ett beteende som lärdes ut redan som barn. Behov av distansering, nedtoning av problem, förminskning av problem, normaliserande. Vilja att bli tillfrågad om UI och önskan om en förstående miljö. | + Använder ramverk R/T beteendeteori + Informanterna har levt med UI i många år + Många beskrivande citat + Diskuterar sjuksköterskans roll | Hög |

| Författare/ År/Land | Titel | Syfte | Urval/bortfall | Design/metod | Resultat | Kommentar | Kvalitet |
|--|--|--|--|---|--|--|----------|
| Kinchen, K.S. m fl (2003) USA | Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence | Karakterisera inkontinenta kvinnor av alla åldrar som söker behandling och jämföra dessa med inkontinenta kvinnor som inte söker behandling. | 1970 kvinnor (19-93 år) med UI. Bortfall (1:a enkäten): 34 % (15 097) Bortfall (2:a enkäten): 14,7 % (340) | Kvantitativ tvärsnittsstudie i 2 steg. Postad enkätundersökning i 2 delar. Den första delen innehållande 14 olika punkter för att fastställa om respondenterna haft UI symtom de senaste 30 dagarna (år 2001). Den 2:a enkäten innehållande 16 sidor var mer detaljerad och skickades till strategiskt utvalda kvinnor som visade sig ha UI i den 1:a enkätstudien. | 38 % hade initierat konversation med läkare om UI. Dessa rapporterade högre symtomgrad (varaktighet och frekvens av UI, nykturi, miktionsfrekvens och blandinkontinens). 55 % hade inte talat med någon läkare om UI. Dessa rapporterade högre livskvalitet, var mindre benägna att schemalägga läkarbesök och förebyggande vård, mer benägna att skjuta på läkarbesök jmf med de som sökt hjälp för UI. 44 % ansåg urinläckage vara en naturlig del av åldrandet. | + Nämner belastande kostnader för amerikanska kvinnor. - Hög medelålder (53,9 år). - Endast kvinnor med UI de senaste 30 dagarna. - Behandlings-sökande begränsades till de som sökt hjälp endast hos läkare. - Stort bortfall | Hög |

| Författare/ År/Land | Titel | Syfte | Urval/bortfall | Design/metod | Resultat | Kommentar | Kvalitet |
|---|--|--|--|---|--|---|----------|
| Melville, J.L. m fl (2006) USA | Health care discussions and treatment for urinary incontinence in U.S. women | Fastställa proportioner av kvinnor med UI som har diskuterat sitt tillstånd med HSP och/eller fått behandling samt fastställa associatione n av sociodemog rafiska och kliniska faktorer med att söka hälso- och sjukvård för UI. | 3536 kvinnor (30- 90 år). Exklusionskriterier: död, oförmåga att lokalisera deltagare, avregistrering från Group Health, förlamning, svåra mentala eller fysiska hinder för att kunna svara på ett frågeformulär eller pågående UVI. Bortfall (1:a delen): 36% (1995) Bortfall (2:a delen): 20 % (298) | Kvantitativ, populationsbaserad enkätstudie. Ett 15- sidigt självrapporteringsform ulär skickades ut till ett åldersstratifierat slumpmässigt urval av 6000 kvinnor (30-90 år) registrerade i Group Health Cooperative (GHC). Frågefomuläret innehöll frågor om medicinsk-, kirurgisk-, obstetrisk- och gynekologisk historia; mediciner; depressiva symtom; och demografiska karakteristika. Kvinnorna som hade UI fick svara på detaljerade frågor om vård- och behandlingssökande för deras UI. | -Kvinnor som sökt hjälp för UI: var äldre (50-89 år jmf med 30-49 år), upplevde längre varaktighet av UI, mer bland-UI, mer besvär av UI, större påverkan av UI på deras dagliga aktiviteter och mer frekvent urinläckage vid samlag. 56,9 % tyckte inte UI vara problematiskt. | + Diskuterar de oförsäkrade individerna och föreslår att de har ännu större hinder för att kunna söka hjälp. + Omfattande studie med många deltagare - Stort bortfall | Hög |

| Författare/ År/Land | Titel | Syfte | Urval/bortfall | Design/metod | Resultat | Kommentar | Kvalitet |
|---|--|--|--|--|--|--|----------|
| Shaw, C. m fl (2001) England | Barriers to help seeking in people with urinary symptoms | Undersöka orsaker till varför människor söker eller inte söker hjälp för att belysa hinder i förvärvandet av behandling och råd. | 23 kvinnor (38-86 år) och 8 män (41-74 år). 26 deltagare rekryterades under pilotundersökning inför en annan studie. 5 deltagare (av 12 tillfrågade) rekryterades avsiktligt från en gynmottagning med syfte att inkludera perspektiv från personer som erhållit lyckad vård för UI-besvär. Samtliga 5 deltagare genomgick eller hade genomgått behandling. Bortfall: 13 % (7) | Kvalitativ. Djupintervjuer i deltagarnas hem av fyra tränade intervjuare. Intervjuerna ljudinspelades, transkriberades och varade i ca 1 timme med hjälp av intervjuguide innehållande frågor relaterade till alla aspekter av den vård de erhållit. | Flesta kvinnor: ingen kännedom om tillgänglig behandling. Symtomen: inte något medicinskt problem., normaliserades och accepterades som en del av livet. En del: önskar hjälp. Samtliga: långvariga symtom, rädsla att bli inkontinenta i högre ålder. Läckage vid sex samt vid vistelse på allmän plats utlöste hjälpsökande likaså förvärrade symtom, ökad inverkan på livskvalitet och rädsla för framtiden. Äldre var mindre benägna att söka hjälp pga attityder från barndom eller pga osäkerhet vid kommunikation med läkare. | + Tar upp flera faktorer ffa kommunikation med läkare. - Flera olika intervjuare. - Samtliga var redan under behandling eller färdigbehandlade. - Risk för bias i rapporteringen av hur det var innan de sökte hjälp. - Svårt att urskilja vad majoriteten kvinnor sade med tanke på det blandade urvalet. | Hög |

| Författare/ År/Land | Titel | Syfte | Urval/bortfall | Design/metod | Resultat | Kommentar | Kvalitet |
|---|--|---|--|---|---|--|----------|
| Shaw, C. m fl (2006) England | A survey of help-seeking and treatment provision in women with stress urinary incontinence | Fastställa prevalens av behandlings-sökande kvinnor med ansträngnings-inkontinens samt utbredning och typ av behandlings-åtgärd. Bestämma nivå av icke tillfredsställt behov hos kvinnor som har samt inte har haft kontakt med vården. | 9340 kvinnor (40+) deltog. Boende i Leicestershire, registrerade på ett av 108 deltagande vårdcentraler ¹ . Boende på vårdhem och inneliggande på sjukhus exkluderades. Bortfall: 39,2 % (6128). | Kvantitativ tvärsnittsstudie. Hemskickat frågeformulär till slumpmässigt utvalda. Frågeformuläret bestod av frågor relaterade till UI symtom, påverkan på livskvalitet av symtom och behandlingssökande beteende under de senaste 12 månaderna. | Ansträngningsinkontinens var mer prevalent hos den yngre åldersgruppen. Men den äldre åldersgruppen sökte hjälp i större utsträckning än yngre kvinnor. Fler av de hjälpsökande kvinnorna hade dagliga läckage jmf med kvinnor som ej sökt vård. Hjälpsökande kvinnor upplevde större påverkan på livskvalitet. | + Inkluderar hälso- och sjukvårdspersonal. - Bias i rapportering. - Endast kvinnor med ansträngningsinkontinens. | Hög |

¹ "General practice" i artikeln översattes till vårdcentral.