

# Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Sykepleie til pasienter med urininkontinens som følge  
av Multippel Sklerose**

**Nursing to patients with urinary incontinence which  
results from Multiple Sclerosis**

Lene Holmen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 39

Molde, 06.05.2009



Høgskolen i Molde

# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Sykepleie til pasienter med urininkontinens som følge av Multippel Sklerose**

**Tittel på engelsk: Nursing to patients with urinary incontinence which results from Multiple Sclerosis**

**Forfatter(e): Lene Holmen**

**Fagkode: SAE00**

**Studiepoeng: 12**

**Årstall: 2009**

**Veileder: Jeanette V. Unhjem**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 06.05.2009**

**Antall ord: 11760**

## **Forord**

Ufrivillig vannlatning

- Det er ikke lett å være utett
- Det er ikke lett når jeg (synes jeg) lukter
- Det er ikke lett når jeg ofte må si "Nei, takk" til en invitasjon av skrekk for å tisse i andres møbler
- Det er ikke lett når jeg alltid skal vite hvor det er et toalett
- Det er ikke lett å finne smart tøy hvor en bleie ikke kan ses
- Det er ikke lett når jeg ikke har lyst til å gå til sengs med min mann, fordi sengen må polstres med plast og håndklær
- Det er ikke lett å dyrke mosjon, når jeg tisser i buksen hver gang jeg hopper litt
- Det er ikke lett når jeg er mann og ikke kan få kastet min våte bleie på herretoalettet
- Det er ikke lett når jeg tre dager ette søppeltømming igjen har fylt min søppeldunk med våte bleier
- Det er ikke lett å tenke på når andre skal hjelpe meg med min utetthet

Tove Tækker Jespersen

<b>1.0 Innledning:</b> .....	<b>1</b>
1.1 Presentasjon av tema med begrunnelse.....	1
1.2 Problemstilling med avgrensning.....	2
1.3 Formålet med oppgaven.....	2
1.4 Oppgavens disposisjon.....	3
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>4</b>
2.1 Hva er metode? .....	4
2.2 Litteraturstudium.....	4
2.3 Kildekritikk .....	5
<b>3.0 Teorikapitlet</b> .....	<b>7</b>
3.1 Generelt om MS .....	7
3.2 Hva er urininkontinens? .....	8
3.3 Sosial isolering og forebygging .....	11
3.4 Generelt om hjemmesykepleie.....	13
<b>4.0 SYKEPLEIE TEORI</b> .....	<b>15</b>
4.1 Joyce Travelbee sin sykepleietenkning.....	15
4.2 Travelbee om kommunikasjon:.....	18
<b>5.0 FORSKNINGSARTIKLENE</b> .....	<b>19</b>
5.1 Multiple sclerosis and continence issues: an exploratory study.....	19
5.2 The meaning of women's experience of living with long- term urinary incontinence is powerless. ....	19
5.3 Loneliness in women with Multiple Sclerosis. ....	20
5.4 Chinese women's experiences in coping with urinary incontinence. ....	20
5.5 Factors impacting self- care for urinary incontinence.....	21
<b>6.0 Drøfting</b> .....	<b>22</b>
6.1 Hva er spesielt i hjemmesykepleie? .....	22
6.2 Hjemmesykepleieren må samle data .....	23
6.3 Iverksette tiltak.....	27
6.4 Konklusjon .....	30
<b>7.0 Evaluering</b> .....	<b>31</b>
<b>8.0 Litteraturliste</b> .....	<b>32</b>

## **1.0 Innledning:**

### ***1.1 Presentasjon av tema med begrunnelse***

Bakgrunnen for at jeg valgte temaet urininkontinens som følge av Multippel Sklerose sykdom, er at jeg synes det virket interessant å jobbe med og at jeg har vært i praksis på Nevrologisk avdeling der jeg traff pasienter med diagnosen Multippel Sklerose, og de som nylig hadde fått diagnosen. Jeg har sett hvordan pasienter som nylig har fått diagnosen har hatt det, og hvilken livs endring det har for det som blir rammet. Livet blir snudd opp ned, og de må leve med sykdommen resten av sitt liv og tilpasse seg etter den. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, kommer plagene som følger med.

En av plagene som ofte følger med Multippel Sklerose, er urininkontinens. Jeg valgte derfor undertemaet urininkontinens fordi det er et stort problem blant personer som har fått diagnosen MS og fordi jeg ikke viste så mye om det fra før. Når jeg var i praksis på Nevrologisk avdeling, opplevde jeg ikke at det var fokus på akkurat det problem området, men det er ikke sikkert at noen av de som var innlagt der når jeg var der, var plaget med det heller, siden jeg da i min praksisperiode møtte noen få som akkurat hadde fått diagnosen Multippel Sklerose.

Multippel Sklerose er en sykdom som rammes som regel i ung alder og kvinner har større sjanse for å bli rammet enn menn, og kanskje er de heller ikke ferdige med utdannelsen sin. Dette vil medføre en stor livs endring for de som blir rammet. Det er en sykdom som kan medføre urininkontinens og mange andre plager. Etter å ha tenkt litt ville jeg at oppgaven min skulle konsentrere seg om pasienter som bor hjemme og har hjemmesykepleie som er på tilsyn hos pasienten, på grunn av faren for sosial isolasjon som følge av urininkontinens problemet. Jeg synes selv dette er et interessant tema, og det er viktig i en slik oppgave. Og håper at de som skal lese min hovedoppgave også synes dette er et interessant tema, og kanskje noe som ikke blir snakket så høyt om, men som er et kjempe stort problem for de som blir rammet av det. Det er ikke nok at de blir rammet av MS, men de får som regel en del av plagene som følger med sykdommen også.

## **1.2 Problemstilling med avgrensning**

Min problemstilling er:

*”Hvordan kan sykepleier i hjemmesykepleien forebygge sosial isolasjon på grunn av urininkontinens som følge av MS sykdom? ”*

Jeg valgte å avgrense oppgaven til pasienter som bor hjemme og har hjemmesykepleien innom på tilsyn. Pasienten har hatt MS i flere år, og sliter nå med urininkontinens problemer. På grunn av dette problemet er faren for sosial isolasjon stor, derfor er hjemmesykepleien inne i bildet for å motivere pasienten til å gjøre forskjellige aktiviteter som pasienten liker ute blant andre folk. Og for å forebygge at sosial isolasjon får utvikle seg. Jeg har også brukt MS- begrepet litt om hverandre, noen steder har jeg skrevet Multipel Sklerose og andre steder bare forkortelsen MS. I min drøftingsdel har jeg ikke laget et case som forklarer hvordan min pasient er, eller hvordan jeg ser for meg at min pasient skal være. Derfor kan jeg forklare det her; jeg tenker at det er en kvinne i 30-40 årene, hun har ikke barn eller ektefelle, hun er enslig. Hun har hatt MS i mange år, og i den siste tiden har hun blitt mer å mer inkontinent for urin, noe som er veldig vanlig ved MS. Etter dette har hun selv syns at det har vært ekkelt å gå ut blant mye folk, mye av grunnen er at hun har begynt med bleier og innlegg, og er redd for at det skal synes og at det skal lukte av henne. Vedkommende vet selv at det å ikke være ute blant folk, og bare sitte inne i leiligheten ikke er bra. Men hun trenger hjelp til å komme seg ut igjen, og hjelp til å trene opp blæremuskulaturen sin igjen, hvis det er mulig. Dette er derfor grunnen til at hun har søkt om hjemmesykepleie. I drøftingsdelen har jeg brukt begrepene vedkommende eller personen litt om hverandre. Siden vedkommende har søkt om hjemmesykepleie og bor hjemme i sin egen leilighet, synes jeg det er feil å kalle vedkommende for en pasient.

## **1.3 Formålet med oppgaven**

Mitt personlige mål med denne oppgaven er å få en bedre innsikt i diagnosen MS som medfølger urininkontinens, å få ett bilde over hvor stort dette problemet faktisk er for de som blir rammet. Ikke minst på det sosiale plan, derfor har jeg fokusert mest på dette, siden det går sterkt utover det sosiale til pasienten, og ikke minst selvbildet til pasienten

som blir rammet. Jeg håper også jeg får belyst til andre som skal lese denne oppgaven, hvor stort dette problemet er hos pasienter med Multippel Sklerose, og hva det i verste fall kan føre til. Og at de får en innsikt i hvordan det er å leve med en kronisk sykdom, som stadig medfølger andre tilleggsykdommer. Jeg ville jobbe med dette temaet fordi det er et tabubelagt område, som ikke det ikke blir snakket så mye om, dessuten blir de som er rammet av urininkontinens stigmatisert i dagens samfunn, det er ikke "normalt" at en voksen person er rammet av urininkontinens og må begynne å bruke bleier og innlegg i voksen alder igjen. Jeg vil også at de som leser denne oppgaven også lærer noe av den, og synes den er interessant. Og at de også får et innblikk i hvor stort problemet faktisk er blant de med MS og urininkontinens. Før jeg begynte med oppgaven min, viste jeg faktisk ikke hvor stort det problemet var, og hvor stort omfanget er.

## ***1.4 Oppgavens disposisjon***

I innledningen har jeg presentert det temaet jeg har valgt, med en begrunnelse for hvorfor jeg akkurat valgte det og jeg har også presentert problemstillingen jeg har valgt i min hovedoppgave med avgrensninger og en forklaring på hvordan jeg ser for meg min pasient. Videre vil jeg presentere den metoden jeg har brukt for å belyse problemstillingen, og hvordan jeg gikk frem for å finne litteratur om emnet, og hvordan jeg kom fram til de fem forskningsartiklene jeg har valgt i min oppgave. Jeg vil også ha litt kildekritikk med. I tredje kapittel vil jeg legge fram teorien min, da skal jeg ta med teori om urininkontinens, litt om Multippel Sklerose føler jeg også at jeg må ha med. Og selvfølgelig konsekvensene av urininkontinens som i dette tilfellet er sosial isolasjon, og konsekvensene av sosial isolasjon, for eksempel ensomhet. Har også tatt med litt generelt om hjemmesykepleien og hva som er spesielt der i forhold til andre instanser. Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbee som min sykepleie teoretiker, dette på grunn av at hun fokuserer på menneske- til- menneske- forholdet, mening, lidelse og kommunikasjon blant annet. Alle disse faktorene er viktige i en sårn situasjon, derfor har jeg et eget kapittel om henne. Til slutt kommer drøftingen i oppgaven, der jeg trekker inn alt dette som jeg har skrevet i teoridelen, og drøfter meg fram til et svar. I drøftingsdelen har jeg tatt utgangspunkt i sykepleieprosessen, med litt egne overskrifter. I den sykepleieprosessen jeg har brukt, har jeg tatt utgangspunkt ut i fra boka av Heggdal 2006, som har 6 faser med. Og helt tilslutt tar jeg med en liten konklusjon/ avslutning.

## **2.0 Metode**

### **2.1 Hva er metode?**

Dalland (2007) bruker Vilhelm Aubert sin definisjon av metode:

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formål, hører med i arsenalet av metoder.”* (Dalland, 2007 s 81)

Metoden er altså det redskapet vi bruker for å fremskaffe data og etterprøve kunnskap på, for å belyse den problemstillingen vi har valgt på en faglig interessant måte.

Denne oppgaven er basert på et litteraturstudie, i samsvar med skolens krav. Dette betyr at jeg tar utgangspunkt i eksisterende litteratur om temaet, og har prøvd å trekke ut det essensielle for å belyse min problemstilling.

### **2.2 Litteraturstudium**

Jeg bestemte meg tidlig for at temaet mitt skulle omhandle Multipel Sklerose pasienter, men ut i fra det, viste jeg ikke hva jeg skulle konsentrere meg om og gå i dybden på. Dette ble en veldig lang tenkeprosess, som endte med at jeg ville konsentrere meg om urininkontinens og det å forebygge sosial isolasjon, siden jeg har bestemt at min pasient bor hjemme. Jeg dro på skolens biblioteket for å prøve å søke etter forskningsartikler, men slet veldig lenge med å finne noen som passet mitt område. Ikke fordi at de ikke fantes, men fordi jeg ikke fant de rette søkeordene.

I skolens krav om forskningsartikler står det at vi skal ha minimum fem forskningsartikler som ikke er eldre enn fem år tilbake i tid. Jeg skal nå presentere hvordan jeg kom fram til de fem forskningsartiklene som jeg har valgt å bruke i min oppgave. Jeg brukte henholdsvis søkeordene ”Multiple Sclerosis”, ”Urinary Incontinence”, ”Patient Education”, ”Risk factors”, ”Social isolation” og ”quality of life”. Jeg brukte selvfølgelig en del andre søkeord også, men i kombinasjon med hverandre fant jeg ikke det jeg lette



etter. Disse søkeordene som jeg nå har brukt, har jeg selvfølgelig også brukt i kombinasjon med hverandre, og fant de forskningsartiklene som jeg har brukt. Databaser som jeg har brukt er Ovid Nursing Database og Helsebiblioteket Journals @ Ovid. Jeg prøvde også å søke i flere forskjellige databaser, men fikk det ikke helt til. For eksempel prøvde jeg å søke i SweMed, men uten hell. Det var helt sikkert mange gode forskningsartikler der, men siden jeg ikke forsto meg på det, ble det bare slik som det ble. Jeg må helt ærlig innrømme at jeg har slitt en del med å finne fram til forskningsartikler, og det å søke i databaser. Men når jeg først fikk det til, gikk det bra. Er fornøyd med de forskningsartiklene jeg nå har funnet, jeg synes de belyser flere tema- områder omkring det å ha Multippel Sklerose og urininkontinens.

Jeg søkte også på BIBSYS, med søkeord som Multippel Sklerose og urininkontinens. De bøkene i skolens pensum som omhandlet urininkontinens, var som regel veldig generelle og ikke spesifikke i forhold til Multippel Sklerose. Men har likevel brukt en del pensumlitteratur, som for eksempel om sosial isolasjon i hjemmesykepleien. Det handler ikke direkte om det å ha urininkontinens, men det å ha en kronisk sykdom som gjør at en ikke kommer seg ut blant folk. Etter å ha søkt på BIBSYS fant jeg en del stoff som omhandlet dette, og noe måtte jeg bestille og låne fra andre høyskoler i Norge. Jeg har blant annet lånt flere bøker og hefter som omhandler temaene urininkontinens og noen om Multippel Sklerose. Jeg fant blant annet en bok som omhandlet ensomhet, noe som jeg kommer til å bruke litt i oppgaven min. Dette fordi ensomhet ofte henger sammen med sosial isolasjon. Jeg har også lånt forskjellige tidligere bacheloroppgaver for å se hvordan de har løst oppgaven, og for å få tips om hvordan jeg kan gjøre det.

### ***2.3 Kildekritikk***

Den litteraturen som jeg har valgt og bruke, både om Multippel Sklerose, urininkontinens og sosial isolasjon er hentet fra skolens pensum og fra bøker, hefter og tidsskrifter som jeg har lånt på skolens bibliotek. I skolens pensum bøker som jeg har brukt, har det stått veldig generelt om urininkontinens, og ikke spesifikt i forhold til Multippel Sklerose. Derfor måtte jeg søke i skolens BIBSYS og prøve å finne litteratur som omhandlet MS og urininkontinens. Der fant jeg forskjellige bøker og hefter om emnet, som jeg har brukt i min hovedoppgave. Noe av den litteraturen som jeg har brukt er eldre enn 5 år, altså de

bøkene som jeg har lånt. Men det er like aktuelt nå som de var da, derfor har jeg også brukt litt eldre litteratur. Det er ikke mye litteratur jeg har brukt som er ”gammel”. Etter hvert som jeg har lest en del om temaet, i forskjellige bøker, hefter og forskningsartikler og ser at det står omtrent det samme overalt, regner jeg mine kilder som pålitelige. Har også sjekket de opp mot hverandre, før jeg har brukt litteraturen. Funnet veldig mye som belyser flere temaområder omkring det å ha urininkontinens, og følgene av det.

Grunnen til at jeg har en forskningsartikkel som omhandler temaet ensomhet, er fordi sosial isolasjon kan føre til dette. Og derfor synes jeg det er veldig aktuelt å ta det med. Da får vi se hva sosial isolasjon kan føre til, og hvorfor det blir slik. Spesielt med pasienter som er rammet av MS og urininkontinens. Noen av de forskningsartiklene som jeg har funnet, omhandler ikke alle temaene Multipel Sklerose, urininkontinens og sosial isolasjon i samme artikkel. Dette fordi jeg rett og slett ikke fant så mange artikler som omhandlet bare det emnet, men som omhandlet deler av det. Og de forskningsartiklene som jeg fant og har brukt i min oppgave, er veldig relevante for meg, de belyser flere områder i rundt min problemstilling. Jeg synes selv jeg har funnet relevante og gode forskningsartikler og bruke.

I noen av de forskningsartiklene som jeg har funnet er det brukt en kvalitativ metode, det vil si at det er få som har blitt med i forskningen, og det er begrenset hvor mye kunnskap man kan utvinne ved hjelp av kvalitative metoder. Siden det handler om noen få, og deres opplevelser av de å leve med urininkontinens og konsekvensene av det. Da kan man ikke si at slik er det for alle med urininkontinens og sosial isolasjon for eksempel, men for noen få som ble med i akkurat den forskningen følte de det slik. Mens i kvantitativ forskning går de bredt til verks, overfor et stort utvalg mennesker. Man kan da oppnå mange svar på de spørsmålene som en stiller. Jeg har brukt både kvalitativ og kvantitativ forskning i min oppgave. Men jeg tror ikke at hvis jeg bare hadde brukt kvantitativ forskning, at det hadde blitt like bra. Fordi de forsker på så mange mennesker samtidig og går ikke inn i dybden på det som det blir forsket på. Når man forsker ved hjelp av metoden kvalitativ, får man en større forståelse for hvordan det kan være for en person og ha urininkontinens, mens en annen sier at den personen har det sånn igjen. Men ved kvantitativ metode kan man ikke gå i dybden på hver enkelt, og det blir litt mer overfladisk. Derfor har det vært nyttig og hatt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Ved kvalitative forskningsartikler blir det også litt mer på det personlige plan.

## 3.0 Teorikapitlet

### 3.1 Generelt om MS

Multipel Sklerose (MS) er en kronisk betennelse (inflammasjon) i sentralnervesystemet. Den gir flekkvise forandringer, og i disse betennelsesflekkene (plakk) ødelegges de isolerende myelinskjedene rundt nervefibrene. Dette påvirker nervebanenes evne til å lede nerveimpulser og kan føre til en rekke forskjellige symptomer og nevrologiske utfall. Sykdommen kan arte seg på ulik måte, men det typiske er at betennelsesflekkene etter hvert tilheler og bli erstattet med faste arr i nervevevet. Etter hvert som sykdommen utvikler seg videre, oppstår det nye betennelsesflekker andre steder i sentralnervesystemet (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund og Solheim 2001).

Multipel Sklerose er en eksklusjonsdiagnose, det vil si at alle andre tilstander som kan forklare pasientens symptomer må utelukkes. I forbindelse med diagnostiseringen blir det gjort spinalpunksjon. Ved multipel sklerose er ofte celletallet og mengden av immunglobulin i spinalvæsken økt, og dette gir et bilde av de immunologiske prosessene som skjer. Ved magnetiske resonanstomografi vil de affiserte områdene vise seg som avgrensede lyse flekker. De kliniske symptomene og tegnene skal være multiple både i lokalisasjon og tid for at tilstanden skal kunne kategoriseres som multipel sklerose (Almås 2001).

I de angrepne områdene i den hvite substansen i sentralnervesystemet blir nervernes evne til å lede impulser redusert. Nerveskjedene (myelinet) i et angrepet område blir erstattet av bindevev (gliavev). Etter hvert skleroserer bindevevet og blir arraktig. Funksjonen i et demyelinisert område kan komme delvis eller helt igjen, og symptomene kan bli borte (såkalt remisjon). Og nettopp dette er det ene av de to typiske trekkene ved sykdommen: Den svinger- gode perioder avløses av forverringer, som så kan gå tilbake igjen. For hver gang kan sykdommen bli et hakk verre. En episode med forverring (oppblussing) kalles også schub eller relaps. (Atakk) (Almås 2001).

Et vanlig symptom er betennelse i synsnerven rett bak øyet (retrobulbær nevritt) med smerter og nedsatt syn. Andre hyppige symptomer er endret følelse i deler av kroppen

(prykkende og stikkende parestesier eller dysestesi, der sanseintrykkene oppleves feil). Pareser, dobbeltsyn, styringssvikt i armer og bein på grunn av lillehjerneaffeksjon, vannlatningsforstyrrelser og spastisitet er andre symptomer (Jacobsen et al. 2001).

Hvorfor kan MS gi problemer med vannlatningen?

MS er en nevrologisk sykdom. Med det menes at årsaken til symptomene sitter i nervesystemet. MS er begrenset til det sentrale nervesystemet som består av hjernen og ryggmargen. Nervebanene i sentralnervesystemet kan sammenlignes med elektriske ledninger. Blir isolasjonen skadd eller mangler, går impulsene langsommere eller stopper opp. Nerven er isolert av et stoff som kalles myelin. Ved MS skades denne isoleringen. Dersom skaden rammer de nervebanene som leder impulser til og fra blæren og urinrøret, får en et større eller mindre vannlatningsproblem. I hovedsak deler en vannlatningsproblemet i 2 hovedgrupper:

1. Lekkasjeproblem (inkontinens)
2. Tømmingsproblem (retensjon)

Ved MS er det ikke uvanlig at disse to hovedgruppene overlapper hverandre, slik at man får både tømmings og lekkasjeproblemer hos samme person.

MS har ofte et svingende forløp. En kan derfor oppleve perioder hvor det er mindre problemer med vannlatningen. Problemene kan også endre karakter fra den ene ytterligheten til den andre (Estensen, Bache og Stenmark 2000).

### **3.2 Hva er urininkontinens?**

I følge International Continence Society (ICS) er urininkontinens ufrivillig avgang av urin, som fører til sosiale og hygieniske problemer. Inkontinens kan også gi psykisk lidelse og få økonomiske konsekvenser (Almås 2001).

Kort om de forskjellige inkontinensene

Ved *stressinkontinens* oppstår inkontinens når det intraabdominale trykket og derved trykket i blæren overstiger det maksimale urethratrykket, for eksempel ved hosting eller

tunge løft. Tilstanden er vanligst hos kvinner som har født, eller etter menopausen. *Urgeinkontinens* er ufrivillig vannlatning ledsaget av sterk trang. Den kan være motorisk eller sensorisk. Den *motoriske* formen framkalles av uhemmete detrusorkontraksjoner, det vil si at det foreligger mangelfull overordnet hemning av ”miksjonssenteret” nederst i ryggmargen. Tilstanden ses ellers særlig ved cerebral aterosklerose, apopleksi, paralysis agitans og multippel sklerose, og kan være det første og eneste tegnet på en slik nevrologisk sykdom. Ved den *sensoriske* formen av urgeinkontinens er signalene fra blæren påtrengende sterke, eller hjernen er abnormt følsom for signalene. Det er ingen uhemmet detrusorkontraksjon. Denne tilstanden er derfor ikke så ofte forbundet med inkontinens. *Refleksinkontinens* er ufrivillig urinavgang på grunn av abnormt refleksaktivitet uten at pasienten føler vannlatningstrang. Den kan derfor vanskelig regnes som urge- inkontinens, men er likevel nær knyttet til den motoriske formen. I disse tilfellene er det imidlertid en mer fullstendig skade av forbindelsen mellom hjernen og ”miksjonssenteret” nederst i ryggmargen, slik at også følelsen av at blæren fyller seg, er helt borte. *Overflow- inkontinens* er ufrivillig urinavgang når blæretrykket overstiger det maksimale urethratrykket på grunn av at urinblæren spiles ut (blæredistensjon) uten samtidig detrusoraktivitet. Egentlig er dette en urinretensjon, som enten skyldes blæreparese eller obstruksjon i utløpet fra blæren (Jacobsen et al. 2001).

### Urgeinkontinens

Er klage over ufrivillig vannlatning ledsaget av umiddelbar vannlatningstrang, som er svært vanskelig eller umulig å undertrykke. Urgeinkontinens oppstår når blæretrykket i oppfyllingsfasen overstiger det uretrale trykket, uten at en er klar til å late vannet.

Blæretrykket kan bli så høyt at selv meget god sfinkterfunksjon og en sterk bekkenbunn ikke kan overstige trykket. Noen pasienter derimot kan ved trening av bekkenbunnen oppnå en så sterk og utholdende muskulatur at de ved å knipe i forbindelse med urge oppnår en avslapning av detrusormuskulaturen.

Behandlingen tar sikte på å fjerne eventuelle tilgrunnsliggende årsaker for eksempel en urinveisinfeksjon. Deretter tas det utgangspunkt i pasientens drikke og vannlatningsvaner og kanskje også mage og tarm funksjon. Sykepleieren skal snakke med pasienten om hensiktsmessige vaner og støtte henne aktivt, hvis det er behov for å endre livsstil. Neste skritt er å sikre at bekkenbunnen er veltrent og deretter kan behandling i form av

blæretrening eller i kombinasjon av blæretrening og blæreavslappende medisiner. I sjeldne tilfeller anbefales operasjon (Jaquet 2005).

### Mestring av urininkontinens

Hvordan takler man å være urininkontinent? I følge Donovan m.fl. viser det seg at det krever nøye planlegging og at man ofte velger bort sosiale aktiviteter. Erfaringer viser at kvinner bruker mye energi på å leve med tilstanden og å skjule den så lenge som mulig. For eksempel en kvinne som har stressinkontinens slutter med de tidligere fysiske aktivitetene på grunn av sin urininkontinens, og dette går videre utover livskvaliteten til vedkommende. Tilstanden kan føre til at vedkommende kommer inn i en vond sirkel. Noen av de som har stressinkontinens utvikler dårlige vannlatningsvaner og øket vannlatningsfrekvens for å unngå urininkontinens, andre drikker mindre væske, så lite at det blir uakseptabelt. De med urgeinkontinens må ofte planlegge en bytur i de minste detaljer, for å vite hvor toalettet er. Hvis vedkommende er på kino eller i teater sikrer de seg plass ved utgangen (Jaquet 2005).

Å være urininkontinent er ofte forbundet med skyld og skam og oppfattes ofte som selvforskyldt. I vår kultur tilhører de menneskelige kroppsutskillelser til intimsonen, og er bokstavelig talt noe vi forventes å ha kontroll over. Kontroll oppøves i barnealderen og mange voksne nikker gjenkjennende til ordet ”pottetrening”, fordi de selv har vært utsatt for det. Konsekvensene av de å være urininkontinens er derfor ofte følelser av skam og flauhet, og tilstanden kan til sist føre til sosial isolasjon. Man kan da snakke om tap av livskvalitet.

Den norske sosiologen Lise Widding Isaksen (2001) konkluderer med at den som har mistet kontrollen over sine basale kroppsfunksjoner, veldig lett kan tro at han da har mistet all status og verdighet som menneske. Dessuten er det vanskelig for hjelperne å overbevise pasienten om at dets sosiale liv fortsatt er mulig, likevel om vedkommende trenger hjelp til de basale kroppsfunksjonene.

Det er også fokus på urininkontinens i mediene. Samtlige dameblad med respekt for seg selv har med mellomrom artikler med forbilder som deler ut deres viten, de som har merket tilstanden på sin egen kropp. Reklamer på fjernsynet og i aviser/blader fokuserer på kvinner som ønsker å leve et aktivt liv til tross for urininkontinensen sin, med reklamer for

absorberende hjelpemidler. Dagligvarebutikker reklamerer med inkontinensbind på tilbud, og på Internett blir det reklamert. Det er derfor neppe mangel på opplysning som gjør at mange mennesker unnlater å søke hjelp for urininkontinensen sin (Jaquet 2005).

Å være kontinent for urin betyr at en har evnen til å holde på urinen og bare kvitte seg med den på et sosialt akseptabelt sted. Inkontinens er således det motsatte: en mangler denne kontrollen. Å være inkontinent representerer naturlig nok både sosiale og psykiske problemer både for den som rammes, og for familien. Belastningen ved å mangle kontroll over vannlatningen kan føre til bekymring, fortvilelse og sosial isolasjon. Graden av inkontinens kan variere fra person til person. Hos noen lekker det litt urin i spesielle situasjoner, men hos andre tømmer urinblæra seg uten noen slags kontroll. De aller fleste som har inkontinensproblemer har helt eller delvis *mistet* kontrollen over denne kroppsfunksjonen (Kristoffersen 2000).

### Bekkenbunnsmuskulaturen

Bekkenbunnsmuskulaturen består av flere muskellag som blant annet har til oppgave å holde organene i bekkenet på plass og dermed hindre at de synker nedover (Se Budowick m.fl. *Anatomisk Atlas* (1992)). En del av bekkenbunnsmuskulaturen omslutter urinrøret og bidrar til å holde urinrøret lukket. Noen av bekkenbunnsmusklene er i en konstant tilstand av kontraksjon, mens andre kan viljemessig kontraheres. Bekkenbunnsmusklene har ansvaret for den aktive (viljestyrte) kontinensen. Ikke minst er det viktig at bekkenbunnen ikke gir etter for økt trykk i bukhulen. Økt buktrykk oppstår når vi beveger kroppen, for eksempel når vi hoster, nyser, ler og går. Buktrykket øker maksimalt under kraftanstrengelser. En velfungerende bekkenbunnsmuskulatur er nødvendig for å unngå urinlekkasje (Kristoffersen 2000).

### **3.3 Sosial isolering og forebygging**

For en som er inkontinent, kan det oppleves som svært viktig å unngå at andre skal oppdage at en har et slikt problem. Gleden over sosial samvær svekkes naturlig nok når en hele tiden er redd for at urinlekkasjen skal synes på tøyen, eller at det skal lukte urin. Mange våger bare å ferdes på steder der det er lett å komme til toalettet. Hvis urinlekkasjen

kommer av kroppsanstrengelse, er frykten for lekkasje til hinder for å nyte sport og annen fysisk aktivitet. En må velge klær med omhu, både når det gjelder farger og typer. Konsekvensen av å lide av urininkontinens kan bli sosial isolering. Det blir rett og slett for slitsomt å være sammen med andre. Sterk og sjenerende urinlukt kan dessuten gjøre at andre trekker seg unna samvær med en som er inkontinent (Kristoffersen 2000).

De som arbeider i de hjemmebaserte tjenestene, erfarer at sosial isolasjon og ensomhet er et problem for mange. Det fins mange mennesker som har lite kontakt med andre, og som likevel er fornøyd med situasjonen sin. Den ensomme vi fokuserer på her, er den ensomheten som en ikke har valgt selv, og som kjennes vond ut- en savner sosial kontakt med andre mennesker. Vi har nevnt at en del pasienter og ofte også pårørende må bruke mye tid på å gjennomføre prosedyrer knyttet til sykdommen og dagliglivsarbeidet. Det fører lett til at de ikke har tid eller overskudd til å holde ved like vennskap. Kronisk sykdom fører altså i seg selv til mindre sosial kontakt, og kronisk syke mennesker mister normalt noe av nettverket sitt (Fyrand 1995). Det kan være ulike årsaker til dette. En pasient kan ha vansker med å komme seg ut av huset sitt, nytte offentlig transportmiddel og være sammen med mange andre på nye steder på grunn av fysisk eller psykisk sykdom, det vil si sykdomssymptomene og plagene de fører med seg. Det er ellers mange fysiske barrierer utendørs og i bygninger. Den syke kan føle seg alene fordi han som syk har ei erfaring som venner og familie ikke har, eller han kan synes at han ikke blir forstått. Noen kroniske syke har en opplevelse av at de blir plassert i syke rollen og må være der, andre at det blir tatt for lite hensyn til situasjonen deres. Hvordan den kronisk syke opplever dette, har mye å gjøre med hvordan han selv definerer seg på skalaen mellom syk og frisk. Det er altså mange ulike hindringer for at pasienten kan holde ved like den samme sosiale aktiviteten som før. Mye må planlegges og koordineres. I dette arbeidet kan sykepleieren støtte og motivere. Hjemmesykepleieren erfarer at ensomhet og sosial isolasjon er et problem for mange. Hjemmesykepleien er en viktig del av det sosiale nettverket til mange pasienter, i og med at mange får besøk i hjemmet flere ganger daglig i mange år. Hjemmehjelpen har også en slik funksjon, og har generelt en viktigere sosial funksjon enn hjemmesykepleieren. Mange kroniske syke har et udekt behov for menneskelig kontakt, fordi de er så mye alene. Det er fare for at arbeid for å forebygge sosial isolasjon kan bli for mye preget av tiltak der en setter inn betalte hjelpere eller besøksordninger fra frivillige organisasjoner i hjemmet, og for lite av tiltak der pasienten kommer seg utenfor sine fire vegger. Kan hende dette er noe særlig sykepleierer bør være observante på, på grunn av tradisjonen i yrkesgruppa med å hjelpe og kompensere for manglende egenomsorg ved å



overta funksjoner for pasienten. Det er derfor viktig at sykepleieren vurderer bredden i tiltakene for å forebygge sosial isolasjon eller avhjelpe sosial isolasjon. Tiltakene må for det første være knyttet både til å støtte opp under ressursene til pasienten og familien, og til mestring hos brukeren og de pårørende. For det andre bør de medvirke til at kravene fra miljøet blir redusert. Det normale, både i samfunnet generelt og for personen før han ble syk, var å dekke visse sosiale behov hjemme og andre ute, ved å gå på kafé, gå i butikker, være deltaker i organisasjonslivet. Kronisk syke, som andre personer, har behov for å oppholde seg på ulike sosiale arenaer. Det er viktig å få fram dette behovet, og hjelpe pasienten med å legge til rette slik at han kan komme seg ut. Å sørge for at det blir satt i verk tiltak på dette området, er ikke ei spesifikk sykepleieoppgave, men en kan heller ikke si at det er ei spesifikk oppgave for noen annen yrkesgruppe. Mange ganger er det naturlig at hjemmesykepleieren er den som tar fatt i denne problemstillingen, den som initierer og drar inn andre for å løse problemet (Solheim og Aarheim 2004).

### ***3.4 Generelt om hjemmesykepleie***

Verdenshelseorganisasjon (WHO) omtaler hjemmesykepleien som en del av "home care". WHO definerer "home care" slik:

The provision of health services by formal and informal caregivers in the home in order to promote, restore and maintain a person's maximal level of comfort, function and health including care toward a dignified death. Home care services can be classified into preventive- promotive, therapeutic, rehabilitative, long- term maintenance and palliative care categories (WHO 2001).

Dette perspektivet setter hjemmesykepleien inn i en sammenheng: Tjenesten er en del av den totale hjelpen en funksjonshemmet eller syk person som bor hjemme, trenger.

Hjemmesykepleien er ei generell og omfattende sykepleietjeneste med forebyggende, behandlende, rehabiliterende og/eller lindrende funksjon (WHO 1994). Målgruppen for hjemmesykepleien er ikke avgrenset av diagnose, alder eller grad av helsesvikt.

Sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien direkte med pasientene, skal først og fremst være fagpersoner som kan sykepleiefaget og relevant støttelitteratur. Sykepleierne skal i

tillegg være orientert om de mest aktuelle lovene og forskriftene knyttet til hjemmesykepleien og de som helsepersonell i hjemmet til andre. Men det kreves ikke at de kjenner til alle detaljer omkring lovverket og hvordan de har blitt brukt før.

Hjemmesykepleie er en lovpålagt tjeneste, dette vil si at kommunene gjennom kommunehelsetjenesteloven er pålagt å ha en slik tjeneste å tilby befolkningen. Videre sier loven at alle kan søke om hjemmesykepleie. I mange tilfeller er det en klart avgrenset problemstilling som er årsaken til søknaden, for eksempel et sårstell. Alle henvendelser og søknader, uansett om de er enkle eller kompliserte skal saksbehandles etter forvaltningslovens regler. Det skal gjøres enkeltvedtak i forhold til hver enkelt søknad, enten det innvilges hjemmesykepleie eller søknaden blir avslått.

Datainnsamling, vurdering av behov, målsettingsarbeid og planlegging blir gjort ved hvert besøk hos brukeren. Disse elementene har likevel større plass i den første delen av samhandlingen enn senere (Solheim et *al.* 2004).

## 4.0 SYKEPLEIE TEORI

I dette kapittelet vil jeg ta for meg Joyce Travelbee som jeg har valgt som min sykepleieteoretiker i min oppgave. For å fortelle litt kort om Joyce Travelbee kan jeg fortelle at hun ble født i New Orleans i USA i 1926. Hun har arbeidet som psykiatrisk sykepleier og retter i sin sykepleietenkning oppmerksomheten spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Travelbee er opptatt av å hjelpe den syke til å finne mening i livets erfaringer. Hun beskriver også betydningen av håp, som er en grunnleggende drivkraft i livet.

### *4.1 Joyce Travelbee sin sykepleietenkning*

Travelbee sier selv at hun baserer seg på Jean Orlandos sykepleiemodell og at hun i tillegg er inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi, representert av psykoterapeutene Victor Frankl og Rollo May. Hun fremhever spesielt begrepene mennesket som individ, lidelse, mening, menneske- til menneske- forhold og kommunikasjon når hun skal beskrive sykepleierens rolle og ansvar i forhold til den syke. Sykepleierens mål er å hjelpe mennesket til å mestre, bære og finne mening under sykdom og lidelse, å gi hjelp til å akseptere sin sårbarhet som menneske og å bevare håp. Travelbees sykepleiedefinisjon er velkjent og allment akseptert. Den bygger på et eksistensialistisk menneskesyn, og på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Ut fra dette består sykepleie i det å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen han gjennomlever. Dette skjer gjennom etableringen av et menneske- til- menneske- forhold, som er et sentralt begrep i Travelbees sykepleietenkning. Hun sier at ”sykepleie er en mellommenneskelig prosess, der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne en mening i disse erfaringene” (Kristoffersen 2002).

#### Menneskesyn:

Travelbee forholder seg til ethvert menneske som et unikt individ- som en engangsforeteelse i verden. Det enkelte menneske er enestående og uerstattelig, forskjellig

fra alle andre mennesker som har levd, og som noensinne vil komme til å leve (Kristoffersen 2002).

Travelbee beskriver begrepet lidelse som noe 'hvert enkelt menneske lider fordi det *er* et menneske, og fordi lidelse er uløselig knyttet til det å være menneske (Travelbee 1999).

#### Sykepleie:

Travelbee sin sykepleie definisjon:

*"Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 1999).*

En kan si at i slike tilfeller er det sykepleierens funksjon å hjelpe den enkelte ikke til å gjenvinne helse, siden dette ikke er mulig, men til å oppnå optimal helse på høyest mulig nivå. Sykdom bør betraktes som en naturlig, alminnelig erfaring i livet. Det betyr *ikke* at en skal framtille sykdom som et positivt gode, eller at sykdom er å foretrekke framfor god helse. Men sykdom er en erfaring som *kan* ha en selvaktualiserende betydning for den syke, forutsatt at han eller hun får hjelp til å finne mening i sykdomserfaringen.

Sykepleiere bør kunne hente like stor tilfredsstillelse i å bistå syke med å finne mening i sykdommen som i å hjelpe dem til å bli friske.

Det menneske- til- menneske forholdet som Travelbee beskriver, forutsetter et likeverdig samarbeid mellom hjelperen og mottakeren. Hun beskriver forholdet som en prosess eller en erfaring som har betydning for begge parter, og som et middel for å oppfylle den sykes behov for pleie.

Et menneske- til- menneske- forhold etableres ifølge henne gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser:

1. Det innledende møtet
2. Fremvekst av identiteter
3. Empati
4. Sympati
5. Etablering av gjensidig forståelse og kontakt

### Det innledende møtet:

Det innledende møtet mellom sykepleier og pasient kjennetegnes ved at personene nettopp ikke kjenner hverandre. I det innledende møtet vil begge parter få et første inntrykk av hverandre som personer. Førsteintrykket er basert på observasjoner av den andres væremåte, handlinger og språk, og på en umiddelbar vurdering av disse faktorene (Kristoffersen 2002).

### Framvekst av identiteter:

Etter hvert som interaksjonen mellom sykepleieren og pasienten utvikler seg, vil både pasientens og sykepleierens *identitet* tre fram og bli oppfattet av den andre. De stereotype rolleoppfatningene blir svakere, og sykepleieren og pasienten begynner å etablere et kontaktforhold. Sykepleieren oppfatter som forskjellig fra andre pasienter, og begynner å forstå hvordan pasienten opplever sin situasjon. Pasienten begynner på sin side å oppfatte sykepleieren som en særegen person, forskjellig fra alle andre sykepleiere (Kristoffersen 2002).

### Empati:

Travelbee beskriver empati slik:

*”Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er i sak evnen til å gå inn i eller dele og forstå et annet individs psykologiske tilstand i et bestemt øyeblikk”* (Kirkevold 1992).

Man tar del i og forstår meningen med og relevansen av tankene og følelsene til det andre individet, men er samtidig adskilt fra den andre. Man føler nærhet, og den andres individualitet oppfattes klarere enn ellers. Empati er ikke en kontinuerlig prosess, men skjer av og til (Kirkevold 1992).

Når det har forekommet empati mellom to personer, er forholdet mellom dem blitt forandret. Et bånd av kontakt er knyttet. Travelbee sier at empati ikke er noe som skjer tilfeldig (Kristoffersen 2002).

### Sympati:

Sympati er ingen fase i den prosessen som tar sikte på å bli kjent med pasienten som menneske. Sympati er snarere en innstilling eller holdning, det vil si en måte å tenke og

føle på som sykepleieren formidler til den andre. Når en uttrykker sympati overfor en pasient, formidler en at en er engasjert i han som person og bryr seg om hvordan han har det. Sykepleieren kan formidle sympati verbalt eller nonverbalt gjennom sin holdning og væremåte.

#### Etablering av gjensidig forståelse og kontakt:

Den siste fasen i etableringen av et menneske- til- menneske- forhold er en nær og gjensidig *forståelse* mellom pasient og sykepleier. Denne fasen er et resultat av det som har skjedd gjennom interaksjonen i de tidligere fasene, og den utvikles når sykepleieren i handling har vist både forståelse og ønske om å hjelpe pasienten med å få det bedre, og rent faktisk hjelper pasienten (Kristoffersen 2002).

### **4.2 Travelbee om kommunikasjon:**

Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper når det gjelder å etablere et virkelig menneske- til- menneske- forhold til pasienten.

Kommunikasjon er en gjensidig prosess der et annet menneske formidler sine tanker og følelser til et annet menneske. Når mennesker møtes, utspiller det seg en kontinuerlig kommunikasjon, der partene kommuniserer både ved hjelp av ord (verbalt) og ved hjelp av mimikk, tonefall, bevegelser og berøring (nonverbal).

Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person. I denne prosessen er det en utfordring for sykepleieren å finne fram til det som skiller nettopp denne pasienten fra alle tidligere pasienter. Å bli kjent med pasienten som person, og å kunne identifisere hans særegne behov, er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre sykepleie som er i samsvar med hans behov, hevder Travelbee (Kristoffersen 2002).

#### Travelbee om håp og håpløshet

Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige. Den som har håp, ønsker at livssituasjonen skal endre seg.

## **5.0 FORSKNINGSARTIKLENE**

I skolens studiekraft har jeg som krav å finne 5 forskningsartikler om vårt eget emne, her er en presentasjon av de jeg har funnet:

### ***5.1 Multiple sclerosis and continence issues: an exploratory study.***

Denne forskningsartikkelen er fra Australia, nærmere bestemt sørøst for Queensland. Forfatterne av denne artikkelen heter Judy Wollin, Mark Bennie, Christine Leech, Carol Windsor og Nancy Spencer, og artikkelen kommer fra British Journal of Nursing 2005. Metoden de har brukt er en anonym undersøkelse i to faser. Undersøkelsen ble laget for grunnlaget av gruppemøter med folk med MS, et litteratur tilbakeblikk og ekspert meninger. Målet med forskningen var tofoldig: å beslutte inkontinent problemene og bekymringene for australiere med MS og å kartlegge kontakten med en inkontinents rådgiver. Hovedfunnene i denne forskningsartikkelen er at noen hadde blæreproblemer og andre hadde bekymringer omkring blæren. Og de mest brukte inkontinens produktene var bleier, innlegg og selv- katetirisering. I denne todelte forskningen, sier de som er med i den andre delen av forskningen at etter å ha tatt kontakt med inkontinens rådgiver er noen bedre, og noen av de merker ikke forskjell fra før.

### ***5.2 The meaning of women's experience of living with long- term urinary incontinence is powerless.***

Denne forskningsartikkelen er fra Sverige. Forskningsartikkelen er skrevet av Doris Hägglund og Gerd Ahlström, og er hentet fra Journal of Clinical Nursing 2007. Metoden de har brukt er en fenomenologisk hermeneutisk metode for å analysere og tolke intervjuet. Kvinnene med urininkontinens som var med i forskningen hadde blitt identifisert fra før i en tidligere undersøkelse. Altså de som laget denne forskningsartikkelen viste fra før at de som var med i forskningen, hadde urininkontinens problemer. De kvinnene som hadde søkt hjelp i tidligere studier ble spurt om de ville delta i denne. Hovedfunnene i denne artikkelen var at de hadde forskjellige erfaringer/opplevelser angående urininkontinens, ut i fra om de hadde kontroll over urin lekkasjen eller ikke, og hvordan de opplevde situasjonen. De fleste hadde ikke

kontroll over urin lekkasjen. Andre opplevde det som et lite problem som de hadde kontroll over. Basert på disse kvinnenes erfaringer, hjalp de og motiverte vennene deres som var plaget med urin lekkasje til å søke profesjonell hjelp. Dette er en kvalitativ forskningsartikkel.

### ***5.3 Loneliness in women with Multiple Sclerosis.***

Denne forskningsartikkelen er hentet fra sørvest i USA fra to kapitler fra National Multiple Sclerosis Society.

Den er skrevet av Claudia C. Beal og Alexa Stuijbergen og er hentet fra *Rehabilitation Nursing* 2007. Metoden de har brukt er en sekundær analyse av data fra 659 kvinner samlet fra Time 1 et langsiktig overblikk av helse fremmede og livskvalitet hos personer med MS. Spørsmål ble sendt til deltagerne av undersøkelsen. Hovedfunnene i denne forskningsartikkelen var at kvinner med MS hadde en risiko for å bli ensomme fordi deres sosiale nettverk endret seg på grunn av at de hadde fått en kronisk sykdom. De fleste som var med i undersøkelsen rapporterte små problemer med daglig aktivitet som for eksempel bading, å kle på seg og spising. 68% rapporterte at de følte seg trist, nervøs eller sint i noen tilfeller. Den belyser også det å være ensom som følge av en kronisk sykdom som MS er. Dette er en kvantitativ forskningsartikkel.

### ***5.4 Chinese women's experiences in coping with urinary incontinence.***

Denne forskningsartikkelen er fra Hong Kong, fra ni kantonesiske snakkende kvinner. Forfatterne heter Florence Ling Wai Li, Lisa Pau Le Low og Diana Tze Fan Lee, og er hentet fra *Journal of Clinical Nursing* 2007. Metoden de har brukt er en kvalitativ metode fra en kvinne inkontinens klinikk i et akutt sykehus i Hong Kong. Ni kantonesiske snakkende kvinner med diagnosen stress inkontinens ble rekruttert til denne undersøkelsen. Meningen med studien var å forklare dem dette mens de ventet på en sykepleier. Hovedfunnene var at de fleste kvinnene beskrev urininkontinens som en ukontrollerbar lekkasje av urin som ikke kunne kontrolleres. En annen vanskelig side ved det å ha urininkontinens var at de var redde for at andre skulle fortelle dem om deres kroppslukt. Dette ble beskrevet som å være verre enn at andre viste at de hadde urininkontinens, det var mer skamfullt. Det ble også funnet ut at mange ikke søkte hjelp



for sin urininkontinens. En av de som var med i undersøkelsen hadde vært plaget med urininkontinens i 16 år før vedkommende hadde søkt hjelp. Den forteller også om de forskjellige følelsene de hadde rundt det å være inkontinent for urin.

### ***5.5 Factors impacting self-care for urinary incontinence.***

Denne forskningsartikkelen er fra Canada. Forfatterne av denne heter Jill L. Milne og Katherine N. Moore og er hentet fra *Urologic Nursing* 2006. Metoden de har brukt er en kvalitativ studie, med individuelle og gruppe intervju. De tok utgangspunkt i de som bodde hjemme og hvilke strategier de brukte for sin urininkontinens og hvorfor de brukte de tiltakene som de gjorde og hvorfor de ikke brukte andre. De tok utgangspunkt i de som bodde hjemme, var over 18 år og eldre, som hadde en historie med urininkontinens, var selvstendig i dagliglivet, kunne språket engelsk og kunne bruke de strategiene selv som studien presenterer. De som var kontinente for øyeblikket, ble ikke tatt med i denne studien. Hovedfunnene i denne forskningsartikkelen fokuserer på selv strategier relatert til urininkontinens. En stor prosent av de som var med i studien opplevde lekkasje minst en gang om dagen og brukte innlegg daglig. En liten del av de hadde aldri søkt profesjonell hjelp for sin urininkontinens. Bruken av bleier ble assosiert med muligheten til å leve et normalt liv. Ingen av de som var med i undersøkelsen refererte til blæretrening som en identifisert strategi. Den mest brukte strategien var bekkenbunnstrening, enten alene eller sammen med andre strategier som for eksempel medisiner.

## 6.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg ta utgangspunkt i sykepleieprosessen, som blir beskrevet som en problemløsnende metode. Beskrivelsene av den problemløsnende deler av sykepleieprosessen varierer når det gjelder hvor mange faser den inneholder. I noen bøker består den av fire faser, andre fem. Jeg tar utgangspunkt i boka av Heggdal (2006) som har inndelt sykepleieprosessen i 6 faser. I drøftingen tar med litt om hjemmesykepleien, fordi dette er relevant. Å ta utgangspunkt i Heggdal's sykepleieprosess, kan på en måte sammenlignes med Joyce Travelbee's etablering av et menneske- til- menneske forhold.

I drøftingen tar jeg utgangspunkt i min problemstilling:

*Hvordan kan sykepleier i hjemmesykepleien forebygge sosial isolasjon på grunn av urininkontinens som følge av Multippel Sklerose?*

### 6.1 Hva er spesielt i hjemmesykepleie?

Det som er så spesielt med hjemmesykepleie er at når en helsearbeider kommer inn i hjemmet til pasienten, krysser vedkommende grensen mellom det private og det offentlige i samfunnet. I hjemmesykepleien krysser en mange grenser samtidig, med det menes: kombinasjonen av arenaen hjemmesykepleieren arbeider på, arten av arbeid hun utfører der og situasjonen til de som trenger hjelp, dette gjør at hjemmesykepleieren må være ekstra oppmerksom på disse forholdene. Hjemmesykepleieren går inn på det enkelte mennesket sitt personlige territorium i en sårbar fase av livet. Hjemmet er som regel et symbol på trygghet og nærhet og ett fast holdepunkt i livet. Med hjemmesykepleie følger det spenninger og dilemmaer. I pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven sies det at alle i kommunen har rett på nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten. Men retten gjelder bare hvis pasienten drar nytte av helsehjelpen. Likevel kan de som søker om hjemmesykepleie få sin søknad avslått, men de som behandler disse søknadene må følge reglene i forvaltningsloven for å kunne avslå eller tildele en søknad i hjemmesykepleien. Men likevel fastslår lover og forskrifter at hjemmesykepleie er et tilbud til alle

aldersgrupper som trenger behandling, pleie og omsorg i hjemmet både av fysisk og psykisk art (Solheim et al. 2004).

Altså det første en person må gjøre er å søke om hjemmesykepleie, her er det ingenting som tilsier at vedkommende ikke kan gjøre det. Om vedkommende får innvilget sin søknad er noe annet, men som regel får de som søker om hjemmesykepleie det. Hvis ikke må det begrunnes og sendes et svar på om de får avslag eller tildelt hjemmesykepleie. Personer som søker hjemmesykepleie må selvfølgelig ha en grunn for å gjøre akkurat dette. I min oppgave tar jeg utgangspunkt i en pasient som har søkt om hjemmesykepleie og fått innvilget sin søknad.

Når vedkommende har fått sin søknad om hjemmesykepleie innvilget, vil en sykepleier komme på et vurderingsbesøk for å kartlegge, observere, samarbeide og informere vedkommende. De må også bli kjent med hverandre og etablere et forhold seg i mellom. Travelbee (1992) sier at et menneske- til- menneske- forhold må sykepleieren stå ansvarlig for å etablere, men de må ha et gjensidig forhold seg imellom. Et menneske- til- menneske forhold er i følge Travelbee et mål som etableres etter flere gjennomgåtte interaksjoner. Et menneske- til- menneske forhold kommer ikke av seg selv, men må bygges opp dag for dag, dette betyr at sykepleieren må vite hva hun gjør, tenker, føler og erfarer. Travelbee (2001) sier at empati er en forutsetning for å kunne forstå den andre og oppnå tillit hos personen. For at hjemmesykepleien skal kunne forstå, må de ta del i vedkommendes følelsesliv og hvordan personen opplever situasjonen hevder Travelbee.

## **6.2 Hjemmesykepleieren må samle data**

Når søknaden om hjemmesykepleie er innvilget, må hjemmesykepleieren samle data om vedkommende. Personen som jeg tar utgangspunkt i har urininkontinens, noe som kan medfølge sosial isolasjon. Dette må sykepleieren ta utgangspunkt ut i fra når hun skal samle data. Å samle data kan også betegnes som å kartlegge personens behov for sykepleie. I denne sykepleieprosessen som jeg tar utgangspunkt ut ifra, sies det at alle disse fasene følger hverandre i logisk rekkefølge, men dette stemmer ikke med virkeligheten for hvordan vi tenker og utfører sykepleie. Det samme gjelder når en skal kartlegge. En tenker kanskje samtidig på det å samle data og det å kartlegge behovet for sykepleie. Derfor vil jeg flette dette litt inn i hverandre.

Vedkommende som søker hjemmesykepleie vil ha hjelp til å forbedre eller om mulig fjerne urininkontinens problemet helt og å gjenoppta sin sosiale aktivitet, det er det personen kartlegger som sitt behov for sykepleie. Deretter må sykepleieren og personen sammen diskutere hvordan de kan samarbeide for at vedkommende får det bedre. Sykepleieren samler data ut ifra hva personen mestrer og greier selv, i samråd med vedkommende. Vedkommende kan jo fortelle hjemmesykepleieren hva hun greier og ikke. Når hun fram i tide på toalettet? Eller er det kanskje for mange hindringer? Dette må hjemmesykepleieren gripe fatt i. Vedkommende som jeg beskriver er en forholdsvis ung kvinne med Multippel Sklerose, som har utviklet urininkontinens som følge av sykdommen sin. Sykepleieren må tenke på hvordan hun kan hjelpe vedkommende med å gjenoppta sin sosiale aktivitet og om mulig redusere urininkontinens problemet. Travelbee (1999) sier at all kontakt sykepleieren har med den hun har omsorg for, kan være et skritt på veien mot menneske- til- menneske forholdet. Dette gjelder særlig hvis hun ved hvert møte går bevisst inn for å lære den syke å kjenne, og å finne fram til og ivareta behovene hans. Videre her vil jeg presentere litt av de funnene som omhandler ensomhet og det å være sosialt isolert fra andre, siden urininkontinens dessverre ofte fører til dette.

Beal og Stuiifbergen 2007 sier dette at halvparten (50%) av de 659 kvinnene rapporterte av de følte seg ensomme i løpet av uken. Ensomhet ble rapportert av noen at de følte det 3-4 dager i uken mens andre følte ensomhet 5-7 dager i uken. Ensomhet kan være så mangt, noen er ensomme uansett om de kanskje har hatt besøk flere ganger i løpet av en dag, mens andre er ensomme fordi de ikke har hatt besøk. Det er mange former for ensomhet, og forskjellige oppfatninger av hva som er ensomhet fra person til person. Noen blir ufrivillig isolert på grunn av en kronisk sykdom eller annen sykdom, som gjør at de ikke kommer seg ut, eller at det er hindringer som gjør at de ikke kommer seg ut blant folk. Grunnen til at jeg tar opp ensomhet, er fordi urininkontinens veldig ofte fører til dette. Halvorsen (2005) sier det slik ”når den sosiale avstanden til andre mennesker blir for stor, kan ensomhetsfølelsen komme snikende. Noen er enslige eller helt alene, men ikke ensomme, mens andre føler seg ensomme selv om de lever i parforhold eller ofte omgås andre mennesker. De lever i ”tosomhet”- er ensomme sammen, eller er ensom blant mange”.

Hägglund og Ahlström (2007, s.1950) sier det slik ”the women said that planning a day for the purpose of not leaking urine becomes a way of living with UI. Women were avoiding physical activities associated with urine leakage, for example lifting, jumping and running. However, they missed jumping and running with their children. They were afraid of unannounced leakage and lived in readiness with clean clothes and a keen eye as to where nearest public toilet was”. Dette beskriver litt av hva som er problemet med å ha en urininkontinens. En er i konstant frykt over at en skal lekke urin og at andre skal oppdage det. De unngår rett og slett situasjoner som fører til en urinlekkasje, og etter hvert kan det gå så langt at de tilslutt ikke er ute blant folk lenger, og at de ikke lenger gjør det som de gjorde før og synes var gøy. I dag har vi også flere måter å kommunisere på enn vi hadde før, for eksempel har vi Internett og chattekanaler, vi har mobiltelefoner og så videre. Mange bruker disse kommunikasjonsformene for å kommunisere med folk, noen kanskje som eneste kommunikasjonsmåte, og trives med det. Men de som derimot blir isolert fra andre ufrivillig, på grunn av sykdom og så videre vil bli ensomme på et punkt.

Beal et al. (2007, s. 170) sier det derimot slik “several researchers have posited that loneliness itself is stigmatizing, and people may be reluctant to admit that they are lonely”. Det Beal et al.(2007) mener her er at flere undersøkelser viser at mennesker som er ensomme i samfunnet blir stigmatisert og at mange vil ikke innrømme at de er ensom, på grunn av dette. For det er faktisk slik at de som blir ensomme på grunn av sosial isolasjon, at de blir stigmatisert i samfunnet, de er ikke som alle andre og det er ikke normal å ikke være ute blant andre mennesker. Ut i fra dette, har hjemmesykepleieren en stor oppgave med å hjelpe vedkommende. Halvorsen (2005) sier dette ”Ensomme mennesker synes å være mer stigmatisert enn ikke- ensomme. Personer som på en eller annen måte avviker fra det normale, vil ha et stempel på seg som påvirker andres oppfatning av dem (offentlig stigmatisering) og virker inn på selvoppfatningen (egenstigmatisering). Normalsamfunnet stiller med utgangspunkt i sine normer og forventninger krav til hvordan den enkelte skal leve. De som ikke kan leve opp til disse kravene, vil derfor se isolasjon som en utvei”. Og ut i fra dette har sykepleieren egentlig kartlagt hva som faktisk er problemet og hvorfor det er et så stort problem og kartlagt behovet for sykepleie for vedkommende.

Videre må sykepleieren og vedkommende vurdere og planlegge hvordan hun som sykepleier skal hjelpe vedkommende ut av dette. Dette er ikke en lett jobb, og begge må være enige om hva som er relevant å få til av tiltak og hva som skal være målet for

vedkommende. Er målet å bli kvitt urininkontinens problemet for godt? Eller er målet å få forbedret tilstanden sin? Dette må sykepleieren vite, for å kunne hjelpe vedkommende best mulig med å nå målet. Men det er ikke sikkert at vedkommende greier å nå målet fordi. Derfor må sykepleieren og personen sette seg noen mål for perioden framover. De kan gjerne sette seg kortsiktige og langsiktige mål. Men settes det for store mål, kan det hende vedkommende blir veldig skuffet når det viser seg at en faktisk ikke greier og nå det målet. Derfor må det være reelle mål som settes, mål som kan nåes over en lengre periode. Vedkommende kan ikke regne med at hun blir kvitt urininkontinens problemet med en gang, dette er noe de sammen må jobbe med i en lengre periode. Travelbee (1999) sier ”menneske- til- menneske forholdet i sykepleiesituasjonen er virkemidlet som gjør det mulig å oppfylle sykepleierens mål og hensikt, nemlig å hjelpe et individ (eller en familie) med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og med å finne mening i disse erfaringene. Alt sykepleierens sier og gjør for og sammen med den syke, bidrar til å oppfylle sykepleiers mål og hensikt”.

Hovedmålet til denne personen som er beskrevet er om mulig å fjerne urininkontinens problemet helt og å gjenoppta sin sosiale funksjon. Det er de store og langsiktige målene, men før sykepleieren kan hjelpe vedkommende til å nå så langt, må de først sette seg noen kortsiktige mål sammen. Sykepleieren er den som skal støtte vedkommende og hjelpe med å nå de målene som er satt. Kortsiktige mål er å begynne å trene opp bekkenbunnen og øve på blæretrening. Driker for eksempel vedkommende mye kaffe, som er vanddrivende, kan dette kuttes ned på. Men vedkommende skal ikke unngå å drikke vann fordi da må en gå oftere på do, eller fordi en da kan få en urinlekkasje. Milne og Moore (2006) sier dette “nine had decreased their daily caffeine intake, and one had stopped drinking milk because it “irritated” her bladder”, Milne et al. (2006) sier senere dette “One reported, “The worst thing I can do is drink water”. Dette sier litt om at flere av de som er plaget med urininkontinens passer på hva de drikker, og ofte drikker de veldig lite i forhold til hva de skulle ha gjort. Dette fordi de da ofte må på do, og at det ofte fører til lekkasje.

En annen ting som artikkelen som Hägglund et al. (2007, s.1950) tar opp og sier er dette ”women said that UI was involved with taboo. Women remembered bedwetting in childhood, and expressed feeling shame since then. Experiences of the consequences of urine leakage are more difficult for younger persons than for elderly ones”. Dette sier kanskje litt om at de som er eldre og får urininkontinens, tenker på det som normale

aldersforandringer, og gjør ikke så mye med det fordi de kanskje har født flere barn og har levd ett langt liv før de utviklet urininkontinens. Men de som er yngre kanskje tenker at dette er noe som eldre folk får og ikke de, og at det er et tabubelagt tema i samfunnet. Og at det kanskje føles verre når man er ung enn når man er eldre, mange tenker kanskje det at når de blir gamle, er det normalt at de har det. Kvinnene i denne forskningsartikkelen husker kanskje tilbake til når de var små og var sengevætere, og at de nå er blitt eldre og skal oppleve dette en gang til. Hägglund et al. (2007, s.1952) sier dette ”Bradway (2004) suggest that memory of UI, including remembering the first episode, is important in understanding its meaning”.

### **6.3 Iverksette tiltak**

I de fem forskjellige forskningsartiklene er det mange ulike metoder de bruker for å redusere og forbedre urininkontinensen til de som er med i undersøkelsene. Men mange av de er det samme, men det er ulikt hva som er forsket på og hva som fungerte på hver enkelt. Alle er ulike, og vi har selv ulike måter og strategier for å mestre hverdagen på, det samme gjelder urininkontinens. I artikkelen av Wollin, Bennie, Leech, Windsor og Spencer (2005, s. 44) sies dette ”The most common products used all or most of the time in management of incontinence included: continence pads (30%), panty liners (16%) and self- catheterization (10%)”. Ling Wai Li, Pau Le Low og Tze Fan Lee (2007, s. 611) sier derimot dette “The study highlighted that women were eager to share their fears and strategies adopted to cope with their UI. Findings were that UI was difficult to conceal from others and fears about coping with these shameful personal experiences were expressed by the participants. Further studies to develop nursing interventions to specifically deal with women’s fears are also suggested”. I artikkelen som er skrevet av Hägglund et al. (2007, s. 1953) sies dette ”All respondents in the present study had sought professional help. PFMT was the first choice for symptom management. They also used self- care strategies such as incontinence aids, dark clothes and going to the toilet regularly to control their UI symptoms better”. Videre sier hun “Bo et al. (2000) have shown that professional instruction and evaluating the pelvic floor exercises gives good results. Women may need instructions on the PFMT technique of thightening the right muscles and as well participating in a supervised PFMT programme for at least three months (Hay-Smith & Dumoulin 2006)”. I artikkelen av Milne et al. (2006, s. 45) sier hun derimot dette

”The use of pads was associated with the ability to maintain a normal daily lifestyle” og videre “Self-care strategies that participants had initiated to treat their UI or reduce symptoms included dietary modification, bladder retraining, and PFME”.

Her har jeg valgt ut noen punkt fra de forskjellige forskningsartiklene som jeg har funnet, for å belyse litt hva de har undersøkt blant de som var med i forskningen. Man ser da at de har funnet og forsket mye på det samme som de andre. Dette kan være fordi at det er akkurat de tiltakene som må settes i gang for å forbedre eller om mulig fjerne urininkontinens helt eller delvis. Man ser også i de forskjellige forskningsartiklene hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Dette er også veldig individuelt fra person til person. For eksempel har Milne et al. (2006, s. 45) funnet ut at ”None of the participants referred to bladder retraining as an identified strategy. Nine, however, reported they had tried to increase the intervals between voids and may therefore have initiated a form for retraining”. Dette viser at de som var med i denne undersøkelsen av Milne et al. (2006) ikke refererte til blære trening som en strategi de brukte eller syntes fungerte. Dette kan jo ha med hvor lenge de har øvd med blæretrening før de svarte på om de synes det fungerte eller ikke, og om de hadde gjort øvelsene riktig og lenge nok til å merke forskjell. Og som sagt, om blæretrening ikke virker på noen, kan det virke på andre. En kan ikke si at blæretrening ikke virker, for i de fleste pensumbøker og andre bøker om urininkontinens er dette presentert som en strategi å bruke for å forbedre urininkontinens. Om det virker eller ikke, kan også ha noe med hvilken form for urininkontinens en har, siden det finnes mange former for det. Det er og sikkert mange som tror at nå har de prøvd det lenge nok, og merker ikke noe stor forskjell og orker da ikke å gjøre det mer.

For å forebygge sosial isolasjon må vedkommende sette i gang ulike strategier for å finne ut hva som fungerer og ikke fungerer, og prøve de ut. For at vedkommende skal gjøre dette må sykepleieren i hjemmesykepleien instruere vedkommende i hvordan hun skal gjøre de forskjellige øvelsene som blæretrening og bekkenbunnstrening. Sykepleieren må også vite litt om vedkommende drikker mye kaffe, for så å foreslå at hun må redusere på sitt kaffeinntak hvis det er stort. Vedkommende må prøve ut de forskjellige strategiene og finne ut hva som fungerer for henne. Sykepleieren må støtte og motivere vedkommende, og siden dette er i hjemmesykepleien og vedkommende bor hjemme, er det spesielt viktig at sykepleieren støtter opp. Sykepleieren kan også oppfordre vedkommende til å prøve å komme seg ut igjen, ved å øve på de forskjellige øvelsene og ha de rette hjelpemidlene,



som for eksempel de rette bleiene eller innleggene, for å unngå at det blir synlig urin lekkasje, og for at vedkommende skal føle seg trygg over at om det kommer litt urin i innlegget, så kommer det ikke til å synes. Vedkommende må øve på å gradvis komme ut igjen blant folk, ved å gå seg en tur ut, eller kjøre seg en tur til et kjøpesenter i nærheten, eller kjøre på butikken for å handle mat. Siden det ved tunge løft er større fare for at det blir urin lekkasje, er det kanskje best at vedkommende kjører bil hvis hun har det, når hun skal handle mat. Ved å trene opp igjen den sosiale funksjonen, øker også selvtilliten til vedkommende, ved at hun ser at hun mestrer dette og at det går bra. Det går også an at sykepleieren blir med vedkommende de første gangene, for å støtte og motivere vedkommende. Og etter hvert at vedkommende drar alene og mestrer dette.

Det er veldig viktig å forebygge sosial isolasjon, dette på grunn av at vi som mennesker er sosiale vesen og helt fra vi er født trenger sosial stimulering for å kunne ha et godt liv og ha det godt med oss selv. Sosial kontakt med andre mennesker er livsnødvendig! Likevel er det noen som isolerer seg ved å kanskje bare bruke datamaskinen og Internett til å kommunisere med andre, dette er jo også en form for sosialisering. Men jeg vil hevde at denne formen for sosial kontakt ikke er god nok, man må ut for å treffe ”ekte” mennesker også. Sosial isolasjon blir også sett på som stigmatiserende i vårt samfunn, det er ikke ”normalt”, men hva er det som er normalt og ikke? Det er et vanskelig spørsmål. Travelbee sier at kommunikasjon er en gjensidig prosess der et annet menneske formidler sine tanker og følelser til et annet menneske. Når mennesker møtes, utspiller det seg en kontinuerlig kommunikasjon, der partene kommuniserer både ved hjelp av ord (verbalt) og ved hjelp av mimikk, tonefall, bevegelser og berøring (nonverbal). I forskningsartikkelen av Beal *et al.* (2007, s. 165-166) sier hun dette ”Loneliness has implications for both physical and psychological well-being. Recent research has found an association between loneliness and alcohol use, hypertension, heart disease, and depressive symptoms”, senere sier hun “Precipitating events, such as geographic relocation, may instigate changes in social relationships that may result in loneliness. A chronic illness such as MS may be considered either a predisposing factor or a precipitating event in that the diagnosis itself can trigger changes in the social network, as can the ongoing experience of illness” litt senere sier hun “Gulick (2001) reported that social support serves as a mediating factor between emotional distress, of which loneliness is a component, and activities of daily living in people with MS”.

## **6.4 Konklusjon**

Da jeg startet med oppgaven ønsket jeg å få svar på hvor stort problem urininkontinens er for de som har diagnosen MS, og hvilke konsekvenser det kunne få sosialt/psykisk. Derfor rettet jeg problemstillingen min mot det å forebygge sosial isolasjon hos disse personene som bodde hjemme. Det å forebygge sosial isolasjon er en kjempestor oppgave, som krever godt samarbeid mellom vedkommende og hjemmesykepleien. Det krever også veldig mye fra begge parter, som begge må yte sitt beste. Hjemmesykepleieren hadde en stor oppgave med å presentere de forskjellige tiltakene for vedkommende, og da er det opp til vedkommende og gjøre dette. Men de måtte også bli kjent med hverandre og være enige i hva som var målene, hva de skulle oppnå med akkurat dette. Å forebygge sosial isolasjon på grunn av urininkontinens er ingen umulig oppgave, men om vedkommende blir helt bra vet en jo ikke før en har prøvd. I mine forskningsartikler fant jeg mye som belyste akkurat dette problemområdet, og jeg ble forundret over hvor stort problemet urininkontinens faktisk var hos pasienter med MS, og hvor lite vi hadde hørt snakk om det.

Jeg vil konkludere med det å forebygge sosial isolasjon på grunn av urininkontinens, ikke er en umulig oppgave, men det krever godt samarbeid og åpenhet. Vedkommende må være villig til å prøve det som hjemmesykepleieren foreslår, hvis ikke er det ikke noe vits i å ha hjemmesykepleie. Vedkommende må også regne med å prøve og feile, og at det kan ta lang tid før en blir helt bra, eller delvis bra. Hjemmesykepleieren må yte sitt beste for at vedkommende ikke skal bli sosialt isolert, siden faren for det er der. Om begge samarbeider bra, og yter sitt beste for at vedkommende skal bli bedre, har man egentlig gjort mye for å forebygge sosial isolasjon.

## 7.0 Evaluering

Nå er snart tre år gått siden jeg begynte på sykepleierutdanningen, det har vært opp og nedturer. Det har vært mye spennende og lærerikt og lære, og mang en utfordring av alle slag både i praksis og eksamener og det å skrive denne siste oppgaven. Vi viste vel alle om bacheloroppgaven allerede da vi startet, men tror de færreste av oss begynte før vi virkelig måtte, altså i tredje året. Det har vært en lærerik prosess, med mang en frustrasjon. Har da måttet tenke på at jeg har valgt meg et utrolig spennende tema og oppgave å skrive om. Det har av og til vært litt vanskelig å fokusere på akkurat det, siden det skjer så utrolig mye annet dette siste året. Vi fikk tidlig beskjed om å sette i gang tidligst mulig, noe jeg hadde planlagt. Men forsto fort at det ikke ble slik, å at jeg fikk det litt hektisk den siste tiden. Det er jo bare av og til slik, men har i hvert fall lært til neste gang, forhåpentligvis. Jeg håper i hvert fall jeg har laget en spennende oppgave for andre også og at jeg har fått belyst problemstillingen min.

Vil takke for god hjelp og veiledning fra min veileder, som har fått meg på rett spor igjen og motivert meg til å fortsette.

Jeg tar med meg skriveingen av bacheloroppgaven som en ny erfaring, en nyttig erfaring videre i livet.

## 8.0 Litteraturliste

Almås, Hallbjørg(2001) *Klinisk sykepleie bind 2*, 3.utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag

Jacobsen, Dag; Kjeldsen, Sverre Erik; Ingvaldsen, Baard; Lund, Kristin; Solheim, Kaare(2001) *Sykdomslære- indremedisin, kirurgi og anestesi*, 1.utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag

\*Jaquet, Annette(2005) *Urin- inkontinens- et sygeplejefagligt perspektiv*, Danmark: Akademisk Forlag (Kap.2 s.29-36, og kap.4 s.50-59)

Solheim, Marit; Aarheim, Kjell Arne (red.) (2004) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie* 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Heggdal, Kristin (2006) *Sykepleiedokumentasjon*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag

\*Kirkevold, Marit (1992) *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. 3.opplag, Printet i Norge: Ad Notam Gyldendal (Kap.6 s.100-114)

\*Travelbee, Joyce (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget (Til norsk ved Kari Marie Thorbjørnsen) (Kap. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, s.29-217)

\*Visnes, Anne G. (2005) *Urininkontinens*. 1.utg. Oslo: Akribe AS

\*Halvorsen, Knut (2005) *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag

\*Travelbee, Joyce (1971) *Interpersonal Aspects of Nursing*.

Kristoffersen, Nina Jahren (red)(2002) *Generell sykepleie*. Bind 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kristoffersen, Nina Jahren (red)(2000) *Generell sykepleie*. Bind 3. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

\*Estensen, Astri G; Bache, Anne Karin; Stenmark, Anne N.(2000) *Vannlatningsproblemer ved Multippel Sklerose (MS)*. Oslo: Multippel Sklerose Forbundet (Hele heftet, 22 sider)

## **Forskningsartikler**

Multiple sclerosis and continence issues: an exploratory study

Judy Wollin, Mary Bennie, Christine Leech, Carol Windsor, Nancy Spencer, British Journal of Nursing 2005, Vol 14, No 8

Valgte denne fordi den handler om Multippel Sklerose og urininkontinens, og hvor stort problemet er. Der de har undersøkt litt om hva som er problemet, om det er stressinkontinens, lekkasje eller urgeinkontinens blant annet. Står litt om hvorfor de ikke hadde kontaktet inkontinens veileder også.

Loneliness in women with Multiple Sclerosis

Claudia C. Beal, Alexa Stuijbergen, Rehabilitation Nursing, Vol 32, No 4, July/August 2007

Valgte denne fordi den beskriver at det å være urininkontinens kan føre til ensomhet og sosial isolasjon. Ensomhet og sosial isolasjon henger sammen med hverandre. De har også forsket på hvor stort problemet faktisk er blant de med urininkontinens.

The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerless

Doris Hägglund, Gerd Ahlström, Journal of Clinical Nursing 2007

Valgte denne fordi den handler om det å ha urininkontinens og kraftløsheten rundt det. De har også forsket litt på det at urininkontinens er et tabubelagt tema i vårt samfunn. De har også forsket og funnet ut noen av de konsekvensene urininkontinens har for hverdagen.

Factors impacting self-care for urinary incontinence

Jill L. Milne, Katherine N. Moore, Urologic Nursing, february 2006, Vol 26, No 1

Valgte denne fordi den handler om strategier en kan gjøre selv for om mulig å forbedre eller bli helt bra fra urininkontinens problemet sitt. De har også beskrevet og gitt de som var med i forskningen, forskjellige øvelser og strategier for å mestre dette. Der det kom fram hva som fungerte og ikke for de.

Chinese women's experiences in coping with urinary incontinence

Florence Ling Wai Li, Lisa Pau Le Low, Diana Tze Fan Lee, Journal of Clinical Nursing 2007

Valgte denne fordi den handler om urininkontinens og hvordan det er å leve med det. De har forsket og beskrevet ut i fra kinesiske mennesker, der de forteller om hvordan det er å leve med urininkontinens og konsekvensene av det. Og at mange av de ikke hadde søkt om hjelp, før det hadde gått mange, mange år.