



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Barns och föräldrars erfarenhet av enures

En litteraturstudie

Lana Tsvetkova

2015

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Omvårdvetenskap Examensarbete inom
omvårdnadvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Carola Ressem
Examinator: Marianne Carlsson

Sammanfattning

Bakgrund: Enures är en sjukdom som skapar mycket skam och skuld bland de barn som lider av den. Enures definieras som en ofrivillig urinavgång i en ålder då man kan förvänta sig att barnet är torrt. Enures är vanligt men det råder fortfarande oklarheter om orsakerna till sjukdomen samt vilken behandling som ger bäst resultat. Enures påverkar inte bara barnet utan hela dess familj. Samtidigt är familjen en viktig faktor i behandlingen och kommunikationen mellan barn, familj och sjuksköterskan spelar en viktig roll.

Syfte: Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva barns och föräldrars erfarenheter av enures samt att granska de valda artiklarnas beskrivning av den vetenskapliga metoden som använts vad gäller datainsamling, undersökningsgrupp, bortfall och kontrollgrupp.

Metod: En beskrivande litteraturstudie där 17 artiklar identifierades med hjälp av en sökning på Pubmed och CINAHL. Urvalskriterierna var att artiklarna skulle vara publicerade på engelska, de skulle vara empiriska, de vara publicerade i tidskrifter som var ”peer reviewed”, de skulle vara publicerade efter 2000 samt vara tillgängliga via Högskolan i Gävles databaser.

Resultat: Studien identifierar tre huvudkategorier: barnens upplevelser av enures påverkan på livet, föräldrarnas upplevelser av enures och barnets inställning till vård av enures. Barnens upplevelser av enures är indelat i enures påverkan på det sociala livet och praktiska problem i vardagen. Föräldrarnas upplevelser har tre undergrupper, vilka är oron över att barnet lider av enures, behovet av kunskap och information samt hanteringsstrategier att hantera situationen. Barnets inställning till vård av enures kan i sin tur delas upp i viljan och förmågan att påverka sjukdomen samt barnets engagemang i behandlingen. Observationerna medför att sjuksköterskans kunskap om dessa är en förutsättning för en effektiv kommunikation.

Slutsatser: Studien identifierar tre huvudkategorier och sju undergrupper till dessa. Sjuksköterskan bör ha insikt för att kunna kommunicera effektivt. De valda artiklarnas metod visar flera svagheter vad gäller urval, bortfallsanalys samt kontrollgrupper. Det leder till att studiernas trovärdighet blir låg.

Nyckelord: Enures, sängvätning, barns erfarenhet, föräldrars erfarenhet, inställning till vård.

Abstract

Background: Enuresis causes shame and embarrassment among children. A person of an age or over the age at which continence should be expected defines it as an involuntary passage of urine at night. Enuresis is common among children, but the causes are still disputable and the best treatment is still unclear. Enuresis does not only influence the child but the whole family. At the same time the family is an important factor in the treatment and the communication between the child, the parents and the nurse plays an important role in the treatment.

Purpose: The objective of this literature review is to describe children's and parents' experience of enuresis and to evaluate the quality of the selected articles' method in terms of data collection, sampling, response rate and control groups.

Method: A descriptive literature review where 17 articles are identified with the help of the data bases Pubmed and CINAHL. The inclusion criteria were that the articles should be published in English, based on empirical studies, published in peer-reviewed journals, published after 2000 and being accessible through the databases at University of Gävle.

Result: The study identifies three main categories in the selected articles: The child's experience of enuresis, the parents' experience of enuresis and the child's attitude to the treatment, The child's experience of enuresis is, in turn, divided into two sub-groups: the influence of enuresis on the children's social life and practical problems in everyday life. Three sub-groups are attached to the parents' experience of enuresis. They are anxiety over the children's situation, the need of information and knowledge and strategies to manage the situation. The child's attitude to the treatment has two sub-groups, which are the belief and confidence in influencing enuresis and the child's commitment to the treatment. These imply that the nurse's knowledge about these categories is prerequisite for efficient communication between the nurse and the child and its parents.

Conclusions: The study identifies three categories, which the nurse needs to have knowledge about in order to be able to communicate with the child and the parents in an efficient way. The method of the selected displays several weaknesses concerning data collection, sampling, response rates and control groups. This decreases the trustworthiness of the studies' results.

Key words: Enuresis, bed-wetting, children's' experience, parents' experience, attitude to treatment.

Innehållsförteckning

Sammanfattning

Abstract

1. Introduktion	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Kings omvårdnadsteori	1
1.3 Definition av enures	1
1.4 Orsaken till enures	2
1.5 Behandling av enures	3
1.6 Problemformulering	4
1.7 Syfte	4
1.8 Frågeställningar	5
2. Metod	5
2.1 Design	5
2.2 Sökstrategier	5
2.2.1 Databaser	5
2.2.2 Urvalskriterier	5
2.2.3 Sökord	6
2.3 Forskningsetiska övervägande	7
2.4 Dataanalys	7
3. Resultat	8
3.1 Barnens upplevelser av enures	8
3.2 Föräldrarnas upplevelser av enures	9
3.3 Barnets inställning till vård av enures	12
3.4 Artiklarnas vetenskapliga metod	14
3.4.1 Design	14
3.4.2 Datainsamling	14
3.4.3 Undersökningsgrupp	14
3.4.4 Bortfall	15
3.4.5 Kontrollgrupp	15
3.4.6 Dataanalys	15
4. Diskussion	15
4.1 Diskussion av huvudresultaten	15
4.2 Metoddiskussion	17
4.3 Kliniska implikationer	18
4.4 Slutsatser	19

Referenser

Bilagor

1. Introduktion

1.1 Bakgrund

Enures är en sjukdom som skapar skam och skuld bland de barn som lider av den. Enures förekommer hos 5-10 % av alla sjuåringar (Brown m.fl., 2010). Sjukdomen är vanligare bland pojkar, men de negativa effekterna av sjukdomen är större hos flickor (Collier m.fl., 2002). Thiedke (2003) har visat att ungefär 15 % till 25 % av alla femåringar inte är torra på natten. Därefter minskar vanligheten med cirka 15 % per år, men en del är sjuka upp i vuxen ålder. Orsaken till sjukdomen och de bästa behandlingsmetoderna är oklara. Forskningen (Berry 2006) pekar på att orsakerna kan bero på barnets sömn, urinblåsans kapacitet, hormonella orsaker men att det också kan finnas genetiska orsaker. Glazener m.fl. (2004) redovisar många möjliga behandlingar. Denna situation är olycklig eftersom sjukdomen är vanlig (Collier m.fl., 2002) och leder till att barnen mår psykiskt dåligt. Ett ytterligare problem är att enures negativt påverkar övriga familjemedlemmar (Morrison m.fl., 2000). Men både familjen och sjuksköterskan fyller en viktig funktion i vården av barnen med enures (Ronen m.fl., 2012).

1.2 Kings omvårdnadsteori

Betydelsen av kommunikation och interaktion är viktiga begrepp i Kings omvårdnadsteori (1999, 2007), för att tillsammans fastställa mål som patienten själv ska kunna uppnå. Både Ronen m.fl., (2012) och Morrison m.fl., (2000), studerar, utan att nämna King, denna process vad gäller vård av barn med enures. Kings teori beskriver omvårdnad som en dynamisk och social process. Varje patient är en unik individ som ska mötas med respekt och integritet. Interaktion är det viktigaste begreppet och innehåller både verbal och icke-verbal kommunikation mellan patient och sjuksköterska. Kommunikationen kan ske både ansikte-mot-ansikte och med hjälp av olika hjälpmedel som till exempel skriftligt material, mejl eller telefonsamtal. (King 1988)

1.3 Definition av enures

”Nattenures definieras som ofrivillig passage av urin under natten av en person av en ålder eller högre när kontinens kan förväntas (generellt anses det vara vid fem års ålder). Termen avser fall då beteendet inte uppstått av endast en direkt fysiologisk effekt av en substans... eller av allmänna medicinska orsaker.” (Berry, s. 56, 2006)

Man skiljer mellan olika typer av enures. Primär nattenures är den vanligaste formen. Det är när ett barn aldrig har upplevt en längre och sammanhängande torr period (mer än en eller två veckor av torrhet). Sekundär enures är när ett barn har varit torrt i åtminstone sex månader och börjar sängväta igen. Man skiljer även på monosymptomatisk enures och polysymptomatisk enures. Monosymptomatisk enures är när barnet inte visar några symptom av inkontinens, och hastigt och ofta uppkomna behov av att gå på toaletten under dagtid. Polysymptomatisk enures är när symptomen är synliga under dagtid. Barn med polysymptomatisk enures har en eller flera av följande symptom: akut behov att gå på toaletten, tillfällig urinerings, urinerings oftare än jämnåriga, urinvägsinfektion, förstoppning, neurologiska sjukdomar, känslomässig stress eller sömnapné. Steget från att bära blöjor till att vara torr och själv kontrollera när det är dags att gå på toaletten är ett stort steg i barnets utveckling. Culbert och Banez (2008) visar att bland barn mellan fem och 16 år lider 6 % till 10 % av enures. Siffrorna för vuxna pekar i olika riktningar, vissa studier menar enligt Thiedke (2003) att 1 till 3 % har enures medan andra visar att 5 % lider av enures. Enures finns i alla länder men de studier som gjorts i t.ex. Kina, Nigeria, Sydkorea och Turkiet visar att enures inte är lika vanligt i alla länder.

1.4 Orsaken till enures

Forskningen menade tidigare att enures var en effekt av psykiska och känslomässiga störningar. Modern forskning visar att det finns flera andra orsaker. Enligt Berry (2006) visar flera studier av *sömnens roll*, att enures inte bara sker när barnet sover som djupast, utan i sömnens alla faser. *Urinblåsans kapacitet* är också kopplad till enures. Studier pekar på att barn som lider av enures har minskad kapacitet på urinblåsan. Under natten frigörs det antidiuretiska hormonet arginin vasopressin (AVP) i en ökad mängd hos människor. Det minskar urinproduktionen. Berry (2006) hävdar att barn med enures inte svarar på frigörande av AVP. Urinproduktionen fortsätter på natten som under dagen. Det skapar ett behov av att tömma blåsan under natten. Balansen mellan urinblåsans kapacitet och urinproduktionen har betydelse för att få enures (Culbert och Banez, 2008). En hög urinproduktion under kvällen eller natten kan överstiga urinblåsans kapacitet. Studier säger att det kan finnas *genetiska orsaker* till enures (Berry, 2006, Culbert och Banez, 2008). Har båda föräldrarna haft enures i barndomen, är sannolikheten att även barnet ska få det 77 %. Har en av föräldrarna haft det är risken 45 %. Det finns dessutom *andra faktorer*, t.ex. diabetes insipidus, diabetes mellitus och kronisk njursvikt, men dessa är enligt Berry (2006) inte

tänkbara orsaker. Däremot kan läkemedel, som diuretika och litium, ökar risken för enures. Även andra sjukdomar som påverkar urinblåsan kan leda till enures, men dessa orsaker är sällsynta (Culbert och Banez, 2008). Culbert och Banez (2008) nämner *psykologiska och beteendemässiga faktorer* och att dessa är resultat av enures och inte en orsak. Ytterligare en orsak är enligt Culbert och Banez (2008) neurologiska faktorer.

1.5 Behandling av enures

Det finns en stor variation av behandlingar, som kan kombineras på olika sätt. Glazener m.fl. (2004) kategoriserar behandlingarna i fyra huvudgrupper. Den första kallar de ”enkla beteendemässiga interventioner”. Där ingår att lyfta upp barnet och ta det till toaletten utan att barnet vaknar. Olika belöningsystem om barnet lyckas hålla sig torr över natten samt att väcka barnet är andra metoder. Olika typer av träning för att kontrollera urinblåsan och att börja kissa och att sedan avbryta, för att sedan börja kissa igen, är andra metoder. Den andra gruppen är ”alarm”. Det finns olika typer, men det är en utrustning försedd med en sensor som känner av väta och väcker barnet. I denna grupp inkluderar Glazener m.fl. (2004) överinläring. Det innebär att barnet erbjuds mycket att dricka strax innan det lägger sig, för att skapa extra stress. Den tredje gruppen kallar Glazener m.fl. (2004) för komplexa beteendemässiga interventioner. Det vanliga är att man kombinerar alarm med andra metoder som rutiner för väckning, överinläring, kontroll över hur man kissar, att själv byta sängkläder, etc. Den fjärde kategorin är ”farmakologiska interventioner”. Det är läkemedel, där det vanligaste är desmopressin. De beteendemässiga interventionerna är den första behandlingen, men det är svårt att visa tydliga resultat. Ett annat problem är att de kräver ett stort engagemang från föräldrarna. Användandet av desmopressin reducerar antalet våta nätter, men problemet är att när man avslutar medicinering så försvinner effekterna. Brown m.fl. (2010) pekar på kortsiktigt goda resultat men när medicinering avslutas försvinner de positiva effekterna. Glazener m.fl. (2004) jämför alarm med läkemedel och menar att även om läkemedel har en kortsiktig god effekt ger alarm bättre effekter i ett längre perspektiv. De jämför även alarm med beteendemässiga interventioner, och menar att alarm ger bättre resultat. Alarm leder till att barnet vaknar upp. Brown m.fl. (2010) pekar på att alarman dels är billigare än läkemedel och att de visar de bästa resultaten. Det finns inga garantier för en framgångsrik behandling. Föräldrarnas attityd, tålmod och erfarenhet, barnets psykologiska, sociala och beteendemässiga problem är faktorer som reducerar effektiviteten.

En vanlig behandlingsmetod är vad Brown m.fl. (2010) kallar förstärkningstekniker som handlar om att barnets motivation ska ökas genom olika former av belöning. De är standards och kan i kombination med andra metoder, vanligen alarm, ge goda effekter. Däremot är de positiva effekterna små om tekniken används ensamt. En metod som under första halvan av 1900-talet var vanlig var psykoterapi. Den byggde på tron att enures var orsakad av underliggande känslomässiga störningar. Det finns inga bevis för att psykoterapi skulle ha positiv effekt (Brown m.fl., 2010). De metoder som visat de bästa resultaten (Brown m.fl. 2010; Glazener m.fl., 2004) är när alarm kombineras med ett schema för hur barnet ska vakna under natten samt att barnet får ansvara för att sängkläderna är torra. Om alarmet tas bort minskar de positiva effekterna och återfallen ökar. Vissa studier visade att desmopressin i kombination med urinalarm ger goda resultat, men också i detta fall försvinner de positiva effekterna när alarmet plockas bort. Urinalarm är den effektivaste metoden, men att de positiva effekterna ökar om alarmet kombineras med andra metoder.

1.6 Problemformulering

Enures är en sjukdom som skapar mycket lidande, skam och känsla av skuld hos de barn som lider av den. Dessutom leder den till stora praktiska problem både för barnet och barnets familj. Samtidigt vet man att sjuksköterskan spelar en viktig roll i behandlingen, vilket ställer krav på en god kommunikation. Det råder dock ett kunskapsgap avseende vilka insikter och kunskaper sjuksköterskan behöver ha om barnets och föräldrarnas situation. Det finns därför anledning att göra en systematisk genomgång av empiriska studier av barn och föräldrars erfarenhet av vården av sjukdomen men också av att leva med sjukdomen.

1.7 Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva barns och föräldrars erfarenheter av enures samt att granska de valda artiklarnas beskrivning av studiernas metod.

Lana Tsvetkova

1.8 Frågeställningar

Vilka erfarenheter har barn och föräldrar av enures?

Hur beskrivs metoden i de valda artiklarna?

2. Metod

2.1 Design

Arbetet är en deskriptiv litteraturstudie (Forsberg och Wengström 2003, Polit och Beck 2012).

2.2 Sökstrategier

Studiens sökstrategi består av tre delar: databaser, urvalskriterier samt sökord.

2.2.1 Databaser

Databassökningar har genomförts via databaserna Cinahl och Pubmed. Dessa är enligt Forsberg och Wengström (2003) relevanta inom ämnet omvårdnadsforskning och vårdvetenskap och dessutom tillgängliga vid Högskolan i Gävle.

2.2.2 Urvalskriterier

För att kunna få fram en hanterbar mängd studier som reflekterade studiens syfte, bestämdes 5 inklusionskriterier som användes vid sökningar i databaserna:

1. Artiklarna skulle vara publicerade på engelska, då den främsta forskningen publiceras på detta språk,
2. Artiklarna skulle vara empiriska, därför exkluderades litteraturstudier,
3. Artiklarna skulle vara publicerade i tidskrifter som var "peer reviewed", då det säkerställde en hög vetenskaplig kvalitet,
4. Tidsperioden skulle vara efter 2000 och fram till sökningen,
5. Endast artiklar som databaserna via Högskolan i Gävle gav access till hela texten fritt utan extrakostnad.

2.2.3 Sökord

För att kunna uppfylla syftet bestämdes fyra ord som användes för att sökningarna. Det var "enuresis", "bed-wetting", "children" och "parents". De kombinerades med hjälp av den booleanska termen "AND". Nästa steg var att identifiera dubletter. Sökningen i Pubmed med fyra kombinationer. Samtliga de artiklar som hittades med sökkombinationerna "bed-wetting" och "children", "enuresis" och "parents" samt "bed-wetting" och "parents" hade redan identifierats med hjälp av den kombination som gav flest antal träffar, "enuresis" och "children". Sökningen gjordes i fyra omgångar och för att inte läsa i onödan, identifierades dubbletterna först. Alla artiklar i sökningarna 2, 3 och 4 var dubletter och fanns med i den första sökning, som gav 691 träffar. Abstrakten för 150 artiklar lästes därefter snabbt igenom. 17 artiklar valdes ut. Det artiklar som valdes bort gjordes det av olika anledningar. Den vanligaste anledningen var att de var medicinska, rapporterade förekomsten av enures i en specifik region eller land samt undersökte enures koppling till andra sjukdomar.

Tabell 1. Sökning i Pubmed

Sökning	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Valda artiklar
1.	Enuresis and children (MeSH Terms)	691	150	17
2.	Bed-wetting and children (MeSH Terms)	306	98	
3.	Enuresis (MeSH Terms) and parents (MeSH Terms)	44	33	
4.	Bed-wetting (MeSH Terms) and parents (MeSH Terms)	14	10	
	Sammanlagt	691		17

Efter sökningen i Pubmed upprepades sökningen i CINAHL. Den gjordes på samma sätt med två undantag. CINAHL har inte möjligheten att precisera MeSH Term. Sökningen begränsades till artiklarnas abstrakt. CINAHL gav färre träffar än Pubmed. Samtliga träffar i den första sökning (se vänstra kolumnen i Tabell 2) var dubletter. CINAHL gav inge nya träffar jämfört med Pubmed. De 6 artiklar som CINAHL identifierade ingick i de 17 som hittades i Pubmed.

Tabell 2. Sökning i Cinahl

Sökningar	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Valda artiklar
1.	Enuresis	39		6
2.	Enuresis and children	31		
3.	Enuresis and parents	11		
4.	Bed-wetting	9		
5.	Bed-wetting and children	7		
6.	Enuresis and children and parents	4		
Sammanlagt		62	62	6

2.3 Forskningsetiska övervägande

Studien har följt de riktlinjer som finns i Forsberg och Wengström (2013) och Polit och Beck (2012). Med hjälp av urvalskriterierna kunde relevanta artiklar av hög vetenskaplig kvalitet identifieras. Eftersom det handlar om en litteraturstudie behövs enligt Polit och Beck (2012) inget godkännande från det etiska rådet. De flesta artiklar redovisade att de fått godkännande av etiska råd. I fyra fall saknas information om detta (Can m.fl., 2004, Dunlop, 2005, Ronen m.fl., 2012, Schlomer m.fl., 2013). Tre studier ger information om att deltagarna hanterats anonymt. Can m.fl., (2004) ger inga information om anonymitet. Det är känsligt då den handlar om föräldrars misshandel. Sex studier redovisar att de antingen fått deltagarnas godkännande eller skolans medgivande (Axelrod m.fl., 2014, Cederblad m.fl., 2013, Fekkas m.fl., 2006, Morrison m.fl., 2000, Rocha m.fl. 2008, Senbanjo, 2011). En studie (Cederblad m.fl., 2013) redovisar att de följer Helsingforsdeklarationen.

2.4 Dataanalys

Analysen av artiklarna gjordes i flera steg, vilket innebar ett systematiskt tillvägagångssätt (Forsberg och Wengström, 2013). Efter att artiklarna lästs noga fördes information om artiklarna in i två tabeller (se tabellerna i bilaga 1 och 2). Dessa två tabeller motsvarade studiens två frågeställningar. Detta steg gjordes med hjälp av överstrykningspenna och den text som markerades överensstämde med kategorierna i tabellerna. Det bidrog till att kategorisera innehållet i artiklarna. Tre kategorier identifierades, vilka var ”*Barnens upplevelser av*

enures”, ”Föräldrarnas upplevelser av enures” och ”Barnens inställning till behandling av enures”. I nästa steg granskades artiklarnas metod (se tabell i bilaga 2). Resultaten om studiernas metod presenteras i tabellen.

3. Resultat

Analysen av artiklarna ledde fram till tre huvudkategorier. Kategorierna är indelade i sju undergrupper:

1. Barnens upplevelser av enures påverkan på livet
 - a. Påverkan på det sociala livet
 - b. Praktiska problem i vardagen
2. Föräldrarnas upplevelser av enures
 - a. Oron över att deras barn lider av enures
 - b. Behovet av kunskap och information
 - c. Strategier att hantera situationen
3. Barnets inställning till behandling av enures
 - a. Tron och förmåga att påverka sjukdomen
 - b. Barnets engagemang

3.1 Barnens upplevelser av enures

Den första undergruppen är hur enures påverkar hur barnet uppfattar sin sociala situation. Ett vanligt argument för varför enures är ett problem är att sjukdomen leder till dålig självkänsla. Det hämmar den sociala utvecklingen och leder till utanförskap och en känsla av att vara annorlunda (Collier m.fl., 2002). Butler och Heron (2007) visar att bland nioåringar upplevs enures som ett stort (32,5 %) eller mycket stort problem (36,7 %). Vissa studier visade att ålder och omfattningen (bara på nätterna eller både på nätterna och dagarna) på sängvätningen inte hade någon relation till självbilden och självkänslan (Collier m.fl. 2002), men antalet nätter med sängvätning ger en negativ självbild. Morrison m.fl. (2000) observerar att 57 % av föräldrarna och 70 % av barnen ansåg att viktiga personer runt omkring dem hade åsikten att sängvätningen borde stoppas. Många trodde att sängvätning uppfattades som icke önskvärd och skamfullt. En annan undersökning visar att ju mer frekvent sängvätning, desto mer sociala problem (Butler och Heron, 2007). Bland de vanligaste problemen var att inte ha vänner, att bli retad och att man inte

fick vara med de jämnåriga. Studierna pekar i samma riktning när det gäller pojkar och flickor. Pojkar uppfattade dock det som ett större socialt problem än flickor (Butler och Heron, 2007), vilket Collier m.fl. (2002) bekräftar. Flickor hade en mer positiv självbild än pojkar. Enligt Butler och Heron (2007) ser flickor enures mer som ett socialt och känslomässigt problem, medan pojkar upplever att enures skapar problem av mer beteendemässig karaktär, som t.ex. vid utövande av sport. Butler m.fl. (2006) finner att fem variabler är associerade med enures: särskild rädsla, allmän oro, problematiskt beteende, problem med uppmärksamhet och aktiviteter samt besvärligt beteende. I Fekkas m.fl. (2006) studeras om mobbning är en följd av enures eller om det omvända förhållandet råder, d.v.s. att barn som mobbas får enures. Studien visar att barn som mobbas har större sannolikhet att få enures.

Den andra undergruppen är *hur enures skapar praktiska problem för barnen*. Ertan m.fl. (2009) studerar hur enures är associerat med sömnkvalitet samt livskvalité. Barn som led av enures jämfördes med barn som inte hade den. När det gäller sömnkvalitet fann man inga samband men de fann att sömneffektiviteten var lägre och frekvensen av dålig sömn var högre hos barn med enures. Även den tid det tar för att uppnå full sömn var längre bland de med enures. Ertan m.fl. (2009) tolkar detta som att enures leder till stress, vilken ökar med åldern och hur lång tid man haft enures. Flera studier analyserar om barnet och föräldrarna upplever problemen olika. Rocha m.fl. (2008) finner att barn med enures inte har större problem med t.ex. depression, lågt självförtroende eller självskadebeteende, än vanliga barn. Landgraf m.fl. (2004) observerar att barnet undviker att sova över hos släktingar och vänner eller att hålla på med sport.

3.2 Föräldrarnas upplevelser av enures

Denna kategori innehåller tre undergrupper, där den första är *föräldrarnas oro över att deras barn lider av enures*. Föräldrarnas oro för följder av enures hade i Dunlops studie (2005) följande ordning: negativ påverkan på självkänslan (62 %), färre övernattningar hos släkt och vänner (38 %), stress i hemmet (29 %) och komplikationer i relationen mellan barn och förälder (11 %). 64 % av föräldrarna upplevde obehag av att deras barns vänner och föräldrar kände till barnets sängvätning. Cederblad m.fl. (2014) identifierar sex huvudtema varav tre avser föräldrarnas oro: (1) enures är socialt stigmatiserande och är ett socialt handikapp, (2) skydda barnet från att retas och mobbas och (3) leder till frustration i familjen. Det är inte bara barnets sociala situation som

påverkar, utan många föräldrar upplever skam och en osäkerhet vad omvärlden ska tro om den får reda på att barnet lider av enures. De är rädda för att barnet ska uppfattas som underutvecklat och att man är rädd för att tala om problemet. Man undviker gäster, besök och att övernatta hos andra människor. Enures uppfattas av föräldrar som en personlig fråga, som ska hållas privat och inom familjen. Föräldrarna försöker skydda sina barn från andra barn och vuxna. Man är rädd för att barnet ska för retas och mobbas, och att rykte ska spridas. (Cederblad m.fl., 2014)

Flera av studierna pekar på att vården också handlar om att informera och sprida kunskap, vilket det finns behov av. Det är den andra undergruppen i denna kategori. Föräldrar bär ofta på en känsla av skam, synd eller tabu (Cederblad m.fl., 2014). Här har sjukvården en viktig roll att spela för att ge information och kunskap för minska den frustration föräldrarna känner. Frustrationen sprider sig också över vården då föräldrarna inte möts av förståelse eller får stöd från hälso- och sjukvården. Två studier analyserar föräldrarnas behov av kunskap (Dunlop, 2005; Schlomer m.fl., 2013). Alla föräldrar har inte barn som lider av enures och ett sätt att skapa förståelse för enures är att undersöka deras föreställning om orsakerna till enures samt hur de skulle reagera om deras barn drabbades (Schlomer m.fl., 2013). Majoriteten föräldrar (56 %) trodde att orsaken var att barnet sover djupt, att barnet var för lat för att gå upp (26 %) eller barnets urinblåsas kapacitet var för liten (21 %). 39 % visste inte vad orsaken var. Forskarna undersökte hur föräldrarna trodde de skulle agera för att lösa situationen. 77 % trodde att de skulle se till att barnet gick på toaletten före sängdags så urinblåsan var tom, men nästa lika många (71 %) skulle begränsa vätskeintaget före sängdags. 55 % skulle söka upp sjukvården. I en liknande studie i Nigeria finner Senbanjo m.fl. (2011) att 45,7% av föräldrarna att orsaken är beteendemässiga, 9,8 % att det var ett hälsoproblem. 0,6 % trodde att häxkraft och trolldom var orsaken. Dunlop (2005) frågade 745 vuxna om deras attityder och kunskap om enures. Hälften av deltagarna hade en närstående som lidit av enures, av dessa var 18 % ett eget barn. 38 % trodde att orsaken till enures var ett fysiskt hälsoproblem medan 26 % trodde det fanns psykiska orsaker och 13 % beteendemässig problem, som barnet i själva verket kunde kontrollera. Det största informationsbehovet handlade om orsaken till barnets enures (39 %) medan informationsbehov om behandlingsalternativen var mindre (29 %). 82 % av föräldrarna ville diskutera enures med vårdpersonal om det egna barnet drabbades, men det vara bara 56 % som ville ta kontakt med sjukvården om så hände. Här är en skillnad jämfört Senbanjo m.fl. studie i Nigeria (2011), där

51,4 % av föräldrarna ville få kontakt med sjukvården, medan 30,1 % inte ville ha någon kontakt. I Dunlops studier (2005) anser 35 % av föräldrarna att vårdpersonal mer aktivt bör fråga om barnet lider av enures och 68 % svarade ingen från sjukvården nämnt enures. Sjukvården bör vara mer aktiv och lyhörd, eftersom många föräldrar inte förstår att det är en sjukdom och eller de psyko-sociala konsekvenserna. Föräldrarnas inställning till vårdpersonalen är splittrad. 75 % trodde att det var sannolikt eller mycket sannolikt att vårdpersonalen kunde hjälpa till men samtidigt menade 27 % att vårdpersonalen som de mött tidigare hade fått slut på idéer (Morrison m.fl., 2000). Barn och föräldrar skiljer sig åt vad gäller vilkas åsikter som är viktigast. Barnen uppfattar föräldrarnas åsikt som viktigast. Föräldrarna anser att vårdpersonalens åsikter är viktigast. Många föräldrar drar sig ur behandlingen när den inte ger positiva resultat (Morrison m.fl., 2000). Det finns ett misstroende mot vårdens kapacitet.

Många artiklar handlar om de strategier som föräldrar har för att hantera barnens enures. Det är den tredje undergruppen i denna kategori. Tre strategier är att stödet från vården ska hjälpa, att man tar till alla praktiska medel som står till buds samt att det är något som barn och föräldrar helt enkelt måste leva med (Cederbland m.fl., 2014). Föräldrarna accepterar situationen och arbetar ofta som ett team för att hjälpa varandra. Man talar mycket om problemet och söker information och kunskap tillsammans. När de ser att barnet vill ha hjälp, blir föräldrarna mer villiga att söka hjälp. Föräldrarnas frustration leder till att de tar till ”vilka medel som helst” för att hantera vardagen. Man byter blöjor, väcker barnet mitt i natten för att gå på toaletten och för att undvika att byta och tvätta sängkläder föreslår man toalettbesök hela tiden. Den stora mängden tvätt skapar arbete och att jämt tänka på att situationen är tröttsamt. Det händer att föräldrarna anklagar varandra när åtgärder inte hjälper eller när de inte förstår varandra. Har någon av föräldrarna haft liknande problem i barndomen, kan den bli ”anklagad” för att vara orsaken till barnets enures. (Cederblad m.fl., 2014) En känsla till frustration är att föräldrarna upplever att barnet inte vill bli fri från enures och inte arbetar tillräckligt hårt (Cederblad m.fl., 2014). Ett sätt för föräldrarna att hantera enures kan då vara att låta det gå ut över barnet, vilket Can m.fl. (2004) rapporterar i sin studie av 889 turkiska mödrars reaktion på enures. De visar att misshandel var mycket vanligt (i 86,4 % av fallen) och vanligast var att ge barnet smisk (”spanked”) (42,1 %) eller helt enkelt strunta i behovet av medicinsk vård (40,6 %). I många kulturer finns tron att framför allt fysisk misshandel i uppfostran har positiva effekter. Det finns

studier som ger stöd för att enures inte är lika vanligt i olika länder och kulturer. Schlomer m.fl. (2013) finner att 2 % av föräldrarna i USA skulle ge någon form av bestraffning. Cederblad m.fl. (2014) beskriver två typer av föräldrar; de första kallar de för ”den oroliga nattvätare” och de andra för ”obekymrade våta sängfixarna”. Den första gruppen ser inte enures som ett somatiskt problem, och känner oro för framtiden. Enures ska hållas inom familjen. Den andra gruppen är säker på att barnet klarar sig och att det kommer att gå över. Den ser enures som ett temporärt praktiskt problem. Även Butler m.fl. (2005) urskiljer tre strategier för att hantera barnets enures: coping-strategier, strategier fokuserande på fysiska lösningar och en kombination av dessa två. I sin studie av 8629 föräldrar identifierar de 11 strategier för att lösa barnens problem med enures. Den vanligaste strategin är att begränsa vätskeintaget (67,1 %) samt att lyfta upp barnet och låta det kissa i sovande tillstånd (60,7 %). Denna undersökning gjordes när barnen var 7 år och 1045 barn hade problem med att hålla tätt (kissar på sig i sängen en eller färre gånger i veckan) och 215 föll in under definitionen av enures. Studien visar att det inte finns någon skillnad mellan hur föräldrarna agerat tidigare och är barnet fått diagnosen enures.

3.3 Barnets inställning till vård av enures

Barnets inställning till vården av enures är en undergrupp i denna kategori. Den *berör deras tro att bli frisk men också till sin förmåga att påverka sjukdomen*. Morrison m.fl. (2000) visar att 68 % av barnen trodde att förmågan var viktig för att bli bra men bara 38 % trodde de hade tillräcklig förmåga att bli frisk. Många barn har ett dåligt självförtroende. När behandlingen börjar tror 43 % av barnen att de skall bli friska medan 73 % av föräldrarna tror att barnet ska tillfriskna. Barnet en mer pessimistisk syn på behandlingen och sin förmåga än föräldrarna. Mer än hälften av barnen ansåg att de behövde tur och hjälp av vårdpersonalen. De fanns en pessimism vid behandlingens början. De negativa förväntningarna påverkar beteendet och behandlingen leder till misslyckande eftersom barnet inte tror att den ska lyckas (Morrison m.fl., 2000). Barnen saknar tro på sin förmåga att hålla ut så länge att behandlingen börjar ge resultat, d.v.s. tålamod saknas. Motgångar tas som ett bevis för att behandlingen inte gör verkan eller att barnet saknar förmåga. Framgång tolkas som tur eller att det är vårdpersonalens arbete som gett resultat. Den onda cykeln förstärks av att många föräldrar bestraffar barnen för att de inte försöker. Men barnets förmåga och vilja påverkar inte bara behandlingen utan Landgraf m.fl. (2004) visar att barnets coping-förmåga och engagemang (”commitment”) också påverkar

föräldrarnas syn på vad enures leder. Ju sämre coping-förmåga och engagemang ("commitment"), desto mer frustration i familjen.

Eftersom barnets tro på sin förmåga är låg blir det viktigt att man förändrar detta och skapar förtroende och en vilja att bli frisk. Barnets engagemang och vilja är den andra undergruppen. Ronen m.fl. (2012) bygger sin studie på Banduras teori om kognitiv beteendeterapi (2006). Den lyfter fram individens möjlighet att påverka sin situation. Det innebär att patienten är aktiv i vården. Barnet ska inte sitta och vänta på att bli behandlad. I den processen bör sjuksköterskan vara aktiv som handledare och stöd. Barnen bör planera och ta aktivt del i processen. Patientens tro att man har förmågan att uppnå önskvärda resultat är avgörande. Barn förstärker sin självkänsla när de klarar av att göra saker som de tidigare trodde inte kunde (Ronen m.fl., 2012). De jämför barn som planerar och förutser sin behandling och resultaten av detta med dem som inte gör detta. Studien visar att fler barn som planerar för behandling och sina resultat blir torrare än de som inte planerar. (Ronen m.fl., 2012) Tron på barnet vilja och förmåga att påverka sin situation tas också upp av Boisclair-Fahey (2009). Studien som gjordes i Storbritannien bygger på att barn gör en behandlingsplan som innebär att de varannan timme ska besöka toaletten, vilket också gäller när de är i skolan. Sjuksköterskor vittnar om att många skoltoaletter inte håller standard och att många lärare tvingar barnen att stanna kvar i klassrummet och bara besöka toaletterna på rasterna. Det innebär att barn med enures inte blir bättre av situationen i skolorna. För varje barn utarbetades en individuell hälsoplan som diskuterades av skolsköterskan och barnens lärare. När studien startade svarade föräldrarna att 94 % barnen led av nattlig enures. Barnen förde dagbok och efter fyra veckor gjordes en uppföljning som visade på en tydlig förbättring. Alla barn utom ett hade en förbättrad situation och fem av 13 hade blivit helt torra. Studien visar på att lärarna och skolsköterskan har en mycket viktig roll att spela. Slutligen understryker den att barnens förmåga att delta aktivt i behandlingen är viktigt. De medverkade till att upprätta hälsoplanen och deltog i att skriva dagbok. Det skapade ett engagemang, vilket ökade tilltron till sin egen förmåga. Barnets vilja att bli frisk öka om det under behandlingen blir belönat för framsteg, vilket Axelrod m.fl. (2014) visar i studie. Den bygger på behavioristisk forskningen inom psykologin (Skinner 1953) med positiva förstärkningar för att uppnå ett önskvärd beteende. I studien kombineras urinalarm med ett belöningsystem, bestående av leksaker (Axelrod m.fl. 2014). Undersökningsgruppen bestod av tre barn och belöningen var bitar av Lego till ett

rymdskepp. Barnet fick belöningen de morgnar då barnet haft en torr natt. Resultaten visade att urinalarmet ledde till fler torra nätter per vecka men att resultaten blev än bättre om alarmer kombinerades med belöningarna. När behandlingen avslutades var förbättringarna permanenta och inga återfall skedde. Det bekräftar att barnets förmåga att bli frisk är beroende av dess tro och vilja på sin egen förmåga.

3.4 Artiklarnas vetenskapliga metod

För att kunna och granska artiklarnas kvalitet vad gäller metod har sex aspekter valts ut för att bedöma hur de redovisar sin metod samt hur de utfört sina studier. Det är design, datainsamling, undersökningsgrupp, bortfall, kontrollgrupper samt analysinstrument.

3.4.1 Design

Med ett undantag (Cederblad, m.fl., 2013) har studierna en design där kvantitativa data är huvudkällan. I övriga studier var enkäter den viktigaste datakällan. I flera fall kombinerades enkäterna med någon form av intervention, där enkäter fylldes i före och efter denna. I Boisclair-Faheys (2009) fall upprättades en hälsoplan, i Fekkas, m.fl. (2006) studie börjar barnen skolan mellan de två mättillfällena. I tre studier, (Morrison, m.fl., 2000, Rocha, m.fl., 2008, Ronen, m.fl., 2012), mättes olika faktorer före och efter behandling. I de andra fallen är enkätundersökningar det enda sättet att samla in data.

3.4.2 Datainsamling

För att kunna uppnå en hög reliabilitet krävs att studien noga och detaljerat redovisar hur data samlats in. Få studier gör detta och reliabiliteten är därför låg i flera artiklar. Studierna redovisar inte hur enkäten distribuerats, hur den fyllts i och vilka som varit närvarande, varför det är svårt att upprepa studien. I samtliga fall framgår det tydligt om det är barnet eller föräldrarna som fyllt i enkäten.

3.4.3 Undersökningsgrupp

Samtliga artiklar redovisar hur urvalet gjorts samt vilka som ingår i det urvalet som analyseras. Principerna för urvalet (Polit och Beck, 2012), är det få studier som diskuterar. De flesta studier har fastställt urvalskriterier men därefter använt sig av ett bekvämlighetsurval. I de flesta studier

beskrivs de demografiska karaktäristika noggrant. Ålder och kön redovisas samt oftast även deltagarnas medicinska historia samt social status, utbildningsnivå etc. Avsaknaden av studier med sannolikhetsurval bekräftas Polit och Beck (s. 341, 2012), då det är ovanligt inom omvårdnadsforskning. De menar att de leder till en lägre kvalitet på forskningen.

3.4.4 Bortfall

En viktig aspekt av den vetenskapliga kvalitén ärr bortfall (Olsson och Sörensen, s. 93, 2007), som menar att man bör analysera och redovisa bortfallet. Flera studier ger läsaren underlag för att själv räkna ut bortfallet, men endast en artikel (Fekkas, m.fl., 2006) har en diskussion om bortfall samt gör en statistik bortfallsanalys.

3.4.5 Kontrollgrupp

Eftersom flera studier studerar resultatet före och efter olika interventioner, behandling, upprättande av hälsoplan, skolstart, etc., borde kontrollgrupper vara en viktig del av studien. Bara i två fall, Ertan, m.fl. (2009) och Ronen, m.fl. (2012) redovisas kontrollgrupp. Det är oklart om det beror på att man inte informerar om detta eller om det inte funnits någon kontrollgrupp. Det sänker den vetenskapliga metodens kvalitet och gör att förtroende för studiens resultat blir lägre.

3.4.6 Dataanalys

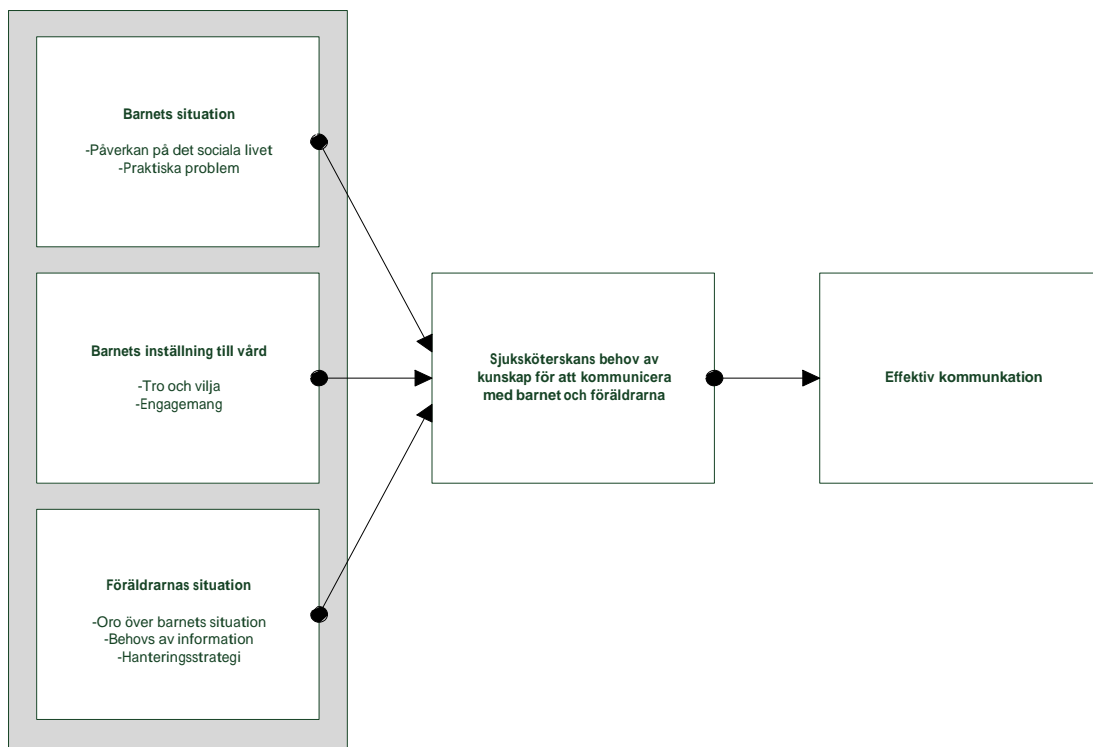
Samtliga studier redovisar vilka analysinstrument de använt. Många studier använder sig av kända statistiska analysprogram som SPSS (t.ex. Butler, m.fl., 2006, Collier, m.fl. (2002) eller ANOVA (t.ex. Rocha, m.fl., 2008, Ronen, m.fl., 2012).

4. Diskussion

4.1 Diskussion av huvudresultaten

Kings teori säger att kommunikationen och interaktionen mellan patient och sjuksköterskan samt mellan sjuksköterskan och anhöriga är viktigaste i omvårdnaden. I processen fastställer sjuksköterskan, patienten och de anhöriga målen för omvårdnaden. Effektiv kommunikation och interaktion är en grundförutsättning för att uppnå målen. Det innebär att för en effektiv kommunikation krävs kunskap om både barnets och föräldrarnas erfarenhet. Föreliggande studie visar att tre kategorier (se den mörka kvadraten i Figur 1) går att urskilja som är extra viktiga att

ha kunskap om för att sjuksköterskan ska kunna kommunicera med barnet och föräldrarna. Den övervägande majoriteten av studier menar att enures skapar skam och en känsla av skuld, vilket leder till en känsla av utanförskap. Rädslan att vara annorlunda leder till att många blir retade eller mobbade. Barnets självbild och självkänsla försämras därför. När det gäller denna kategori finns en skillnad mellan pojkar och flickor, där flickor upplever att enures är ett större socialt problem än pojkar. Enures leder inte bara till sociala problem. Som en följd av att vara annorlunda, strävar barnet att dölja sjukdomen. Enures leder därför till praktiska problem, vilka sjuksköterskan bör känna till när man kommunicerar med barnet. Det kan handla om att inte kunna sova över hos vänner och släktingar, eller att hålla på med sport. De praktiska problemen upplevs som större av pojkar än flickor. Viktigt för sjuksköterskan är dessutom att känna till att både de sociala som praktiska problem av enures ökar ju äldre barnet blir. Det kan göra det svårt att kommunicera effektivt med äldre barn och ungdomar.



Figur 1. Relationen mellan huvudkategorierna och effektiv kommunikation.

Barnens föräldrar har en viktig roll att spela. Till stor del handlar de olika behandlingsmetoderna om egenvård, där föräldrarna deltar. De bör också medverka i kommunikationen. Föräldrarnas situation är därför den andra kategorin som sjuksköterskan bör ha kunskap om. Många föräldrar

känner en oro över att barnet lider och har sociala problem. Relationen mellan barn och föräldrar kan försämrans och leda till stress och dålig stämning i familjen. Föräldrarna är rädda att barnet ska retas. Föräldrarnas erfarenhet speglar barnets erfarenhet. Föräldrarna har ett behov av kunskap och information. Det kan handla om sjukdomens orsaker och behandlingsmetoder. Det handlar om att lugna föräldrarna, men också om att få bort skam och oro. Därför bör enligt sjuksköterskan vara aktiv. Många föräldrar är frustrerade då de inte tycker att de möts av förståelse och stöd. Det finns dessutom ett misstroende mot hälso- och sjukvården. Det försvårar kommunikationen. Föräldrarnas strategi att hantera barnets enures ska ses mot bakgrund av den oro de känner och det informationsbehov som finns. Många föräldrar tar till olika praktiska knep för att hantera situationen. Det gäller både hur man praktiskt hanterar barnets vätskeintag, byte av sängkläder och toalettbesök till att man undviker att utsätta barnet för svåra sociala situationer. I bästa faller samarbetar föräldrarna som ett team för att stödja varandra, men de kan också anklaga varandra för barnets sjukdom. Ett sätt att hantera sjukdomen är att låta det gå ut över barnet. Det är något som verkar vara olika beroende på kultur. I vissa kulturer ser t.ex. ”smisk” som ett sätt att uppfostra barnet. Idet här fallet leder till att man bestraffar barnet både fysiskt som psykiskt för att få det torrt. Det är något som sjuksköterskan bör ha kunskap om och ta i beräkningen när man kommunicerar med föräldrar från sådana kulturer. Barnets förmåga och tro på sin har en betydelse för behandlingen och kan sägas vara en viktig faktor som påverkar kommunikationen med sjuksköterskan, men också barnets relation till föräldrarna och flera studier pekar på att barnet ofta har dåligt förtroende för sin förmåga att bli frisk. Barnet är pessimistiskt och har dåligt självförtroende och goda resultat tycker barnet inte beror sig själv, utan på tur och duktig vårdpersonal. En följd av det är kommunikationen mellan sjuksköterskan och barnet är att den också måste syfta till att öka barnets självförtroende och tålamod att hålla ut. Om barnet har tilltro till sin egen förmåga är det också troligt att det engagerar sig i sin behandling och behandlingen ger goda resultat. Barnets engagemang kan ökas om det involveras i planeringen av sin behandling, och om det också belönas vid framgång, förstärks självförtroende. Både i planeringen och i att omsätta planen i verket, spelar sjuksköterskan en avgörande roll.

4.2 Metoddiskussion

Kvalitén på litteraturstudien är delvis beroende av kvalitén på de artiklar som valts ut för analysen. Tre urvalskriterier som användes är direkt kopplade till kvalitén. Studien baserades på

att forskare publicerar sina främsta verk på engelska. Hade andra språk inkluderats hade kanske urvalet ökat, men kunde ha lett till en sämre kvalitet. Den viktiga frågan är om kvalitén på forskningen hade varit lika hög med också andra språk än engelska bland urvalskriterierna. Genom att inte ta med artiklar på svenska blev arbetet svårare. Ett annat problem med valet av engelska är att det inte är författarens modersmål. Det gör det svårare att förstå vetenskapliga begrepp och termer, men också att förstå nyanser i texten. Ett annat sätt att se till så att den vetenskapliga kvalitén var hög, var att använda ”peer-reviewed” artiklar. Genomgången av artiklarnas metod visar att enligt Olsson och Sörensens (2007) och Polit och Becks (2012) kriterier för hög kvalitet har många av artiklarna metodologiska svagheter. Man hade kunnat begränsa sökningen till tidskrifter som anses hålla en hög vetenskaplig kvalitet. Det tredje kriteriet som påverkar är den tidsperiod som använts. Endast studier gjorda efter 2000 inkluderas i sökningen. Gamla betydelsefulla studier kan ha missats. Två praktiska problem som fanns vid sökning och analys handlar om sjukdomen enures. Då det finns olika typer av enures, är det svårt att generalisera om sjukdomen. De valda artiklarna studerar olika kombinationer av enures, och i vissa fall, är det inte klart om det är samtliga typer eller endast en typ. Samtidigt refererar artiklarna fritt till varandra, i många fall utan att ta hänsyn till det här problemet. Det gör att man bör vara försiktig med att generalisera utifrån studiens resultat. Ytterligare en svaghet har att göra med studiernas syfte. Den här studien har strävat efter att uppfylla sitt syfte, och författaren har därför sökt efter kunskap som kan bidra till att uppfylla det. Problemet kan vara att många av studierna har huvudsyftet som fokuserar på andra frågor, vilket dock inte innebär att de inte har viktig kunskap för den här studien. Ett bra exempel på det är Fekkas, m. fl. (2006), vilken främst studerar mobbning och varför det uppstår. Enures är bara en lite del av studien, men just dessa delar hjälper till att visa något som flera andra artiklar nämner men inte studerar, nämligen mobbning och enures. Den artikeln är det mest tydliga exemplet på detta problem, men några andra artiklar har, mycket mindre, men liknande problem.

4.3 Kliniska implikationer

Studien har flera kliniska implikationer. Det första är att barn och föräldrar upplever olika saker av barnets enures. Analysen visar att pojkar och flickor har olika erfarenhet av de problem som enures leder till. Det gäller både de praktiska och de sociala problemen. Dessa skillnader bör sjuksköterskan ha insikt i för att kunna kommunicera på ett effektivt sätt med barnen. Det är

också tydligt att föräldrarna har ett stort behov av kunskap och information om sjukdomens orsaker och behandling. Det är viktigt eftersom många föräldrar saknar kunskap men samtidigt är oroliga över barnets situation. Samtidigt visar flera studier att barnets tro, vilja och engagemang har en stor betydelse för behandlingen. Dessa egenskaper är något som sjuksköterskan kan påverka genom att upprätta planer, sätta mål samt belöna vid gott resultat.

4.4 Slutsatser

Studien syftade dels till att beskriva barns och föräldrars erfarenheter av enures och dels till att undersöka studiernas kvalitet avseende undersökningsgrupp, bortfall och kontrollgrupper. Detta för att kommunikationen mellan sjuksköterska och barn och föräldrar ska vara effektiv. En effektiv kommunikation är en förutsättning för god vård. Studien identifierar tre huvudkategorier och sju undergrupper i studierna av enures. Sjuksköterskan bör ha insikt för att kommunikationen ska kunna bli effektiv. Analysen av artiklarnas vetenskapliga metod visar att många artiklar har svagheter, vad gäller urval, bortfallsanalys samt kontrollgrupper. Orsaken till svagheterna kan vara att forskarna valt att inte redovisa metoden i artiklarna, men det kan också vara så att de helt enkelt inte uppfyller de krav som metodlitteraturen ställer. Oavsett vilken förklaring minskar det studiernas trovärdighet.

Referenser

*Axelrod, M. I., Tornehl, C. och Fontanini-Axelrod, A. (2014). Enhanced response using a multicomponent urine alarm treatment for nocturnal enuresis, *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 19(2), 172-182.

Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency, *Perspectives on Psychological Science*, 1, 164-189.

Berry A. K. (2006). Bladder matters: Helping children with nocturnal enuresis, *American Journal of Nursing*, 106(8), 56-64.

*Boiscair-Fahey, A. (2009). Can individualized health care plans help increase continence in children with dysfunctional elimination syndrome?, *Journal of School Nursing*, 25(5), 333-341.

Brown M. I., Pope A. W. och Brown E. J. (2010). Treatment of primary nocturnal enuresis in children: A review, *Child: Care, Health and Development*, 37(2), 154-160.

*Butler, R. J., Golding, J., Heron, J. och the ALSPAC Study Team, (2005). Nocturnal enuresis: a survey of parental coping strategies at 7 1/2 years, *Child, Care, Health and Development*, 31(6), 659-667.

*Butler, R., Heron, J. och the ALSPAC Study Team (2006). Exploring the differences between mono- and polysymptomatic nocturnal enuresis, *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 40(4), 313-319.

*Butler, R. och Heron, J. (2007). An exploration of children's view of bed-wetting at 9 years, *Child, Care, Health & Development*, 34(1), 65-70.

*Can, G., Topbas, M., Okten, A. och Kizil, M. (2004). Child abuse as a result of enuresis, *Pediatrics*, 46(1), 64-66.

Lana Tsvetkova

*Cederblad, M., Nevéus, T., Åhman, A., Österlund Efraimsson, E. och Sarkadi, A. (2013). "Nobody asked us if we needed help": Swedish parents experiences of enuresis, *Journal of Pediatric Urology*, 10(1), 74-79.

*Collier J., Butler R. J., Redsell och Evans J. H. C. (2002). An investigation of the impact of nocturnal enuresis on children's self-concept, *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 36(3), 204-208.

Culbert, T. P. och Banez, G. A. (2008). Wetting the bed: Integrative approaches to nocturnal enuresis, *Pediatrics*, 4(3), 215-220.

*Dunlop, A. (2005). Meeting the needs of parents and pediatric patients: Results of a survey on primary nocturnal enuresis, *Clinical Pediatrics*, 44(4), 297-303.

*Ertan, P., Yilmaz, O., Caglayan, M., Sogut, A., Aslan, S. och Yuksel, H. (2009). Relationship of sleep quality and quality of life in children with monosymptomatic enuresis, *Child, Care, Health & Development*, 35(4), 469-474.

*Fekkas, M., Pijpers, F. I. M., Fredriks, A. M. och Vogels, T. (2006). Do Bullied Children Get Ill, or Do Ill Children Get Bullied? A Prospective Cohort Study on the Relationship Between Bullying and Health Related Symptoms, *Pediatrics*, 117(5), 1568- 1574.

Forsberg, C. och Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur och Kultur, Stockholm.

Geffken, G. G., Williams, L. B., Silverstein, J. H., Monaco, L., Rayfield, A. och Bell, S. K. (2007). Metabolic control and nocturnal enuresis in children with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(1), 4-8.

Glazener, C. M. A., Evans, J. H. C. och Peto, R. E. (2004). Treating Nocturnal Enuresis: A Review of Evidence, *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 31(4), 223-234.

Lana Tsvetkova

King, I. M. (1999). A Theory of Goal Attainment: Philosophical and Ethical Implications. *Nursing Science Quarterly*, 12(4), 292-296.

King, I. M. (2007). King's Conceptual System, Theory of Goal Attainment and Transaction Process. *Nursing Science Quarterly*, 20 (2), **109-111**.

King, I. M. (1988). Concepts: Essential Elements of Theories, *Nursing Science Quarterly*, 1(1), 22-25.

*Landgraf, J. M., Abidari, J., Cilento Jr, B. G. och Cooper C. S. (2004). Coping, commitment, and attitude: Quantifying the everyday burden of enuresis on children and their families, *Pediatrics*, 113(2), 334-344.

*Morrison, M. J., Tappin, D. och Staines, H. (2000). 'You feel helpless, that's exactly it': parents' and young people's control belief about bed-wetting and the implications for practise, *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1216-1227.

Olsson, H. och Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Liber, Stockholm.

Polit, D. F. och Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practise*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

*Rocha, M. M., Costa, N. J. och Silvaes E. F. M. (2008). Changes in Parents' and Self-Reports of Behavioral Problems in Brazilian Adolescents after Behavioral Treatment with Urine Alarm for Nocturnal Enuresis, *International Brazilian Journal of Urology*, 34,(6), 749-757.

*Ronen T., Hamama L. och Rosenbaum M. (2012). Enuresis - children's predictions of their treatment 's progress and outcomes, *Journal of Clinical Nursing*, 22, 222-232.

Lana Tsvetkova

*Senbanjo, I.O., Oshikoya, K.A. och Njokanma, O.F. (2011). Micturitional dryness and attitude of parents towards enuresis in children attending outpatient unit of a tertiary hospital in Abeokuta, Southwest Nigeria. *African Health Science*, 11(2), 244-251.

*Schlomer, B. Rodriguez, E., Weiss, D. och Copp, H. (2013). Parental belief about nocturnal enuresis causes, treatments, and the need of to seek professional medical care. *Journal of Pediatric Urology*, 9(6), 1043-1048.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*, The Free Press, New York.

Thiedke C. C. (2003). Nocturnal enuresis, *American Family Physician*, 67(7), 1499-1506.

Artiklar markerade med * ingår i det urval av artiklar som analyserats

Bilaga 1

Översikt artiklarnas innehåll

Författare	Syfte	Resultat
Axelrod, m.fl. (2014)	Att studera effekterna av att använda ett belöningssystem i kombination med urinalarm.	Studien visar att för barn där inte bara urinalarm gett positiva effekter, kan kombinationen med ett belöningssystem ge förbättringar.
Boiscair-Fahey (2009)	Att besvara om barn med enures kan få stöd från skolsköterskan och lärare samt kan individuella hälsoplaner minska inkontinensen.	Samtliga barn hade fått skolans stöd (skolsköterskan och lärare) och 92 % visade upp minskad kontinens.
Butler, m.fl. (2005)	Att förstå vilka föräldrars strategi, både tidigare och för tillfället för att hantera sina sjuåriga barns enures.	40,8 % av föräldrarna hade använt minst en av de elva studerade strategierna. Begränsa vätskeintaget samt att lyfta upp barnet och ta det till toaletten var de vanligaste strategierna.
Butler, m.fl. (2006)	Att identifiera variabler associerade till enures.	Barn med polysymptomatisk enures visade oftare upp flera episoder av enures, större behov av att gå på toaletten under dagen och att inte vara torra under dagen. Vad gäller de psykologiska variablerna var det ingen skillnad mellan formerna.
Butler och Heron (2007)	Att studera vilka problem i vardagen som enures ledde till bland nioåringarna.	Enures leder till såväl praktiska som sociala problem, men flickor upplever de sociala problem som störst medan pojkar tycker icke-sociala problem, som olika fysiska aktiviteter och sport.
Can, m.fl. (2004)	Att beskriva vilka typer av misshandel som sker p.g.a. enures samt hur de olika typerna av misshandel var associerade.	86,4 % av mödrarna hade utsatt barnen för misshandel. Vanligast var smisk (42,1 %), att negligera behovet av vård (40,6 %) samt fysisk misshandel (12,8 %).
Cederblad, m.fl. (2013)	Att undersöka vilka vardagsproblem föräldrar med barn som lider av enures har samt beskriva deras stödbehov från hälso- och sjukvården.	Sex tema identifieras: enures är socialt stigmatiserande och utgör ett socialt handikapp, man tar till alla praktiska medel som finns, det leder till frustration i familjen, skydd av barnet från att retas och mobbas, stöd från vården skulle hjälpa och det är något som man får leva med. Föräldrarna har två förhållningssätt; den första är ”den oroliga nattvätare” och den andra ”obekymrade våta sängfixarna”.
Collier, m.fl. (2002)	Att undersöka självbilden och självkänslan hos barn med enures samt koppla det till demografiska variabler.	Ålder och omfattning av enures hade ingen relation med självbilden och självkänslan. Flickors självbild påverkades mer än pojkars. Barn med sekundär enures hade en mer positiv självbild än de med primär självbild. Inga samband med självkänslan identifierades.
Dunlop (2005)	Att undersöka föräldrars kunskap om enures samt deras förväntningar av stöd och information från hälso- och sjukvården.	82 % av föräldrarna vill att hälso- och sjukvården om deras barn är sängvätare vid sex års ålder. Hälso- och sjukvården tar aldrig upp frågan. De flesta föräldrar har dålig kunskap om enures och har behov av information.
Ertan, m.fl. (2009)	Att undersöka om enures leder till sämre livskvalité och sömnkvalité.	Fysiskt välmående, känslomässigt välmående, vänner och vardagliga funktioner påverkas inte av enures. Sömnkvalitén var högre bland barn med enures, men sambandet var inte statistiskt <u>signifikant</u> .

Bilaga 1 Översikt artiklarnas innehåll (fortsättning)

Författare	Syfte	Resultat
Fekkas, m.fl. (2006)	Att undersöka om viktimisering leder till psykosomatiska och psykosociala symptom eller om det omvända förhållandet råder.	Barn som mobbas har en större sannolikhet att få enures, men barn som var sängvätande hade inte större risk att mobbas.
Landgraf, m.fl. (2004)	Att utveckla och utvärdera en klinisk enkät som skulle kunna användas för att kontrollera och följa barn och ungdomars enures.	Barnets coping-förmåga och engagemang och samhörigheten i familjen och frustration påverkar hur barnets enures påverkar familjen.
Morrison, m.fl. (2000)	Att utvärdera föräldrars och barns övertygelse att kontrollera behandlingen samt undersöka relationen barns uthållighet med behandlingen.	38 % gick in i behandlingen med tro att de skulle bli bra, vilket blev en självuppfyllande profetia. Förväntningarna och tro på sin förmåga är avgörande för resultatet på behandlingen.
Rocha, m.fl. (2008)	Att jämföra föräldrars och barns syn på barnets problem före och efter behandling med urinalarm.	Barn med enures har inte större internaliserande problem. Föräldrar uppfattar att barnet har andra problem vid sidan om enures, men att problemen försvinner med behandlingen.
Ronen, m.f.l. (2012)	Att undersöka hur sjuksköterskor kan använda barns förmåga att förutse resultaten av behandlingen som en faktor som bidragande orsak till tillfrisknande.	Barns förmåga att planera och förutse kan bidra till ett positivt resultat av behandlingen. Sjuksköterskan kan utveckla den förmågan.
Senbanjo, m.fl.(2011)	Att undersöka vid vilken ålder barn blir torra samt föräldrarnas attityd till enures.	Vid 36 månader hade 26,7 % av barnen nattlig enures. 9,8 % av föräldrarna såg det som ett hälsoproblem och ville ha kontakt med hälso- och sjukvården.
Schlomer, m.fl. (2013)	Att bättre förstå föräldrars tro om orsakerna och behandlingen av <u>enures</u> .	De vanliga orsakerna ansågs djup sömn, okänt och lathet vara. Vanliga strategierna var att begränsa vätskeintaget och att gå på toaletten före sömn.

Bilaga 2. Översikt metod

Författare	Design	Datainsamling	Undersökningsgrupp	Bortfall	Kontroll-grupp	Dataanalys
Axelrod, m.fl. (2014)	Experimentdesign där barnen använde urinalarm kombinerat med belöningar.	Föräldrar förde statistik över våta och torra nätter.	Tre barn med enures, åtta och nio år gamla.	Ingen information.	Ingen information.	Visuell och deskriptiv metod.
Boisclair-Fahey (2009)	En fokusgrupp med föräldrar till nio barn som besökte en urologisk klinik. Barnen hade inte enures. Därefter två enkätundersökningar och mellan dessa upprättades en individuell hälsoplan.	Fokusgruppen genomfördes före huvudstudien med föräldrar till andra barn. Enkäten besvarades av föräldrarna till barnen i huvudundersökningen.	Barn mellan åtta och 14 år som led av enures. 17 barn (fyra pojkar och 13 flickor), vid 13 grundskolor. 13 barn deltog sedan i studien.	Fyra barn föll bort. Ingen information om varför.	Ingen information.	Deskriptiv statistik.
Butler, m.fl. (2005)	Enkätundersökning.	Mödrarna eller vårdnadshavare till sjuåriga barn svarade på enkäten om vilka strategier föräldrarna haft för att hantera barnets enures. Undersökningen avser en större databas av 13971 barn födda 1991 och 1992 i regionen Avon i England.	Enkäten fylldes i när barnet var runt 91 månader. Totala populationen som erhöll enkäten var 13971 varav 8269 responderade. Av dessa svarade 3376 att de använt åtminstone en strategi.	Av de 8269 uppfyllde 3376 urvalskriterierna.	Ingen information.	Deskriptiv statistik.
Butler, m.fl. (2006).	Enkätundersökning.	Mödrarna fyllde i en självadministrerad enkät där barnets enures samt hälsotillstånd studerades. Undersökningen avser en större databas av 13971 barn födda 1991 och 1992 i regionen Avon i England.	194 barn med enures varav 135 pojkar och 59 flickor, var det slutliga urvalet.	Enkäten distribuerades till 11021 föräldrar. 8242 svarade och 7925 barn mötte inklusionskriterierna. Av dessa 217 enures men 23 plockades bort då den var utvecklingsstörda eller led av andra sjukdomar.	Ingen information.	SPSS 12.0.1

Bilaga 2. Översikt metod (fortsättning)

Författare	Design	Datainsamling	Undersökningsgrupp	Bortfall	Kontroll-grupp	Data-analys
Butler och Heron (2007)	Enkätundersökning.	Enkäten skickades till föräldrarna, som svarade. Undersökningen avser en större databas av 13971 barn födda 1991 och 1992 i regionen Avon i England.	Enkäten distribuerades till 10985 nioåringar i Sydvästra Englands. 8209 svar kom in. 48,9 % pojkar och 51,1 flickor.	Ett bortfall på 25,3 % . Ingen bortfallsanalys.	Ingen information.	”Latent trait analysis approach” med hjälp av Mplus Ver. 4.2.
Can, m.fl. (2004)	En tvärsnittsstudie med föräldrar i en region i Turkiet.	Intervjuer med hjälp av enkät ansikte-mot-ansikte med föräldrar.	Slumpmässigt urval ledde fram till 889 mödrar till barn mellan 5 och 17 år.	Oklart, information om att fem mammor undvek att svara.	Ingen information.	Chi-square test.
Cederblad, m.fl. (2013)	En kvalitativ och semistrukturerad metod med djupintervjuer.	Intervjuer med föräldrarna från 35 till 90 minuter, som spelades in på band.	Tre pappor och tio mammor med enures. Ingen relation mellan dessa föräldrar.	Alla tillfrågade valde att medverka.	Ingen information.	Systematisk textkondensering SPSS 9.0. Linjär regressions-analys.
Collier, m.fl. (2002)	Longitudinell studie över 2,5 år. Studien gjordes före behandling. Enkätundersökning.	Barnen fyllde i en enkät om självkänsla och en enkät om självbilden.	I urvalet ingick 114 barn varav 72 pojkar och 42 flickor med enures. Genomsnittsåldern var 9,5 år.	Tre barn valde att inte medverka.	Ingen information.	Deskriptiv statistik.
Dunlop (2005)	Enkätundersökning	Deltagarna ringdes upp av intervjuare. Fyra försök per hushåll. Ett datoriserat uppringningssystem.	Sannolikhetsurval identifierade en population av 4163 föräldrar till barn i åldern 3-14 år. 745 ifyllda enkäter var användbara.	Ett bortfall av 3418 deltagare. Ingen bortfallsanalys.	Ingen information	SPSS 13.0
Ertan, m.fl. (2009)	Barnläkare intervjuade. Därefter studerades sömnkvaliteten och barnets fysiska och psykiska hälsa.	Barnen fyllde i de två enkäterna.	44 barn (13 pojkar och 31 flickor) i åldern 6-15 år, som med enures.	Ingen information.	En grupp med 27 barn var kontroll-grupp.	SPSS/PS version 11.
Fekkas, m.fl. (2006)	Enkätundersökning gjorde vid två tillfällen med sex månaders skillnad.	Enkäten fylldes i av barn i åldern 9-11 klassrummet vid 18 grundskolor i Nederländerna. Situationen påminde om ett skriftligt prov.	Totala populationen på skolorna var 1597 barn. 1552 fyllde i enkäten vid första tillfället och 1118 vid andra tillfället. Medelåldern var tio år. 50,3 var flickor.	De 433 som inte deltog vid andra tillfället analyserades men visade inte upp något speciellt. 310 av dessa hade haft mycket att göra i skolan.	Ingen information	

Bilaga 2. Översikt metod (fortsättning)

Författare	Design	Datainsamling	Undersökningsgrupp	Bortfall	Kontrollgrupp	Dataanalys
Landgraf, m.fl. (2004)	Enkätundersökning.	Enkäten fylldes i av föräldrar vid besök på fem specialiserades kliniker i USA.	Barnen skulle vara minst fem år och ha tid på kliniken för problem med enures. Slutliga urvalet 208 deltagare (55 % flickor).	Ingen information.	Ingen information.	Revised Multi-trait/Multi-item Analysis Program
Morrison, m.fl. (2000)	En longitudinell studie. Enkätundersökning	Intervjuer gjordes med hjälp av två enkäter. Efter sex månader gjordes för studera resultaten av behandlingen.	40 barn och ungdomar mellan fem och 18 års, som vårdades vid en enuresklinik i Glasgow.	Två tillfrågade valde att inte delta.	Ingen information.	Deskriptiv statistisk Chi-squared test.
Rocha, m.fl. (2008)	De beteendemässiga problemen mättes med hjälp av Achenbach System of Empirically Based Assessment .	Enkäten fylldes i före en behandling med urinalarm under 40 veckor. Därefter fylldes enkäten i igen.	19 ungdomar (13 pojkar och sex flickor) med en medelålder 12,32 år.	Ingen information	Ingen information.	Chi-squared test och ANOVA:
Ronen, m.f.l. (2012)	Under 16 veckor fick deltagarna träna självkontroll samt planera och förutse hur mycket och ofta de skulle kissa på sig under natten. Behandlingen kompletterades med enkäter.	Barnen svarade på tre enkäter och föräldrarna svarade på en enkät före behandlingen inleddes.	Det slutliga urvalet (101 barn) bestod av 67 pojkar och 34 flickor, som vårdades vid en klinik Israel. 25 barn valdes bort.	Ingen information.	Deltagarna delades in i tre grupper: 31 som inte gjorde plan, 32 som gjorde en plan i början samt 38 som gjorde en plan en gång/vecka.	ANOVA och kross-tabulering.
Senbanjo, m.fl.(2011)	En strukturerad enkät.	Enkäten om barnen fylldes i av vårdnadshavare eller föräldrar.	346 barn mellan 12 och 168 månader som vårdats för en allvarlig sjukdom på sjukhus i Nigeria.	Elva barn exkluderas från studien.	Ingen information.	SPSS
Schlomer, m.fl. (2013)	Enkätundersökning.	Självalministrerad enkät, utdelades i väntrummet på en urologisk avdelning för barn.	Uppskattningsvis 1000 besök på kliniken under tio månader. 216 föräldrar till barn som besökte kliniken.	Ingen information.	Ingen information.	Stata version 12.