

Det helsevitenskapelige fakultet

Barn og enurese

En kvalitativ studie om håndtering av enurese, fra et mødreperspektiv

Anita Maristad

Masteroppgave i helsefag, studieretning helsesøster

Mai 2017

Antall ord: 23492

FORORD

Jeg føler meg privilegert som har fått muligheten til å fordype og engasjere meg i eget fagfelt, og den lærerike prosessen frem til fullført masteroppgave, selv om den har inneholdt både opp- og nedturer. Jeg er ydmyk og takknemlig ovenfor alle som har bidratt til at jeg nå kan se tilbake på et fullført prosjekt.

*Takk til alle som bidro i rekrutteringsarbeidet til studien, og en spesiell takk til **informantene** for at dere delte deres erfaringer og opplevelser om dette temaet.*

*Takk for stødig veiledning av oppgaven, **Marit**.*

*Takk til medstudenter og lærere for fine og givende samlinger i Tromsø, og mest av alt en takk til medstudent **Linn**. Din godhet varmer meg langt inni hjertet!*

*Takk for forståelse, støtte og tilrettelegging fra min arbeidsgiver Lillesand kommune, og mine flotte **kollegaer** på helsestasjonen i Lillesand.*

*Takk for din tålmodighet og for at du har holdt fortet hjemme, **Dag**, og for at du også denne gangen har hatt tro på meg når jeg selv har tvilt.*

*Takk for gode klemmer og all forståelse for at mamma har vært mye opptatt, jeg ser veldig frem til mer tid sammen med dere igjen, **Noah og Mali**.*

Til sist en takk til alle andre som har bidratt med noe på sin måte. Positive ord, og det at dere har hatt tro på meg, har betydd mye.

Anita Maristad
Lillesand, mai 2017

SAMMENDRAG

Bakgrunn for oppgaven: Fra min praksis som helsesøster har jeg møtt flere barn som har hatt enurese. Min opplevelse etter disse møtene var at barna og familiene stresset mye med dette. Helsesøster har en unik mulighet til å fange opp barn som har enurese, fordi hun møter de fleste barn til førskoleundersøkelse. Mitt ønske ble da å få medvirke til en bedre forståelse av hvordan barn som har enurese og deres familier mestrer å leve med denne tilstanden, og å se på om det er noe helsesøster kan bidra med i forhold til barnas helse.

Problemstilling: *Hvordan mestrer barn i 7-årsalderen og deres mødre å leve med enurese?*

Teori: Studiens teoretiske rammeverk bygger på kunnskap om enurese og barns utvikling i tidlig skolealder. Mestring, som belyses gjennom Lazarus og Folkmans teori og Antonovskys salutogene modell, samt arbeidsmetoder som kan bidra til mestring.

Metode: Studien er kvalitativ, og data er samlet inn ved hjelp av fem semi-strukturerte dybdeintervju av mødre til barn som har enurese. Systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011) er benyttet for å analysere mødrenes beskrivelser.

Resultat: Funnene viser at barna og mødrene «gjør minst mulig ut av» det at barna har nattevæting, og at mødrene er opptatt av at de ikke må «legge stein til byrden» for barna. Barnets behov for å skjule nattevætingen for andre enn nærmeste familie, og at mødrene noen ganger lar seg frustrere av at det er vått igjen, kan noen ganger være utfordrende. Barna og mødrene opplever det som betryggende å få kunnskap om diagnosen, og å få vite at dette ikke er uvanlig. Samtidig ønsker de at helsepersonell skal være mer tilgjengelig og tilby hjelp.

Konklusjon: Det kan synes som at barna og mødrene har mange gode strategier relatert til å leve med enuresen, men at de har mindre tro på og overskudd til å ta tak for å gjøre noe med selve nattevætingen. Helsesøster kan og bør bidra slik at barn og foreldre får styrket sin mestringskapasitet. Det kan synes som at det mangler både et system som identifiserer de barna som har enurese, og et system som i større grad sikrer oppfølging av barna og deres foreldre.

SUMMARY

Background: From my line of work as a public health nurse, I have encountered many children with enuresis. My experience from these meetings, was that the children and their families were experiencing a lot of stress as a result of this. In light of the mandatory pre-school examination, the public health nurse has a unique position when it comes to identifying children with enuresis. My goal was therefore to contribute to a better understanding of how children with enuresis and their families manage living with this condition, and to see if there is anything the public health nurse can do for the children's health.

Research question: How do children at the age of 7 and their mothers adapt in order to cope living with enuresis?

Theory: The theoretical framework for the study builds on knowledge of enuresis and children's development at an early school age. Coping, through the theories of Lazarus and Folkman, and Antonovsky's salutogenetic model. At last, public health nurses's work methods that can contribute to coping.

Method: This is a qualitative study, and data is collected through the use of semi-structured depth interviews of mothers of children with enuresis. Systematic text condensing (Malterud 2011) is used to analyze the mothers' descriptions.

Results: The findings show that both the children and the mothers are not «making a big issue» out of the fact that the children are challenged with enuresis. The mothers emphasize that they should not add more weight on the child's shoulders, not making it a bigger problem than necessary. The child's need to hide the enuretic problem to all others than the closest family, in combination with the mothers' frustration with wet bed linen, can sometimes be challenging. Both the children and the mothers find comfort in better knowledge of the diagnosis, and from hearing that this is a common widespread diagnosis. Simultaneously they want a better availability of the public health nurse and that she offers help.

Conclusion: It may seem as the children and the mothers have many good strategies in order to live with the enuresis. However, the enuretic problem itself is often not dealt with actively, due to doubt that something can be done and a lack of surplus. The public health nurse can and should contribute to strengthening the children's and their parents' ability to cope with

enuresis. There seems to be a lack of system that identifies the children with enuresis, and that to a much wider extent follows up the children and their parents afterwards.

Innholdsfortegnelse

Forside	i
Forord	ii
Sammendrag	iii
Summary	iv
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Helsesøsters oppgaver og ansvarsområder	1
1.3 Tidligere forskning	2
1.4 Presentasjon av problemstillingen	7
1.5 Begrepsavklaring og avgrensing	7
1.6 Oppgavens oppbygning	7
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	9
2.1 Enurese	9
2.2 Barns utvikling i tidlig skolealder	12
2.3 Mestring	14
2.3.2 Mestringsteori i lys av Lazarus og Folkmann	15
2.3.3 Salutogenese	17
2.3.4 Arbeidsmetoder hos helsesøster som kan bidra til mestring	19
3.0 METODE	21
3.1 Kvalitativ metode med fenomenologisk hermeneutisk tilnærming	21
3.2 Utvalg	23
3.3 Semistrukturert livsverdenintervju	24
3.4 Transkribering	26
3.5 Analyse	26
3.6 Oppgavens troverdighet	30
3.7 Forskningsetiske overveielser ved prosjektet	31
3.8 Meldeplikt for gjennomføring av studien	32
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	33
4.1 Lever med enurese uten å «gjøre noe ut av det»	33
4.1.1 Barna «lever godt» med enuresen hjemme	33

4.1.2 Foreldrene tenker «det ordner seg».....	34
4.1.3 Velfungerende praktiske ordninger.....	34
4.2 Foreldrene er opptatt av at de ikke må «legge stein til byrden».....	34
4.2.1 Å trygge barnet	35
4.2.2 Ikke gjøre nattevætingen til et problem	35
4.3 En utfordring å holde det innad i familien og å ikke "gjøre noe ut av det".....	36
4.3.1 Barnets behov for å skjule det for andre	36
4.3.2 Foreldrenes ønske om å ikke la seg frustrere.....	37
4.4 Betyggende å få kunnskap om enurese og å vite at det ikke er uvanlig.....	38
4.4.1 En betryggelse å få råd og dele erfaringer	38
4.4.2 Ønsker at helsepersonell tilbyr hjelp.....	39
5.0 DISKUSJON/DRØFTING.....	40
5.1 Lever med enurese uten å «gjøre noe ut av det».	40
5.1.1 Barna «lever godt» med enuresen hjemme	40
5.1.2Foreldrene tenker «det ordner seg».....	41
5.1.3 Velfungerende praktiske ordninger.....	42
5.2 Foreldrene er opptatt av at de ikke må «legge stein til byrden».....	43
5.2.1 Å trygge barnet, og ikke gjøre nattevætingen til et problem	44
5.3 En utfordring å holde det innad i familien og å «ikke gjøre noe ut av det»	46
5.3.1 Barnets behov for å skjule det for andre	47
5.3.2 Foreldrenes ønske om å ikke la seg frustrere.....	49
5.4 Betyggende å få kunnskap om enurese og å vite at det ikke er uvanlig.....	51
5.4.1 En betryggelse å ha noen å få råd av og å dele erfaringer med.....	51
5.4.2 Foreldrene ønsker at helsepersonell skal gjøre seg tilgjengelig og tilby hjelp	52
5.5 Styrker og begrensninger ved studien	54
6.0 AVSLUTNING	56

Litteraturliste

- Vedlegg 1 Litteraturliste
- Vedlegg 2 Informasjonsskriv til Rådmann
- Vedlegg 3 Informasjonsskriv til foreldre/foresatte
- Vedlegg 4 Samtykkeskjema
- Vedlegg 5 Intervjuguide
- Vedlegg 6 Godkjenning NSD
- Vedlegg 7 Tilbakemelding fra REK

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Fra min praksis som helsesøster har jeg møtt mange familier med barn i førskole- og småskolealder, som tisser på seg på natta. I disse møtene har flere av foreldrene fortalt at de har prøvd ut mange tiltak, og de har uttrykt fortvilelse på vegne av barnet. Jeg har også fått høre gjentatte ganger at foreldre har fått tilbakemelding fra helsestasjonen om at det ikke har noen hensikt å prøve ut behandling før barnet er rundt 8 år, og at de føler seg veldig alene da de ikke har blitt tilbudt noen annen form for oppfølging. En mor fortalte meg at hennes sønn på 5 år hadde fått problemer med obstipasjon. Da de skulle sette inn tiltak for å bedre dette viste det seg at gutten hadde drukket minimalt i en lengre periode. Han hadde tenkt at om han sluttet å drikke, måtte han vel slutte å tisse på seg også. Den samme gutten hadde i samme periode funnet på unnskyldninger for å unngå overnatting hos bestekompisen som han tidligere hadde overnattet hos uten problemer. Det var møtene med alle disse menneskene som fikk meg til å reflektere over temaet om større barn som tisser på seg, hvordan dette påvirker barnet og familien, og min rolle som helsesøster i forhold til disse.

Ifølge Mattsson (2011) har et flertall av barna blitt tørre både dag og natt når de er 3-4 år, og når de er 5-6 år har andelen økt til rundt 80 %. Han viser videre til ulike studier som belyser at urininkontinens forekommer hos 10-15 % av ellers friske barn når de er 6-7 år. Sillén og Kruse (2011) anslår at 7-10 % av sjuåringene fortsatt tisser på seg på natta. Ifølge Lindgren et al. (2013) har cirka to barn i hver klasse ved 7-års alder dette problemet. Grøholt, Garløv, Weidle og Sommerschild (2015) viser til at 10 % av sjuåringene har nattevæting uavhengig av kultur, og at det forekommer hyppigere hos gutter enn hos jenter. Når ellers friske barn har sporadisk urinlekkasje på natta etter fylte 5 år betegnes det som nattevæting (Grøholt et al., 2015; Nevéus, 2011a), og som tallene over viser dreier det seg om en relativt stor gruppe barn. Nevéus (2011a) viser videre til at det vitenskapelige begrepet på nattevæting er enurese.

1.2 Helsesøsters oppgaver og ansvarsområder

Helsesøstertjenesten har som formål å bidra til å forebygge sykdom og å fremme god fysisk og psykisk helse hos barn og unge i alderen 0-20 år, samt blivende foreldre. Tjenesten skal være et lavterskeltilbud, som betyr at den skal være lett tilgjengelig for alle i målgruppen

(Sosial og helsedirektoratet, 2004). I det forebyggende arbeidet er det ifølge Kvarme (2007, s. 28) spesielt viktig å fokusere på barn og unge som lever med risiko for å utvikle sykdom eller skade, og hun utdyper med at det ofte dreier seg om å avdekke behov så tidlig som mulig slik at problemene ikke får utvikle seg. I henhold til anbefalt helsestasjonsprogram tilbys blant annet skolestartundersøkelse til alle 5-6 åringer og deres foreldre. Det vil si at alle barn er tilbudt en konsultasjon med helsesøster og lege like før skolestart, eller rett etter (Sosial og helsedirektoratet, 2004, s. 57). I en slik målrettet screeningundersøkelse gis familien mulighet til å ta opp problemer hos barnet, mens helsesøster og lege gis mulighet til å kartlegge helseutfordringer hos barnet/familien og eventuelt tilby oppfølgingsundersøkelser (Glavin, 2007; Sosial og helsedirektoratet, 2004). Dette gir oss en unik mulighet til å fange opp de barna som har enurese. Det at lege også er en del av denne undersøkelsen bidrar til at veien for å utelukke differensialdiagnoser er kortere og at helsesøster og lege lettere kan samarbeide om å lage en felles plan for oppfølging.

Sosial og helsedirektoratet (2004) har vektlagt nettopp at helsesøsters nærhet gir henne god mulighet til å ivareta sin målgruppe, og fremhever: «Gjennom kontakten med nær alle familier, barn og ungdom sikrer tjenesten hele befolkningen tilbud om vaksiner, helseundersøkelser og informasjon om hvordan forebygge sykdom og skader, og støtte til mestring og positiv utvikling» (s. 10). I anbefalingen fremheves også at helsesøster har en viktig rolle knyttet til å sette foreldre, barn og unge positivt i stand til å påvirke egen helse, trivsel og mestring, og at hun må sette fokus på metoder og prosesser som fører frem til dette (s. 28).

Min undring er da hvordan det er å leve med enurese for barna og foreldrene, og hvordan jeg som helsesøster best kan ivareta denne gruppen. Dette er kunnskap jeg forsøker å belyse i denne studien.

1.3 Tidligere forskning

Jeg har søkt etter aktuell forskning med relevans for min tilnærming til enurese i ulike databaser, og søkene har pågått i hele skriveperioden fra august 2016 til april 2017.

Databasene Pubmed og Embase innehar mange artikler om enurese, men i hovedsak med en medisinsk tilnærming og fokus på årsaker og behandlingsformer. Jeg valgte av den grunn å gjøre mer systematiske søk i databasene Swemed+, Cinahl, og PsycInfo fordi disse ga flere

treff knyttet til mitt interessefelt. Jeg søkte primært på forskning fra de ti siste årene, da jeg ønsket oppdatert forskning, men utelot ikke å sette meg inn i eldre studier med særlig relevans. Jeg hadde ikke noen eksklusjonskriterier knyttet til land, men var interessert i å være åpen for de studiene som er gjort, og ga hensynet til studiens innhold og metode mest oppmerksomhet. Jeg brukte tid på å finne gode søkeord og grupperte disse sammen. Søkeordene som ble gruppert var ulike varianter av enuresis, public health nurse, parents, family, coping og experience, herunder blant annet quality of life, shame og self-esteem. Gruppene av søkeord ble så kombinert sammen på ulike måter, og de ulike kombinasjonene ble deretter begrenset til å gjelde barn og unge. Jeg gjorde også et begrenset søk i helsebiblioteket, Bibsys, Norart og Google scholar, men det var ikke noen andre søkeord eller ordkombinasjoner som ga relevante treff i disse databasene.

Jeg fikk god innsikt i feltet, og økt kunnskap ved å sette meg inn i tidligere forskning på denne måten. Jeg vil nå presentere et utvalg forskningsartikler med relevans for min problemstilling. Ingen av studiene er norske. Det kan være flere studier med relevans, men min vurdering er at studiene som her presenteres gir et godt bilde av dagens forskning. De ulike forskningsartiklene vil også være presentert i en egen litteraturmatrikse (vedlegg 1).

I en kvalitativ studie fra Sverige av Cederblad, Nevéus, Åhman, Efraimsson og Sarkadi (2013), ble det utført intervju med foreldre til 13 barn med enurese i alderen 6-9 år. Etter at intervjuene var analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering ble det dratt ut seks temaer: Enurese er sosialt stigmatiserende og et handikap, alt som kan prøves ut hjemme er utprøvd, enurese fører til frustrasjoner i familiene, barna må beskyttes mot sladder og erting, støtte fra fagpersoner ville vært til hjelp, og at det er noe de bare må leve med. Det ble konkludert med at det er stressende for foreldrene å ha et barn med enurese, selv om de prøver hardt på å frita barna fra å føle på skyld. Foreldre ønsker at helsesøstre rutinemessig skal spørre om dette temaet «at the early check-up», da det kan være vanskelig å ta det opp selv. Det fremkommer at det er behov for informasjon om både årsak, mulig behandling, og generell støtte.

I en case-control-studie fra Tyrkia av Egemen, Akil, Canda, Ozyurt og Eser (2007), ble det satt fokus på å evaluere livskvaliteten til mødre av barn med enurese. 28 mødre med barn som hadde nocturnal enurese ble sammenlignet med 38 mødre med barn uten noen helseproblemer. Det var ingen store forskjeller i bakgrunnsvariabler. Gjennomsnittsalder på barna var rundt 8 ½ år. Short-Form Health Survey (SF-36) Questionnaire, the Bech

Depression Inventory (BDI) og Spielberg's State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ble anvendt på samtlige mødre. Funnene i studien viste at det er en signifikant forskjell mellom gruppene knyttet til BDI, gjennomsnittsskåren var høyere hos mødre til barna med enurese. Det var liten forskjell mellom mødre knyttet til STAI, men igjen signifikant forskjell mellom mødre knyttet til de delene av SF-36 som dreide seg om kroppslige smerter og det emosjonelle. Studien konkluderer med at det i behandlingen av enurese også vil være viktig å vurdere barnets psykososiale fungering og foreldrenes stressnivå.

En annen case-control-studie fra Tyrkia av Üçer og Gümüş (2013), hadde som mål å sammenligne en gruppe barn med enurese med en gruppe friske barn ved å vurdere depresjonsskala, livskvalitet og søvnkvalitet. Det var 101 barn med enurese som deltok i studien, og 38 i kontrollgruppen, med et aldersspenn på 8-16 år. Kartleggingsskjemaene Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0), Depression Scale for Children (CES-DS) og Pittsburgh Sleep Index (PSQI) ble brukt som testredskaper. De to gruppene ble også sammenlignet i forhold til demografiske faktorer, og det var ingen forskjeller mellom dem hva angår alder, kjønn og demografi. Livskvalitet, depresjon og søvnkvalitet viste derimot at gruppen med enurese hadde større utfordringer enn kontrollgruppen. Alle funnene som ble gjort viste at barn med enurese ble påvirket negativt av sykdommen, og det var spesielt når de kom litt opp i alder at helsen ble påvirket negativt. Forskergruppen anbefaler av den grunn at behandling må startes i passende alder i henhold til anbefalingene.

En tredje case-control-studie fra Tyrkia, denne gangen av Ertan et al. (2008), ønsket å evaluere forverringer i livskvalitet og søvnkvalitet og mulig påvirkning mellom disse to hos barn med enurese. Studien besto av 44 barn med enurese, og 27 barn uten enurese, i alderen 6-15 år. Kartleggingsskjemaene KINDL QoL og Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ble brukt på alle barna. Det ble slått fast at når enuresen vedvarte over tid, ble selvtilliten forverret og på den måten også livskvaliteten. Dessuten var det en sammenheng mellom fysisk velvære og ulike målinger for søvnkvalitet. Forfatterne hevder resultatene viser nødvendigheten av en global evaluering av livskvalitet og søvnkvalitet hos barn med enurese, for å øke effektiviteten av helsetjenestene.

En italiensk case-control-studie av Coppola, Costantini, Gaita og Saraulli (2011) hadde som mål å bidra til økt forståelse av den sosioaffektive og følelsesmessige fungeringen hos barn med enurese, ved at fire sentrale dimensjoner ble utforsket: Tilknytning, selvfølelse, selvkontroll og temperament. 44 barn og deres mødre fra den italienske middelklassen ble

inkludert i studien. 22 av barna hadde enurese, og ble vurdert opp mot 22 barn uten enurese som var av samme kjønn og i samme alder. Data ble innhentet gjennom rapporter fra mødre og individuelle samtaler med barna. Med hensyn til sosiodemografiske ulikheter ble det gjort funn knyttet til større tilknytningsproblematikk, lavere selvfølelse og mer atferdsproblemer i gruppen av barn med enurese, enn i kontrollgruppen. Det ble ikke gjort noen funn som tilsa ulikheter i temperament. Studien konkluderer med at funnene støtter tanken om at enurese påvirker atferd psykisk så vel som fysisk. Noe som rent praktisk er med på å understreke at leger ikke må undervurdere denne forstyrrelsen – men at den bør behandles med medisiner, og at det bør vies oppmerksomhet til de psykologiske utfordringene for disse pasientene.

En kvantitativ studie fra Sverige av Lindgren, Mattsson, Mattsson og Nevéus (2013) ønsket å kartlegge skolehelsetjenestens håndtering av enurese. Det ble sendt ut brev med undersøkelse som besto av 20 spørsmål som gjaldt skolehelsetjenestens oppfatning knyttet til ulike problemstillinger i forhold til enurese. 182 av 297 ga svar, i hovedsak helsesøstre. I konklusjonen kom det frem at det vanligvis var helsesøstre som tok seg av barn med enurese, som oftest ved rådgivning til barnets familie. Desmopressin var som oftest et førstevalg i behandlingen, deretter enuresealarm. Anbefalt alder for oppstart med behandling var fra 6 år, men en tredjedel av de som besvarte studien anså 5½ år som passelig alder for oppstart med behandling, selv om anbefalt alder fra Swedish Enuresis Academy er 6 år. En del barn med enurese ble ofte ikke fanget opp i helsesystemet, til tross for at det var nokså gode rutiner for overføring fra helsestasjonen til skolehelsetjenesten. De ble glemt, eller savnet oppfølging. I resultatene fra studien anbefales det at ukomplisert enurese behandles i primærhelsetjenesten med støtte fra skolehelsetjenesten.

En engelsk oversiktsartikkel av Fleming (2012) belyser at enurese kan ha negativ innvirkning på barnets selvtillit, og stor påvirkning på familiene, samt at det er en av få medisinske tilstander som forhindrer barn i å ta del i sosiale aktiviteter som overnatting hos venner, skoleturer og camping med venner. I artikkelen ble det trukket frem fem viktige punkter: Det bør gis informasjon om at det ikke er barnets feil, informasjon om enurese, samt støtte og evt. henviser, en må ta hensyn til familiens behov og forholdene rundt, barn under 7 år må ikke ekskluderes fra behandling, og en bør gi råd om adekvat væskeinntak og regelmessige toalettbesøk. Artikkelen avsluttes med at alle sykepleiere som jobber med barn og familier har en enestående posisjon til å støtte de som har enurese-problematikk. De bør gi informasjon, råd og evt. henviser til behandling.

En oversiktsartikkel fra India med Kanitkar og Ramamurthy (2013) tar opp at enurese er et vanlig problem, viktigheten av tilpasset behandling og effekten av denne, og konsekvensene av utelatt behandling. Forfatterne viser til at det i nyere studier blir vektlagt at det er avgjørende at man ser på denne stille lidelsen med nye øyne, og kommer vekk fra at «barnet vil vokse ut av det» og «de vil ikke tisse på seg på den dagen de skal gifte seg». De tar for seg ulike årsaker og mulige behandlingsformer, og understreker at hvert barn må få individuelt tilpasset oppfølging/behandling. Artikkelen viser til at prognosene ved behandling er svært gode, selv om det ikke hjelper alle. Å identifisere en monosymptomatisk enurese er av stor betydning på grunn av de gode resultatene riktig behandling gir, spesielt knyttet til kunnskapen om at ubehandlet enurese kan føre til lav selvfølelse, påvirke skoleprestasjonene og også gi residiverende urinveisinfeksjoner.

En amerikansk oversiktsartikkel av Berry (2006) belyser årsaker og virkninger av enurese. Den drøfter behandling, inkludert alarm-behandling og medisiner, og beskriver måter som sykepleiere kan gi opplæring og støtte på. Forfatteren trekker frem at barn som er nattevætere ofte lider av skam og forlegenhet, som kan påvirke hvordan de samhandler med venner og familie, mens familien på sin side ofte føler seg frustrert og hjelpeløs. Hun hevder videre at helsepersonell muligens undervurderer tilstandens innvirkning på barna og deres familier, at de ofte ikke klarer å gjøre gode vurderinger og/eller at det ender opp med at de råder foreldre til å utsette behandlingen. Selv om flestparten av barna vil vokse av seg tilstanden, hevder forfatteren at det ikke er godt nok med en vente-og-se-tilnærming dersom enuresen påvirker barnets selvtillit og samhandling med andre, eller forårsaker stress i familien.

Som det fremkommer her er det gjort flere studier som på ulike måter belyser at enurese kan medføre mange utfordringer for barna som er rammet, spesielt når det vedvarer over tid, og at det kan medføre stress også for foreldrene. Det fremkommer også at det er ønskelig at fagpersoner må komme mer på banen, både av foreldrene og av de som forsker i feltet, samt en undring i forhold til om vi er for avventende med behandling. Ved å få denne innsikten ble min undring over hvordan det å ha enurese oppleves for barna og deres familier, og min rolle som helsesøster for disse, forsterket.

1.4 Presentasjon av problemstillingen

I denne studien setter jeg fokus på barn og deres mødres opplevelse av enurese. På den måten søker jeg å skape en dypere forståelse av hvordan det er å leve med enurese, som et grunnlag for å kunne bidra positivt inn i disse familiene. Min problemstilling er:

Hvordan mestrer barn i 7-årsalderen og deres mødre å leve med enurese?

Jeg har valgt barn i 7-årsalderen fordi dette er en alder hvor 7-10 % av barna har enurese (Sillén og Kruse, 2011) og problematikken fortsatt er utbredt, samtidig som barna og mødre har kjent på det å leve med enuresen en stund og har erfaringer de kan dele.

1.5 Begrepsavklaring og avgrensning

Enurese

Enurese eller nattevæting er sporadisk urinlekkasje på natta etter fylte 5 år, hos ellers friske barn (Grøholt et al., 2015; Nevéus, 2011a;). Det skilles mellom primær og sekundær enurese. Om barnet som har enurese tidligere har vært tørt i et halvt år eller mer kalles det sekundær enurese, ellers er den primær. Det er ingen stor forskjell mellom disse, men barn med sekundær enurese har oftere andre problemer samtidig (Nevéus, 2011a). I fortsettelsen av oppgaven vil begrepet nattevæting og/eller enurese brukes om primær nocturnal enurese. Det vil si nattlig urininkontinens uten tilleggsproblematikk, hos barn som er 5 år eller eldre.

Mestring

Mestring beskrives av Drageset (2014, s. 85) som "summen av menneskets indre ressurser og den enkeltes handlinger for å kontrollere både ytre og indre krav og konflikter". I denne oppgaven forstås mestring som hvordan barn som har enurese og deres mødre møter og håndterer dette.

1.6 Oppgavens oppbygning

I det neste kapitlet vil jeg presentere det teoretiske rammeverket for oppgaven. Teorien jeg vil gå dypere inn i er enurese og barns utvikling i skolealder. Herunder også foreldrenes rolle. Mestring, som belyses gjennom Lazarus og Folkmans teori og Antonovskys salutogene

modell, samt arbeidsmetoder som kan bidra til mestring. Deretter, i kapittel 3, vil min metodiske tilnærming bli presentert. Jeg vil gi en kort beskrivelse av vitenskapelig perspektiv, samtidig som fremgangsmåten for innsamling av data og hvordan data er analysert vil bli presentert. Forskningsetiske overveielser vil også bli belyst. Kapittel 4 presenterer studiens funn, mens kapittel 5 tar for seg drøftingen hvor funn diskuteres opp mot tidligere forskning og teoretisk rammeverk. I siste del av drøftingen diskuteres også studiens styrker og begrensninger, før avslutningen kommer i et eget kapittel.

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

Bakgrunnen for denne studien var et ønske om å sette fokus på hvordan barn og familier mestrer å leve med enurese. Jeg vil nå belyse det teoretiske rammeverket for prosjektet, som inneholder tre hoveddeler. Jeg starter med å utdype enurese-diagnosen og ulike forhold ved denne slik at det blir mer tydelig hva dette er og kan medføre, og hvilke utfordringer barna og familiene kan stå ovenfor. Del to tar for seg barns utvikling i tidlig skolealder for på den måten å skape en større forståelse for hva som er karakteristisk i denne aldersgruppen. I denne delen av mitt teoretiske rammeverk vil jeg også komme innom foreldrerollen og foreldrenes betydning for barna i denne alderen. Den tredje delen omhandler en klargjøring av mestring, som belyses gjennom Lazarus og Folkmans teori og Antonovskys salutogene modell. I den delen vil jeg også komme inn på arbeidsmetoder hos helsesøster som kan bidra til mestring.

2.1 Enurese

Enurese er en diagnose med medisinsk klassifikasjon ICD-10 (F98.0) (Grøholt et al., 2015). Ulvund (2012) presiserer at barnet må undersøkes hos lege for å utelukke differensialdiagnoser, før noen form for behandling iverksettes. Grøholt et al. (2015) viser blant annet til at organiske årsaker som diabetes, obstipasjon eller infeksjoner og blæredysfunksjon bør utredes dersom anamnesen viser inkontinens også på dagtid. Å sette diagnose er en legeoppgave, men jeg kan likevel ikke se at det utelukker at helsesøster kan gi informasjon til foreldrene om det å ha nattevæting uten at lege har vært involvert, informasjonen kan innebære en anbefaling om å kontakte lege. Jeg må likevel presisere at jeg vil legge til grunn at lege involveres før helsesøster går i gang med aktive tiltak.

Som beskrevet innledningsvis er det rundt 10 % av 7-åringene som har enurese (Grøholt et al., 2015; Lindgren et al., 201; Sillén og Kruse, 2011). Av disse er det ifølge Sillén og Kruse (2011) rundt 15 % som blir spontant tørre per år frem til de er 9 år, etter dette er det færre som blir spontant tørre. De viser videre til at arvelighet er den største risikofaktoren for å få enurese, og utdyper med at det er 77 % risiko for at barnet vil få det om begge foreldrene har hatt det, og rundt 40 % risiko om en av foreldrene har hatt det.

Nevéus (2011b) viser til at man tidligere trodde at enurese hadde psykologiske årsaker, som dårlig oppdragelse eller seksuell frustrasjon, men at man på 1980-tallet fant en somatisk

forklaring på enurese som ble et vendepunkt innen forskningen. Det første funnet var polyuri, at barn med enurese produserer større mengder urin på natten enn barn uten enurese. Nyrene frigjør mer urin om natten enn blæren kan romme, grunnet for lite utskillelse av antidiuretisk hormon. En annen årsak er overaktivitet i blærens detrusor, som kan komme til uttrykk ved at barna viser symptomer på urininkontinens også på dagtid. Den tredje årsaksfaktoren er at disse barna sover for dypt til å våkne når de må tisse. Det finnes også andre årsaker som kan påvirke, men hos ellers friske barn er det i all hovedsak disse tre: Natlig polyuri, detrusoroveraktivitet og høy terskel for å våkne på natten, som er årsakene til enurese (Nevéus, 2011b).

Ved behandling av enurese er det ifølge Hellstrøm et al. (2011) viktig å ta rede på om barnet er motivert for dette. Dersom barnet ikke er motivert er det stor risiko for at behandlingen vil mislykkes, og det kan igjen føre til frustrasjon og negativ innstilling til senere behandling. Hellstrøm et al. (2011) presiserer at det også er viktig at foreldrene er innstilt på en forbedring før behandling eventuelt settes i gang, og at det i møtet med barna og deres familier er viktig å kartlegge om det er forsøkt behandling tidligere, hvorfor dette eventuelt ikke lykkes, og hvilke strategier familien selv bruker. Det utdypes videre med at det må gis informasjon om årsak, utbredelse og naturlig forløp, og at det deretter er hensiktsmessig å gå gjennom de ulike behandlingsmuligheter som finnes, før en sammen blir enige om et realistisk mål (Hellstrøm et al., 2011). Grøholt et al. (2015) presiserer viktigheten av å tydeliggjøre at sengevætingen ikke er barnets feil.

Aktiv behandling kan ofte være aktuelt når barnet er rundt 6 år, før den tid er det ifølge Hellstrøm et al. (2011) ikke så vanlig at barna blir særlig påvirket av sin sengevæting. Grøholt et al. (2015) viser også til at enurese i hovedsak er et praktisk problem i førskolealder, mens at det blir et sosialt problem i skolealder når barn i større grad overnatter sammen enten hos hverandre eller på ulike turer. I situasjoner hvor barnet er for ung til behandling, eller det av andre årsaker ikke er hensiktsmessig med behandling, bør det gis råd til hele familien om hvordan man kan håndtere problemet, ifølge Hellstrøm et al. (2011). De eksemplifiserer med å gi informasjon om sengebeskyttelse eller andre hjelpemidler, samt å gi andre praktiske råd, og presiserer at det skal avtales tid for oppfølging.

Å ta opp barnet i løpet av natten slik at det kan tisse kan i noen tilfeller forhindre en våt seng, men det har ingen effekt for å hjelpe barnet til å bli tørt, ifølge Hellstrøm et al. (2011). Gode rutiner for å drikke og å gå på toalettet på dagtid, og væskerestriksjoner de siste to timene før

legging, anbefales ofte. Belønning benyttes også i mange familier. Det trekkes frem at det er viktig at en ikke kjefter på barnet om det ikke lykkes, og at belønning kanskje i større grad bør brukes om barnet følger opp sine oppgaver for eksempel i forbindelse med alarmbehandling, enn for tørre netter. Belønning knyttet til behandling bør avsluttes raskt om barnet er behandlingsresistent, da selvtiliten påvirkes om en stadig mislykkes (Hellstrøm et al., 2011).

Grøholt et al. (2015) og Hellstrøm et al. (2011) viser ellers til at de to vanligste behandlingsformene er enuresealarm og farmakologisk behandling. Alarmbehandling fungerer ved betingning. Barnet har en sensor med alarm festet til seg, og alarmen piper når sensoren blir våt av at blæren tømmer seg. Når barnet hører lyden avbryter det tissingen ved å knipe av og å gå på toalettet for å tisse ferdig. Etter hvert i behandlingen oppfattes lyden tidligere og tidligere og da blir de våte flekkene mindre og mindre. Etter hvert vil barnet våkne av at blæren fylles og rekke å gå på toalettet før sengen blir våt. Til slutt kan barnet forhindre kontraksjonen når den er på vei og kan sove rolig videre hele natten eller til neste kontraksjon kommer (Hellstrøm et al., 2011). Alarmbehandlingen anbefales som førstevalg fordi den har best langtidseffekt, samtidig er dette et krevende behandlingsprogram som krever motivasjon (Grøholt, 2015; Hellstrøm et al., 2011). Hellstrøm et al. (2011) viser til studier hvor 70 – 80 % blir bra i løpet av en tremånedersperiode, og at graden av blærekapasitet, hvor tungt barnet sover og barnets motivasjon er med på å påvirke behandlingsresultatet.

Det er ulike former for farmakologisk behandling, men ifølge Grøholt et al. (2015) og Hellstrøm et al. (2011) er det desmopressin som er aktuelt som førstehåndsbehandling, enten alene eller sammen med alarmbehandling. Desmopressin er et antidiuretisk hormon som fører til at urinproduksjonen på natten går ned. Hellstrøm et al. (2011) viser til at det ser ut til at en tredjedel av barna blir tørre så lenge behandlingen pågår, en tredjedel har ingen merkbar positiv effekt og en tredjedel har en tydelig reduksjon i andelen våte netter selv om de fortsetter å tisse av og til. Natlig polyuri og normalt blærevolum er positive prognostiske indikatorer. Langtidseffekten er imidlertid dårlig, de fleste barn som blir tørre av behandlingen er det bare så lenge behandlingen pågår. Det er lite bivirkninger med desmopressin, og det kan av den grunn brukes som langtidsbehandling. Om desmopressin har effekt kan den tas hver kveld eller bare i forbindelse med «viktige netter», for eksempel i forbindelse med at barnet skal sove borte (Hellstrøm et al., 2015).

Det finnes også andre former for behandling som i større eller mindre grad er vitenskapelig forankret, eksempelvis uroterapi, hypnose, obstipasjonsbehandling, operasjon og akupunktur (Hellstrøm et al., 2015). Kjennskap til at det finnes andre alternativer er av betydning. Denne studiens tilnærming til enurese, belyst i problemstillingen, gjør at jeg likevel ikke ser det som hensiktsmessig å ta med en utredning av ulike behandlingsformer.

En forklarings- og behandlingsmodell hvor enurese betraktes som en psykologisk lidelse dominerer fortsatt i noen deler av verden, ifølge Hägglöf og Nevéus (2011). I Norden og mange andre land er det dominerende synet på primær monosymptomatisk enurese i dag, at tilstanden som oftest kommer av en umoden blærefunksjon og at det primært er et somatisk problem. Dette påvirker også informasjon og behandling (Hägglöf og Nevéus, 2011). For flere er enurese likevel tabubelagt og forbundet med skam fremdeles (Grøholt et al., 2015; Hägglöf og Nevéus, 2011). Grøholt et al. (2015) viser i tillegg til at det å ha enurese for mange er en stor psykologisk belastning med skyldfølelse som kan føre til redusert selvtillit, selv om de fleste er klar over at de vil vokse det av seg. Hägglöf og Nevéus (2011) viser til at effektiv behandling medfører at barnets selvtillit bedres, og forklarer tabu og skam med at den tidligere oppfatningen av at enurese hadde psykologiske årsaker til en viss grad henger igjen. De utdyper med at det nå er kjent at det psykiske stresset en ser hos barn med enurese er en konsekvens av problemet, og ikke motsatt, og at årsaken til enurese nesten utelukkende har fysiologiske årsaker. Økt kunnskap gjennom empiriske studier og bred klinisk erfaring har tilført kunnskap om hvordan psykologiske faktorer kan samhandle med denne tilstanden (Hägglöf og Nevéus, 2011). Psykologisk støtte eller behandling kan være et stort behov for de barna som har fått psykiske problemer sekundært knyttet til sin enurese, men det finnes ikke noe bevis for at psykoterapien hjelper mot selve sengevætingen (Hellstrøm et al., 2011).

2.2 Barns utvikling i tidlig skolealder

Som jeg har nevnt innledningsvis er de fleste barn tørre både dag og natt når de er 5-6 år gamle (Mattsson, 2011), men rundt 10 % av barna tisser fortsatt på seg på natta i 7-årsalderen (Mattsson, 2011; Sillén og Kruse, 2011, Grøholt et al., 2015).

Overgangen fra barnehage til skole er en stor omveltning for både barn og foreldre, og en viktig milepæl (Ulvund, 2012). Barnets personlighet tar ifølge Ulvund (2012) mer form i denne alderen, deres tenkning og forståelse blir mer realistisk, og hvordan barna oppfatter seg

selv påvirkes stadig mer av selvbildet. Han utdyper med at hvordan barn fungerer sosialt og intellektuelt i stor grad påvirkes av selvbildet, og at det å ha et positivt og realistisk selvbilde ofte fører til mer lykkelige og robuste barn som også takler nederlag og påkjenninger senere i livet godt. Selvbildet formes i stor grad av reaksjoner fra andre ifølge Ulvund (2012), som trekker frem at foreldrenes reaksjoner fortsatt er viktigst i førskolealderen og den første tiden etter skolestart. Det at det fremdeles er foreldrene som har størst innflytelse på barnets atferd og personlighet i denne alderen, gjør at familien har en enestående betydning for barns utvikling (Ulvund, 2012). Det er viktig med kjærlighet, akseptering og oppmuntring fra foreldre for å styrke selvbildet ifølge Ulvund (2012), som også belyser at realistiske forventninger til hva barnet kan prestere og at barnet får en opplevelse av å mestre noe er av betydning. Foreldrerollen preges ifølge Kvello (2008) av et ansvar som innebærer både sterke følelser og betydningsfulle erfaringer, hvor foreldrene skjerper seg både for å gi det beste av seg selv til barna og for å gjøre gode valg for barna.

Ifølge Ulvund (2012) påvirkes samspillet mellom barna og foreldrene gjensidig, det innebærer også at barnet virker inn på parforholdet til foreldrene og at forholdet mellom foreldrene påvirker barnets utvikling. Det å leve med et barn som har ekstra utfordringer over tid, eksempelvis barn som har funksjonshemninger eller er kronisk syke, kan i mange tilfeller være en belastning for parforholdet, og resulterer ifølge Ulvund (2012) ofte i samlivsbrudd. Han trekker videre frem at tilstrekkelig avlastning så raskt som mulig er den beste måten å forebygge dette på.

Selv om familien fortsatt er viktigst for barnet i alderen rundt skolestart, får tilbakemeldinger fra andre på samme alder stadig større betydning, ifølge Ulvund (2012), som trekker frem at dette er en alder hvor venner stadig får en viktigere rolle i barnets liv. Hvordan barnet behandles av andre er noe som de begynner å tenke mer over når de begynner på skolen, ifølge Ulvund (2012), og skolen er en viktig arena både for kognitiv og sosial utvikling. Aktiviteter utenfor hjemmet får også en stadig viktigere rolle i barnets liv og det er vanlig at barn drar på overnattingsbesøk til venner og familie, etter hvert drar de også på andre overnattingsturer, for eksempel leirskole, idrettsarrangementer og lignende uten at mor og far er med (Ulvund, 2012). Mauseth og Bengtson (1996) trekker frem at barn i skolealderen ikke vil skille seg ut, og at de har et stort behov for å være som alle andre.

Skam knyttes opp til personlig standard og brudd på denne, og har en sammenheng med hvordan barn oppfatter at de vurderes av andre ifølge Tetzchner (2012). Han utdyper med at

en indre standard særlig etableres gjennom erfaringer i familielivet og i sosiale relasjoner for øvrig, for eksempel med kommentarer som «store gutter gråter ikke» (s. 482). Å bli avvist av andre kan også frembringe følelse av skam (Tetzchner, 2012). Skyldfølelse blir definert som «en intens følelse av å ha overskredet sin egen indre standard (Tetzchner, 2012, s. 482), med andre ord dreier det seg mer om en mislykket oppgave enn et mislykket selv.

Jean Piaget (1896-1980) var en kjent utviklingspsykolog med fokus på det kognitive, her referert i Mauseth og Bengtson (1996). Piaget delte utviklingsstadiene inn i fire, og ga alderen fra omtrent 7-12 år navnet «det konkret-operasjonelle stadiet». Han hevder at det å utvikle konkret-operasjonell intelligens er et stort steg i kognitiv utvikling. Barnet kan da blant annet ta andres perspektiv, og det kan sette seg inn i hvordan andre forstår og oppfatter situasjoner og knytte det til egen situasjon. Det kan også sette seg inn i og forstå andres følelser og reaksjoner, og kan i mange situasjoner forutse hvordan andre vil reagere på ting det selv gjør (Mauseth og Bengtson, 1996).

Utviklingspsykologen Erik Homburger Erikson (1902-1982) har utviklet en sosialemosjonell teori, her referert i Mauseth og Bengtson (1996). Erikson hevder at mennesket gjennomgår en livslang modnings- og utviklingsprosess, og han deler denne inn i åtte stadier hvor hver fase inneholder psykososiale kriser eller utviklingskriser. Det vil si kriser vi opplever i samspillet med omgivelsene, utfordringer vi møter og må gjennom for å utvikles og modnes. Hvordan vi mestrer disse krisene påvirker om de løses positivt eller negativt, og om vi kommer ut av dem med overveiende gode eller vonde følelser, ifølge Erikson. I skolealderen (6-12 år) kaller Erikson utviklingstrinnet for «arbeidsevne eller mindreverdighetsfølelse», han vektlegger altså barnets behov for å mestre eller prestere noe, være til nytte. Han presiserer at den sosiale læringen er viktig i denne fasen. Venner får stor betydning for opplevelsen av likeverd og tilhørighet, og anerkjennelse fra andre er viktig for at barnet ikke skal utvikle en følelse av mindreverd og utilstrekkelighet (Mauseth og Bengtson, 1996).

2.3 Mestring

Mestring dreier seg om hvordan mennesker møter belastende livssituasjoner, noe som er avgjørende for helse og livskvalitet (Drageset, 2014). Det å mestre er svært godt for helsen ved at det gir en opplevelse av glede, mening og velvære. På den måten reduseres stress og følelser som mislykkethet, hjelpeløshet, håpløshet og meningsløshet (Rannestad og Haugan,

2014). Tveiten (2012) trekker fram at mestring i dag anses som sentralt i livet generelt. Hun hevder videre at mestring dreier seg om kunnskap, holdninger og tilgang til hjelpemidler – men også evnen til å bruke ressursene.

Jeg har valgt å belyse mitt mestringsteoretiske perspektiv gjennom Lazarus og Folkmans (1984) teori, samt Antonovskys (2012) salutogene modell. Ifølge Hobfoll (1998) kan det de har bidratt med innen stressforskningen betraktes som pionerarbeid for hver sin retning. Lazarus og Folkman sin teori er en sentral teori som er mye referert i sykepleielitteraturen (Drageset, 2014, s. 85). Den har et fokus som er spesielt rettet mot individets kognitive vurdering, og legger til grunn at en individuell vurdering av stress er en betingelse før en person setter inn mestringstiltak (Lazarus og Folkman, 1984). Metoder for å overvinne et problem synes å være essensielt i deres teori. Antonovsky (2012) er spesielt opptatt av hva som bringer helse, og slik oppsto begrepet salutogenese. Hans modell er mer universell, og mest opptatt av individets ressurser. Ifølge Antonovsky (2012) vil spenning som oppstår i alles liv, sjeldnere omdannes til stress hos individer som innehar ressurser som gir de en sterk opplevelse av sammenheng. Han viser også til at individer som innehar nevnte ressurser vil møte stress på en mer hensiktsmessig måte.

2.3.2 Mestringsteori i lys av Lazarus og Folkmann

Lazarus og Folkman har definert mestring som: «Constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person» (1984, s. 141). De utdyper og beskriver mestring som prosessorientert og viser til at dette kommer til uttrykk i definisjonen ved at de vektlegger at de kognitive og atferdsmessige tiltakene stadig er i endring knyttet til de spesifikke kravene personen møter. De vektlegger også definisjonens skille mellom mestring og automatisert og tilpasset oppførsel, ved å begrense begrepet mestring til «krav som er anstrengende og overskrider personens ressurser». Det å mestre vil med andre ord medføre en form for psykologisk stress, noe som krever mobilisering og utelukker automatisert atferd og tanker som ikke krever innsats. Tiltak for å få til mestring inkluderer alt personen gjør eller tenker, uavhengig av hvor godt eller dårlig det fungerer, og det kan være forvirrende, ifølge Lazarus og Folkmann (1984). Til sist fremhever de at det å bruke begrepet håndtere [manage] gjør at de unngår likhetstrekkene mellom det å beherske [mastery] og mestring [coping]. Å

håndtere kan innebære å minimere, unngå, tolerere og akseptere stressende forhold, like fullt som forsøk på å beherske omgivelsene (Lazarus og Folkman, 1984).

For å forstå hva som står på spill er det av betydning å forstå hvordan den enkelte vurderer sin situasjon. Lazarus og Folkman (1984) benytter begrepene primærvurdering, sekundærvurdering og revurdering for å beskrive denne vurderingsprosessen. Primær- og sekundærvurderingen foregår mer eller mindre parallelt, og påvirker hverandre. I primærvurderingen gjøres en kontinuerlig kognitiv vurdering som ender opp med om man ser på situasjonen som positiv, nøytral eller belastende, eller som en kombinasjon av disse. Det som er sentralt i en belastende situasjon er om den oppfattes som en utfordring, trussel eller et tap. Personlige ressurser og situasjonsfaktorer er sentralt i primærvurderingen, denne er ofte ikke bevisst og rasjonell. Sekundærvurdering innebærer vurdering av mestringsmuligheter og valg av mestringsstrategi. Situasjonsfaktorer vurderes sammen med personlige og sosiale mestringsressurser, og tar hensyn til aktuelle mestringsstrategier som er tilgjengelige i situasjonen. Etter at mestringsforsøket er gjennomført skjer det en revurdering. Dette kan eksempelvis dreie seg om at ens vurdering forandrer seg basert på den nye informasjonen (Lazarus og Folkman, 1984) Slik jeg forstår det vil da en person med høy grad av stress i primærvurderingen kunne føle seg mer trygg og i sin sekundærvurdering se på situasjonen som mindre truende ved å eksempelvis benytte mestringsstrategier som gir økt kunnskap.

Lazarus og Folkman (1984, s. 150) belyser videre to hovedmetoder for å mestre:

Problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring. De hevder at følelsesorientert mestring oftest kommer til uttrykk når det er kjent at ingenting kan gjøres for å endre det som er skadelig, truende eller utfordrende. Problemorienterte former for mestring er derimot oftere benyttet når det er kjent at endring er mulig. Ved bruk av problemorientert mestring benyttes aktive strategier for å vurdere om noe kan gjøres med den vanskelige situasjonen, det kan være å søke informasjon, kunnskap, veiledning og støtte, eller følelsesmessig bearbeiding av problematiske situasjoner som ikke kan forandres. Det er med andre ord en form for mestring hvor en retter seg mot en løsning på problemet. Emosjonelt orientert mestring vil si at en forsøker å redusere ubehagelige følelser, at en prøver å endre opplevelsen av situasjonen i stedet for å endre selve situasjonen, eksempelvis å bagatellisere alvoret, å unngå informasjon eller å unngå situasjonen. Det vil med andre ord si at en forsøker å dempe ubehaget. Begge mestringsmetodene påvirker hverandre, og kan både legge til rette for og være til hinder for hverandre (Lazarus og Folkman, 1984).

Tveiten (2012, s. 60) tar for seg en undersøkelse av Larson fra 1995 som viser at barn først ved 5-årsalderen er i stand til å bruke problemorientert mestring. Hun hevder videre at Lazarus og Folkmans teori bare er relevant i forhold til barn om barn og foreldre betraktes som en enhet, slik at mestringskapasiteten utgjøres av både barn og foreldre. I den forbindelse presiserer hun viktigheten av at foreldrenes mestringskapasitet ikke alltid er optimal som følge av stress knyttet til barnets utfordringer. Grønseth og Markestad (2011) er opptatt av at foreldrenes mestring må styrkes, fordi foreldrenes holdninger i stor grad overføres til barnet. Drageset (2014) fremhever at helsepersonell kan bidra til å hjelpe pasienten med å finne mening i det som skjer ved å påvirke sentrale faktorer som inngår i pasientens vurderingsprosess.

2.3.3 Salutogenese

Aaron Antonovsky var svært opptatt av det helsebringende perspektivet når han brakte begrepet salutogenese på banen på 1970-tallet. En salutogen tilnærming ser på hva som bringer helse, i motsetning til en patogen tilnærming som ser på hva som forårsaker sykdom og hvordan den kan repareres best mulig for å bli frisk (Espnes og Lindström, 2014).

Antonovsky (2012) viser til at stressende og vanskelige livshendelser ikke utelukkende trenger å være negative eller patogene. Han hevder at de i noen tilfeller kanskje kan være salutogene. Dette kommer selvsagt an på stressfaktorens karakter, men også menneskets evne til å møte stressfaktoren.

Det viktigste i det salutogene perspektivet er ifølge Antonovsky at tankegangen tvinger oss til «å jobbe for å utforme og fremme en teori om mestring» (2012, s. 37), og i forlengelsen av dette utviklet han begrepet opplevelse av sammenheng (OAS) som et svar på det salutogene spørsmålet, med andre ord et svar på hva som bringer helse. Ifølge Antonovsky er det vår OAS som er avgjørende for hvordan vi greier oss, fordi et individ med sterk grad av OAS i større grad vil ha tilgjengelige mestringsressurser. OAS reflekterer ifølge Antonovsky (2012) individets evne til å identifisere og anvende tilgjengelige ressurser i møtet med stressfaktorer, for å mestre disse. Hendelser som kan være stressende oppleves mindre truende ved sterk grad av OAS, noe som krever mindre reaksjon, og stressets innvirkning på helsen reduseres. Over tid vil en opplevelse av styrket mestringsevne oppstå hos individer med sterkere OAS, og en slik ressurs er viktig for å bevare og styrke helsen. På den måten er det å styrke helsen og å mestre stress to sider av samme sak. Individets generelle motstandsressurser (GMR) er

av stor betydning. GMR er alle former for underliggende positive ressurser eller karakteristikk hos individet selv eller i dets nære eller fjerne miljø som kan bidra til å styrke OAS, materielle og ikke-materielle (Antonovsky, 2012).

Det er tre faktorer som ifølge Antonovsky (2012) må være til stede for at vi skal oppnå opplevelse av sammenheng: Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begrepet begripelighet utdypes med at utfordringene en står ovenfor i det indre eller ytre miljø kan forstås. Mennesker med høy grad av begripelighet forventer forutsigbarhet fremfor kaos og tilfeldigheter, eller i alle fall at utfordringer kan plasseres i en sammenheng og forklares. Håndterbarhet utdypes med å ha tro på at det kan finnes løsninger, i hvilken grad individet opplever å ha ressurser til å takle utfordringene man til enhver tid møter. Det kan handle om ressurser i en selv eller ressurser hos nære en har tillit til, for eksempel ektefelle, foreldre, venn, lærer, helsesøster, Gud eller andre. Det er større sjans for at man ser på hendelser som en utfordring og ikke en trussel og at man er handlingsdyktig selv når livet går i motbakke hvis man har sterk grad av håndterbarhet. Meningsfullhet utdypes med at man må finne mening i å forsøke løsningene. Det er mennesker som er villige til å ta utfordringen og som har tro på og vilje til å gjøre sitt for å komme gjennom den på en anstendig måte. Antonovsky (2012) ser på meningsfullhet som motivasjonselementet i OAS. Det at dette elementet knyttes til motivasjon gjør den ifølge Antonovsky (2012) til den mest sentrale dimensjonen, selv om alle dimensjonene ifølge han er uløselig knyttet til hverandre og står i et gjensidig påvirkningsforhold.

Gjærum (1998) har sett nærmere på mestring av omfattende problemer hos barn og foreldre, og har i lys av kunnskapen vi har om mestring hos barn i ulike aldre vært opptatt av hvordan vi kan greie å utnytte den, hvordan vi kan gjøre den salutogenetisk. Hun hevder at vi må ha fokus på ressursene, og at vi best får innblikk i disse ved grundig kartlegging. Gjærum (1998) trekker videre frem at for barn med erfaringer fra foreldre som ikke mestrer effektivt vil troen på egne krefter påvirkes og en «lært hjelpeløshet» kan oppstå, på samme måte vil barna dras i en retning av effektiv mestring om foreldrene mestrer slik. Ifølge Antonovsky gir sterk OAS styrket mestringsevne (2012), og er noe som utvikles gjennom hele livet. Det at barns OAS-erfaringer først og fremst dannes gjennom foreldrenes måte å mestre på bygger opp under viktigheten av å styrke foreldres OAS, som en viktig del av barnets GMR (Antonovsky, 2012). Det er vesentlig for teorien og mestring at situasjonen gjøres begripelig og håndterbar, at den har mening, og at individet har/blir gitt verktøy til å håndtere situasjonen.

2.3.4 Arbeidsmetoder hos helsesøster som kan bidra til mestring

Ifølge Rannestad og Haugan (2014) familieomsorgen nå skal løftes fram, synliggjøres og verdsettes, fordi det er en stor tjenesteyter i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Dette innebærer blant annet å gi faglig støtte gjennom opplæring og veiledning, samt gi trygghet og avlastning for bekymringer (Rannestad og Haugan, 2014). Det kommer her tydelig frem at familien rundt de som har enurese også skal prioriteres. Hensiktsmessige arbeidsmetoder i dette arbeidet som jeg her vil trekke frem er kartlegging, veiledning som et ledd i empowerment-prosessen, og tverrfaglig samarbeid.

Å kartlegge blir en betydningsfull arbeidsmetode hos helsesøster i møtet med barn som har enurese og deres familier, og noe som vektlegges av Hellstrøm et al (2011). Ved å kartlegge får en kunnskap om hvordan barnet og familien ser på det å ha enurese, hvilke ressurser som finnes og hvilke strategier barna og familiene benytter i håndteringen av denne tilstanden. Slik jeg ser det er slik kunnskap avgjørende for at helsesøster skal være i stand til å vite hvilke motstandsressurser som trenger å styrkes, for at stressorer skal overvinnnes.

Å bidra slik at den enkelte kan styrke egen situasjon er sentralt i empowerment-prosessen, og sentralt i tjenesteutøvelsen hos helsesøstre (Kvarme, 2007). Tveiten (2012) trekker frem at mestring er et begrep som kommer til uttrykk i mange sammenhenger, og at det eksempelvis kan ses som et resultat av empowerment. Empowerment handler om bemyndigelse eller myndiggjøring, og er tett knyttet opp til brukermedvirkning ifølge Kvarme (2007). Hun hevder videre at målet er å motvirke maktesløshet og å gjøre mennesker i stand til å håndtere vanskelige situasjoner; med andre ord bidra slik at den enkelte kan styrke egen situasjon. WHO (1998, s. 6) definerer empowerment som: «a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health». Barn og unge med deres familier skal med andre ord være mer deltakere, og Kvarme (2007) trekker frem at det vektlegges fra sentrale myndigheter at prinsippene om empowerment skal brukes i tjenesten. Et viktig middel i empowerment-prosessen er veiledning ifølge Tveiten (2007). Hun utdyper at dette er en viktig del av helsesøsters ansvarsområde. Tveiten (2007) beskriver veiledning som en pedagogisk metode, og definerer veiledning som: «En formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som sikter mot å øke mestringskompetansen hos veisøker gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (s. 177). Det å øke mestringskompetansen er ifølge Tveiten (2007) veiledningens hovedhensikt, og hun fremhever at slik kompetanse innebærer både kunnskap, ferdigheter og holdninger. Hun sier

videre at dialog er hovedformen i veiledning, hvor to likeverdige parter har til hensikt å få økt felles forståelse for brukerens situasjon.

Å benytte veiledning i møtet med barna som har enurese og deres familier synes å være hensiktsmessig, da formålet er å bidra til øke mestringskompetansen knyttet til kjennskapen om mestringens positive virkning på helsen (Rannestad og Haugan, 2014). Det er viktig at den som skal veiledes er «veiledbar», og helsesøster kan ifølge Tveiten (2007) bidra til dette ved å møte den enkelte der han eller hun er. For å få til dette er kartlegging nødvendig, og å lytte og fokusere på brukeren er av stor betydning. Det er ofte de åpne spørsmålene som fører frem i veiledning, da målet er at brukeren selv skal finne «svarene», eller i alle fall bli seg bevisst egne tanker, meninger, ressurser og eventuelle løsningsforslag. Veiledning er ikke det samme som informasjon, undervisning og rådgivning, men de nevnte tilnæringsmåtene kan inngå som en del av veiledningsprosessen. Alt etter barnets og foreldrenes behov vil det med andre ord kunne være aktuelt med alle disse tilnæringsmåtene (Tveiten, 2007).

Et ledd i å bidra til mestring for disse barna og familiene som også synes både nødvendig og hensiktsmessig, er tverrfaglig samarbeid, eksempelvis med helsestasjonslege eller fastlege. På den måten vil diagnose kunne stilles, oppgaver kunne fordeles og videre oppfølging sikres. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er pålagt å ha rutiner for et slikt samarbeid (Sosial og helsedirektoratet, 2004).

3.0 METODE

Kvale og Brinkmann (2009) definerer metoden som «veien til målet». I dette kapitlet vil jeg redegjøre for veien jeg har valgt for å svare på problemstillingen, "Hvordan mestrer barn i 7-årsalderen og deres mødre å leve med enurese?".

3.1 Kvalitativ metode med fenomenologisk hermeneutisk tilnærming

Jeg valgte å bruke kvalitativ forskningsmetode fordi det jeg ønsket var å få en forståelse av hvordan barn med enurese og deres foreldre opplevde og mestret å leve med denne tilstanden. En kvalitativ tilnærming gir meg nærhet til informanten, og mulighet for å gå i dybden. Tjora (2017) viser til at kvalitativ metode egner seg godt når det en vil vektlegge er forståelse i større grad enn forklaring, og trekker frem informantenes opplevelser, tanker og følelser som noen av flere momenter som kan utforskes ved kvalitativ metode. Kvale og Brinkmann (2015) hevder at formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er nettopp å forsøke å forstå sider ved dagliglivet til intervjupersonene, fra deres eget perspektiv.

Fenomenologien ble grunnlagt som filosofi rundt år 1900 av Edmund Husserl, og har senere blitt videreutviklet av flere andre filosofer (Kvale og Brinkmann, 2015). Når det er snakk om fenomenologi i tilknytning til kvalitativ forskning dreier det seg om en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra perspektivet til den som intervjues, det som innen fenomenologien blir sett på som informantens livsverden, og å få en nyansert beskrivelse av verden slik den oppleves for aktøren. Forståelsen som ligger til grunn er at den virkelige virkeligheten er den som mennesket selv oppfatter (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 46). Det jeg søkte var med andre den opplevde betydningen av intervjupersonens livsverden, knyttet til at barn har enurese.

Hermeneutikk handler om fortolkning av tekster (Tjora, 2017), og en hermeneutisk tilnærming har blitt vektlagt både i intervjuprosessen og i analysen. Den hermeneutiske sirkel er en fortolkningsprosess som tar for seg hvordan helheten og delene påvirker hverandre gjensidig. Det vil si en kontinuerlig veksling mellom forforståelsen, den helheten en har som utgangspunkt, og de delene som en får tilgang til ved hjelp av informanter og teori. Dette vil så føre til en endring av helhetsbildet fordi man trenger lengre inn i meningen, og det oppstår en ny forståelse (Gadamer, 2010). Om en vil forstå et annet menneske vil en hermeneutisk

tilnærming ha fokus på at personen har noe å si som en ikke allerede vet (Malterud, 2011). Viktigheten av å være åpen for flertydighet understrekes også av Kvale (2007), han trekker det så langt som å si at vi kanskje ikke har hørt godt nok etter om intervjuet ikke gir noen overraskelser eller kunnskap som konfronterer vår forforståelse. Dette var et viktig fokus i mitt møte med informantene. Som forsker var det av betydning at jeg tok for meg hvordan egen posisjon, eksempelvis faglig bakgrunn, kunne prege forskningsarbeidet, og at jeg var villig til å endre forståelsen underveis.

Gadamer (2010) hevder at en alltid må gå ut fra en viss forhåndsforståelse og implisitt fordom, og at vi er underkastet noen vilkår som påvirker oss enten vi vil det eller ikke. Nøytrale og objektive observatører er idealet i en positivistisk tradisjon fordi engasjement fra forskeren kan påvirke resultatene og betraktes som støy, men kvalitativ forskning er basert på den fortolkende tradisjonen som har innsett at det ikke er mulig med fullstendig nøytralitet. Denne tradisjonen vektlegger videre at forskerens forforståelse, kunnskap og engasjement kan være en ressurs (Tjora, 2017).

Før jeg kunne gå i gang med intervjuene var det av betydning at jeg ble bevisst min egen forforståelse. Det at jeg er helsesøster og i den forbindelse har faglig kjennskap til enurese preget min forforståelse, men jeg var bevisst at dette i minst mulig grad skulle prege mitt møte med informantene. Samtidig hevder Malterud (2011) at det vi fester oss ved uansett kommer an på faglig perspektiv og ståsted. Hun utdyper med at en redegjørelse av forforståelsen likevel gjør det mulig for leseren å forstå hvordan forskeren kom frem til et bestemt resultat, selv om leseren med sitt utgangspunkt kanskje hadde grepet fatt i en annen tolkning som hadde ført til et noe forskjellig resultat. Utgangspunktet for mitt engasjement knyttet til temaet var som jeg skrev i innledningen at flere familier møtte meg med fortvilelse over barnets enurese. Foreldrene opplevde at enuresen bød på utfordringer for barna knyttet til at de følte på skam over å tisse på seg, og foreldrene selv kjente på frustrasjon over at forsøkte tiltak ikke førte frem, samt lite hjelp og støtte fra helseapparatet. Jeg satt med et inntrykk av at disse familiene opplevde at de ikke ble tatt helt på alvor. Dette var sentralt i min forforståelse, og også noe av grunnlaget for at jeg ønsket å ta fatt i temaet.

3.2 Utvalg

Å velge informanter med egenskaper og kvalifikasjoner som er strategiske for problemstillingen er typisk for kvalitative undersøkelser og kalles strategisk utvalg (Thagaard, 2009). På bakgrunn av denne studiens tema og problemstilling var hovedkriteriet for å inkluderes i studien at informantene skulle ha egenerfaring knyttet til å leve med et barn i 7-års alderen som har eller hadde hatt enurese. Strategisk utvalg i denne studien var derfor foreldre til barn i 7-årsalderen, hvor foreldre til barn som har eller hadde hatt enurese ble oppfordret til å ta kontakt. Denne seleksjonsmåten hvor et strategisk utvalg gir et tilgjengelighetsutvalg sikrer ifølge Thagaard (2009) i større grad informanter som vil være med på undersøkelsen, til tross for et personlig og nærgående tema. Jeg har ikke intervjuet barn da det krever spesiell tillatelse fra regional etisk komite (REK), og noe jeg heller tenker kunne være del av en større studie. Viser for øvrig til etiske overveielser senere i dette kapitlet. For å rekruttere informanter som hadde erfaring med enurese tok jeg telefonisk kontakt med ledende helsesøster i en forholdsvis stor kommune. Jeg ba om å få lov til å komme på et møte med helsesøstrene i skolehelsetjenesten, for å avklare om disse kunne være behjelpelig med å dele ut brev til alle elevene i 2. klasse. Jeg valgte å gjøre dette via helsesøstrene i håp om at deres relasjon til foreldre og barn, og forhåpentligvis positive innstilling til min studie, ville medføre at noen var villig til å delta i min studie. Størrelsen på kommunen var av betydning for at jeg skulle få tilgang på et stort nok antall informanter, prosentandelen som har dette problemet tatt i betraktning. Jeg tok også kontakt med Rådmannen i kommunen for å informere om forskningsprosjektet (vedlegg 2). Det ble delt ut brev til foreldre/foresatte av nærmere 300 andreklassinger, og disse brevene inneholdt et informasjonsskriv (vedlegg 3).

Ved å dele ut brev til andreklasseforeldre sikret jeg meg kontakt med ønsket aldersgruppe, og det var fem foreldre til barn som hadde enurese som var villig til å delta i studien. Alle de fem informantene som var villig til å delta i studien var mødre. Fire av dem var gift med barnets far, en av dem var ugift og bodde alene med barna. Alle hadde utdanning på høyskole og/eller universitetsnivå. Barna var 6 og 7 år gamle. Et av barna hadde blitt tørt fra mor tok kontakt og til vi fikk gjennomført intervjuet. Den ene av mødrene som tok kontakt hadde to eldre barn på 10 og 12 år som tidligere hadde hatt enurese frem til de var 8 og 9 år gamle, men jeg valgte likevel å intervju henne. Siden jeg alt hadde kommet i kontakt med henne så jeg det som en mulighet til berikelse for studien at jeg kunne få komme tett på to barn som hadde enurese da

de var eldre enn 7 år, og deres mødre. Jeg utførte av den grunn intervju med fem mødre, men fikk ta del i seks barns livsverden knyttet til enurese gjennom mødrenes øyne.

Jeg sitter igjen med et rikt materiale som belyser problemstillingen på ulike måter, og som får frem spenningsfelter. Malterud (2011) hevder at motsigelser og paradokser er viktige sider ved det levende liv, og at det er en styrke med den kvalitative metoden at slike spenningsfelter kan fremstilles. Jeg så etter hvert et mønster i samtalene uten at ny kunnskap ble tilført, noe som samsvarer med det Malterud (2011) beskriver som metningspunkt. Polit og Beck (2012) hevder at en ofte stoler på et lite utvalg som 10 eller færre i fenomenologiske studier så lenge alle informantene har erfart fenomenet og er i stand til å uttrykke hvordan det har vært. Dette støttes av Malterud (2011) som hevder at fire til syv informanter ofte kan være tilstrekkelig til å gi et rikt materiale om forskeren har gode teoretiske forkunnskaper, kjenner metoden godt og kan være fleksibel i feltarbeidets og analysens strategi. Thagaard (2009) hevder at det ved en eller få kategorier er nok med et relativt lite utvalg, og fortsetter med at utvalget ikke må være større enn at det kan gjøres dyptgående analyser. Jeg anså fem som et tilstrekkelig antall informanter for å få et rikt materiale, med bakgrunn i det som her er beskrevet. Mengden med innsamlet materiale ville samtidig ikke bli større enn at jeg som ny i forskerfeltet kunne beherske dyptgående analyse.

3.3 Semistrukturert livsverdenintervju

Jeg benyttet semistrukturert livsverdenintervju i mine møter med informantene. Før intervjuene startet signerte informantene en samtykkeerklæring (vedlegg 4). Intervjuene ble utført individuelt og ansikt til ansikt i oktober 2016, og de varte mellom 40 og 60 minutter. To av intervjuene ble gjennomført hjemme hos informantene, de tre andre på min arbeidsplass, alt etter ønske fra informantene. Tjora (2017) vektlegger at sted for gjennomføring av dybdeintervju helst må være informantens valg, og at det er viktig at det er et sted hvor informanten kjenner seg trygg. Kvale og Brinkmann (2015) med sitt fenomenologisk inspirerte perspektiv belyser at semistrukturert livsverdenintervju er velegnet når en ønsker å forstå temaer fra dagliglivet ut fra intervjupersonens egne perspektiver, og å se tydelige konturer av faktiske opplevelser. Semistrukturert livsverdenintervju innebærer en samtale som ikke er lukket og styrt av et spørreskjema, men som heller ikke er helt åpen. Den har mange likheter med en vanlig samtale, men som profesjonelt intervju har den et formål (Kvale og Brinkmann, 2015).

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) skal et semistrukturert livsverdenintervju utføres i overenstemmelse med en intervjuguide, og jeg benyttet meg av en slik som jeg hadde utarbeidet i forkant. Kvale og Brinkmann (2015) belyser videre at intervjuguiden skal sirkle inn temaer og kan inneholde spørsmålsforslag. Jeg gikk i gang med to åpne spørsmål som utgangstemaer, og ønsket at mine informanter i størst mulig grad skulle fortelle om sine erfaringer med minst mulig påvirkning fra meg. På den måten stilte jeg meg nysgjerrig og åpen, og ønsket bevisst å få frem nye beskrivelser som var annerledes enn min forforståelse. Jeg hadde likevel noen spørsmålsforslag tilhørende hvert av utgangstemaene, til hjelp for å sirkle meg inn til temaet ved behov. Dette innebar at min forforståelse ble testet ut, ikke med tanke på å influere, men anvendt for å få en merforståelse. Gadamer (2010) trekker frem at det gir god mening å teste ut sin forforståelse for å finne ut om den er legitim og gyldig, men at tilnærmingen ikke må være direkte ut fra forforståelsen. Han hevder i den forbindelse at det er når ikke-tilfeldig forforståelse anvendes at forståelsen realiserer sin egentlige mulighet. Kvale og Brinkmann (2015) understreker viktigheten av å lytte til det som blir sagt, alle beskrivelsene og de uttrykte meningene, men også det som blir sagt «mellom linjene». Kvale og Brinkmann (2015) er også opptatt av at oppfatningen må speiles tilbake til informanten for å få bekreftet eller avkreftet denne. Jeg hadde med meg en bevissthet om dette inn i intervjuene og fulgte opp intervjupersonenes svar aktivt ved å stille utdypende og avklarende spørsmål. På den måten fikk jeg tilgang til tilleggsinformasjon og detaljer. Det virket ikke som at det å gå i dybden på denne måten medførte ubehag for informantene, da de velvillig fortalte og latteren satt løst underveis i intervjuene. Den hermeneutiske tilnærmingen jeg tidligere har beskrevet kom her til uttrykk ved at helheten kontinuerlig ble påvirket av de ulike delene, og motsatt. Intervjuguiden finnes som vedlegg til denne oppgaven (vedlegg 5).

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det hensiktsmessig med både faktaspørsmål og meningsspørsmål. Jeg hadde sparsomt med intervjuerfaring fra før, og gjennomførte av den grunn et prøveintervju slik at jeg fikk testet intervjuguiden, det tekniske utstyret og meg som intervjuer. I prøveintervjuet hadde jeg stort fokus på dette med meningsspørsmål, av den grunn at det ofte er vanskeligere å intervjuer ved hjelp av slike (Kvale og Brinkmann, 2015). Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av lydbånd, på den måten kunne jeg som intervjuer konsentrere meg om intervjuets emne og dynamikk. Lydbåndopptak førte også til at jeg fikk med meg ordbruk, tonefall, pauser og liknende i det videre arbeidet med tekstene.

3.4 Transkribering

Kvale og Brinkmann (2015) beskrives transkripsjonen som en fortolkningsprosess hvor praktiske og prinsipielle problemer kan oppstå knyttet til forskjellene mellom talespråk og skrevne tekster, og at det av den grunn kan være komplisert å transkribere. Tjora (2017) fremhever det samme og er opptatt av at en tekst ikke kan gjøres om fra skriftlig til muntlig form fullstendig objektivt. Han hevder videre at det av den grunn er hensiktsmessig å transkribere intervjuene detaljert, fordi det i starten av transkriberingen er vanskelig å vite hva som er de viktigste temaene og hva som er nyttig å ta med i den konkrete situasjonen. En utvelgelse av hva som blir med inn i analyseprosessen av samtals mange dimensjoner er likevel uunngåelig ifølge Kvale og Brinkmann (2015) fordi innholdet av eksempelvis pauser og følelsesuttrykk ikke har noen korrekte standardsvar.

Jeg valgte å transkribere selv, og jeg utførte transkriberingen ordrett nokså umiddelbart etter at hvert enkelt intervju var gjennomført. Dette for på best mulig måte å ivareta at også stemningen fra intervjuet ble med inn i analyseprosessen, slik Tjora (2017) anbefaler. Jeg gjennomleste også det transkriberte materialet flere ganger for bedre å kunne få tak i de tendenser som fantes. Jeg valgte å ta med småord, latter og pauser fra informantene, da jeg ønsket å få med meg mest mulig som kunne ha relevans i analyseprosessen. Jeg brukte kursiv i teksten når informanten snakket lavt, og store bokstaver når informantene understreket noe. Forskerens bekreftende småord som «Mmm», «Jeg forstår» og lignende ble tatt med i starten av transkriberingen i første intervju, men ble etter hvert utelatt fordi det førte til mange brudd i teksten. Jeg så at gjengivelsen av informantenes fortellinger ville blitt mer lettlest om jeg i større grad utelatte eksempelvis informantenes pauser, men det veide likevel tyngre å ta de med fordi jeg ønsket å kunne ha muligheten til å fortolke pausene i den videre analysen.

Det var ikke noe støy som forstyrret opptakene, og alt som ble sagt under intervjuene kunne høres godt på lydfilen. Prosessen med å transkribere gikk av den grunn fint knyttet til det tekniske. Jeg satt igjen med 39 tettskrevne sider transkribert materiale etter at alle intervjuene var transkribert.

3.5 Analyse

Mitt analysearbeid rettet seg etter forskerspørsmålet, og jeg gikk inn i intervjusituasjonene med en bevissthet om at analyse- og tolkningsarbeidet til dels startet allerede der, knyttet til

hvilke svar jeg valgte å forfølge og utdype, og hvilke svar jeg ikke forfulgte. Kvale og Brinkmann (2009) hevder at en bevissthet rundt dette fører til at analyseringen både blir enklere og basert på tryggere grunn. Jeg så det som hensiktsmessig å ta i bruk den hermeneutiske tilnærmingen jeg tidligere har beskrevet, hvor en veksler mellom helhet og del (Gadamer, 2010), i analysearbeidet. For å granske de innsamlede data og å finne ut hva mitt innsamlede materiale hadde å fortelle meg, benyttet jeg analysemodellen systematisk tekstkondensering. Det vil si at jeg fulgte trinnene i denne analysemodellen slik de beskrives av Malterud (2011), på den måten jeg forsto det. Modellen er inspirert av Giorgis fenomenologiske analysemodell hvor formålet er å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt (Malterud, 2011).

Jeg startet med å lese gjennom de transkriberte intervjuene mange ganger for å bli kjent med materialet og å få et helhetsbilde. Jeg var i denne fasen i et stadig spenn hvor jeg vekslet mellom bevissthet om min forforståelse og «å legge denne til side» slik at jeg kunne være åpen for hva materialet i sin helhet kunne formidle. Malterud (2011) vektlegger at det er viktig at en ikke begynner å systematisere materialet på dette *første trinnet*, men at en skal få tak i de generelle tendensene. Med bakgrunn i disse tendensene laget jeg det Malterud (2011) kaller midlertidige temaer, som et første steg i organiseringen av materialet. Disse midlertidige temaene var åpenhet/skam, å ta mange hensyn/redd noen skal oppdage, bekymringer for hvordan det vil gå fremover, uenighet mellom foreldre, praktiske ordninger, ivaretagelse av barnet, hjelpeapparatets rolle, behov for informasjon/oppfølging og kunnskap.

I det *andre trinnet* av analysen så jeg utelukkende etter tekst med kunnskap om prosjektets problemstilling, det som Malterud (2011) beskriver som meningsbærende enheter. Jeg gikk nøye gjennom transkripsjonen av hvert enkelt intervju, og brukte tid på å skille de meningsbærende enhetene fra annen tekst ved hjelp av å kopiere og klippe ut den aktuelle teksten. Fortløpende i prosessen systematiserte jeg de meningsbærende enhetene, og merket dem med det som Malterud (2011) kaller koder. Ifølge henne skal kodene dannes med utgangspunkt i de midlertidige temaene fra trinn én, men de må videreutvikles og justeres. Her kommer det tydelig til uttrykk hvordan jeg vekslet mellom helhet og del, mellom intervjuene i sin helhet og de meningsbærende enhetene som ble delt inn i koder knyttet opp mot problemstillingen. De midlertidige temaene fra første trinn ble på den måten revidert og tilpasset de meningsbærende enhetene som ble sortert inn under nyutviklede koder. Eksempelvis ble det midlertidige temaet, åpenhet/skam, nå kodet til, å leve godt med det, som illustrert i tabellen på neste side.

Tabell 1 Et eksempel på de fire trinnene i analyseprosessen systematisk tekstkondensering av Malterud (2011).

Trinn i data-analysen	Eksempel fra dataene i denne studien
1 Helhetsinntrykk fra dataene → Finne midlertidige temaer	Mødrene ga uttrykk for at de ikke så på enuresen som et stort problem. Midlertidig tema: Åpenhet/skam
2 Identifisere og sortere relevant tekst – meningsbærende enheter → Fra midlertidige temaer til koder	«Vet du at jeg har opplevd så enormt mye med barn og sånn før, så jeg har ikke noe sånn, for meg oppleves det ikke som noe tabu eller noe problemstilling.» Kodegruppe: Å leve «godt» med det
3 Koder deles inn i subgrupper → Systematisk kondensering av subgruppene som at det var en historie fortalt av en av mødrene → Gullsitat	Subgruppe: Foreldrenes perspektiv Jeg har fått inntrykk av at det pleier å ordne seg, at det er noe med modningen som ikke er helt på plass, så jeg har roet meg med det. Så lenge han slapper av med det anser jeg det ikke som noe problem. Det hadde vært noe annet om han tissa på seg på dagen og sånn. Han er jo så liten enda, og har ikke begynt med overnatting sammen med venner, så det er ikke til hinder for å være sosial. Det har nok vært til hjelp at jeg kan en del om dette, og at jeg vet av andre barn som tisser på seg på natta. «Men det pleier å ordne seg har jeg liksom fått, ja, jeg roer meg med det enn så lenge.»
4 Endelige kategorier/subkategorier → Analytisk tekst → Validere funn opp mot opprinnelig sammenheng	Foreldrene tenker «det ordner seg» Mødrene ga i stor grad uttrykk for at de hadde roet seg ved å vite om at det som oftest pleier å ordne seg, at det har med modning å gjøre. De beskrev utelukkende at det hadde vært til hjelp å vite at dette er nokså vanlig, og at det er flere barn som tisser på seg på natta. Det var også enighet mellom flere mødre om at de ikke så på dette som et problem, så lenge barnet slappet av med det. I den sammenheng var de spesielt opptatt av at det var greit så lenge det ikke var til hinder for å være sosial. Noen av mødrene uttalte at de trodde det hadde vært til hjelp at de hadde en del kunnskap om temaet, at det har gjort dem roligere. Ny gjennomgang av transkripsjon, uten at det førte til nye oppdagelser eller temaer.

Tekst fra de ulike intervjuene fikk hver sin fargekode, slik at jeg hele tiden med letthet kunne finne tilbake til de meningsbærende enhetenes opprinnelige tekst. Denne delen av analysen var omfattende og tidkrevende, men den var til stor hjelp for å systematisere materialet. Etter å ha skilt ut de meningsbærende enhetene og systematisert teksten kom jeg dermed frem til følgende nytviklede koder: Å leve godt med det, konsekvenser i hverdagen, å styrke barnet,

tanker om konsekvenser som kan komme, behov for informasjon/oppfølging og kunnskap om enurese.

Jeg hadde nå redusert tekstmengden fra 39 sider til 16 sider med meningsbærende enheter som var kodet. Det var bare de meningsbærende enhetene som ble med meg inn i analysens *tredje trinn*. De meningsbærende enhetene som var kodet sammen ble her systematisk kondensert, slik Malterud (2011) beskriver, og jeg fant på den måten mening. Hver av kodegruppene ble sortert i tilhørende subgrupper, og jeg utarbeidet et kondensat til hver av subgruppene, også i tråd med Malteruds (2011) beskrivelser. Jeg tok utgangspunkt i de seks kodene de meningsbærende enhetene var delt inn i fra analysens andre trinn, men reorganiserte kodene og materialet noe da jeg i utarbeidelsen av subgrupper og kondensater fikk en ny innsikt.

Jeg satt nå igjen med fire koder med tilhørende subgrupper: Å leve godt med det, med subgruppene, barnets perspektiv, foreldrenes perspektiv og velfungerende praktiske ordninger. Å styrke barnet, med subgruppene, trygge barnet og ikke gjøre et problem ut av det. Konsekvenser som utfordrer, med subgruppene, holde det skjult/redd noen skal oppdage, sosiale utfordringer og utfordringer for foreldrene. Den siste koden var behov for informasjon/oppfølging, med subgruppene, hvor fått informasjon, dette har vært til hjelp og hva kunne vært til hjelp.

Kondensatene ble skrevet i jeg-form, Malterud (2011, s. 106) hevder at jeg-form er hensiktsmessig «for å minne oss selv om at vi foreløpig skal representere hver av deltakerne, helst omtrent slik de har uttrykt seg». Samtidig skulle kondensatet være en sammenfatning av det som befant seg i den aktuelle subgruppen. For hver subgruppe ble det også trukket frem et direktesitat som på en god måte belyste den abstraherte teksten, det Malterud (2011) kaller «gullsitat». Viser til eksempel i tabell 1.

I analysens *fjerde trinn* skulle bitene settes sammen igjen, det som Malterud (2011) omtaler som å rekontekstualisere tekstene. Funnene ble nå sortert under det Malterud (2011) kaller kategorier og sammenfattet i form av gjenfortellinger som la grunnlag for nye beskrivelser. Kategoriene ble delt inn i subkategorier, og gjenfortellingene ble til ved hjelp av analytiske tekster tilhørende hver subkategori. Malterud (2011, s. 107) understreker at vi her skal bruke tredjeperson-formen «fordi vår rolle på dette trinnet er å være gjenforteller». Da den analytiske teksten var etablert, vurderte jeg om «gullsitatet» jeg hadde identifisert på tredje trinn fortsatt var dekkende. Til slutt ga jeg de ulike kategoriene og subkategoriene, som besto

av analytisk tekst og «gullsitat», endelige navn. Før jeg kunne presentere dette som resultatene i min studie, gikk jeg tilbake til de opprinnelige tekstene for å se hvor de ulike bitene i mine funn opprinnelig var hentet fra, og på den måten validere dem. Det er dette Malterud (2011, s. 109) kaller å rekontekstualisere resultatene opp mot materialet. Jeg vekslet nok en gang mellom helhet og del. I min gjennomgang av de opprinnelige tekstene i denne fasen hadde jeg også fokus på om det var noe meningsbærende innhold som hadde blitt borte på veien, men jeg fant ingen nye temaer. Viser til tabell 1 for eksempler også fra dette fjerde trinnet. Funnene blir presentert i sin helhet i kapittel 4.

3.6 Oppgavens troverdighet

Det har vært viktig for meg å ivareta troverdigheten, og dette kommer til uttrykk fortløpende gjennom oppgaven ved at jeg har redegjort for hvordan dataene er blitt utviklet, og at jeg har tilstrebet at analyseprosessen i studien har fått en fyldig beskrivelse. Jeg har likevel valgt å utdype begrepene reliabilitet og validitet her for å få tydeliggjort hvilken posisjon disse begrepene har innen forskning, og for å vise konkrete eksempler på hvordan dette er ivaretatt.

Reliabilitet har med forskningsresultatenes pålitelighet å gjøre. Det handler om å nå frem til en sann forståelse av informantens livsverden (Kvale og Brinkmann, 2009). Som beskrevet og redegjort for i kapittel 3.1 vil den kvalitative metoden likevel til en viss grad alltid bli farget av forskeren (Gadamer, 2010; Malterud, 2011). Påliteligheten i denne oppgaven er blant annet ivaretatt ved at jeg har redegjort for egen posisjon og engasjement knyttet til tematikken, og ved at jeg underveis har vært bevisst å få frem informantenes stemmer. Ifølge Tjora (2017) er en av fordelene ved bruk av lydbåndopptaker ved dybdeintervjuer at informantenes stemmer lettere ivaretas fordi man har tilgang til direktesitater. I tillegg har jeg fortløpende i teksten tydeliggjort mine premisser. Malterud (2011) trekker frem at dette ofte kalles intersubjektivitet, og hevder at det å gjøre leseren til en informert ledsager med tilgang til de betingelser kunnskapen er utviklet under, er det viktigste virkemidlet knyttet til pålitelighet. Hun utdypet med at man må være så systematisk og refleksiv at kunnskapsutvekslingen kan etterprøves og deles. I tillegg fremhever hun at beskrivelsene som kommer ut av studien må ha en overførbarhet til andre sammenhenger enn der de i utgangspunktet ble hentet fra (Malterud 2011). Hvordan funnene i denne studien gjøres gjeldende blir beskrevet senere i oppgaven.

Validitet har med forskningsresultatene gyldighet å gjøre, det dreier seg i stor grad om å se på om prosjektets utforming og funn har en logisk sammenheng med det man søker å finne svar på. Grunnleggende krav som er kjent og anerkjent i vår vitenskapelige kultur må ligge til grunn for den kunnskap som er innhentet og systematisert. Det ligger noen spesifikke forventninger til hvordan forskerens funn og resultater er fremkommet (Malterud, 2011). Det har vært et viktig fokus i denne studien at den har pågått innenfor rammene av faglighet og at den har blitt forankret i relevant forskning. Tjora (2017) hevder at dette sammen med metodisk treffsikkerhet hva angår problemstilling og forskningsspørsmål er de viktigste kildene til høy validitet.

3.7 Forskningsetiske overveielser ved prosjektet

Det skal bare forskes på mennesker om det ikke finnes andre metoder som er tilnærmet like effektive ifølge helseforskningsloven (2008). Denne studien ønsket å se på menneskers livsverden knyttet til å leve med enurese, og det ville ikke være mulig å få ta del i denne uten å komme tett på menneskene. Jeg valgte å intervju foreldre og ikke barn med bakgrunn i at Helsinkideklarasjonen (2013) vektlegger at det bare skal forskes på sårbare grupper som eksempelvis barn om kompetente og mindre sårbare forsøkspersoner ikke kan bidra med nødvendig kunnskap. Helsinkideklarasjonen (2013) viser videre til at det noen ganger er nødvendig å forske på sårbare grupper og at det ikke skal utelukkes om forskningen antas å komme nettopp de sårbare gruppene til gode. Ved å intervju barna kunne jeg kanskje fått frem andre sider, men jeg valgte å skjerme dem grunnet at jeg er fersk i forskerfeltet i tillegg til at jeg anså foreldre som gode bidragsytere for et rikt materiale knyttet til min problemstilling.

Det å reflektere over mulig skade eller ubehag som kan oppstå, eksempelvis ved å komme inn på følsomme temaer, tas opp av Tjora (2017). Jeg hadde tenkt over dette og muligheten for å opplyse om eller videreformidle foreldrene til skolehelsetjenesten om det skulle komme opp erfaringer som kunne trenge støtte eller tiltak.

Tjora (2017) fremhever at en slags etisk sans bør ligge til grunn i forskning som i andre møter mellom mennesker, og trekker frem eksempelvis tillit og vanlig høflighet. I tillegg må det innen forskningen formuleres noen høyere krav enn dem som oppstår i andre sosiale situasjoner, både fordi man kommer inn på deltakernes arenaer nokså «brått og brutalt», og

for at funnene skal offentliggjøres. Som forsker plikter jeg å følge Helsinkideklarasjonen (2013) og det innebar at jeg måtte sette meg inn i etiske retningslinjer og lovverk for å fremme respekt, beskyttelse og rettigheter for informanter i medisinske studier. Både Helsinkideklarasjonen (2013) og Helseforskningsloven (2008) vektlegger at forsøkspersonenes rettigheter og interesser skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser.

I tråd med dette informerte jeg studiedeltakerne om etiske overveielser som kunne ha relevans for dem i informasjonsskrivet, og også muntlig når vi møttes. Dette gikk på at deltakelsen var frivillig, at de når som helst kunne trekke seg, forskerens taushetsplikt, at opplysninger ville bli oppbevart konfidensielt, og at det ikke ville være mulig å kjenne igjen deltakeren i presentasjonen av funnene. Når informasjonen var gitt og forstått, fikk jeg et skriftlig samtykke fra hver enkelt deltaker. I mitt videre arbeid med materialet ble dette fulgt opp ved at lydfilene fra intervjuene og mitt materiale for øvrig var innelåst i privat safe når de ikke var i bruk, og at informantene fikk fiktive navn med en gang jeg startet på transkriberingen.

3.8 Meldeplikt for gjennomføring av studien

Prosjektet ble meldt inn i til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Prosjektet var meldepliktig fordi jeg benyttet datamaskinbasert utstyr under intervjuene (lydbåndopptaker) og i transkriberingen av dem, og fordi jeg fikk personopplysninger om informantenes barn (NSD, 2012). Godkjenningen fra NSD vil finnes som vedlegg til oppgaven (vedlegg 6).

Det var litt uklart for meg om min studie måtte søkes til regional etisk komité (REK). Etter mailkontakt med REK nord ble jeg anbefalt å skrive ei framleggingsvurdering, noe jeg gjorde. Det ble i tilbakemelding fra REK bekreftet at det ikke var behov for å søke til dem. Tilbakemeldingen fra REK er vedlagt (vedlegg 7).

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I denne studien ønsket jeg å få kunnskaper om hvordan barn i 7-årsalderen og deres mødre mestrer å leve med enurese, og mine funn fra intervjuene relatert til dette vil bli presentert i dette kapitlet. Jeg har valgt å presentere de ved hjelp av de fire kategoriene jeg kom frem til i analysens siste del, og jeg vil først si noe kort om kategorien, før jeg lar analytisk tekst fra hver subkategori belyse funnene. Jeg har valgt å ta med et eller to «gullsitater» knyttet til hver subkategori. Jeg har ikke konsekvent delt opp foreldrenes erfaringer og hvordan de opplever at barnet har det, men det vil fortløpende i teksten komme frem hvilken stemme som blir sitert.

4.1 Lever med enurese uten å «gjøre noe ut av det»

Mødrene møtte meg i stor grad med en generell forståelse av at de ikke så på dette med nattevætingen som noe stort problem, og at de heller ikke oppfattet at barnet gjorde det. Det kom frem mange beskrivelser fra dem som sa noe om dette. Dette er presentert ved de tre subkategoriene, barna «lever godt» med enuresen hjemme, foreldrene tenker «det ordner seg» og velfungerende praktiske ordninger.

4.1.1 Barna «lever godt» med enuresen hjemme

En overvekt av mødrene uttalte at det ikke virket som om barnet brydde seg noe særlig om om nattevætingen, at det bare tok på seg bleien som det alltid hadde gjort, og at det i liten grad ga uttrykk for at det følte seg annerledes. En mor sa det slik:

«Ja, jeg tror at han... Foreløpig så gjør han ingenting av det».

Flere av mødrene uttalte at barnets vennekrets i liten grad hadde begynt å overnatte hos hverandre, og at nattevætingen av den grunn ikke påvirket det sosiale livet. Det var også en felles forståelse blant flere av mødrene at barnet ikke gjorde noe aktivt for å skjule nattevætingen ovenfor de som det bodde sammen med. De fleste mødrene beskrev at det å overnatte hos nær familie i stor grad gikk bra for barnet, da disse ofte visste om problematikken og ordnet det slik at det ble greit for barnet.

4.1.2 Foreldrene tenker «det ordner seg»

Mødrene ga i stor grad uttrykk for at de hadde roet seg ved å vite om at det med nattevætingen som oftest pleier å ordne seg, at det har med modning å gjøre. De beskrev utelukkende at det hadde vært til hjelp å vite at enurese er nokså vanlig, og at det er flere barn som tisser på seg om natta. En mor uttalte:

«Men det pleier å ordne seg har jeg liksom fått, ja, jeg roer meg med det enn så lenge».

Det var også enighet mellom flere mødre om at de ikke så på nattevætingen som et problem, så lenge barnet slappet av med det. I den sammenheng var de spesielt opptatt av at det var greit så lenge det ikke var til hinder for å være sosial. Noen av mødrene uttalte at de trodde det hadde vært til hjelp at de hadde en del kunnskap om temaet, at det har gjort dem roligere.

4.1.3 Velfungerende praktiske ordninger

Samtlige mødre fortalte om gode praktiske ordninger, for at det med nattevætingen ikke skulle få mer fokus og ta mer tid enn nødvendig. Flesteparten av barna brukte bleie fortsatt, for at det skulle bli mindre vask, og det å vaske seg nedentil eller å dusje var blitt en del av morgenstellet for barnet. Ellers fortalte mødrene om bruk av tisselaken for å beskytte sengen. Et par av mødrene sa at det til tider ble en del sengeskiift, men at de alltid hadde nytt sengetøy liggende klart. Flere av mødrene fortalte om mye sengetøyvask og at det var en del jobb med det da det stort sett var mødrene selv som tok seg av det, men at det var blitt så godt innarbeidet at de så på det som en del av hverdagen. En av mødrene sa:

«Ja, og sånn.. En ordner seg i forhold til sånn sengevasking også, en lager seg systemer som går fort, og så... Ja, hadde en dyne på lur som en bare slang over».

4.2 Foreldrene er opptatt av at de ikke må «legge stein til byrden»

Foreldrene var opptatt av å ivareta og beskytte barnet. Dette er belyst ved de to subkategoriene, å trygge barnet og ikke gjøre nattevætingen til et problem.

4.2.1 Å trygge barnet

Mange av mødrene fortalte at det hadde vært til stor hjelp for barnet å normalisere dette med nattevætingen litt, ved å prate om at det er flere barn som tisser på seg om natta og at det er noe de vil «vokse av seg» etterhvert. Et par av mødrene hadde valgt å trekke det inn i et større perspektiv og hadde pratet med barnet om at alle har utfordringer på et eller annet vis, uten at vi nødvendigvis vet om det, før de mer konkret hadde snakket om at det også er flere som tisser på seg. Flere uttalte at de hadde tatt tak i dette med nattevætingen og forsøkt å finne gode løsninger sammen med barnet, i situasjoner hvor de mistenkte at det hadde bydd på utfordringer. En mor beskrev det slik:

«Ehm, og da tok min mann en prat med han, og da liksom spurte om det var det som var problemet, og da kom det fram at det var det. Og så hadde han en tryggende samtale med han på det, om at de [vennene våre] på en måte visste om at det var sånn, og da var det helt greit».

4.2.2 Ikke gjøre nattevætingen til et problem

Flere av mødrene var opptatt av å beskytte barnet mot mye styr rundt dette med nattevætingen. De oppfattet at barnet kom med flere reaksjoner og ble mer stresset om foreldrene kom med stadige gjentakelser om at de måtte huske å gå på toalettet, ikke kunne drikke om kvelden og lignende. Det ble sett på som mas. Flere av mødrene sa at barnet var så vant til å gå med bleie at de ikke trodde barnet tenkte over det så lenge ikke noen andre i familien gjorde et nummer ut av det. Flere av mødrene uttrykte at det var av betydning at dette med nattevætingen ikke ble gjort til noe større enn det er, og de så på det som en måte å skåne barnet fra å føle seg annerledes. Samtlige mødre var opptatt av å gjøre minst mulig ut av det når sengen hadde vært våt og å ivareta barnet slik at det ikke skulle føle det som en belastning å vekke foreldrene om natta, mye vask av sengetøy og lignende. En mor uttrykte dette:

«For det at, jeg tenker at jo mer oppstyr en lager rundt det, jo mer lager en et problem for barnet. Og det ønsket jeg ikke. Vi prøvde på en måte å late som at dette ordner seg, det er ikke noe styr».

4.3 En utfordring å holde det innad i familien og å ikke "gjøre noe ut av det".

Mødrene beskrev også situasjoner for meg som utfordret barnet og dem selv, knyttet til enuresen. Dette er presentert ved de to subkategoriene, barnets behov for å skjule det for andre og foreldrenes ønske om å ikke la seg frustrere.

4.3.1 Barnets behov for å skjule det for andre

Flesteparten av mødrene fortalte at det virket som barnet var redd for at andre skulle få vite om at det brukte bleie. Dette kom blant annet til uttrykk ved at barnet gjemte bleiene når det kom besøk, slik at ingen utenfor familien skulle se dem. En mor sa:

«Så det blir litt sånn at når vi får besøk og sånn så står jo bleiepakken, den der «up and go», den største, den står jo på badet, så da har han liksom løpt inn og gjemt den da».

Flere av dem fortalte også at de måtte lure på bleien uten at noen så det og skjule den med stor pysjbukse, under dyna eller lignende, om det var besøk. De uttalte at det virket som barnet var opptatt av at færrest mulig måtte vite om nattevætingen, slik at det ikke skulle lekke ut. Noen av mødrene sa at de var usikre på om barnet holdt inni seg noe av det som var vanskelig rundt nattevætingen. Den ene av mødrene som hadde fått oppleve at barnet var blitt tørt, sa at lettelsen når han ble tørr hadde fått henne til å tenke at det hadde vært et større problem for han enn hun hadde trodd. Noen av mødrene uttrykte at det var utfordringer for barnet knyttet til det å ha overnattingsgjester eller det å overnatte borte, det kunne også dreie seg om overnattinger hos familie. Svarene fra moren til de barna som var 8 og 9 år når de ble tørre skilte seg her ut, sammen med svar fra et par av de andre mødrene hvor barnas venner sånn smått hadde begynt med overnatting hos hverandre. En mor sa det slik:

«Og han har, han hadde en runde i sommer hvor han skulle overnatte hos noen venner av oss sitt barn som han ikke kjente så godt. Og det hadde han veldig lyst til, men så kom han til å tenke på at han hadde dette her problemet, og da ville han ikke».

Disse mødrene fortalte at de hadde forsøkt å foreslå at barnet kunne ha med en bleie som de kunne ta på i skjul. Det å bekymre seg for at nattevætingen skulle bli oppdaget la likevel en så stor demper på hele gleden ved overnatting, at overnatting ble valgt bort. Det ble beskrevet at barnet i større grad også var blitt bevisst lukt, og at det ikke lenger bare var det at noen kunne

se bleien som utfordret. Noen av mødrene uttrykte at barnet i større grad hadde begynt å legge merke til at det ikke var så mange andre som brukte bleie mer, og at det hadde begynt å kjenne litt på å føle seg annerledes. De fleste mødrene oppfattet at barnet opplevde egen bruk av bleie som flaut i større grad enn før.

4.3.2 Foreldrenes ønske om å ikke la seg frustrere

Flesteparten av mødrene fortalte at de opplevde å ha lite overskudd til å ta tak for å finne løsninger på selve nattevætingen. De fortalte at de noen ganger syntes det var vanskelig å holde frustrasjonen tilbake over at det var vått igjen, og at de noen ganger vekslet mellom sinne og å prøve å skjule det, samtidig som de forsøkte å hjelpe barnet. En mor beskrev det slik:

«Eh... ja så det, og vi som foreldre prøvde jo å være veldig pedagogiske og ikke pålegge de noen skam. Eh... Men som jeg sa innledningsvis så var det jo ikke begge av oss som var like pedagogiske. Og når en våkner midt på natta så er det ikke alltid en er like pedagogisk heller».

Flere av mødrene sa at det noen ganger bød på utfordringer at foreldrene hadde ulike holdninger til det med enuresen, og møtte det på ulike måter. Noen av mødrene uttrykte en bekymring for at det ville utgjøre mer stress for barnet om de satte mer fokus på det med enuresen. En mor uttrykte det slik:

«Ehmm... Og vi har jo prøvd i perioder å slutte. Og det liksom... Å våkne opp i en gjennomvåt seng og eh... Foreldre som er slitne, som blir irritert på... «Ahhh... Hvorfor har du ikke våknet»».

Samtidig uttrykte mødrene at de tenkte på hvilke konsekvenser det kunne medføre for barnet om enuresen ville vedvare over tid. De mødrene med barn som ikke hadde begynt med overnatting hos venner hadde gjort seg tanker om at det med å overnatte borte blir mer vanlig jo eldre barna blir, og at det på et tidspunkt kunne bli sånn at deres barn kanskje ikke delta på det som de andre vennene skulle delta på. De så da for seg at nattevætingen kunne medføre en begrensning i livet.

4.4 Betryggende å få kunnskap om enurese og å vite at det ikke er uvanlig

Mødrene delte velvillig om hva som hadde vært til hjelp for dem knyttet til det å leve i en familie med et barn som har enurese, og at det igjen hadde vært til hjelp for barnet. I tillegg hadde de tanker om hva som kunne føre til at det ville bli enda bedre. Denne kategorien er sammensatt av delene, en betryggelse å få råd og dele erfaringer og ønsker at helsepersonell tilbyr hjelp.

4.4.1 En betryggelse å få råd og dele erfaringer

Samtlige mødre fortalte om at de hadde fått kunnskap om enurese fra andre, det ble nevnt både helsesøster, lege, venner, og foreldre til andre barn med enurese. Noen fortalte også at de hadde lest litt om det på internett, eller at de hadde fått kunnskap gjennom sin jobb. Samtlige mødre nevnte helsestasjonen som en hovedressurs. En mor sa det slik:

«Ja, det har jo vært først og fremst helsestasjonen da. Forskjellige helsesøstre jeg har truffet. Ja, som jeg har søkt hjelp hos. Så... Også har jeg jo prata litt med mødre til barn som også har hatt det problemet. Så det er stort sett det jeg har vært innom».

De fleste nevnte helsesøster som en hjelper de ville ta kontakt med for ytterligere hjelp. Noen uttrykte at de ville kontaktet lege for henvisning til videre undersøkelser eller resept på medisiner. Noen av mødrene uttrykte at det hadde vært beroligende å prate med andre som har barn med enurese, at det å vite at andre hadde det beroliget i seg selv, men også det å høre at andre ikke stresset med det. En mor sa:

«Vi har snakket vi foreldrene oss i mellom, så jeg vet at det er flere, og det er klart at det er litt sånn betryggende for meg som mor å vite at det er slett ikke uvanlig».

Det med at fagpersoner som helsesøstre også beroliget med at det er flere som har det slik, at det ofte går seg til, og at de ikke burde stresse med det, hadde vært til hjelp for samtlige av mødrene som hadde vært i kontakt med helsepersonell. En mor uttrykte det slik:

«Ehm... Det e, kanskje det nyttigste er å vite at dette gjelder mange barn, og at du kan senke skuldrene og ja, ikke bekymre deg for det. Mmm, og at som regel så kommer det på plass etter hvert».

De mødrene som hadde hatt barnet med til samtale hos helsesøster, uttrykte at den samme informasjonen hadde vært til hjelp også for barnet. Det å få tips om praktiske ordninger og hjelpemidler, som tisselaken, bleietruser og lignende ble også trukket frem. I tillegg ble det nevnt av flere at det var godt å få informasjon om hvorfor det er sånn, og å vite at det finnes tiltak, at det er noe en kan gjøre om det ikke gir seg. Det ga håp. To av mødrene fortalte at det hadde vært til stor nytte at de hadde pratet med helsesøster sammen med barnets far, da det hadde ført til en felles forståelse knyttet til dette med enuresen. To av mødrene nevnte at informasjonen de fant på nettet var litt forvirrende, at det sto mye forskjellig der.

4.4.2 Ønsker at helsepersonell tilbyr hjelp

Flere av mødrene fortalte om en opplevelse av at helsesøster hadde det travelt, og to av dem sa at de av den grunn ikke følte at det fantes rom for at de kunne komme til henne med dette «som kanskje bare er en bagatell». De fortalte at de trodde de ville benyttet seg av helsesøster raskere om de visste at hun var mer tilgjengelig. Flere av mødrene signaliserte at de skulle ønske det var et fast treffpunkt med helsesøster i starten av skoleåret, slik at de fikk et forhold til henne. Et par av mødrene foreslo at det kunne deles ut en brosjyre om dette temaet, og om hvordan de kunne søke hjelp. De mødrene som hadde vært hos helsesøster ønsket seg litt mer jevnlig oppfølging, og at helsesøster skulle ta kontakt. En mor uttrykte dette slik:

«Kanskje litt mer sånn... Eh... Sånn... Kanskje litt mer sånne oppfølgingssamtaler, for det ble jo liksom med den ene samtalen. Også var det litt mer sånn, at ja hvis dere vil snakke med meg igjen, så ta kontakt. Men kanskje litt mer sånn oppfølging».

Et flertall av mødrene sa at dette ikke var slikt de pratet åpent med så mange om, til tross for større åpenhet rundt det nå enn tidligere, og at de av den grunn satt mye alene med tankene. Flere av mødrene uttrykte at de trodde en felles forståelse og kunnskap om enurese ville bedre relasjonen mellom foreldrene, og mellom foreldre og barn. Flere av dem hadde også en felles opplevelse av å ha ventet ganske lenge, og å ha forsøkt det med væskerestriksjon på kvelden, gode do-rutiner på dagtid og sånn, uten at noe hadde endret seg.

5.0 DISKUSJON/DRØFTING

Mitt formål med studien er å se på hvordan barn og mødre mestrer å leve med enurese. Jeg ønsker å rette fokus på dette for å se hvordan helsetjenesten best mulig kan være med å fremme helse i disse familiene. Fem mødre som alle hadde barn med enurese er intervjuet, og funnene fra disse intervjuene vil i dette kapitlet bli diskutert opp mot tidligere forskning og oppgavens teoretiske rammeverk.

Jeg har valgt å benytte overskriftene fra funndelen som rammeverk for dette kapitlet, og slik vil jeg fortløpende diskutere funnene.

5.1 Lever med enurese uten å «gjøre noe ut av det».

Dette funnet var det som overrasket meg mest fordi min bakgrunn for å ta tak i dette temaet var at jeg i mitt virke som helsesøster hadde møtt familier som uttrykte det motsatte, at de stresset mye knyttet til dette med nattevætingen. Men data fra denne studien forstås som at verken barna eller familien for øvrig "gjorde noe ut av" enuresen, og dette vil nå bli diskutert.

5.1.1 Barna «lever godt» med enuresen hjemme

Funn i studien viser at barna i stor grad bare tok på seg bleien som vanlig, og at det ikke så ut som de brydde seg videre om nattevætingen. De gjorde heller ikke noe aktivt for å skjule nattevætingen og bleiebruken for de andre som de bodde sammen med, eller annen nær familie som visste om nattevætingen. Overnatting hos venner var i liten grad utbredt i barnas omgangskrets.

Ifølge Lazarus og Folkman (1984) innebærer mestring en form for psykologisk stress som krever en form for mobilisering, og de utelukker automatisert atferd og tanker som ikke krever innsats i sin definisjon av mestring. Det kan synes som at barna i denne studien i liten grad kjente på et psykologisk stress knyttet til å ha enurese når de var hjemme eller hos nær familie, og at deres tilnærming til enuresen i stor grad var automatisert knyttet til at det å ta på bleien ble sett på som en normalitet. I lys av en slik definisjon på mestring vil ikke barnas handlinger i de beskrivelser som fremkommer her betegnes som mestringsstrategier. Samtidig kan det synes som at handlingene barna utførte, til tross for at de var automatiserte, bidrar til at de «lever godt» med å ha enurese. Ved å ta på bleien hver kveld reduserer de eksempelvis

tilfeller av å måtte sove i våt seng, vekke foreldrene, eller å bytte på sengen midt på natten. På den måten skaper de til en viss grad kontroll på noe av det som kan oppstå av ytre og indre krav og konflikter relatert til å ha enuresis. Slike handlinger ses i sammenheng med menneskets indre ressurser og er sentralt i Drageset (2014) sin tilnærming til mestring. Antonovsky (2012) er også opptatt av menneskets ressurser, og slik jeg ser det kan det å håndtere nattevætingen på den måten som her fremkommer også være et resultat av opplevelse av sammenheng (OAS). Hos mennesker som innehar ressurser som gir de sterk grad av OAS vil spenning sjeldnere omdannes til stress, samtidig som de vil møte stress på en mer hensiktsmessig måte når det har oppstått, ifølge Antonovsky (2012).

Hellstrøm, Wille og Nevés (2011) trekker frem at barna sjelden er særlig påvirket av nattevætingen før de er rundt 6 år, og at aktiv behandling av den grunn sjelden er aktuelt før den tid. Selv om barna i denne studien i hovedsak var året eldre enn 6 år virket de fortsatt ikke særlig påvirket av nattevætingen. Dette kan selvsagt ha med modning å gjøre, men kanskje det også kan ha noe å gjøre med foreldrenes måte å mestre på knyttet til at foreldrenes holdninger i stor grad overføres til barnet (Grønseth og Markestad, 2011). Selv om handlingen med å ta på bleien var automatisert og blir sett på som en normalitet av barnet, kan det tenkes at dette er en mer bevisst mestringsstrategi fra foreldrene. Det kommer til uttrykk hvordan foreldrene kan være en viktig brikke i barnets generelle motstandsressurser (GMR), det Antonovsky (2012) belyser som karakteristikk hos barnet eller i dets miljø som bidrar til å styrke OAS. Barnets mestringskapasitet utgjøres av både barn og foreldre, ifølge Tveiten (2012), og hun viser til at barn og foreldre av den grunn må ses på som en enhet. Det at omgangskretsen til disse barna ikke hadde begynt å overnatte hos hverandre gjorde også sitt til at barnas indre og ytre krav i mindre grad ble utfordret.

5.1.2 Foreldrene tenker «det ordner seg»

Funnene viser at mødre i stor grad fant ro ved å vite at det også er andre som har enuresis, og at det som oftest pleier å ordne seg. Det at barna så ut til å være mer eller mindre upåvirket av enuresen, og at den ikke var til hinder for å være sosial, gjorde det lettere for mødre å se på enuresen som uproblematisk. Kunnskap om temaet bidro også til å gjøre mødre roligere.

Det kan synes som at mødre i liten grad håndterte nattevætingen med bevisste og aktive strategier, mobilisering relatert til psykologisk stress (Folkman og Lazarus, 2014) kom i alle fall ikke klart til uttrykk i dette funnet. Jeg ser det likevel som sannsynlig at det bevisst eller

ubevisst har foregått en kognitiv vurdering mer eller mindre kontinuerlig, som førte til at mødrene opplevde situasjonen som nøytral mer enn belastende, parallelt med en vurdering hvor både muligheter og strategier for mestring er vurdert, det som av Lazarus og Folkman (1984) beskrives som primær- og sekundærvurderinger. Mødrenes tro på at «det ordner seg» tyder på at de kanskje ikke opplevde situasjonen som stressende, det som av Lazarus og Folkman (1984) kalles situasjonsfaktoren ser derfor ikke ut til å utfordre i særlig grad, og det kreves da mindre av de personlige og sosiale mestringsressursene. Dette kan slik jeg ser det også komme som et resultat av ressurser i foreldrene som fører til at spenningen ikke omdannes til stress, det kan med andre ord være et uttrykk for sterk OAS (Antonovsky, 2012).

For mødrene beskrev også elementer som belyste mestringsressurser i dem blant annet ved at de uttrykte å forstå situasjonen de sto i. Det å vise en slik begripelighet er ifølge Antonovsky (2012) en av faktorene som må være til stede for å oppnå en opplevelse av sammenheng (OAS). Forståelsen kom slik jeg oppfatter det i all hovedsak som et resultat av kunnskap de på ulike vis hadde tilegnet seg. Det å tilegne seg kunnskap er igjen en aktiv strategi, og det Lazarus og Folkman (1984) beskriver som problemorientert mestring. For meg virket det som at denne kunnskapen bidro til at barnets enurese ble begripelig for mødrene. Faktorene håndterbarhet og meningsfullhet viser seg også ved at mødrene har tro på at en avventende holdning vil være til hjelp og at de er motivert til å være avventende og «stå i det».

5.1.3 Velfungerende praktiske ordninger

I studiens funn fremkommer det at velfungerende praktiske ordninger var på plass. Det dreide seg eksempelvis om bruk av bleie, sengebeskyttelse som tisselaken for at ikke senga skulle bli våt, og nytt sengetøy som lå klart dersom det skulle bli vått, alt for at enuresen ikke skulle ta mer tid og få mer fokus enn nødvendig. Hyppigere sengetøyvask, og barnas morgenstell knyttet til å vaske seg nedentil eller å dusje, ble beskrevet som godt innarbeidet og en del av hverdagen.

Denne måten å nærme seg barnets tilstand og nattevæting på innehar elementer av både den følelsesorienterte og den problemorienterte mestringen som Lazarus og Folkman (1984) belyser. Samtidig beskrives noen av ordningene som automatiserte, ved at de er godt innarbeidet og en del av hverdagen. Dette kan likevel være et resultat av overveielser mødrene har gjort. En mer eller mindre ubevisst primærvurdering kan ha ført til at situasjonen oppfattes som nøytral mer enn belastende, mens sekundærvurderingen kan ha medført noen

aktive og bevisste strategier. Å ta i bruk en hensiktsmessig måte å håndtere på kjennetegner ifølge Antonovsky (2012) sterk OAS, og mødrenes måte å håndtere enuresen på kan slik jeg ser det være et uttrykk for at de innehar sterk OAS. Problemorientert mestring kommer til uttrykk ved at foreldrene søker løsninger, og at velfungerende praktiske ordninger kommer som et resultat av det. På den måten kommer det tydeligere frem at automatiserte handlinger likevel kan være et resultat av mestringsstrategier. Mødrene beskrev at tiltakene i stor grad ble gjennomført på denne måten for at det var tidsbesparende og for at barnets tilstand ikke skulle få mer fokus enn nødvendig. Emosjonelt orientert mestring kommer her eksempelvis til uttrykk ved at ubehagelige følelser reduseres for å dempe ubehaget, og at opplevelsen av situasjonen endres i stedet for selve situasjonen. Strategiene med å søke praktiske løsninger som her benyttes i den problemorienterte mestringen, bidrar til en følelsesorientert mestring som kommer til uttrykk ved at ubehaget dempes. Det igjen kan være til hinder for at man vil søke en strategi knyttet til å finne en løsning på selve nattevætingen. Det kommer på den måten frem hvordan mestringsstrategiene både kan legge til rette for hverandre og være til hinder for hverandre (Lazarus og Folkman, 1984).

I den aktive tilnærmingen til barnets tilstand viser mødrene evne til håndterbarhet, og det er den andre faktoren som ifølge Antonovsky (2012) må være tilstede for å oppnå OAS. Mødrene viser at de har ressurser som gjør at de takler utfordringen, og en tro på at det kan finnes løsninger som gjør den håndterbar. Det å være handlingsdyktig selv når livet går i motbakke er i seg selv en ressurs som øker sjansen for at man ser på hendelser som en utfordring fremfor en trussel, ifølge Antonovsky (2012). Det å ha velfungerende praktiske løsninger som gjør at tidsbruken reduseres og at den nattlige sengevætingen ikke får mer fokus enn nødvendig, får livet til å fungere hjemme hos disse familiene. En av grunnene til at dette fungerer er at familiene benyttet problemorientert mestring ved å skaffe seg kunnskap om hvordan de rent praktisk kunne møte utfordringen, men også at de fant mening i å forsøke løsningene. Det å finne mening i å forsøke løsningene knyttes opp til den siste faktoren i Antonovskys OAS; meningsfullhet (Antonovsky, 2012).

5.2 Foreldrene er opptatt av at de ikke må «legge stein til byrden»

Funn indikerer at mødrene var opptatt av at barnets tilstand ikke skulle få mer fokus enn nødvendig, at de var opptatt av å ivareta og beskytte barnet, og at de ikke ville «legge stein til byrden». Det kom til uttrykk både ved at de ønsket å trygge barnet og at de var bevisst på at

nattevætingen ikke skulle gjøres til et problem. Begge subkategoriene vil her diskuteres under ett.

5.2.1 Å trygge barnet, og ikke gjøre nattevætingen til et problem

Funn i studien viser at mødrene forsøker å trygge barnet ved å normalisere nattevætingen og å fokusere på at det er flere som tisser på seg på natta og at de vil «vokse det av seg», og de ga uttrykk for at barna i stor grad roet seg med situasjonen ved bruk av et slikt fokus. Samtidig forsøker mødrene å finne løsninger sammen med barnet i situasjoner hvor enuresen utfordrer. Mødrene var også opptatt av at barnet ikke skulle føle seg som en belastning.

Lazarus og Folkman (1984) er tydelig på at de bevisst har benyttet begrepet håndtere fremfor beherske i sin definisjon av mestring, og utdyper med at det å håndtere også kan komme til uttrykk ved at man minimerer, tolererer eller aksepterer stressende forhold. I foreldrenes håndtering synes de å ha gjort en vurdering og funnene indikerer at de har valgt en bevisst mestringsstrategi hvor de ønsker å hjelpe barnet til å se på situasjonen som nøytral fremfor belastende ved å redusere noen av stressfaktorene det å ha enurese kan medføre. De bidrar på den måten til å forebygge at barnet tenker på nattevætingen som en utfordring eller en trussel. Samtidig kommer det frem at de tar tak og finner løsninger sammen med barnet når de mistenker at barnets tilstand kan komme til å by på utfordringer for barnet. Det var eksempelvis en mor som fortalte at barnet som ikke ville overnatte hos et voksent vennepar hadde endret mening om dette etter at pappaen hadde en samtale med barnet om at de som barnet skulle overnatte hos kjente til barnets tilstand, og at de sammen ville finne gode løsninger. I primærvurderingen ser det ut til at stresset hos barnet økte når situasjonsfaktoren endret seg ved at noen utenforstående skulle involveres i nattevætingen. Både barnet og foreldrene forsøker å redusere ubehagelige følelser i situasjonen, og møter den med følelsesorientert mestring på hver sin måte. Barnets sekundærvurdering er en aktiv tilnærming som innebærer å unngå situasjonen, mens foreldrene går inn og aktivt forsøker å endre opplevelsen av situasjonen. Det kan se ut som at samtalen med pappaen førte til en revurdering som hjalp barnet til å se på situasjonen som mindre truende. De beskrivelsene som mødrene gir viser hvordan foreldrene fremstår som en viktig del av barnets GMR. Dette kommer eksempelvis til uttrykk i situasjonen med pappaen hvor han bidrar til å gjøre situasjonen forutsigbar. I tillegg hjelper han barnet til å tro at det kan finnes en løsning, og til å finne mening i å forsøke løsningen. Han er dermed innom alle elementene i OAS:

Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012). Et annet eksempel er når foreldrene bidrar til å gjøre nattevætingen begripelig for barna ved at de gir forklaringer på hvorfor det er sånn og at det vil ordne seg.

Samtidig er dette en form for følelsesorientert mestring hvor foreldrene bidrar til at ubehagelige følelser reduseres og hvor opplevelsen av situasjonen endres, men selv om ubehaget dempes kommer de ikke nærmere en løsning på selve nattevætingen. Ifølge Lazarus og Folkman (1984) kommer denne formen for mestring oftest til uttrykk når det er kjent at det ikke er noe som kan gjøres for å endre det som er skadelig, truende eller utfordrende. Det finnes behandlingsalternativer for barnets tilstand men alarmbehandlingen som er det behandlingsalternativet som gir best resultater krever stor grad av motivasjon for at det skal lykkes, knyttet til at behandlingen er krevende (Hellstrøm et al., 2011; Grøholt et al., 2015). Det vil si at selv om studier viser at 70 - 80 % av barna blir bra med alarmbehandling i løpet av en tremånedersperiode (Hellstrøm et al., 2011), er ikke tallet reelt om barnet ikke er motivert.

Mangel på motivasjon fører ikke bare til stor risiko for at behandlingen vil mislykkes, det kan også føre til frustrerte barn som utvikler en negativ innstilling til senere behandling (Hellstrøm et al. 2011). Mislykket behandling kan slik jeg forstår det true barnets OAS ved at troen på at det kan finnes løsninger svekkes, og at de av den grunn ikke ser mening i å forsøke på nytt. Foreldrenes innstilling spiller selvsagt også inn i like stor grad. Det vil med andre ord ikke være riktig å gå inn med behandling i alle situasjoner, og i situasjoner hvor det av ulike årsaker ikke er hensiktsmessig med behandling, eksempelvis når barnet er for ungt, anbefaler Hellstrøm et al. (2011) nettopp at det gis råd til familien om hvordan problemet kan håndteres. Evnen til å håndtere problemet utvises i stor grad av foreldrene i denne studien. Det at 15 % av barna som har enurese blir spontant tørre pr år (Sillén og Kruse, 2011) gjør at en slik håndtering i mange tilfeller vil være det som skal til frem til barnet blir tørt av seg selv.

Det er samtidig slik at studier belyser viktigheten av å forsøke behandling, med bakgrunn i de negative konsekvensene nattevætingen kan føre med seg (Kanitkar og Ramamurthy, 2013; Lindgren et al., 2013). Behandling er spesielt viktig når barna kjenner på de negative konsekvensene, eller det medfører stress i familien (Berry, 2006; Egemen et al., 2007). Effektiv behandling medfører ifølge Hägglöf og Nevéus (2011) ikke bare til at nattevætingen bedres, men også barnets selvtillit. En god alder for oppstart av behandling hevdes av flere å

være når barnet er 5½ -6 år (Hellstrøm et al., 2011; Lindgren et al.,2013; Üçer og Gümüş, 2013).

Med andre ord yngre enn barna i denne undersøkelsen var. Desmopressin er et alternativ til behandling som kan benyttes uavhengig av motivasjon. Den har dårligere effekt enn alarmbehandling, men kan spesielt være aktuell ved nattlig polyuri og normalt blærevolum, som er positive prognostiske indikatorer. Langtidseffekten er dårlig fordi de fleste av de som får effekt av desmopressin bare er tørre så lenge behandlingen pågår, men i de tilfellene hvor den fungerer kan den bidra til å gi barnet mestringfølelse ved å kunne våkne opp i tørr seng. I løpet av behandlingstiden kan barnet også ha blitt spontant tørr (Hellstrøm, et al., 2011).

En tilnærming fra foreldrene som ivaretar at de ikke må «legge stein til byrden» kan slik som jeg oppfatter det bli en hvilepute som fører til at det ikke blir tatt tak i det egentlige problemet. Foreldrene skåner barnet for ubehagelige følelser ved å normalisere nattevætingen og å gjøre det de kan for å frita barnet fra å føle seg som en belastning. Nattevætingen håndteres med andre ord med det Lazarus og Folkman (1994) kaller å minimere, tolerere eller akseptere stressende forhold, samtidig som de forsøker å hjelpe barnet på ulike måter i situasjoner hvor barnet uttrykker at det ikke er komfortabel med at det tisser på seg. Det at barnet får hjelp til å regulere seg i slike situasjoner er selvfølgelig av stor betydning, men vi vet likevel ikke om eller hvor mye barnet gruer seg i forkant, heller ikke om eller hvor mye de tenker på at de kan havne i lignende situasjoner. I så måte kan det tenkes at livskvaliteten forringes av det å ha enuresis uten at barnet nødvendigvis gir noe klart uttrykk for det. Studier viser til at tap av livskvalitet kan komme som et resultat av å leve med enuresis (Üçer og Gümüş, 2013; Ertan et al., 2008). Så er spørsmålet hvor lenge en skal være avventende med å forsøke behandling. Nyere forskning viser at en avventende holdning ikke er godt nok (Berry 2006; Kanitkar og Ramamurthy, 2013; Üçer og Gümüş, 2013).

5.3 En utfordring å holde det innad i familien og å «ikke gjøre noe ut av det»

Funn indikerer situasjoner relatert til nattevætingen som var utfordrende, noen direkte, andre mer indirekte. Barnets behov for å skjule det for andre og foreldrenes ønske om å ikke la seg frustrere vil nå bli diskutert.

5.3.1 Barnets behov for å skjule det for andre

Det å være åpen om nattevætingen for andre enn nær familie syntes å være en utfordring for barna, ifølge funn i denne studien. Noen av mødrene var usikre på om barnet holdt inni seg noe av det som var vanskelig rundt det å ha enurese, noe som blant annet kom til uttrykk ved at et av barna hadde uttrykt stor lettelse når det var blitt tørt. Overnatting var utfordrende for de barna med omgangskrets som hadde begynt med dette, og ble i de fleste tilfeller valgt bort i redsel for at nattevætingen skulle bli oppdaget.

Lazarus og Folkman (1984) vektlegger at mestring er prosessorientert, og at de kognitive og atferdsmessige tiltakene stadig endres i takt med de spesifikke kravene som personen møter. Det kan synes som om situasjoner hvor personer utenfor nær familie involveres i barnets enurese, utløser et psykologisk stress hos barnet som gjør at barnet tar i bruk noen aktive strategier. Emosjonelt orientert mestring kommer tydelig til uttrykk her ved at de unngår gitte situasjoner for å redusere ubehagelige følelser. Situasjonen utfordrer barnet og det virker på meg som at den også oppfattes som en trussel som igjen fører til et tap. Trusselen i det at andre kan oppdage at de tisser på seg på natten fører til at de tar i bruk en mestringsstrategi hvor de gjemmer og skjuler bleier, og hvor de unngår overnattinger sammen med venner. Noe som igjen kan føles som et tap.

Kjennskap til barnets utvikling i denne alderen gjør det lettere å forstå hvorfor dette oppleves som truende og medfører stress for barna, og også hvordan det kan medføre en følelse av tap. I skolealderen blir barnets tenkning og forståelse mer realistisk, og venner får en stadig viktigere rolle (Ulvund, 2012). Barnet er kognitivt inne i «det konkret-operasjonelle stadiet» fra omtrent 7-12 år ifølge Piaget, et stadiet som kjennetegnes ved at barnet kan ta andres perspektiv. Ved å sette seg inn i hvordan andre forstår og oppfatter situasjoner, og å knytte det opp til egen situasjon, kan de i mange situasjoner forutse hvordan andres reaksjoner blir på noe det selv gjør (Mauseth og Bengtson, 1996). Jeg oppfatter at barn som har enurese bekymrer seg for reaksjonene som kan komme, og jeg undrer meg over om dette er knyttet til en form for skam. Enurese er tabubelagt og forbundet med skam for flere (Berry, 2006; Grøholt et al. 2015; Häggelöf og Nevéus, 2011). Dette forklares av Häggelöf og Nevéus (2011) med at den tidligere oppfatningen av at diagnosen enurese hadde psykologiske årsaker, til en viss grad henger igjen. De presiserer samtidig at synet på det å ha enurese i Norden og store deler av verden for øvrig i dag, domineres av at det er et somatisk problem som nesten utelukkende har fysiologiske årsaker.

Skam forbindes ofte med et brudd på personlig standard. Erfaringer i familielivet og i møtet med andre mennesker forøvrig er med på å etablere en slik indre standard, og har en sammenheng med barnets oppfatning av hvordan de vurderes av andre (Tetzchner, 2012). Barna har, i alle fall tilsynelatende, slått seg til ro med informasjonen fra foreldrene om at det også er andre som tisser på seg på natta og at det vil gå over, slik som beskrevet i forrige funn. Samtidig indikerer funnet om barnas bekymring for at andre skal oppdage at de tisser på seg om natta, at de frykter reaksjonene fra andre i omgangskretsen. Det kan synes som at de ikke kjenner seg trygge på andres oppfatning av det å tisse på seg om natta. Det at nettverket ut over nær familie skal få kjennskap til deres tilstand kan derfor oppleves som en trussel. Berry (2006) viser i sin studie til at skam og forlegenhet ofte ses hos barn som har nattevæting, og at det kan påvirke samhandlingen med venner og familie. Selv om enurese er utbredt (Grøholt et al., 2015; Lindgren et al., 2013, Mattsson, 2011; Sillén og Kruse, 2011) viser funn i denne studien at det likevel ikke er noe som det er naturlig for barna å prate med andre om.

Jeg nevnte også at denne trusselen igjen kan føre til tap. Trusselen i at andre kan oppdage nattevætingen resulterer i at barna som har enurese ser på ekskludering fra å overnatte som eneste mulighet. Kunnskapen om at venner og aktiviteter utenfor hjemmet stadig blir av større betydning for barna, så også overnattingsbesøk (Ulvund, 2012), blir da essensiell for å forstå tap. Følelsen av tap kan da ligge i at de ikke kan ta del i et fellesskap andre på deres alder deler. Dette underbygges ved at barn i begynnelsen av skolealderen har et stort behov for å være som andre, og ikke vil skille seg ut (Mauseth og Bengtson, 1996). Ifølge Erikson er det å oppleve likeverd og tilhørighet noe av det som er viktig i utviklingskrisen for skolealder (Mauseth og Bengtson, 1996). Fleming (2012) trekker frem nettopp det at enurese er en av få medisinske tilstander som hindrer at barn kan ta del i sosiale aktiviteter som innebærer overnatting, i sin studie. Det å skulle grue seg for å havne i situasjoner hvor andre kan oppdage at de tisser på seg kan i seg selv være et slags tap. Da kanskje i større grad tap av livskvalitet. Studier viser at enurese kan føre til redusert livskvalitet (Üçer og Gümüş, 2013; Ertan et al., 2008). Flere studier viser også til at barn som lever med enurese får lavere selvtillit, spesielt når det vedvarer over tid (Coppola et al., 2008; Fleming, 2012; Kanitkar og Ramamurthy, 2013). I denne studien uttrykte mødre usikkerhet rundt hvordan barnet egentlig hadde det. Dette kom blant annet til uttrykk hos moren som fortalte om stor lettelse hos sønnen når han var blitt tørr. Sånne uttalelser kan i alle fall være med å få oss til å undres om barna opplevde et større stress rundt enuresen enn det de ga uttrykk for. Forskning støtter

opp om en tanke som tilsier at det å ha enuresis er stressende for barna, spesielt over tid (Copplola et al., Ertan, et al. (2008), Kanitkar og Ramamurthy, 2013; Üçer og Gümüş, 2013).

Denne måten å håndtere nattevætingen på i møtet med andre enn nær familie, slik som beskrevet her, medfører begrensninger for barnet. Samtidig synes håndteringen på mange måter også å være hensiktsmessig, relatert til at dette er noe de gjør for å beskytte seg selv mot andres reaksjoner. På denne måten viser de at de har tilgjengelige mestringsressurser, og at de kan anvende disse, noe som ifølge Antonovsky (2012) kjennetegner et individ med sterk OAS. Barna viser at de forstår utfordringen, at de har tro på løsningen og at de finner mening i å forsøke den, selv om dette er en løsning som innebærer at de aksepterer stressende forhold.

5.3.2 Foreldrenes ønske om å ikke la seg frustrere

Funn i studien indikerer at mødre hadde nok med finne praktiske løsninger "her og nå" og at de i liten grad hadde tatt initiativ for å finne løsninger på selve enuresen. De uttrykte at de hadde lite overskudd til dette. Samtidig uttrykte de en bevissthet rundt de konsekvenser nattevætingen kunne få for barnet, spesielt knyttet til problemer i forbindelse med overnatting sammen med venner, og et ønske om at barnet skulle bli tørt før den tid. Noen ganger oppsto det frustrasjon og sinne over at sengen var våt igjen, spesielt når de var slitne av gjentatt nattevåk, selv om de forsøkte å skjule det og hadde et stort ønske om å skåne barnet for slikt.

Emosjonelt orientert mestring kommer blant annet til uttrykk i denne studien ved at mødre forteller om forsøk på å redusere barnas ubehagelige følelser, og å endre opplevelsen av situasjonen, fremfor selve situasjonen. Det kan synes som at de unngår nattevætingen ved å håndtere den som om at det ikke er noe som står på spill. Samtidig fremkom det i funn om barns behov for å skjule det for andre at det å ha enuresis kan ha vært mer utfordrende for barna enn mødre har trodd, og de undret seg slik jeg oppfatter det noe over om det å normalisere nattevætingen kan ha bidratt til at de i for stor grad har bagatellisert alvoret.

Mødre uttrykker også hvordan det med nattevætingen virker inn på dem selv. Det kan synes som usikkerhet knyttet til den håndteringen de har valgt, samt beskrivelser av irritasjon og frustrasjon, er uttrykk for en opplevelse av nattevætingen som belastende, og at de personlige ressursene til dels blir truet. Troen på løsninger på selve nattevætingen virker skjør, og i alle fall opplevelsen av å ha ressurser nok til å gå løs på dem. Det kan dermed synes som at faktorene håndterbarhet og meningsfullhet i Antonovskys (2012) OAS er svak, og at en form for handlingslammelse tvinges frem som resultat av at motivasjonen trues ved at de har lite

overskudd til å ta initiativ for å finne løsninger. Dette er et viktig funn knyttet til å forstå hva disse familiene har behov for, og hvor det er hensiktsmessig å gå inn for å styrke foreldrenes OAS. På den ene siden er det viktigste at barnet ivaretas på en god måte, som det fremkom under funnet om at de ikke vil legge stein til byrden. Samtidig setter foreldrene egne behov til side for å imøtekomme dette. Beskrivelsen av at de er slitne og frustrerte kommer, slik jeg oppfatter det, til dels som et resultat av det. De vil ivareta barnet på best mulig måte, men når de er slitne, eksempelvis av oppstykket nattesøvn, kommer det innimellom til uttrykk at de er irritable og lite tålmodige. Ulike studier viser til at det er stressende for foreldre å ha barn som har enurese (Berry, 2006; Cederblad et al., 2013; Egemen et al., 2007; Fleming, 2012).

Jeg undrer meg over om foreldrenes frustrasjoner, som noen ganger kommer til uttrykk, er med på å påvirke barnets indre standard ved at barnet kjenner på en uuttalt forventning om at så store barn ikke bør tisse på seg. Kan det tenkes at barnets redsel for andres reaksjoner, om de skulle oppdage at barnet fortsatt tisser på seg på natten, til dels kan være skam som et resultat av dette (Tetzchner, 2012)? Det er i tilfelle tenkelig at foreldrenes frustrasjoner også kan gi barna en følelse av at de «mislykkes med oppgaven», selv om det ikke prates om dette, ved at de kjenner seg som årsak til frustrasjonene. Å «mislykkes med oppgaven» og at egen indre standard overskredes knyttes av Tetzchner (2012) opp til skyldfølelse. Det kan tenkes at både barnet og foreldrene kjenner på skyld, foreldrene for at de ikke har greid å skåne barnet for sin frustrasjon, og barnet for at det fortsatt tisser på seg. Det høres krevende ut å leve i denne spenningen. Cederblad et al. (2013) sin studie konkluderer nettopp med at det er stressende for foreldre å ha barn med enurese, men at de forsøker å frita barnet for all følelse av skyld. Kvello (2008) understreker ansvaret foreldrerollen innehar, og foreldrenes behov for å være en god utgave av seg selv og å gjøre kloke valg for barnet. Ved tvil om en lykkes i å gjøre det beste for barnet sitt og om barnet har det bra, er det lett å forstå at stress kan oppstå. Egemen et al. (2007) sin studie viser til at mødres livskvalitet svekkes når barnet har enurese.

Til tross for at venner stadig får større betydning for barn i begynnelsen av skolealderen er det fortsatt foreldrene som har størst innflytelse på barnets utvikling og atferd, og deres rolle er av den grunn unik for barnets selvbilde og generelle utvikling (Ulvund, 2012). Foreldrene synes i så måte å være barnets viktigste generelle motstandsressurs (Anonovsky, 2012), og ved å være en ressurs som kan styrke foreldrene er det av den grunn mer sannsynlig at barnet vil oppnå OAS. Barn av foreldre som mestrer effektivt vil dras i samme retning, mens barn av foreldre som ikke mestrer effektivt vil kunne miste troen på egne krefter og «lært hjelpeløshet» kan oppstå (Gjærum, 1998). Foreldrenes holdninger vil på den måten i stor grad

overføres til barnet (Grønseth og Markestad, 2011). Ved å bidra til å øke foreldrenes tro og vilje kan de finne mening i å forsøke løsningene, eller i alle fall til å stå mer stødig i de vurderingene som de har tatt. Med en tanke om foreldre som barns viktigste GMR, vil det med stor sannsynlighet få positiv innvirkning på barna. OAS utvikles ifølge Antonovsky (2012) gjennom hele livet, og en sterk OAS gir ifølge han en styrket mestringsevne. Gode erfaringer fra starten av synes da av betydning. Kunnskapen om at disse erfaringene i stor grad dannes gjennom foreldrenes måte å mestre på, støtter det opp om viktigheten av å styrke foreldrenes OAS. Grønseth og Markestad (2011) støtter at foreldrenes mestringskapasitet må styrkes, mens Tveiten (2012) trekker frem at foreldrenes mestringskapasitet ikke alltid er optimal knyttet til stress som følge av barnets utfordringer, et hensyn jeg ser på som viktig å ha med seg inn i kartleggingen av hvilke ressurser som finnes i familiene. Tveiten (2012) er også opptatt av at barn og foreldre må betraktes som en enhet og at mestringskapasiteten utgjøres av både barn og foreldre.

5.4 Betyggende å få kunnskap om enurese og å vite at det ikke er uvanlig

Funn i studien indikerer at kunnskap om enurese har vært av betydning, både for mødrene og barna. Det fremkom også tanker om hva mødrene trodde kunne føre til at det ville bli enda bedre. Disse beskrivelsene indikerer hva mødrene selv oppfatter er av betydning for at familier i enda større grad, og på en hensiktsmessig måte, skal kunne mestre å leve med at barnet har enurese. Dette vil nå bli diskutert.

5.4.1 En betryggelse å ha noen å få råd av og å dele erfaringer med

Studiens funn viser at mødrene hadde tilegnet seg kunnskap om enurese fra ulike hold.

Helsesøster ble nevnt som en hovedressurs, men også lege, venner, andre foreldre til barn med enurese, å lese på internett og erfaringer gjennom jobb, ble nevnt. Helsesøster og lege ble nevnt som hjelpere de ville ta kontakt med for ytterligere hjelp. Det som beroliget mest var å høre at det er flere som har enurese, og at det som oftest går over av seg selv. Informasjon om at det finnes tiltak dersom det ikke går seg til ble trukket frem som viktig, samt informasjon om årsak og tips om praktiske ordninger, og å prate med helsesøster sammen med barnets far.

Mødrene beskrev betydningen av kunnskap og hvordan problemorientert mestring var til hjelp. I beskrivelsene av hvilken informasjon som har vært nyttig fremkommer det at det er

sammenfallende med den type informasjon som Hellstrøm et al. (2011) anbefaler til familier med barn som har enurese: Tilpasset informasjon om årsak, utbredelse og naturlig forløp, som etterfølges en kartlegging av familiene, før behandlingsmuligheter presenteres og et realistisk mål utarbeides sammen. Grøholt et al. (2015) fremhever i tillegg at det må presiseres at det ikke er barnets skyld.

Det kan synes som om familier som er i kontakt med helsesøster føler seg godt ivaretatt knyttet til at de får informasjon som bidrar til at de beroliges og bedre greier å håndtere situasjonen med at barnet har enurese. Det er bidrag til det Antonovsky (2012) beskriver som OAS for foreldrene som her kommer til uttrykk ved at utfordringen i større grad kan forklares og settes i en sammenheng, den blir begripelig. Det kan også synes som at helsesøster bidrar til at utfordringen gjøres håndterbar ved at makten og ressursene styrkes slik at hverdagen med enurese kan håndteres, og foreldrene får en tro på at det kan finnes løsninger, at de kan påvirke situasjonen. Å gi noe av makten tilbake på denne måten handler om empowerment (Kvarme, 2007). Bidrag til den siste faktoren i OAS kommer også til uttrykk i form av at utfordringene i hverdagen ser ut til å vurderes som overkommelige for mødrene, som et resultat av informasjon. Det fremkommer at de finner mening i å forsøke ulike tilnærminger for å løse de utfordringer som enuresen medfører. Å finne mening slik er det som av Antonovsky (2012) beskrives som motivasjonsfaktoren og den viktigste av faktorene. Samtidig fremkommer det i liten grad bidrag til å gjøre noe med selve nattevætingen, og dette får meg til å undre på om vi som helsesøstre i for liten grad motiverer til å forsøke behandling. Berry (2006) sin studie belyser nettopp dette og trekker frem at tilstandens innvirkning på barna og deres familier muligens undervurderes av helsepersonell, og at foreldrene ofte får råd om å utsette behandlingen fordi helsepersonell ikke greier å gjøre gode vurderinger.

5.4.2 Foreldrene ønsker at helsepersonell skal gjøre seg tilgjengelig og tilby hjelp

Funn viser at mødrene ser på helsesøster som travel. Mødrene uttrykte at de trodde det ville bli lettere å oppsøke helsesøster om de hadde møtt henne, og ønsket et fast treffpunkt. Samtidig ønsket de en mer jevnlig oppfølging og at helsesøster skulle ta kontakt, da erfaringen var at det gjerne bare ble en avtale som resulterte i oppfordring om at foreldrene skulle ta kontakt ved behov. De ønsket også at helsesøster skulle prate med familien sammen

fordi de erfarte at felles forståelse styrket relasjonene i familien. Ifølge mødrene prates det fortsatt ikke så åpent om enurese med andre enn de aller nærmeste.

Studier viser til at helsesøstre er i en enestående posisjon til å hjelpe barn med enurese (Fleming, 2012; Lindgren et al., 2013). Dette gjelder også i Norge hvor alle barn tilbys en konsultasjon med helsesøster og lege like før skolestart, eller rett etter (Sosial og helsedirektoratet, 2004). Studier viser også at tilstanden undervurderes og at mangelfulle vurderinger gjør at foreldrene blir rådet til å utsette behandlingen (Coppola et al., 2011; Berry, 2006). Samtidig er ikke en slik tilnærming som innebærer å se det an god nok, spesielt ikke i de situasjonene hvor barna påvirkes (Berry, 2006; Kanitkar og Ramamurthy, 2013). Det fremkommer i funnene av denne studien at det knyttes usikkerhet til hvor mye barnet faktisk påvirkes av å ha enurese, og det kan av den grunn synes som at det er en usikker indikator. Kan det være slik at barna vurderes til å være i yngste laget for oppstart med behandling når screeningen tilknyttet førskoleundersøkelsen gjennomføres, og at det ikke blir tatt opp på nytt grunnet at det ikke finnes noen naturlige treffpunkter? Studien til Lindgren et al. (2013) viser til noe som kan antyde dette ved at en del barn med enurese ikke ble fanget opp i helsesystemet, eller at de ble glemt og savnet oppfølging til tross for nokså gode rutiner for overføring fra helsestasjonen til skolehelsetjenesten.

Det er i så tilfelle lite helsefremmende at helsesøstre blir sett på som lite tilgjengelige, for som det fremkommer i mødrenes beskrivelser gjør det at terskelen for å ta kontakt blir høyere. De uttrykker også et ønske om jevning oppfølging og at helsesøster skal ta kontakt. Dette synet støttes av funn fra Cederblad et al. (2013) sin studie som også intervjuet foreldre, hvor det fremkom at det er ønskelig at helsesøster tar opp temaet nattevæting fordi det er et tema det kan være vanskelig å ta opp. Det at foreldrene fortsatt sitter mye alene med tankene og deres beskrivelse av at en felles forståelse relatert til enuresen innad i familien ville vært nyttig, er også med på å underbygge behovet for at helsesøstre må gjøre seg mer tilgjengelige. Først når vi er tilgjengelige er vi i en posisjon til å hjelpe, og sikre at hvert enkelt barn får individuelt tilpasset oppfølging. Viktigheten av individuelt tilpasset oppfølging vektlegges i oversiktsartikkelen til Kanitkar og Ramamurthy fra 2013. Hellstrøm et al. (2011) presiserer i tillegg at det skal avtales en tid for oppfølging. Med vår kjennskap til de uheldige konsekvensene enuresen kan medføre kan en kanskje tenke at vi burde komme tydeligere på banen for å bidra til at familiene ikke bare hører om mulighetene men også får hjelp til å komme i gang. For å kunne imøtekomme disse barna og familiene på best mulig måte ser jeg det som nødvendig at helsesøster benytter kartlegging (Hellstrøm et al., 2011) for å finne ut

hvilke motstandsressurser som trenger å styrkes. I det videre arbeidet med å styrke mestringskompetansen ser jeg det som hensiktsmessig å benytte veiledning (Tveiten, 2007). Ved å veilede til økt kompetanse innen både kunnskap, ferdigheter og holdninger bidrar helsesøster til at den enkelte kan styrke sin egen situasjon, som er viktig i den sentrale empowerment-prosessen (Kvarme, 2007). Et tverrfaglig samarbeid (Sosial og helsedirektoratet, 2004) kan også både være nødvendig og hensiktsmessig. Et samarbeid med lege først og fremst, for å stille diagnose og utelukke differensialdiagnoser (Ulvund, 2012), men også for å vurdere medikamentell behandling, fordele oppgaver for øvrig og sikre videre oppfølging.

Ifølge funn fra denne studien vil det være fordelaktig å legge opp til at helsesøster prater med begge foreldrene og barna sammen, fordi det uttrykkes at en felles forståelse er nyttig for familiene. Den beste måten å forebygge komplikasjoner i parforholdet relatert til den belastning det kan være å leve med barn som har ekstra behov over tid, er ifølge Ulvund (2012) avlastning. For de familier med barn som har nattevæting kan en styrking av OAS kanskje være en måte å avlaste på som kommer både barna og foreldrene til gode, fordi samspillet mellom dem påvirkes gjensidig (Ulvund, 2012) og at foreldrene er barnets viktigste GMR. At individer blir gitt verktøy til å håndtere situasjonen er vesentlig i Antonovskys (2012) modell. Det å påvirke sentrale faktorer som inngår i pasientens vurderingsprosess vektlegges også av Drageset (2014).

5.5 Styrker og begrensninger ved studien

Denne studien har fem deltagere, og det kan tenkes at antallet står i veien for å gjøre den generaliserbar på en måte som gjør at det kan trekkes slutninger herfra til større populasjoner. En noe ensartet gruppe blant informantene kan underbygge en slik oppfatning, og valg jeg har gjort i løpet av prosessen kan ha vært med på å påvirke dette. Jeg søkte informanter blant andreklasseforeldre i en kommune, og det er tenkelig at jeg kunne fått frem et større mangfold ved å ha valgt informanter fra ulike kommuner. Det at jeg valgte å dele ut brevene via helsesøstre i kommunen kan ha bidratt til at informasjonen som informantene delte kan ha blitt «farget av et helsesøsterfokus» allerede i den fasen. Jeg benyttet et tilgjengelighetsutvalg, og ifølge Thagaard (2009) kan et slikt utvalg være utfordrende knyttet til at det i et slikt utvalg ofte vil bli en overvekt med personer som er fortrolig med forskning. En ser blant

annet ofte at personer med høyere utdanning oftere er mer positive enn de med lav utdanning. Jeg fikk erfare dette, og alle mine informanter hadde høyere utdanning.

Thagaard (2009) viser videre til at det ofte er slik at de som velger å være med på undersøkelsen i større grad mestrer livssituasjonen enn de som ikke deltar. Dette har jeg ikke belegg for å vurdere, ut over at det i Cederblad et al. (2013) sin vises der til grupperinger innen mestring; den ubekymrede og den engstelige, og jeg ble overrasket over hvor godt familiene mestret situasjonen i forhold til mine tidligere erfaringer. I tillegg var det bare mødre som meldte seg til å delta på studien, og det kan være at materialet hadde fått andre tilføyelser om jeg også hadde intervjuet fedre. En ensartet gruppe med tanke på kjønn, utdanningsnivå og geografi kan også ha bidratt til at jeg raskere oppnådde et metningspunkt (Malterud, 2011), men dette kan også ha med å gjøre at jeg som uerfaren i forskerfeltet ikke lykkes med å stille gode nok spørsmål.

Å benytte fokusgrupper i min innsamling av data kunne kanskje bidratt til muligheter for å få frem flere eller andre aspekter ved nattevætingen. Malterud (2011) viser til at fokusgrupper kan bidra til et godt materiale om vi ønsker å utforske fenomener som gjelder felles erfaringer, mens Tjora (2017) trekker frem at en slik metode ofte bidrar til mange aspekter ved at informantene stimulerer hverandre. Samtidig viser Malterud (2011) til at gruppedynamikken kan være til hinder for avvikende synspunkter og/eller at opplysninger om følsomme forhold kommer opp.

Det er en styrke ved studien at jeg som forsker har stått innsamling av data, transkribering og analyse. Det har bidratt til at jeg kjenner dataene godt, og ifølge Tjora (2017) bidrar det til at man i større grad unngår å miste informasjon (Tjora, 2017). Å være alene om analysen kan også være en svakhet, eksempelvis ved at et ensidig fokus på å bekrefte egen forforståelse kan oppstå. Validiteten av denne studien kunne vært styrket ved at flere leste gjennom transkriberingen og deltok i analysen, men jeg har forsøkt å være åpen for data, og har diskutert analyse med min veileder.

Jeg ser det som sannsynlig at studien kan ha overføringsverdi ved at andre som har enurese vil kjenne seg igjen i mye av det som fremkommer. Selv om behovene kan variere gir studien noen indikasjoner om hva barna som har enurese og deres og familier står i. For barn og familier som har mindre motstandsressurser og lavere grad av OAS er det tenkelig at nattevætingen kan oppleves mer stressende.

6.0 AVSLUTNING

Hensikten med studien var å belyse hvordan barn i 7-årsalderen og deres familier mestrer å leve med enurese, som utgangspunkt for å få kunnskaper om hva de er i behov av og hva helsesøster kan bidra med i forhold til deres helse. Funn fra studien viste at barna og familiene i stor grad lever med enuresen uten å «gjøre noe ut av det», og at foreldrene er opptatt av at de ikke må «legge stein til byrden» for barna. Samtidig fremkom det utfordringer knyttet til barnas behov for å skjule enuresen for andre enn nærmeste familie, og at foreldrene noen ganger lar seg frustrere. Funn i studien viste også at barna og familiene opplevde det som betryggende å få kunnskap om enurese, og å vite at det ikke er uvanlig. I den forbindelse ble det å ha noen å få råd av og å dele erfaringer med sett på som viktig, i tillegg til at det fremkom et ønske om at helsesøstre skulle være mer tilgjengelig og tilby hjelp.

Ut i fra funnene i denne studien oppleves det mindre stressende å ha nattevæting for barn i 7-årsalderen og deres mødre, enn det inntrykket jeg satt med før jeg startet denne studien. Det at nattevætingen håndteres på en hensiktsmessig måte og i stort ikke blir sett på som et problem, kan være et uttrykk for sterk OAS. Mestringskapasiteten utgjøres av barn og foreldre sammen. Helsesøsters funksjon kan her være å bekrefte og støtte opp om barnet og familiens mestring. Det kan synes som at mødrene i mindre grad har tro på at selve nattevætingen kan gjøres noe med. Til dels for at de uttrykker at de er for sliten til å ta tak i dette, men kanskje mest for at det ikke kommer frem noen beskrivelser om at det er tatt et slikt initiativ, eller satt i gang noen slike tiltak. Jeg ser dette som en sentral faktor for helsesøster å ta tak i. En del av helsesøsters jobb kan da være å veilede og legge til rette for å styrke foreldrenes mestringsressurser, slik at de settes i stand til å ha et enda bedre utgangspunkt for å gjøre gode valg for barnets helse. Det er vesentlig for OAS-teorien og mestring at situasjonen gjøres begripelig og håndterbar, og har mening, og at individet har/blir gitt verktøy for å håndtere utfordrende situasjoner. For å kunne gå inn å styrke barnas og foreldrenes mestringsressurser må helsesøster først komme i kontrakt med disse familiene. En tilgjengelig helsesøster som tilbyr hjelp og oppfølging er ønskelig fra informantene, og bør være et mål. Ved bruk av kartlegging, veiledning og et tverrfaglig samarbeid, og med sin unike mulighet til å komme i kontakt med alle barn, kan helsesøster bidra til at familier med ulik mestringskapasitet får hjelp.

En implikasjon disse funnene kan ha for helsesøsters arbeid kan være å styrke rutineene for å sikre at barna som har enurese identifiseres, eksempelvis gjennom førskoleundersøkelsen. Å styrke rutineene slik at den inneholder en plan for oppfølging av alle barn, kan være en annen

implikasjon. Et område innenfor denne tematikken som i liten grad er studert, er hva helsesøstre faktisk gjør i møtet med barna som har enurese og deres familier. Det er heller ikke studert hvordan samarbeidet i oppfølgingen av disse barna fungerer, eksempelvis mellom helsesøster og lege. Det er behov for forskning innen disse feltene for å få kunnskap om kompetansen som finnes, og hvordan den utøves – om det benyttes hensiktsmessige vurderinger og metoder både i møtet med barna, og i samarbeidet rundt dem.

Litteraturliste

- Antonovsky, Aa. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berry, A. (2006). Helping children with nocturnal enuresis. The wait-and-see approach may not be in anyone's best interest. *American Journal of Nursing*, 106(1), 56-63.
- Cederblad, M., Nevéus, T., Åhman, A., Efrainsson, E.Ö. og Sarkadi, A. (2013). «Nobody Asked Us if We Needed help»: Swedish parents' experiences of enuresis. *Journal of Pediatric Urology* (2014), 10(1), 74-79.
- Coppola, G., Costantini, A., Gaita, M. og Sarauilli, D. (2011). Psychological correlates of enuresis: a case-control study on an Italian sample. *Pediatric Nephrology*, 26(10), 1829-1836.
- Drageset, S. (2014). Mestring I: Haugan, G. og Rannestad, T. (red.). *Helsefremming i Kommunehelsetjenesten*. Latvia: Cappelen Damm AS.
- Egemen, A., Akil, I., Canda, E., Ozyurt, B. og Eser, E. (2008). An evaluation of quality of life of mothers of children with enuresis nocturna. *Pediatric Nephrology*, 23(1), 93-98.
- Ertan, P., Yilmaz, O., Caglayan, M., Sogut, A., Aslan, S. og Yuksel, H. (2008). Relationship of sleep quality and quality of life in children with monosymptomatic enuresis. *Child: Care, Health and Development*, 35(4), 469-474.
- Espnes, G.A. og Lindström, B. (2014). Salutogenese - et viktig steg for å forstå helse? I: Haugan, G. og Rannestad, T. (red.). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Latvia: Cappelen Damm AS.
- Fleming, E. (2012). Supporting children with nocturnal enuresis. *Nursing Times*, 108(41), 22-25.
- Gadamer, H. (2010). *Sannhet og metode – Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax forlag AS.
- Gjærum, B., Grøholt, B. og Sommerschild, H. (1998). *Mestring som mulighet – i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Glavin, K. (2007). Kartlegging og behov. I: Glavin, K., Helseth, S., og Kvarme, L.G. (red.). *Fra tanke til handling*. Oslo: Akribe AS.
- Grøholt, B., Garløv, I., Weidle, B. og Sommerschild, H. (2015). Søvnforstyrrelser, enurese og enkoprese. I: Grøholt, B., Garløv, I., Weidle, B. og Sommerschild, H. *Lærebok i barnepsykiatri*. 5. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grønseth, R. og Markestad, T. (2011). Innleggelse i sykehus. I: Grønseth R og Markestad T. *Pediatri og pediatrik sykepleie*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hägglöf, B. og Nevéus, T. (2011). Blåsan och själen – psykologiska aspekter på enures och annan urininkontinens. I: Mattsson, S. og Nevéus, T. *Sängvätning och annan inkontinens hos barn*. Författarna och Studentlitteratur.
- Hellström, A., Wille, S. og Nevéus T. (2011). Behandling av sängvätning I: Mattsson, S. og Nevéus, T. *Sängvätning och annan inkontinens hos barn*. Författarna och Studentlitteratur.
- Helseforskningsloven (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (Hentet 21.01.17).
- Helsinkideklarasjonen (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> (Hentet 17.09.17).
- Hobfoll, S. (1998). *Stress, Culture and Community*. The Psychology and Philosophy of Stress. New York: Plenum Press.

- Kanitkar, M. og Ramamurthy, H.R. (2013). Bed wetting – Silent Suffering: An Approach to Enuresis and Voiding Disorders in Children. *Indian Journal Pediatrics*, 80(9), 750-753.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvello, Ø. (2008). *Oppvekst – Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvarme, L.G. (2007). Forebyggende og helsefremmende arbeid. I: Glavin, K., Helseth, S., og Kvarme, L.G. (red.). *Fra tanke til handling*. Oslo: Akribe AS.
- Lazarus, R. og Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lindgren, A., Mattsson, G.G., Mattsson, S. og Nevéus, T. (2013). Två barn i varje skoleklasse med 7-åringar lider av enures. *Läkartidningen*, 110(46), 2058-2060.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mattsson, S. (2011). Hur kissar barn? I: Mattsson, S. og Nevéus, T. *Sängvätning och annan inkontinens hos barn*. Författarna och Studentlitteratur.
- Mauseth, T. og Bengtson M. (1996) *Barn i utvikling – fra spedbarnstid til ungdomsalder*. Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Nevéus T. (2011a). Vilka ord ska vi använda? Terminologi och definitioner I: Mattsson, S. og Nevéus, T. *Sängvätning och annan inkontinens hos barn*. Författarna och Studentlitteratur.
- Nevéus T. (2011b). Orsakerna bakom enures och urininkontinens I: Mattsson, S. og Nevéus, T. *Sängvätning och annan inkontinens hos barn*. Författarna och Studentlitteratur.
- NSD (2017). Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste: *Må jeg melde prosjektet mitt?* Tilgjengelig fra: http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html (Hentet 14.05.16)
- Polit, D.F. og Beck, C.T. (2012). *Qualitative Research Design and Approaches*. I: Polit, D.F. og Beck, C.T. *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins.
- Rannestad, T. og Haugan, G. (2014). Helsefremming i kommunehelsetjenesten I: Haugan, G. og Rannestad, T. (red.). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Latvia: Cappelen Damm AS.
- REK (2015). Regional etisk komite for medisin og helsefaglig forskningsetikk: *Helseforskning*. Tilgjengelig fra: https://helseforskning.etikk.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_dim=34997&_ikbLanguageCode=n (Hentet 14.05.16).
- Sillén, U. og Kruse, S. (2011). Epidemiologi. I: Mattsson, S. og Nevéus, T. *Sängvätning och annan inkontinens hos barn*. Författarna och Studentlitteratur 2011.
- Sosial og helsedirektoratet (2004). Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450. IS-1154/2004). Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- Tetzchner, S. (2012). Emosjoner og emosjonsregulering. I: Tetzchner, S. *Utviklingspsykologi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget. Vigmostad og Bjørke AS.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tveiten, S. (2012). Barns helse og livskvalitet. I: Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H.F. *Sykepleie til barn* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Tveiten, S. (2007). Veiledning. I: Glavin, K., Helseth, S., og Kvarme, L.G. (red.). *Fra tanke til handling*. Oslo: Akribe AS.
- Ulvund, Stein Erik. (2012). *Forstå barnet ditt 5-8. 1. utg.* Cappelen Damm AS.
- Üçer, O. og Gümüş, B. (2013). Quantifying subjective assessment of sleep quality, quality of life and depressed mood in children with enuresis. *World Journal of Urology*, 32(1), 239-243.
- WHO (1998). World Health Organization. *Health Promotion Glossary WHO/HPR/HEP/98.1*. Tilgjengelig fra:
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> (hentet 11.02.17).

Referanse	Hensikt, problemstilling/ forskningsspørsmål	Metode	Resultat/diskusjon
<p>Berry, A. (2006). Helping children with nocturnal enuresis. The wait-and-see approach may not be in anyone's best interest. <i>American Journal of Nursing</i>. 106(1), 56-63</p>	<p>Oversiktsartikkel som gir et overblikk på årsak og virkning av enurese. Berry diskuterer behandlingsmåter, alarm-terapi og medisinerer. I tillegg beskrives hvordan helsesøster kan tilby støtte og informasjon.</p>	<p>Erfaringsbasert artikkel, som trekker inn ulik tidligere forskning.</p>	<p>Barn med enurese føler ofte skam og forlegenhet over dette, noe som påvirker interaksjonen med venner og familie. Familien på sin side føler seg ofte hjelpeløs. Selv om de fleste vokser av seg enuresen, er ikke en passiv vente-og-se tilnærming godt nok dersom enuresen påvirker barnets selvtillit og samhandling med andre, eller forårsaker stress i familien. Behovet for god informasjon og oppfølging fra helsepersonell/helsesøster understrekes. Berry undrer seg over om helsepersonell muligens undervurderer tilstandens innvirkning på barna og deres familier, og/eller at det ender opp med at de råder foreldre til å utsette behandlingen.</p>
<p>Cederblad, M., Nevéus, T., Åhman, A., Efraimsson, E.Ö. og Sarkadi, A. (2013). «Nobody Asked Us if We Needed help»: Swedish parents' experiences of enuresis. <i>Journal of Pediatric Urology</i> (2014) 10(1), 74-79.</p>	<p>«Nobody Asked Us if We Needed Help»: Swedish parents' experiences of enuresis.</p> <p>Formålet var å utforske hverdagsdilemmaer hos foreldre som lever sammen med barn som har nattenurese, og å beskrive hvilke støttebehov de har fra fagfolk.</p>	<p>Foreldre til 13 barn i alderen 6 -9 år med enurese, deltok i kvalitative semistrukturerte intervjuer som var inngående. De ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.</p>	<p>Det ble dratt ut seks temaer etter analysen: Enurese er sosialt stigmatiserende og et handikap, alt som kan prøves ut hjemme er utprøvd, enurese fører til frustrasjoner i familiene, barna må beskyttes mot sladder og erting, støtte fra fagpersoner ville vært til hjelp, og at det bare er noe de må leve med. Studien konkluderer med at det er stressende for foreldrene å ha et barn</p>

			med enurese, selv om de prøver hardt å ikke gi barna skyld. Foreldre ønsker at helsesøstre rutinemessig skal spørre om dette temaet «at the early check-up», da det kan være vanskelig å ta det opp selv. Det er behov for både informasjon om årsak, mulig behandling, og støtte.
Coppola, G., Costantini, A., Gaita, M. og Sarauli, D (2011). Psychological correlates of enuresis: a case-control study on an Italian sample. <i>Pediatric Nephrology</i> 26 (10), 1829-1836.	Målet med undersøkelsen var å bidra til økt forståelsen av den sosioaffektive og følelsesmessige funksjonen hos barn med enurese, ved å utforske fire sentrale dimensjoner: Tilknytning, selvfølelse, selvkontroll og temperament.	44 barn og deres mødre fra den italienske middelklassen ble inkludert i studien. 22 av barna hadde enurese, og de ble vurdert opp mot 22 barn uten enurese som var av samme kjønn og i samme alder. Data ble innhentet gjennom rapporter fra mødrene individuelle samtaler med barna.	Med hensyn til sosiodemografiske ulikheter ble det gjort funn knyttet til større tilknytningsproblematikk, lavere selvfølelse og mer atferdsproblemer i gruppen av barn med enurese, enn i kontrollgruppen. Det ble ikke gjort noen funn som tilsa ulikheter i temperament. Studien konkluderer med at disse innledende funnene støtter tanken om at enurese påvirker psykisk så vel som fysisk. Noe som rent praktisk understreker at leger ikke må undervurdere denne forstyrrelsen, men at den må behandles med medisinske strategier og at det må vies oppmerksomhet til de psykologiske utfordringene for disse pasientene.

<p>Egemen, A., Akil, I., Canda, E., Ozyurt, B.C. og Eser, E. (2007). An evaluation of quality of life of mothers of children with enuresis nocturna. <i>Pediatric Nephrology</i> 23(1), 93-98.</p>	<p>Formålet med studien var å evaluere hvilken innvirkning nocturnal enurese har på mødrenes livskvalitet.</p>	<p>28 mødre med barn som hadde nocturnal enurese ble sammenlignet med 38 mødre med barn uten noen helseproblemer. Det var ingen store forskjeller i bakgrunns-variabler. Gjennomsnittsalder på barna var rundt 8 ½ år. Short-Form Health Survey (SF-36) Questionnaire, the Bech Depression Inventory (BDI) og Spielberg's State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ble anvendt på samtlige mødre.</p>	<p>Funnene i studien viste at det er en signifikant forskjell mellom gruppene knyttet til BDI, gjennomsnittskåren var høyere hos mødrene til barna med enurese. Det var liten forskjell mellom mødrene knyttet til STAI, men igjen signifikant forskjell mellom mødrene knyttet til de delene av SF-36 som dreide seg om kroppslige smerter og det emosjonelle. Studien konkluderer med at det i behandlingen av enurese også vil være viktig å vurdere barnets psykososiale fungering og foreldrenes stressnivå.</p>
<p>Ertan, P., Yilmaz, O., Caglayan, M., Sogut, A., Aslan, S. og Yuksel, H. (2008). Relationship of sleep quality and quality of life in children with monosymptomatic enuresis. <i>Child: Care, Health and Development</i>, 35(4), 469-474</p>	<p>Helserelatert livskvalitet hos barn med enurese kan påvirkes av nedsatt søvnkvalitet. Formålet med studien var å evaluere forverringer i livskvalitet og søvnkvalitet og mulig påvirkning mellom disse to hos barn med enurese.</p>	<p>Studien besto av 44 barn med enurese og 27 barn uten enurese, i alderen 6-15 år. Kartleggings-skjemaene KINDL QoL Og Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ble brukt på alle barna.</p>	<p>Når enuresen vedvarer over tid, forverres selvtilliten og på den måten livskvaliteten. Dessuten var det en sammenheng mellom fysisk velvære, og ulike målinger av søvnkvalitet. Disse resultatene viser nødvendigheten av en global evaluering av livskvalitet og søvnkvalitet hos barn med enurese for å øke effektiviteten av helsetjenestene, ifølge forskerne.</p>
<p>Fleming, E. (2012). Supporting children with nocturnal enuresis. <i>Nursing Times</i> 108(41), 22-25.</p>	<p>Oversiktsartikkel tar for seg mulige årsaker for nattevæting, hvordan gjøre en god nok vurdering og fordeler/ulempene med ulike former for behandling.</p>	<p>En artikkel skrevet med bakgrunn i erfaring og drøftet opp mot resultater fra NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) retningslinjene fra 2010 vedrørende</p>	<p>Nattevæting kan ha en formidabel påvirkning på barns selvbilde og selvtillit, i tillegg til at hele familien berøres. Det blir trukket frem noen viktige punkter: Det bør gis informasjon om enurese, at det ikke er barnets feil, samt støtte og eventuelt henvisning.</p>

		nattevæting og støtte til barn/familier.	Det må tas hensyn til familiens behov og forholdene rundt, barn under 7 år må ikke ekskluderes fra behandling, det bør gis råd om adekvat væskeinntak og regelmessige toalettbesøk. Alle sykepleiere som jobber med barn har en enestående posisjon til støtte barn som har enurese-problematikk. Det er få andre medisinske tilstander som i denne grad hindrer barn i å ta del i sosial aktivitet som innebærer overnattinger.
Kanitkar, M. og Ramamurthy, H.R. (2013). Bed wetting – Silent Suffering: An Approach to Enuresis and Voiding Disorders in Children. <i>Indian Journal of Pediatrics</i> , 80(9), 750-753.	Oversiktsartikkel som tar opp at enurese er et vanlig problem, viktigheten av tilpasset behandling og effekten av denne, og konsekvensene av utelatt behandling.	Viser til at det i nyere studier vektlegges at det er avgjørende at man ser på denne stille lidelsen med nye øyne, og kommer vekk fra at «barnet vil vokse ut av det» og at «de vil ikke tisse på seg på den dagen de skal gifte seg». Tar for seg ulike årsaker og mulige behandlingsformer, og understreker at hvert barn må få individuelt tilpasset oppfølging/behandling.	Artikkelen viser til at prognosene ved behandling er gode, selv om det ikke hjelper alle. Å identifisere en monosymptomatisk enurese er av stor betydning på grunn av de gode resultatene riktig behandling gir, spesielt knyttet til kunnskapen om at ubehandlet enurese kan føre til lav selvfølelse, påvirke skoleprestasjonene og gi residiverende urinveisinfeksjoner.
Lindgren, A., Mattsson, G.G., Mattsson, S. og Nevéus, T. (2013). Två barn i varje skolklass med 7-åringar lider av enures. <i>Läkartidningen</i> ,	Kartlegging av skolehelse-tjenestens håndtering av enurese.	Det ble sendt ut brev med undersøkelse til 297 ulike skolehelsetjenester. Det var 182 som svarte (61 %), og av disse var det 157 helsesøstre, 8 skoleleger og 17	Det er vanligvis helsesøstre som tar seg av barn med enurese, som oftest ved rådgivning til barnets familie. Desmopressin var som oftest et førstevalg i behandlingen, deretter enuresealarm. anbefalt

110(46), 2058-2060.		<p>hvor begge svarte sammen.</p> <p>Undersøkelsen besto av 20 spørsmål som gjaldt skolehelsetjenestens oppfatning knyttet til ulike problemstillinger ift enurese.</p>	<p>alder for oppstart med behandling er 6 år, fra Swedish Enuresis Academy, men en tredjedel av de som besvarte denne studien anså 5½ år som passelig alder for oppstart. En del barn med enurese blir ofte ikke fanget opp i helsesystemet, til tross for at det er nokså gode rutiner for overføring fra helsestasjonen til skolehelsetjenesten. De glemmes ofte, eller savner oppfølging. Det anbefales at ukomplisert enurese blir behandlet i primærhelsetjenesten med støtte fra skolehelsetjenesten.</p>
<p>Üçer, O. og Gümüş, B. (2013). Quantifying subjective assessment of sleep quality, quality of life and depressed mood in children with enuresis. <i>World Journal of Urology</i>, 32(1), 239-243.</p>	<p>Målet med studien var å sammenligne en gruppe barn med enurese med en gruppe friske barn ved å vurdere depresjons-skala, livskvalitet og søvnkvalitet.</p>	<p>Det var 101 barn med enurese som deltok i studien, og 38 i kontrollgruppen, med et aldersspenn på 8-16 år. Kartleggings-skjemaene Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0), Depression Scale for Children (CES-DS) OG Pittsburgh Sleep Index (PSQI) ble brukt som testredskaper. De to gruppene ble sammenlignet ift demografiske faktorer.</p>	<p>Det var ingen store forskjeller mellom gruppene hva angår alder, kjønn og demografiske faktorer. Livskvalitet, depresjon og søvnkvalitet viste at gruppen med enurese hadde større utfordringer enn kontrollgruppen. Alle funnene som ble gjort viste at barn med enurese ble påvirket negativt på grunn av sykdommen, og det er spesielt når de kommer litt opp i alder at helsen påvirkes negativt. Forskergruppen anbefaler av den grunn at behandling må startes i passende alder i henhold til anbefalingene.</p>

Anita Maristad
Bergstø 84
4790 LILLESAND
Tlf.nr 911 89 404
Mail adr.: anitamaristad@hotmail.com

Vedlegg 2

Rådmann i [redacted] kommune

Lillesand 16.09.16

Orientering om forespørsel til helsestasjons- og skolehelsetjenesten om en forskningsstudie

Jeg jobber som helsesøster i Lillesand og i forbindelse med min videreutdanning ved UIT Norges arktiske universitet skal jeg skrive en masteroppgave i helsefag, studieretning helsesøster. I studien vil jeg intervju foreldre av barn i alderen rundt 7 år som har enurese (nattevæting) om hvordan dette har betydning for barnet og hvordan helsesøstre har vært til hjelp for de som har hatt hjelpebehov. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten kommer ofte i kontakt med disse familiene, og jeg har av den grunn henvendt meg til denne tjenesten for å få hjelp til å komme i kontakt med aktuelle informanter.

Jeg er i dialog med ledende helsesøster i [redacted] kommune, [redacted], og helsesøstrene som jobber i skolehelsetjenesten har sagt seg villig til å være behjelpelig med å skaffe informanter. Dette ved å dele ut et skjema med forespørsel om deltakelse i studien til foreldre av elever i 2. klasse. I dette skrivet blir foreldre av barn som har enurese eller har hatt enurese, og som er villig til å la seg intervju, bedt om å ta kontakt med undertegnede.

All informasjonen som fremkommer i intervjuene vil anonymiseres, og det vil ikke være mulig å spore funnene tilbake til informantene eller kommunen. Prosjektet er godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata) og er planlagt avsluttet i mai 2017.

Dette til din informasjon. Dersom noe er uklart eller det skulle være noen innvendinger mot studien, vennligst ta kontakt med meg som prosjektleder eller min veileder.

Min veileder er:
Førsteamanuensis Marit Alsveit
Tlf.nr. 51834181
Mail.adr.: marit.alstveit@uis.no

Med vennlig hilsen

Anita Maristad
Mastergradsstudent

Bakgrunn og hensikt

Jeg jobber som helsesøster i Lillesand kommune, og du mottar dette brevet fordi jeg ønsker å komme i kontakt med aktuelle informanter til min forskningsstudie som er en del av min mastergradsoppgave i helsesøsterfag ved UiT Norges Arktiske Universitet. Det er kjent at det i gjennomsnitt er rundt 2 barn i hver klasse ved 7-års alder som har enurese (Lindgren et al.¹, 2013), og dette brevet blir sendt ut til alle foreldre med elever i 2. klasse i din kommune.

Dersom ditt barn har enurese ønsker jeg å komme i kontakt med deg. Studien skal ta for seg hvordan familier som har enureseproblematikk opplever og håndterer dette. Jeg ønsker å sette fokus på dette i håp om å bidra til å forebygge de negative konsekvensene av enurese.

Det er ønskelig at hver familie bare stiller med én til intervju, av metodiske årsaker, og jeg adresserer derfor dette brevet som om det bare var én mottaker. Ta kontakt dersom det er noen som har spesielle ønsker om å være to som blir intervjuet.

Hva innebærer studien

Deltakelse i studien innebærer et intervju hvor jeg som forsker ønsker å høre dine erfaringer med enurese. Intervjuet vil vare ca en time og det vil bli tatt opp på lydbånd, i etterkant vil jeg skrive ned og analysere informasjonen. Det vil forøvrig ikke være noen fordeler eller ulemper for deg knyttet til å være med i studien.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Forskningsprosjektet er meldt inn til NSD - Norsk Senter for Forskningsdata. Informasjonen jeg mottar fra deg skal ikke benyttes til noe annet enn det jeg har beskrevet ovenfor.

Datamaterialet vil oppbevares konfidensielt. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn eller andre opplysninger som er direkte gjenkjennende. Jeg vil ta i bruk fiktive navn, og det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Mastergradsoppgaven skal etter planen leveres i mai 2017, og alle opplysningene både fra lydbånd og utskrevet materiale vil bli makulert når studien er ferdig. Opplysningene jeg får

¹ Lindgren, A., Mattsson, G.G., Mattsson, S. og Nevéus, T. (2013). Två barn i varje skolklass med 7-åringar lider av enures. *Läkartidningen*, 110(46), 2058-2060.

fra deg skal analyseres sammen med opplysninger jeg får fra andre informanter og vil sammen med forskningsartikler og annen litteratur danne grunnlaget i min oppgave.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke samtykket uten å oppgi noen grunn. Opplysningene vil da bli slettet.

Jeg håper min studie er av interesse, og at du vil delta på intervju dersom du er i målgruppen. Jeg ber i så tilfelle om at du kontakter meg på telefon, mail eller sms innen to uker slik at jeg kan ta kontakt for signering av samtykkeerklæring og nærmere avtale. Jeg vil på forhånd takke deg for at du er villig til å delta.

Dersom du har spørsmål relatert til studien er du også velkommen til å ta kontakt.

Med vennlig hilsen

Anita Maristad

Telefon/sms: 911 89 404

Mail: anitamaristad@hotmail.com

Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjekt

Vedlegg 4

Konsekvenser av enurese i et forebyggingsperspektiv

Jeg (skriv navn her):
har lest gjennom informasjonsskrivet og samtykker med dette til å delta i studien.

Dette innebærer at mastergradsstudent kan intervju meg om mine erfaringer knyttet til tematikken i masteroppgaven.

Jeg deltar frivillig i denne studien, og mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse.

.....
Sted

.....
Dato

.....
Signatur

.....
Adresse

.....
Mobil

.....
E-post

Før jeg starter på selve intervjuet vil jeg:

- Presentere meg selv og si litt om min bakgrunn
- Sikre at informanten er kjent med innholdet i informasjonsskrivet, og gjennomføre signering av samtykkeskjema
- Etterspørre informantens alder, utdanningsnivå og sivil status
- Gi rom for spørsmål fra informant relatert til intervjuet
- Gi kort info om at jeg har to utgangstemaer, og at informanten får fortelle fritt om sine erfaringer knyttet til disse før jeg følger opp med spørsmål

Tema

1. *Hvordan oppleves det å ha enurese.*

Kan du fortelle om hvilke erfaringer du har med enurese?

- Hvilket inntrykk har du av barnets forhold til enurese? Hvordan oppfatter du at barnet har det?
- Hvilke tanker har du som voksen om enurese/hvordan opplever du det å være forelder til et barn med enurese?
 - På hvilken måte møter dere nattevætingen?
 - På hvilken måte har enuresen betydning for barnets hverdag/medfører det begrensninger?
 - Fortell om evt. tiltak dere benytter.
 - Kan du si noe om enuresen har hatt noen betydning for barnets sosiale relasjoner, utvikling og selvfølelse?

2. *Hjelpeapparatets rolle*

Kan du fortelle om du har hatt behov for informasjon, råd og veiledning, og hvor du eventuelt har hentet/fått hjelp fra?

- Oppsøkt hjelp selv? Hvor? Hvordan fant du ut av det? Helsevesenet? Alternativ medisin?
- Tilbudt hjelp? Hvordan opplevde du det?
- Kan du si noe om hva som evt. har vært til hjelp?
- Hva kunne du ønsket fra hjelpeapparatet? Hva ville vært til hjelp for deg?
- Hvilke forventninger har du til helseapparatet?

Etter intervjuet:

- Etterspørre tilføyelser eller om noe bør utdypes mer relatert til temaet
- Avklare om jeg kan ta kontakt for oppklaringsspørsmål i etterkant

Takk for din tid og deltakelse!



Anne-Gerd Karlsen
 Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 15.05.2016

Vår ref: 48665 / 3 / MHM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.05.2016. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 14.06.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

48665	<i>Konsekvenser av enurese i et forebyggingsperspektiv</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne-Gerd Karlsen</i>
<i>Student</i>	<i>Anita Maristad</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Marianne Høgetveit Myhren

Kontaktperson: Marianne Høgetveit Myhren tlf: 55 58 25 29

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering, mottatt 15.05.2016, vår referanse 2016/1007.

Prosjektets tittel er: «Konsekvenser av enurese i et forebyggingsperspektiv».

Henvendelsen er vurdert av komiteens leder, Finn Wisløff.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger, jf § 2. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf §4 bokstav a.

Det er formålet med prosjektet som er avgjørende for om prosjektet skal legges frem for REK, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter eller benytter helseopplysninger.

I den vedlagte prosjektskissen beskrives formålet med prosjektet slik:

I denne studien ønsker jeg å få tak i brukernes opplevelse av helsesøsters tilbud knyttet til enureseproblematikk, og jeg vil bruke foreldre til barn med enurese som informanter.

Foreløpig problemstilling er:

Hvilke erfaringer, knyttet til støtte fra helsesøster som hjelp til mestring hos barnet, har foreldre til barn med enurese i alderen 5-7 år?

Basert på opplysningene som gis, er ikke formålet med prosjektet å fremskaffe ny kunnskap om helse, sykdom, diagnostikk eller behandling. Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK.

Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Gjøril Bergva

Komitéssekretær

REK sør-øst D

Tlf: 22 84 55 29