



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Samtal kring sexuell hälsa med personer som har kolostomi

- Ur sjuksköterskans perspektiv

Amanda Andersson

Emelie Brink

Handledare: Helen Persson

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona december 2015

Samtal kring sexuell hälsa med personer som har kolostomi

Amanda Andersson
Emelie Brink

Sammanfattning

Bakgrund: 700 000 människor i Europa lever med någon form av stomi. I samband med en stomioperation kan kroppsuppfattningen förändras och därmed också attityden till sin egen kropp. Detta kan leda till problem med den sexuella hälsan i form av minskad lust, rädsla att samlaget ska orsaka smärta och att personen med en kolostomi kan känna sig mindre attraktiv. Det ingår i sjuksköterskans roll att samtala kring den sexuella hälsan men sjuksköterskorna kan uppleva detta problematiskt då ämnet kan anses vara känsligt och privat.

Syfte: Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att samtala kring sexuell hälsa med personer som har kolostomi.

Metod: Studien var en kvalitativ intervjustudie med sjuksköterskor på ett sjukhus i södra Sverige. Analysen genomfördes utifrån Graneheim och Lundmans tolkning av innehållsanalys.

Resultat: Innehållsanalysen resulterade i två stycken kategorier och sju stycken underkategorier. Kategorin *samtalets innehåll* fick tre stycken underkategorier *när frågan ställs och om samtalet blir av*, *patientens upplevelser enligt sjuksköterskan* och *tips och råd*. Kategorin *faktorer som påverkar samtalet* fick fyra stycken underkategorier så som *ålder*, *genus*, *efterfrågar andra resurser* och *fokus på annat*.

Slutsats: Det rörde delade meningar gällande om samtal kring den sexuella hälsan tillhörde sjuksköterskeprofessionen eller inte. Samtalet var viktigt att ta upp men att det fanns brister som att sjuksköterskorna efterfrågade andra resurser. Det visade sig att det fanns olika faktorer som påverkade samtalet och ifall samtalet ägde rum eller inte. Faktorer så som patientens ålder, genus, miljön runt samtalet och även att sjuksköterskorna och patienterna fokuserade på annat. Slutligen förekom det funderingar på om denna studie är applicerbar på andra sjukdomstillstånd som exempelvis hjärtinfarkt.

Nyckelord: erfarenheter, kolostomi, samtal, sexuell hälsa

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	5
Stomi	5
Levnadsförändringar	5
Sexuell hälsa	6
Referensram	7
Syfte	8
Metod	8
Design	8
Urval	9
Rekrytering	9
Datainsamling	10
Dataanalys	11
Etik	11
Resultat	13
Samtalets innehåll	13
När frågan ställs och om samtalet blir av	13
Patientens upplevelser enligt sjuksköterskan	15
Tips och råd	16
Faktorer som påverkar samtalet	16
Ålder	17
Genus	17
Efterfrågar andra resurser	18
Fokus på annat	18
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21
Slutsats	25
Självständighet	25
Referenser	27
Bilaga 1. Information till verksamhetschefen	29
Bilaga 2. Informationsbrev till sjuksköterskorna	30
Bilaga 3. Informerat samtycke	31
Bilaga 4. Intervjuformulär	32
Bilaga 5. Exempel på analysförfarande	33
Bilaga 6. Etikkommittén Sydost	35

Inledning

En kolostomi kan innebära en förändrad kroppsuppfattning för patienten. När kroppen utsätts för traumatiska operativa ingrepp som en stomioperation kan detta leda till negativa uppfattningar om kroppen (Nichols & Riemer, 2011). Brown och Randle (2005) menar därför att sjuksköterskan kan ha en nyckelroll i omvårdnaden både före och efter stomioperationen. Sjuksköterskan har i uppgift att identifiera patientens eventuella problemområden och hjälpa patienten utifrån dessa. Patienten bör undervisas och informeras av sjuksköterskan kring praktiska färdigheter gällande hur stomin skall tas om hand. Brown och Randle (2005) förklarar vidare att sjuksköterskan även bör hjälpa patienten att anpassa sig till livet med stomin genom att ta upp och behandla frågor kring familj, socialt nätverk, arbetssituation, kroppsuppfattning och även sexualitet.

Beck och Justham (2009) visar på brister i sjuksköterskans vilja att ta upp den sexuella hälsan och sjuksköterskorna kan känna sig obekväma samt känna skam när de ska samtala om den sexuella hälsan. Detta leder enligt Persson, Gustavsson, Hellström, Lappas, och Hultén (2005) till att patienterna känner sig missnöjda med möjligheterna av att kunna prata om sitt sexuella samliv. Persson et.al (2005) visade på att 24 av de 31 personerna med kolostomi som deltog i studien kände sig missnöjda med möjligheterna till ett samtal gällande den sexuella hälsan. Även Brown och Randle (2005) beskrev att personer med en stomi upplevde problem med sin sexuella hälsa. En av orsakerna till detta var att de inte kände sig attraktiva (ibid.). Få studier har beskrivit sjuksköterskans erfarenheter av att samtala kring sexuell hälsa med personer som har kolostomi. En studie har visat att sjuksköterskorna upplevde skam och valde därför att inte samtala kring den sexuella hälsan (Beck & Justham, 2009). Vad som saknas i forskningen och i litteraturen är de samtal som faktiskt blir av och vilka erfarenheter sjuksköterskans har av sådana samtal. Att ta del av sjuksköterskornas erfarenheter av att samtala kring den sexuella hälsan med patienter som har kolostomi skulle kunna bidra med kunskap och förståelse om de utmaningar och möjligheter sjuksköterskan möter vid sådana samtal. Kunskapen skulle kunna användas för att identifiera behov av vidare forskning och förbättra omvårdnaden av patienter med kolostomi i relation till den sexuella hälsan.

Bakgrund

Stomi

Enligt Hallén (2014) är stomi en tömningsväg som är operativt skapad. Vid operationen skapas ett hål i bukväggen där tarmen förs ut, viks ner och sutureras fast i huden. Avföringen samlas upp i ett stomibandage och uttömningen sker per automatik. Persson et al. (2005) beskriver två olika typer av stomi, ileostomi och kolostomi. Ileostomi kan vara både tillfällig men även permanent vid sjukdomar som Ulcerös kolit, Crohns sjukdom eller vid kronisk diarré. Personerna som får en ileostomi är oftast unga vuxna. Persson et al., (2005) förklarar kolostomi som permanent men i vissa fall en tillfällig lösning vid maligna sjukdomar så som coloncaner men även vid avföringsinkontinens och fickbildningar i tarmen. Persson et al. (2005) förklarar vidare att personer som får en kolostomi har oftast haft kortare perioder av diffusa symtom än vad personer som får en ileostomi har. De som får en kolostomi är oftast äldre än de som får en ileostomi. Thoft Jensen, de Blok, Kiesbye och Kristensen (2013) förklarar en annan form av stomi som heter urostomi. Vid en urostomi har urinblåsan opererats bort och urinledarna ansluts till en bit av tunntarmen där ena änden av tunntarmen viks ut genom bukväggen och skapar en stomi. Den främsta orsaken till varför en person får en urostomi är cancer i urinblåsan (ibid.). I Europa lever cirka 700 000 människor med en kolo-, ileo- eller urostomi (Claessens, Probert, Tielemans, Steen, Nilsson, Dissing Andersen & Størling, 2015). I denna studie har fokus legat på både permanenta och tillfälliga kolostomier för att begränsa ämnet.

Levnadsförändringar

Persson och Hellström (2002) menar att kroppsuppfattningen kan förändras efter en stomioperation men även attityden till den egna kroppen kan förändras samt synen på kroppens funktion. För personer som har fått en stomi kan vardagen påverkas i form av val av kläder, obehag över okontrollerad avföring, rädsla och oro för lukt och ljud från stomin. Enligt Claessens et al. (2015) var 91 procent av 4000 deltagare i en studie oroliga för läckage från stomin. Oron grundar sig på okunskap angående stomin, vilket i sin tur kan leda till begränsning av fysiska och sociala aktiviteter samt orolig sömn. Persson och Hellström (2002) förklarar att det även kan påverka val av fritidsaktiviteter som exempelvis simning då det kan finnas en rädsla för att visa sig avklädd. Känslan av att vara annorlunda, minskad

självkänsla, dåligt självförtroende och en avsky över sin kropp kan leda till social isolering för personer med stomi. Enligt Persson och Hellström (2002) behöver en stomi inte bara vara något negativt utan det kan även ses som en lättnad och en chans till ökad livskvalité för många personer som lever med en kronisk eller malign sjukdom. Personerna som tidigare spenderade många timmar på toaletten på grund av täta och brådskande tarmrörelser eller haft väldiga magsmärtor kan uppleva att de får sitt liv tillbaka med en stomi.

Sexuell hälsa

Världshälsoorganisationen [WHO] (2006) definierar *sexuell hälsa* som ett tillstånd av välbefinnande på ett fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt plan kopplat till sin sexualitet. För att uppnå sexuell hälsa krävs sexuella relationer som är njutbara, säkra, fria från både diskriminering, våld och förtryck. För att den sexuella hälsan skall bibehållas bör dessa sexuella rättigheter skyddas. Beck och Justham (2009) förklarar att sexualiteten innefattar sexuellt beteende, önskemål och attityder samt det psykologiska och fysiologiska sexuella samspelet. Enligt Williams (2006) innefattar sjuksköterskans roll att stödja personen till en sexuell hälsa. Östlinder, Norberg, Pilhammar-Andersson och Öhlén (2006) definierar *erfarenheter* som subjektiva, konkreta och levda kunskaper.

Williams (2006), Brown och Randle (2005) förklarar att personer med stomi kan uppleva problem med sin sexuella hälsa. Persson och Hellström (2002) beskriver att den sexuella hälsan kan förändras efter en stomioperation i form av minskad lust, rädsla för att samlaget ska orsaka smärta och att personen som har fått en kolostomi kan känna sig mindre attraktiv. Williams (2006) menar att trots att personerna uppger att de har problem med sin sexuella hälsa relaterat till sin stomi, visar tidigare studier att detta problem utelämnas av sjuksköterskan. En orsak till att sjuksköterskorna väljer att inte ta upp ämnet kan vara att de anser att den sexuella hälsa är ett privat ämne och därför inte något att diskutera. Enligt Williams (2006) framkommer det även att det kan finnas bristande kunskap hos verksamma sjuksköterskor angående sexuell hälsa.

Beck och Justham (2009) förklarar att det är en del i sjuksköterskans roll att kunna stötta, informera samt samtala kring personens sexuella hälsa. Fredriksson (2012) definierar *samtal* som en muntlig kommunikation som utspelar sig mellan vårdare och patient. Beck och Justham (2009) förklarar vidare att sjuksköterskan även ska inge trygghet till patienten då denne har genomgått en förändrad kroppsuppfattning, vilket kan ha stor inverkan på den

enskilda individen. Beck och Justham (2009) menar att om sjuksköterskorna är mer öppna och diskuterar sexualitet med patienter, kan det leda till att patienten blir mer medveten om att sexualitet är en viktig aspekt och kan ingå som en del av vårdplaneringen. Det kan ändå kännas som en utmaning för sjuksköterskan att inleda ett sådant samtal. Beck och Justham (2009) förklarar vidare att många sjuksköterskor kan känna skam samt känna sig obekväma över att samtala om den sexuella hälsan. Sjuksköterskorna kan ha en bristande kunskap gällande ämnet sexuell hälsa men de kan även känna oro och rädsla inför att ta upp ämnet, vilket är ett vidsträckt problem inom vården. Beck och Justham (2009) förklarar vidare att varje människa har rätt att njuta av sin sexuella hälsa oavsett sjukdom, funktionshinder och ålder.

Enligt Ayaz och Kubilay (2007) så är det nödvändigt att personer med kolostomi som upplever problem med sin sexuella hälsa får den hjälp och stöttning de behöver utav sjuksköterskan för att kunna komma till rätta med sina problem. Ayaz och Kubilay (2007) förklarar vidare att den sexuella hälsan är en stor del av människans liv och bör därför tas på allvar.

Referensram

Personcentrerad omvårdnad

McCormack (2003) beskriver att personcentrerad omvårdnad innebär att sjuksköterskan ska kunna anpassa och tillämpa personbegreppet, personcentreringen och personcentrerad vård i omvårdnadssammanhang. I takt med att patienten får en mer bestämmande roll inom sjukvården är det viktigt att sjuksköterskan respekterar patientens rätt till självbestämmande. Personcentrerad omvårdnad innebär bland annat att hela personen skall synliggöras. Sjuksköterskan skall eftersträva att tillgodose alla behov och inte bara de fysiska behoven utan även de andliga, existentiella, social och psykiska. Siltan, Flannelly, Flannelly och Galek (2011) beskriver Maslows behovsteori, där det framkommer att det sexuella är ett grundläggande fysiologiskt behov för människan. Även Bayoumi (2012) förklarar att enligt Maslow är sex ett grundläggande basalt behov tillsammans med mat, vatten, syre, sömn och motion. När en person har tillfredsställt de basala behoven kan andra behov så som trygghet, gemenskap, behov av uppskattning och självförverkligande uppfyllas. I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska skriver Socialstyrelsen (2005) att sjuksköterskan ska ha kompetens att tillgodose patientens basala och specifika

omvårdnadsbehov. Där inräknas de fysiska, psykiska, andliga, sociala och kulturella behoven. Sjuksköterskan ska också värdera, observera, dokumentera, prioritera och vid behov hantera och åtgärda förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd. McCormack (2003) förklarar att när en sjuksköterska ger personcentrerad omvårdnad innebär det att hon respekterar och bekräftar personens upplevelser samt tolkningar av sin egen ohälsa eller sjukdom. McCormack (2003) förklarar vidare att för att kunna främja hälsa måste sjuksköterskan veta vad personen i fråga anser att hälsa är. Alla människor har olika uppfattningar om vad hälsa innebär. Inom personcentrerad vård är personens unika perspektiv lika viktigt som det professionella perspektivet. Hulter (2009) förklarar att sjuksköterskans roll inom sitt kompetensområde ska kunna ge information samt lyssna till patientens bekymmer och behov angående sin sexuella hälsa vid sjukdom, skada och funktionsnedsättning.

Syfte

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att samtala kring sexuell hälsa med personer som har kolostomi.

Metod

Design

En intervjustudie med en kvalitativ ansats har gjorts där resultatet har grundats på ett litet antal individer. Intervjuerna har skett med öppen interaktion, vilket är signifikant för kvalitativa studier (Olsson & Sörensen, 2012). Frågorna i intervjuerna har precis som i kvalitativ ansats haft en låg grad av standardisering, det vill säga att det fanns en större frihet att anpassa frågandet efter situationen samt att det är respondenten uppfattningar som kommit fram och intervjuaren har inte styrt i så stor omfattning (Magne- Holm och Krohn- Solvang, 2008). Olsson och Sörensen (2012) förklarar att målet med en intervju är att få en nyanserad beskrivning av intervjupersonens livsvärld genom olika kvalitativa aspekter. Livsvärld förklaras hur människor erfar och uppfattar omvärlden samt människans inre värld.

Urval

Inklusionkriterierna för att delta i studien var att sjuksköterskorna arbetade på kirurgkliniken inom området mag- och tarm och träffade personer med kolostomi. Sjuksköterskorna kunde jobba både på avdelning och/eller på mottagning. Sjuksköterskorna skulle ha arbetat inom verksamheten i minst två år. För att kunna besvara syftet och få tillräckligt med material till studien har fyra sjuksköterskor intervjuats.

Rekrytering

Ett mail skickades till verksamhetschefen för kirurgkliniken på ett sjukhus i södra Sverige, mailet innehöll information angående studien samt förfrågan om godkännande att genomföra studien (se bilaga 1). Verksamhetschefen gav ett godkännande via mail och därefter lämnade verksamhetschefen kontaktuppgifter till avdelningscheferna som i sin tur fick ett mail även de med information om studien. I mailet till avdelningscheferna fanns det även ett bifogat informationsbrev till sjuksköterskorna (se bilaga 2). Det var de sjuksköterskor som deltog i studien som tog del utav informationsbrevet. Avdelningschefen på mottagningen föreslog tre stycken sjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna och lämnade ut deras telefonnummer. Avdelningschefen frågade inte sjuksköterskorna om att delta i studien, denna förfrågning skedde av författarna till studien. Tre sjuksköterskor kontaktades per telefon för en förfrågan om deltagande och information om studien samt inplanering av intervju, alla tre sjuksköterskor var intresserade av att delta i studien.

Även avdelningschefen på en vårdavdelning kontaktades och ett möte för rekrytering av en till sjuksköterska planerades in. På mötet rekommenderade avdelningschefen en sjuksköterska som avdelningschefen kontaktade per telefon och fick information om studien och att ett deltagande var frivilligt. Sjuksköterskan valde att delta i studien och en intervju inplanerades. Tre av fyra sjuksköterskor fick innan deltagandet i intervjun skriva på ett informerat samtycke (se bilaga 3). Den fjärde sjuksköterskans samtycke spelades in på diktafonen innan intervjun. Alla deltagare i studien var kvinnliga sjuksköterskor. En av sjuksköterskorna hade specialistkompetens inom omvårdnad av stomi. Tre av deltagarna arbetade på mottagning och den fjärde arbetade på avdelning. Alla sjuksköterskor läste igenom informationsbrevet och det informerades samtycket innan intervjuernas början, där det framkommer att det är helt frivilligt och att de när som kan avbyta sitt deltagande utan

angiven anledning. Deltagarnas namn nämns aldrig i studien utan vid citat använts uttryck som "Sjuksköterska 1".

Datainsamling

Danielsson (2012) beskriver att en intervjustudie är lämplig då syftet är att förstå situationer eller fenomen. Då syftet innehöll sjuksköterskans erfarenheter valdes en intervjustudie för att förstå intervjupersonernas erfarenheter, genom att sjuksköterskorna gav sin syn på olika situationer. Datainsamlingen har skett genom intervjuer med sjuksköterskor på ett sjukhus i södra Sverige. Frågorna i intervjuerna var även semistrukturerade vilket Alvehus (2013) förklarar är när intervjuaren följer ett formulär bestående av ett fåtal öppna frågor som samtalen kretsar kring. Detta innebär att respondenten har större möjlighet att påverka intervjuens innehåll vilket leder till att intervjuaren måste vara aktiv i sitt lyssnande och använda sig av följdfrågor. Innan intervjuernas början lästes syftet upp högt för sjuksköterskorna men däremot definierades inte den sexuella hälsan. Intervjuerna spelades in på en diktafon och har därefter transkriberats. Olsson och Sörensen (2012) förklarar att transkribering innebär att intervjun skrivs ner ordagrant. Detta innefattar även att pauser, skratt, hostningar och "hummanden" ska skrivas ner. Blickar, kroppshållning och gester kan aldrig återges via transkribering. Det sker en selektion och bearbetning av det som sägs i intervjun, som vidare innebär att något nytt skapas. Det som har valts ut ska företräda det sagda och det är därmed inte själva talet som har skrivits ned (ibid.). Författarna har hållit i varannan intervju medan den andra skötte tekniken. Intervjuerna utfördes på sjuksköterskornas arbetsplats och tog cirka 10-20 minuter. En intervjuguide användes som stöd med fem frågor samt följdfrågor så som "varför?" "kan du utveckla?" "hur menar du?" och "på vilket sätt?" (se bilaga 4). Ett annat sätt som följdfrågor ställdes på var genom att upprepa något sjuksköterskorna hade sagt tidigare i intervjun och sa exempelvis "kan du utveckla?". Innan studiens början genomfördes en provintervju. Danielsson (2012) menar att en eller flera provintervjuer förstärker intervjuens kvalitet. Under en provintervju kontrolleras den tekniska utrustningen, tidsgränsen och intervjufrågornas formulering och det är även ett tillfälle att komma in i rollen som intervjuare (ibid.). Efter provintervjun ändrades inga intervjufrågor då de uppfattades korrekt av intervjupersonen och svararen var relevanta gentemot syftet.

Dataanalys

En innehållsanalys med manifest ansats har använts för att analysera insamlad data för att få ett relevant resultat. En manifest ansats innebär enligt Olsson och Sörensen (2012) att det ska beskriva det synliga och uppenbara komponenterna i textmaterialets innehåll. I en manifest innehållsanalys görs även tolkningar. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att analysprocessen innefattar koder, kategorier samt teman. I det första steget läses material i sin helhet upprepade gånger för att få en känsla av sammanhanget. Därefter ska meningar eller fraser som innehåller information plockas ut som är relevanta för frågeställningen. För att sammanhanget ska kvarstå ska omgivande text tas med. Meningar eller fraser som har plockats ut kallas meningsenheter. I nästa steg kondenseras dessa meningsenheter, det vill säga kortas ner utan att förlora meningens kärna. Meningsenheterna kodas och sätts i kategorier som återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna, kategorierna kan ha ett antal underkategorier. Kategorierna utgör det manifesta innehållet och slutligen formuleras teman där det latenta innehållet i intervjuerna framgår (ibid.). Då studien har en manifest ansats och inte en latent kommer inga teman bildas och vara med i resultatet.

Intervjuerna lästes igenom tre gånger vardera för att skapa ett sammanhang. Sedan valdes meningsenheter som motsvarade syftet ut och även detta gjordes av var och en. Därefter jämfördes och diskuterades de utvalda meningsenheterna. Meningsenheterna som kändes relevanta gentemot syftet valdes sedan ut gemensamt. Meningsenheterna kondenserades och därefter gjordes även kodningen gemensamt. Kategorierna och underkategorierna skapades gemensamt efter diskussioner under handledning. Underkategorierna skapades efter kategorierna för att resultatet skulle bli strukturerat. Se bilaga 5 för exempel på analysförfarande.

Etik

En etisk egengranskning gjordes innan studiens början och skickades till Etikkommittén Sydost för ett utlåtande. Etikkommittén Sydost gav ett yttrande angående studien med dnr. EPK303-2015. De ansåg att studien rörde känsliga frågor såsom sexualitet och hälsa, men då det var sjuksköterskorna som skulle intervjuas och inte patienterna kunde studien genomföras. Etikkommittén Sydost ansåg att det inte fanns några etiska hinder att genomföra intervjustudien, dock hade de synpunkter kring rekryteringen av sjuksköterskorna (se bilaga 6). Anmärkningarna från Etikkommittén Sydost korrigerades innan studiens början.

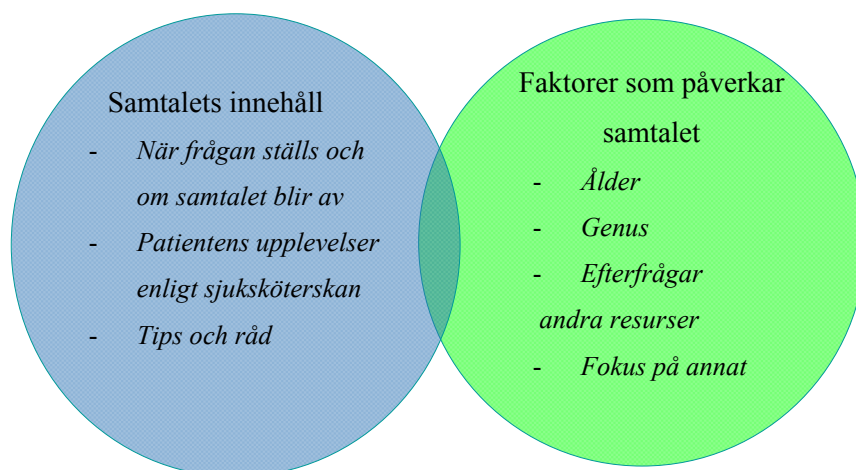
Enligt SFS 2003:460 skall forskningspersonerna som deltar i studien informeras om att deras deltagande är helt frivilligt och att de har rätt att avbryta sitt deltagande när som helst. Sjuksköterskorna ska informeras om studiens syfte samt vilken metod som kommer användas (ibid.). Även Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) förklarar att sjuksköterskornas hälsa, värdighet, integritet, självbestämmanderätt, privatliv och personuppgifter skall skyddas under studiens gång och även efter. Olsson och Sörensen (2012) menar att det finns flera krav som ska vara uppfyllda för att personen självständigt ska kunna besluta om deltagande i studien. Begriplighetskravet innefattar att information angående studien ska vara lätt att förstå även för personer som inte arbetar inom vården. Det är forskaren som är ansvarig för att personen verkligen förstår informationen. Samtyckeskravet innebär att personen själv har rätt att bestämma om sitt deltagande i studien. Olsson och Sörensen (2012) förklarar även att det finns ett konfidentialitetskrav som innefattar att personuppgifter på personerna som ingår i studien ska behandlas så konfidentiellt som möjligt. Obehöriga ska inte ha tillgång till materialet. Det finns även ett nyttjandekrav som innebär att allt material angående enskilda personer endast får användas för det specifika forskningsändamålet (ibid.).

Studiens risker och nytta har övervägts noga och risken kunde vara att sjuksköterskorna som intervjuades kunde ta illa vid sig om de upplevde att deras arbetssätt eller profession ifrågasattes. Nyttan med studien ansågs vara att sjuksköterskorna i samband med intervjuerna kunde göra reflektioner som ledde till ett förbättrat arbete där den sexuella hälsan tas upp. Intervjufrågorna var noga utvalda för att sjuksköterskorna inte skulle känna att deras arbetssätt eller profession ifrågasattes. Inga personliga frågor ställdes gällande sjuksköterskornas privatliv utan frågorna som ställdes under intervjun rörde enbart deras profession.

Intervjumaterialet har kodats gentemot en kodlista samt förvarats oåtkomligt för obehöriga. Det fanns ingen relation till personerna i undersökningen sedan innan som kan ha påverkat intervjuerna eller resultatet. Eventuellt kan det bli ett möte med sjuksköterskorna under slutpraktiken i termin 6, men då är kandidatarbetet avslutat. Sjuksköterskorna fick information om att efter avslutad studie kommer de att kunna ta del av resultatet under arkiv DiVA. Sjuksköterskorna som intervjuats kommer att få uppsatsen mailad till sig.

Resultat

Resultatet sammanställdes och två kategorier bildades som *samtals innehåll och faktorer som påverkar samtalet*. Därefter skapades underkategorier som *när frågan ställs och om samtalet blir av, patientens upplevelser enligt sjuksköterskan, tips och råd, ålder, genus, efterfrågar andra resurser och fokus på annat*.



Figur 1. Kategorier och underkategorier

Samtalets innehåll

Sjuksköterskorna hade erfarenheter av att samtalen kring den sexuella hälsan med personer som har en kolostomi kunde innefatta allt ifrån att ge tips och råd till patienterna men även hur och vem som tog upp ämnet. Sjuksköterskorna kunde ställa direkta frågor angående patientens sexuella hälsa men även patienten själv kunde uppge vilka bekymmer de hade. Sjuksköterskorna beskrev sina erfarenheter av att samtala kring sexuell hälsa med personer som har kolostomi som vilket samtal som helst.

När frågan ställs och om samtalet blir av

Samtalen och frågorna som rörde den sexuella hälsan behövde inte alltid vara så stora och svåra utan det viktigaste var att bara våga ställa frågan angående personens sexuella hälsa.

“... man kan ju ställa en fråga, hur är det med samlivet?... man kan ju få ett svar, ja vi har inga problem med det ja och medan en del kanske

tycker det är väldigt jobbigt i början för det blivit en förändring...”

(Sjuksköterska 3)

Hur patienten sedan valde att svara på sjuksköterskornas frågor kring den sexuella hälsan kunde ibland vara olika. Det framkom i intervjuerna med sjuksköterskorna att beroende på hur patienten är som person hade betydelse för om han eller hon ville svara eller inte.

“Det var en patient haha som man tog upp frågan och så var det bara

NEJ... det var liksom bara avstängt där...” (Sjuksköterska 1)

Valde en patient att inte svara på sjuksköterskornas frågor angående den sexuella hälsan berättade sjuksköterskorna att det då var viktigt att respektera detta. Ingen ska bli påtvingad ett samtal de inte vill ha. Sjuksköterskorna var tydliga med att berätta att alla patienter faktiskt inte ville samtala om den sexuella hälsan och att sjuksköterskorna då inte på något sätt kunde tvinga någon att samtala kring det. Frågan hade i alla fall ställts, för någonstans i vårdkedjan så måste den sexuella hälsan komma på tal. Bara för att frågan ställs kring den sexuella hälsan behöver det inte bli ett samtal kring det.

Sjuksköterskorna var inte säkra på att den sexuella hälsan hade tagits upp i samtalet om inte de hade frågat patienten. Anledningen till att den sexuella hälsan inte alltid hade en självklar plats i samtalet kunde vara att sjuksköterskorna eller patienten ansåg att ämnet kunde vara känsligt och privat. Sjuksköterskorna förklarade dock att samtalet kring den sexuella hälsan skulle vara naturligt och inget att *“skämmas”* för. Det framkom även av intervjuerna att det inte var alla sjuksköterskor som ställde frågor om den sexuella hälsan till patienterna med kolostomi. Men när eller om patienterna ställde frågor kring den sexuella hälsan svarade sjuksköterskorna så gott de kunde.

Under intervjuerna kom ett exempel fram på när sjuksköterskan samtalade kring den sexuella hälsan och fick ett positivt resultat. Det var en man som hade en kolostomi och han hade någon sorts spärr och detta gjorde att sjuksköterskan valde att ta upp den sexuella hälsan. I samtalet nämnde sjuksköterskan att det viktigaste var att våga prova att ha samlag. Vid nästa besök med mannen så märkte sjuksköterskan att något positivt hade hänt då han frågade om mindre stomipåsar något som sjuksköterskan hade nämnt kunde underlätta samlaget. Det framkom även under intervjuerna ett exempel på en annan man som uppgav att den sexuella

inte fungerade alls som det gjorde innan stomioperationen. Sjuksköterskorna ställde då allmänna frågor om det sexuella för att se om det fanns någon funktion över huvud taget som exempelvis erektion.

Sjuksköterskornas erfarenheter var att många gånger när personerna med kolostomi hade vågat prova ha samlag kom de tillbaka och pratade om det. De uppgav då att det inte var svårt att ha samlag utan det var deras föreställningar som var värre. *”Många gånger sitter det i huvudet”* förklarade sjuksköterskorna. Det var viktigt att samtala om upplevelsen och med vissa patienter behövdes det inte alltid ges råd utan det kunde enbart räcka med att prata om det för att avdramatisera föreställningarna. Det behövdes inte alltid vara så stort det sjuksköterskan sa men patienten skulle veta att bara för att han eller hon har fått en kolostomi så ska det inte finnas några begränsningar hur de kan leva sina liv. Sjuksköterskorna var noga med att poängtera att en kolostomi inte gör att patienten måste förändra sitt liv. Patienten ska kunna göra i princip allt som gjordes tidigare.

Sjuksköterskorna var medvetna om att det brister när det gällde att ställa frågor om den sexuella hälsan. De ansåg sig vara *”dåliga på att vara aktiva”* i samtal som rörde den sexuella hälsan och uppgav att det fanns mycket kvar att arbeta med, även om de ansåg sig ha kommit långt. Den sexuella hälsan hade tagits upp inom tarmteamet och diskussioner kring hur frågan ska ställas vid mottagningsbesöken hade ägt rum. Det fanns en medvetenhet om att frågan inte ställs till alla personer med kolostomi men att detta var något de behövde arbeta med. Sjuksköterskorna uppgav att de många gånger hänvisade patienter med frågor relaterade till sin stomi vidare till stomisjuksköterskan. Det fanns även erfarenheter av att frågan angående den sexuella hälsan borde ställas innan kolostomin läggs. Det framkom även att någon av sjuksköterskorna inte upplevde att hon hade kunskap eller erfarenheter av att samtala kring den sexuella hälsan med personer som hade kolostomi. Ett exempel på bristande erfarenhet var när en sjuksköterska berättade att hon under sina 10 år aldrig varit med om att patienter med kolostomi har blivit tillfrågade om de upplever några bekymmer med sin sexuella hälsa. Sjuksköterskan var osäker på om frågan angående den sexuella hälsan kom på tal hos varken doktorn eller sjuksköterskorna.

Patientens upplevelser enligt sjuksköterskan

Sjuksköterskornas erfarenheter var att patienter som har en kolostomi kunde uppleva rädsla för läckage, att det ska lukta och att stomipåsen ska lossna under samlaget. Med rutin ska inte

påsen lossna samt att risken för läckage minskar. Sjuksköterskorna förklarade vidare att patienten kunde uppleva sig själv som oattraktiv med sin kolostomi och skämmas över den. Detta kunde enligt sjuksköterskorna påverka patientens sexuella hälsa.

“... men är man yngre så ganska så snart efter ett tag när man har återhämtat sig så börjar dem här känslorna komma tillbaka men då är det kanske det här att man även om man har varit tillsammans länge att man kan kännas lite eller att man kan känna sig oattraktiv...” (Sjuksköterska 3)

Tips och råd

För att underlätta för personer som har en kolostomi som upplever problem med den sexuella hälsan hade sjuksköterskorna erfarenheter av att ge tips och råd som kunde avdramatisera det hela och vara till hjälp för patienten. Ett sådant tips till patienter kunde till exempel vara att använda mindre stomipåsar eller att köpa fina underkläder. Andra råd var att administrera bättre bandage men även att irrigera stomin det vill säga en tarmsköljning strax innan samlag. Men det viktigast tipset till patienterna var att de skulle våga prova att ha samlag. Oftast har personerna med kolostomi föreställt sig att det inte kommer att gå bra att ha samlag och det är just därför de måste uppmuntras till att våga prova för att se hur det känns.

“... och just det här med att våga prova, jag brukar säga det att det gäller ju att våga prova. Det är egentligen det allra viktigaste... det kan avdramatisera det faktiskt många gånger... för att dem bara tänker att det ska vara svårt med att det inte är det” (Sjuksköterska 3)

Faktorer som påverkar samtalet

Det fanns olika faktorer som hade betydelse för om sjuksköterskorna tog upp och samtalade kring den sexuella hälsan eller inte och det kunde även påverka det befintliga samtalet. Det kunde exempelvis vara svårt att samtala kring den sexuella hälsan på en vårdavdelning då miljön runt samtalet hade betydelse. En annan faktor kunde vara att det var personbundet från sjuksköterskornas sida om frågor kring den sexuella ställdes och att det var av betydelse hur bekväm sjuksköterskorna var i att fråga och samtala kring den sexuella hälsan. Men det kunde även vara personbundet från patientens sida om den sexuella hälsan kom på tal eller

inte. En annan faktor som kunde påverka samtalet var att sjuksköterskorna hade erfarenheter av att den sexuella hälsan kunde påverkas vid operationen när det hade lagts en kolostomi, då de nerverna i de omkringliggande regionerna hade blivit påverkade. Detta kunde leda till problem med erektionen som direkt berör den sexuella hälsan. Sjuksköterskorna hade erfarenheter av att det är operationen som ställer till det för den sexuella hälsan och inte själva kolostomin. Andra faktorer som hade betydelse för om samtalet kring den sexuella hälsan ägde rum eller inte men även kunde påverka det befintliga samtalet var *ålder*, *genus*, *efterfrågar andra resurser* eller att både sjuksköterskan eller- och patienten hade *fokus på annat* så som en bakomliggande diagnos.

Ålder

Det rådde delade meningar hos sjuksköterskorna angående ålderns betydelse för om samtalet kring den sexuella hälsan togs upp eller inte, sjuksköterskorna förklarade i intervjuerna att de inte upplevde några fördomar angående ålder och de nämnde även att *“det har vi nog lärt oss”*. Åldern ska inte ha någon betydelse oavsett om patienten är ung eller i 70-80 års ålder. Medan det också gavs exempel på när ålder hade betydelse om den sexuella hälsan togs upp eller inte. Det är flest äldre som har kolostomi och det var kanske därför sjuksköterskorna inte tänkte i de banorna angående sexuell hälsa, även om äldre givetvis också kan ha samlag.

“Om man är äldre så tycker man kanske, för det första så har man kanske inte något samliv så att det blir inga problem...” (Sjuksköterska 3)

Sjuksköterskorna hade erfarenheter av att de yngre patienterna med kolostomi kunde uppleva det jobbigt med utseendebiten och detta kunde resultera i att det kunde vara svårt med samlivet i början för de unga med kolostomi.

Genus

Sjuksköterskorna menade även att det fanns skillnader mellan kvinnligt och manligt, det var lättare att ta upp den sexuella hälsan med patienter av det manliga könet. Ämnet togs även upp mer med patienter som var män än de patienter som var kvinnor. Det kunde exempelvis vara lättare att fråga en man angående hans erektion då det upplevdes mer abstrakt än att fråga en kvinna om hennes slemhinnor. Det tycktes vara en mer tydlighet hos patienter som var män kring att samtala om den sexuella hälsan enligt sjuksköterskorna.

Efterfrågar andra resurser

Det rådde delade meningar mellan sjuksköterskorna om samtal kring den sexuella hälsan tillhörde sjuksköterskeprofessionen eller inte. Ett exempel på detta var *“det är vi i professionen som får ta på oss det”* medan ett annat exempel var *“det är inte min profession”*. Därför efterfrågade sjuksköterskorna utbildning kring att samtala om sexuell hälsa. Sjuksköterskorna upplevde att det var en brist att det inte fanns någon sexolog att remittera patienterna till. Det ansågs även vara en brist att det inte fanns någon som kunde vara en konsult samt kunna ge handledning till sjuksköterskorna angående sexuell hälsa.

Fokus på annat

Samtal kring den sexuella hälsan kunde i många fall ha en låg prioriteringsgrad både för sjuksköterskorna och för patienterna när en person hade fått en kolostomi och inte minst i det akuta skedet. Sjuksköterskorna hade erfarenheter av att till en början var det viktigaste att patienten vände sig vid att ha kolostomin överhuvudtaget, hur den skall skötas och även det *“nya livet”*. Den sexuella biten kom senare när personen som fått en kolostomi hade kommit in i vardagen igen. Frågan borde absolut tas upp men på en mottagning antingen före operation eller vid ett återbesök eller både och. På ett vådrum *“känns det lite konstigt”* att ta upp frågan. Sjuksköterskorna hade erfarenheter av att frågan var jätteviktigt men att det handlar om prioritering.

“...det kanske ingenting som dom pratar om i det skedet när dom precis har fått sin stomi... utan det är nog sånt som jag tror uppkommer när man har varit hemma ett tag när man mer känner att gud...” (Sjuksköterska 2)

En annan anledning till varför samtalen kring den sexuella hälsan inte skedde kunde bero på att både sjuksköterskan men även att personen med kolostomin var fokuserade på den bakomliggande diagnosen. En person med kolostomi har oftast en cancerdiagnos i grunden och fokusen hamnade då automatiskt på att bli frisk och att få bort cancer och därför fanns det inte så mycket utrymme för att samtala om den sexuella hälsan.

“... när det gäller cancerpatienter... kommer sexualiteten längre fram, det är inte intressant då när vi är inblandade. I början är det inte intressant för dem” (Sjuksköterska 4)

Sjuksköterskan hade erfarenhet av att det inte fick bli för mycket information för patienten och valde därför att prioritera bort vissa frågor. Sjuksköterskan menade att det var en utmaning att ge information, vanligtvis vill de ges information om allt men det är svårt för patienten att ta in och oftast kommer patienten inte ihåg hälften. Det är viktigt att inte *“rabbla”* för mycket.

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ intervjustudie valdes då det inte fanns tillräckligt med forskning som inriktade sig på sjuksköterskans erfarenheter av att samtala kring sexuell hälsa med personer som har kolostomi. Artiklarna som fanns inriktade sig mest på patientens upplevelser av att leva med en stomi. Inriktningen kvalitativ valdes på grund av att syftet var att belysa sjuksköterskans erfarenheter genom intervjuer med ett fåtal individer (Olsson & Sörensson, 2012). Därför kunde en kvantitativ ansats uteslutas. Intervjuerna var semistrukturerade med ett fåtal öppna frågor vilket resulterade i en öppen interaktion (Olsson & Sörenson, 2012). Strukturerade intervjuer med ja- och nej-svar uteslöts på grund av att det upplevdes som att sjuksköterskans viktiga erfarenheter kunde förbigås då det var sjuksköterskans erfarenheter som skulle belysas (Alvehus, 2013).

Fyra stycken sjuksköterskor rekryterades till intervjustudien. Tre av sjuksköterskorna arbetade på mottagning och den fjärde på avdelning. Fyra stycken sjuksköterskor upplevdes som tillräckligt för att få tillfredställande data att analysera samt att det fanns ett begränsat antal sjuksköterskor som arbetade med kolostomi på mottagningen. Sjuksköterskor som arbetade på vårdavdelningar träffade patienter under det kritiska stadiet och inte vid eftervården som sjuksköterskor som arbetade på mottagningar gjorde. Detta kan ha påverkat resultatet då sjuksköterskorna träffade patienterna med kolostomi under olika förhållande och olika länge efter stomioperationen. Faktorer som kan ha påverkat resultatet i intervjustudien

var att en av sjuksköterskorna på mottagningen hade en specialistkompetens inriktad på omvårdnad av stomi. Då alla sjuksköterskor som intervjuats var kvinnor har det framkommit funderingar om deras kön kan ha påverkat samtalet med patienterna och därmed deras erfarenheter. Det hade varit intressant att ta del av manliga sjuksköterskors erfarenheter av att samtala kring sexuell hälsa med personer som har kolostomi och se om det finns någon skillnad.

En provintervju genomfördes innan studiens början och detta har troligen medfört en högre kvalitet på de fyra intervjuer som ingick i studien då erfarenheter saknades av att intervjua sedan tidigare. Provintervjun gav tillfälle till att komma in i rollen som intervjuare samt att testa intervjufrågorna och tekniken (Danielsson, 2012). Det gavs även feedback efter provintervjun av respondenten till intervjuarna samt till varandra. Intervjufrågorna ändrades inte efter provintervjun då de upplevdes som relevanta och lättförstådda. Fem intervjufrågor ställdes och fyra följdfrågor användes för att få ut så mycket information som möjligt från varje intervjufråga. Frågorna skapades gentemot syftet men första frågan angående levnadsförändringar var med för att skapa en ingång på intervjun som sedan ledde in på den sexuella hälsan, eftersom levnadsförändringar innefattar den sexuella hälsan. Detta kan ha påverkat studien då den första intervjufrågan inte direkt är kopplad till syftet. Dock har inget material presenterats i resultatet som inte motsvarat syftet. De resterande fyra frågorna var direkt kopplade till den sexuella hälsan och sjuksköterskans erfarenheter. Frågorna var uppbyggda på så sätt att ja- och nej svar inte gick att ge utan längre svar förväntades från sjuksköterskorna.

Innan intervjuernas början lästes syftet med studien upp högt för sjuksköterskorna och frågan ställdes om sjuksköterskorna hade några frågor innan intervjun började. Blev svaret nej så startade intervjun direkt. Detta innebär att sjuksköterskorna inte fick den sexuella hälsan definierad för sig då alla sjuksköterskor svarade nej och inte hade några frågor. Detta skulle kunna innebära rent teoretiskt att sjuksköterskorna har pratat om en helt annan sak än vad som frågades om, till nästa gång hade en definition av sexuell hälsa varit till en fördel. Under intervjuens gång har det dock framkommit att sjuksköterskorna uppfattade frågorna korrekt då de pratade om den sexuella hälsan. Något som skulle ha kunnat göras annorlunda var att sjuksköterskorna fick intervjufrågorna mailade till sig före intervjun vilket hade kunnat leda till att sjuksköterskorna var mer förberedda. Dock upplevdes det att sjuksköterskorna svar var

spontana och ärliga då de pratade oförberett och fritt om sina erfarenheter (Magne- Holm och Krohn- Solvang, 2008).

Innehållsanalysen ansågs vara relevant för att analysera det insamlade intervjumaterialet för att besvara syftet. En manifest ansats valdes för att kunna bearbeta materialet så textnära som möjligt. Inga teman skapades då det ingår i en latent ansats där forskaren tolkar vad som ligger bakom orden. Dock förekommer det en viss tolkning i en manifest ansats också (Graneheim & Lundman, 2004). Efter intervjumaterialet hade transkriberats lästes intervjuerna igenom på varsitt håll flertal gånger på grund av att skapa ett eget sammanhang och inte bli påverkade av varandra. Därefter valdes meningsenheter ut enskilt för att undvika påverkan. Sedan valdes meningsenheterna ut enskilt och kategorier samt underkategorier skapades. Om intervjuerna hade lästs tillsammans och meningsenheterna tagits ut enhetligt hade detta kunnat resultera i att viktigt material utelämnades.

De etiska aspekterna påverkade valet av intervjufrågor då det fanns risk att sjuksköterskorna skulle ta illa vid sig eller känna sig frågesatta i sin profession. Därför kunde inga mer direkta frågor ställas som hade planerats från början, intervjufrågorna var därför mycket noga utvalda. Nyttan med intervjustudien märktes av redan under intervjuerna. Sjuksköterskorna reflekterade över deras arbetssätt på ett positivt sätt och en av sjuksköterskorna påtalade att ett möte skulle ske där de skulle diskutera den sexuella hälsan.

Tre av sjuksköterskorna skrev på det informerade samtycket medan den fjärde sjuksköterskan fick ge sitt informerade samtycke inspelat på diktafonen. Anledningen till detta var att det saknades en blankett eftersom sjuksköterskan rekryterades i samband med en annan intervju. Detta hade dock ingen påverkan då den fjärde sjuksköterskan fick samma information som resterande sjuksköterskor. Det som kan ha påverkat sjuksköterskornas deltagande är att de har blivit rekommenderade av sina chefer, sjuksköterskorna har därmed inte anmält sig frivilligt till att delta i studien. Efter att sjuksköterskorna hade blivit informerade om studien valde alla sjuksköterskor att frivilligt delta.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att sjuksköterskorna hade erfarenheter av att det var viktigt att våga ställa frågan angående den sexuella hälsan till personerna med kolostomi och att frågan måste

komma upp någonstans i vårdkedjan. Ayaz och Kubilay (2007) styrker att det ligger på sjuksköterskans ansvar att frågan kring den sexuella hälsan kommer på tal (ibid.). Sjuksköterskorna uppgav att det var upp till patienten hur han eller hon valde att svara på sjuksköterskornas frågor. Sjuksköterskorna var tydliga med att det var viktigt att respektera om patienten inte ville diskutera sin sexuella hälsa och att ett sådant samtal aldrig skulle tvingas fram. Detta stämmer överens med vad socialstyrelsen (2005) beskriver är en del av sjuksköterskans roll, att visa omsorg och respekt för patientens autonomi. Även McCormack (2003) menar att sjuksköterskan ska ge patienten personcentrerad vård genom att respektera patientens rätt till självbestämmande (ibid.). Resultatet visade att ingen patient ska bli påtvingad ett samtal de inte vill ha. I resultatet framkom det även att sjuksköterskorna upplevde att vissa patienter ville prata om den sexuella hälsan medan andra absolut inte ville prata om det. McCormack (2003) förklarar personcentrerad vård som att sjuksköterskan ska kunna anpassa omvårdnaden utifrån patientens behov och vilja (ibid.). Detta innebär att sjuksköterskan borde arbeta personcentrerat gällande att ta hänsyn till om patienten inte vill samtala kring den sexuella hälsan medan andra patienter vill ha ett sådant samtal.

Resultatet visade på att sjuksköterskorna och även patienterna kunde se den sexuella hälsan som ett känsligt och privat ämne. Detta förstärks av Beck och Justham (2009) som beskriver att en anledning till att den sexuell hälsa inte alltid har en självklar plats i samtalet kan vara brister i sjuksköterskans vilja att ta upp den sexuella hälsan, sjuksköterskor skäms och känner sig obekväma när de ska samtala om den sexuella hälsan. Detta menar även Williams (2006) på att en orsak till att sjuksköterskorna inte väljer att ta upp ämnet kan vara att de anser att sexuell hälsa är ett privat ämne och är därför inte något att diskutera. Även Ayaz och Kubilay (2007) förklarar att sjuksköterskorna kan uppleva svårigheter i att hantera frågor kring den sexuella hälsan i praktiken (ibid.). Dock framkom det i resultatet att sjuksköterskorna i denna studie ansåg att den sexuella hälsan skulle vara naturligt och inget att skämmas för.

Resultatet visade att det inte var alla sjuksköterskor som hade erfarenheter och kunskaper av att samtala kring sexuell hälsa med personer som har kolostomi. Det framkom även i resultatet att sjuksköterskorna svarade så gott de kunde på frågorna de fick av patienterna kring den sexuella hälsan. Sjuksköterskorna berättade även att det kunde hänvisa vidare patienterna till stomisjuksköterskan för att patienterna skulle få svar på sina frågor. White (2013) styrker detta och menar att sjuksköterskorna kan vara patientens viktigaste kontaktpunkt och att sjuksköterskan förväntas att svara på patientens frågor kring den

sexuella hälsan (ibid.). Dock upplevde sjuksköterskorna i denna studie att de inte alltid kunde leva upp till patientens förväntningar om att kunna svara på alla frågor gällande den sexuella hälsan och valde därför att hänvisa patienterna vidare.

Sjuksköterskorna i denna studie menade även att de ansåg att det fanns brister såsom möjligheter till att remittera patienterna till en sexolog samt tillgång till handledning och konsult för sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna efterfrågade en utbildning kring att samtala kring sexuell hälsa. Williams (2006) styrker att det kan finnas bristande kunskaper hos verksamma sjuksköterskor angående sexuell hälsa och att en bredare utbildning rörande sexuell hälsa är att rekommendera. Även White (2013) förklarar att tillgång till vidareutbildning för sjuksköterskorna angående sexuell hälsa är viktigt.

Det framkom även i resultatet att det inte var alla sjuksköterskor som ansåg att den sexuella hälsa tillhörde professionen. Citat som *“det är vi i professionen som får ta på oss det”* och *“det är inte min profession”* understryker detta. Fakta framkom i studiens resultat som helt sade emot varandra men enligt Williams (2006) så innefattar det sjuksköterskans roll att stödja personer till en positiv sexuell hälsa. Även Socialstyrelsen (2005) menar på att det tillhör sjuksköterskans kompetensområde att tillgodose patientens basala fysiologiska behov och enligt Maslows behovsteori enligt Siltan, Flannelly, Flannelly och Galek (2011) är sexualiteten ett fysiologiskt behov. Ayaz och Kubilay (2007) menar även de på att den sexuella hälsan bör tas på allvar då den är en stor del av människans liv.

Resultatet visade att den sexuella hälsan kunde ha en låg prioriteringsgrad när en person har fått en kolostomi och inte minst i det akuta skedet. Sjuksköterskorna upplevde att det fanns svårighet i att samtala kring den sexuella hälsan på en vårdavdelning men även att fokus låg på annat så som den bakomliggande diagnosen exempelvis cancer. Detta stärks av Ayaz och Kubilay (2007) som menar att det akuta skedet av vård av personer med kolostomi utförs under sjukhusförhållanden. Under det akuta skedet är sjuksköterskor och annan vårdpersonal ofta fokuserade på endast de fysiska problemen för patienten som har fått en kolostomi och undviker därför att diskutera sexuella problem. Ayaz och Kubilay (2007) förklarar vidare att sjuksköterskorna lägger skulden på att de inte har någon tid eller möjlighet att ta itu med dessa frågor (ibid.). Resultatet i denna studie visade att sjuksköterskorna valde att prioritera de behov och problem de ansåg vara centrala när en patient har fått en kolostomi och att den sexuella hälsan då inte ansågs vara lika viktig framför exempelvis hur patienten som fått en

kolostomi skulle sköta sin stomi. Även om Maslow i sin behovsteori enligt Silton, Flannelly, Flannelly och Galek (2011) poängterar att sexualiteten är ett basalt behov som måste vara tillfredsställt för att kunna gå vidare i livet så menar Frankl (1986) att under extrema förhållanden eller vid traumatiska upplevelser så prioriteras några basala behov bort, medan andra basala behov blir livsviktiga. Ett exempel ifrån när Frankl (1986) satt fånge i koncentrationsläger under andra världskriget var att han och hans medfångar erfarande att sexualdriften försvann helt och istället låg allt fokus på det basala behovet mat. Nichols och Riemer (2011) förklarar att det kan upplevas som en traumatisk händelse för patienten att få en stomi (ibid.). Detta kan vara en anledning till att den sexuella hälsan prioriteras bort.

I resultatet delade sjuksköterskorna med sig av sina erfarenheter av patienternas upplevelse av att leva med en kolostomi. Rädsla för läckage, lukt, att stomipåsen skulle lossna och att känna sig oattraktiv. Sjuksköterskorna menade även att med rutin skulle exempelvis stomipåsen inte lossna. White (2013) styrker detta och menar att det är vanliga tankar och orosmoment hos personer med stomi under de första postoperativa veckorna som kan påverka den sexuella hälsan (ibid.). Det framkom även i resultatet att sjuksköterskorna hade erfarenhet av att det var operationen som ställde till det för den sexuella hälsan och inte själva kolostomin. Detta styrker Beck och Justham (2009) som förklarar att kirurgi kan orsaka exempelvis erektionsproblem hos män, minskad vaginal sekretion och minskad sexlust hos kvinnor.

Resultatet visade att patientens ålder kunde ha betydelse för om sjuksköterskorna inledde ett samtal kring den sexuella hälsan. Medan andra sjuksköterskor menade att ålder inte alls hade någon betydelse. Det rådde delade meningar och Beck och Justhamn (2009) förklarar att alla människor har rätt att njuta av sin sexuella hälsa oavsett ålder (ibid.). Detta innebär att oavsett om patienten är ung eller gammal så borde sjuksköterskan ställa en fråga angående den sexuella hälsan. Det framkom även i resultatet att sjuksköterskorna tyckte det var en mer tydlighet att samtala kring den sexuella hälsan med män än med kvinnor.

Diskrimineringslagen SFS 2008:256 menar att lika rättigheter ska främjas för att motverka diskriminering och möjligheterna ska vara desamma för alla människor oavsett kön, ålder, sexuell läggning, könsöverskridande identitet eller uttryck, religion eller annan trosuppfattning, etisk tillhörighet eller funktionsnedsättning. Enligt Patientlagen SFS 2014:821 är målet med hälso- och sjukvården en vård på lika villkor för hela befolkningen samt en god hälsa. Vården som ges ska genomsyras av respekt för alla människors lika värde

och värdighet ska visas för den enskilda människan (ibid.). Detta innebär att alla patienter ska ha rätt till ett samtal kring sexuell hälsa.

Slutsats

Det ingår i sjuksköterskans roll att samtala kring den sexuella hälsan, det rådde dock delade meningar hos sjuksköterskorna i studien om samtal kring den sexuella hälsan tillhörde sjuksköterskeprofessionen eller inte. Sjuksköterskorna hade erfarenheter av att samtalet kring den sexuella hälsan var som vilket samtal som helst. Dock är det viktigt att sjuksköterskorna respekterar att inte alla personer med kolostomi vill prata om den sexuella hälsan. Det viktigaste är att frågan kring den sexuella hälsan ställs men det framkom i resultatet att det inte är alla sjuksköterskor som ställer frågan. Det fanns en medvetenhet hos sjuksköterskorna angående deras brister kring att ta upp den sexuella hälsan i samtalet. Sjuksköterskorna efterfrågade utbildning kring att samtala kring den sexuella hälsan samt en sexolog att konsultera med. Patientens ålder, kön och miljön runt samtalet påverkade om samtalet kring den sexuella hälsan togs upp eller inte av sjuksköterskorna. Även patientens bakomliggande diagnos kunde ta bort fokus från den sexuella hälsan som exempelvis en cancerdiagnos. Sjuksköterskorna ville bli bättre på att ta upp den sexuella hälsan och det framkom under en intervju att ett personalmöte skulle ske där den sexuella hälsan skulle tas upp till diskussion. Detta arbete kan väcka funderingar, tankar och reflektioner hos sjuksköterskor att den sexuella hälsan har en viktig plats i omvårdnaden för personer med kolostomi. För ytterligare studier inom detta område skulle det vara intressant att intervjua kvinnliga och manliga sjuksköterskor för att se om sjuksköterskans kön har betydelse för om samtalet kring den sexuella hälsan sker. Det har även framkommit funderingar på om denna studie är applicerbar på andra sjukdomstillstånd som exempelvis vid hjärtinfarkt, prostatabesvär eller vid kroniska sjukdomar så som KOL. Skiljer sig sjuksköterskans erfarenheter av att samtala kring sexuell hälsa beroende på patientens sjukdomstillstånd?

Självständighet

Amanda A. har haft kontakt med verksamhetschefen på kirurgkliniken och avdelningschefen på mag- och tarmmottagningen. Amanda A. har även varit i kontakt med Sjuksköterska 1 och bokat intervju med henne och har hållit i intervju 1 och 3. Emelie B. har haft kontakt med Sjuksköterska 2 och Sjuksköterska 3 och bokat intervju med de samt hållit i intervju 2 och 4.

Amanda A. och Emelie B. har transkriberat två intervjuer vardera. Studiens inledning, bakgrund, metod, resultat samt diskussionsdel har Amanda A. och Emelie B. skrivit gemensamt även bilagorna gjordes enhetligt.

Referenser

- Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: En handbok*. Stockholm: Liber.
- Ayaz, S., & Kubilay, G. (2007). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 89-98
- Bayoumi, M. (2012). Identification of the need of haemodialysis patients using the concept of Maslow's hierarchy of needs. *Journal of Renal Care*, 38, 43-49.
- Beck, M., & Justham, D. (2009). Nurses' attitudes towards the sexuality of colorectal patients. *Nursing Standard*, 23, 44-48.
- Brown, H., & Randle, J. (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 74-81.
- Claessens, I., Probert, R., Tielemans, C., Steen, A., Nilsson, N., Dissing Andersen, B. & Størling, Z. (2015). The Ostomy Life Study: the everyday challenges faced by people living with a stoma in a snapshot. *Gastrointestinal Nursing*, 13, 18-25.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. M. Henricsson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (sid. 163-173). Lund: Studentlitteratur.
- Frankl, V. (1986). *Livet måste ha mening- Erfarenheter från koncentrationslägren. Logoterapiens grundbegrepp*. Lund: Natur och kultur.
- Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. Wiklund Gustin, L & Bergbom, I. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (sid. 321-330). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112.
- Hallén, A-M. (2014). Stomityper. Vårdhandboken.
<http://www.vardhandboken.se/Texter/Stomi/Stomityper/>
Hämtad: 2015-10-07
- Hulter, B. (2009). Sexualitet. Edberg, A-K & Wijk, H. *Omvårdnadens grunder- Hälsa och ohälsa*. (sid. 677-708). Lund: Studentlitteratur.
- Magne Holme, I. & Krohn Solvang, B. (2008). *Forskningsmetodik- om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202-209.

- Nichols, T., & Riemer, M. (2011) Body image perception, the stoma peristomal skin condition. *Gastrointestinal Nursing*, 9, 22-26.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2012). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber
- Persson, E., Gustavsson, B., Hellström, A. L., Lappas, G. & Hultén, N. L. (2005). Ostomy patients' perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 1, 51-58.
- Persson, E. & Hellström, A. L. (2002). Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 2, 103-108.
- Silton, N., Flannelly, L., Flannelly, K., & Galek, K. (2011). Toward a theory of holistic needs and the brain. *Holistic Nursing Practice*, 25, 258-265
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*.
- SFS 2008:256. *Diskrimineringslagen*.
- SFS 2014:821. *Patientlagen*.
- Thoft Jensen, B., de Blok, W., Kiesbye, B., & Kristensen, S. (2013). Validation of the Urostomy Education Scale: The European Experience. *Urologic Nursing*, 33, 219-229.
- White, C. (2013). Sexual health following stoma surgery. *Gastrointestinal Nursing*, 11, 38-42.
- WHO (2006). *Defining sexual health*. Report of the technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneve.
- Williams, J. (2006). Stoma care. Sexual health: case study of a patient who has undergone stoma formation. *British Journal of Nursing*, 15, 760-3.
- World Medical Association. (2013). *Helsingforsdeklarationen*.
<https://www.slf.se/Lon--arbetsliv/Etikochansvar/Etik/WMA-dokument/Helsingforsdeklarationen/>
 Hämtad: 2015-11-13
- Östlinder, G., Norberg, A., Pilhammar-Andersson, E., & Öhlén, J. (red.). (2006). *Erfarenhetsbaserad kunskap- vad är det och hur värderar vi den?* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Bilaga 1. Information till verksamhetschefen



Blekinge Tekniska Högskola
Institutionen för hälsa
Sjuksköterskeprogrammet

Till kirurgklinikens verksamhetschef i XXX

Hej! Vi, Amanda Andersson och Emelie Brink är två sjuksköterskestudenter på Blekinge Tekniska Högskola i Karlskrona. Under höstterminen 2015 ska vi skriva vårt kandidatarbete och är intresserade av hur sjuksköterskors erfarenheter av att samtala kring sexuell hälsa med personer som har kolostomi. Då personer som får en kolostomi kan få en ny kroppsuppfattning är det flera vardagliga saker som val av kläder, motion och sexuell umgänge kan uppfattas som plötsligt jobbigt. Samt att personer med kolostomi kan uppleva oro för läckage och lukt från stomin. Detta är faktorer som gjort oss intresserade av att göra en intervjustudie.

Syftet med vår studie är att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att samtala kring sexuellhälsa med personer som har kolostomi.

Vi vänder oss till just er på mag- och tarmmottagning och kirurgkliniken i XXX för att be om godkännande för att sjuksköterskor ska delta i vår intervjustudie. Vi kommer besöka mottagningen för att informera sjuksköterskorna samt rekrytera. Inklusionskriterierna för att delta i vår intervjustudie är att sjuksköterskorna ska ha varit verksam inom mag- och tarm som berör kolostomi i minst två år.

För att vi ska kunna genomföra vår studie behöver vi medgivande från er som är verksamhetschef för kirurgkliniken i XXX. Intervjuerna kommer att ske under arbetstid och tar ca 20 minuter. Vi önskar att intervjua minst 4 sjuksköterskor.

Vid eventuella frågor hör av dig!

Med Vänlig Hälsning

Amanda Andersson Aman13@student.bth.se 0708-409500

Emelie Brink Embd13@student.bth.se 0768-636850

Handledare: Helen Persson

Jag som är avdelningschef på mag- och tarmmottagningen och kirurgkliniken i XXX medger att föreliggande studie får genomföras av Amanda Andersson och Emelie Brink.
XXX den:.....

Namnförtydligande _____

Bilaga 2. Informationsbrev till sjuksköterskorna



Blekinge Tekniska Högskola
Institutionen för hälsa
Sjuksköterskeprogrammet

Till dig som är sjuksköterska på XXX sjukhuset

Vi, Amanda Andersson och Emelie Brink är två sjuksköterskestudenter på Blekinge Tekniska Högskola i Karlskrona. Under höstterminen 2015 ska vi skriva vårt kandidatarbete och är intresserade av sjuksköterskors erfarenheter av att samtala kring sexuell hälsa med personer som har kolostomi. Personer som får en kolostomi kan få en ny kroppsuppfattning är det då flera vardagliga saker som val av kläder, motion och sexuellt umgänge kan uppfattas som annorlunda och besvärligt, de kan även uppleva oro för läckage och lukt från stomin. Tidigare forskning har visat på att det kan finnas svårigheter i att samtala om sexuell hälsa. Detta är faktorer som gjort oss intresserade av att göra en intervjustudie.

Syftet med vår studie är att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att samtala kring sexuellhälsa med personer som har kolostomi.

Intervjuerna tar ca 20 minuter och kommer att ske under arbetstid på er arbetsplats med ett godkännande från verksamhetschefen. Deltagandet är helt frivillig och du kan när som helst avbryta utan att ange någon anledning. Dina svar kommer att behandla konfidentiellt ingen kommer att namnges och inte heller platsen där studien är gjord kommer nämnas.

Vi har erhållit ett godkännande från Etikkommittén Sydost.

Examensarbetet kommer finnas tillgängligt i Arkiv Diva på Blekinge Tekniska Högskolas hemsida för dem som vill ta del av den efter studiens slut, det kommer även finnas möjlighet att få studien mailad till sig.

Med vänlig hälsning

Amanda Andersson Aman13@student.bth.se 0708-409500

Emelie Brink Embd13@student.bth.se 0768-63685

Handledare: Helen Persson helen.persson@bth.se

Bilaga 3. Informerat samtycke



Blekinge Tekniska Högskola
Institutionen för hälsa
Sjuksköterskeprogrammet

Informerat samtycke

Deltagandet i studien är helt frivilligt och du kan när som helst utan angiven anledning avbryta. Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt och kommer vara onåbart för obehöriga. Intervjuerna kommer att spelas in och dina svar kommer att behandla konfidentiellt. Ingen kommer att namnges och inte heller platsen där studien är gjord kommer nämnas. Intervjumaterialet kommer att kodas gentemot en kodlista.

Jag, sjuksköterska på XXX har tagit del av ovanstående information och lämnar mitt samtycke till att delta i er studie.

XXX den.....

Namnförtydligande _____

Bilaga 4. Intervjuformulär



Blekinge Tekniska Högskola
Institutionen för hälsa
Sjuksköterskeprogrammet

Intervjufrågor

Syftet med studien är att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att samtala kring sexuell hälsa med personer som har kolostomi.

1. Beskriv hur ett samtal kan se ut med en person med kolostomi angående levnadsförändringar?
2. Beskriv dina erfarenheter av att samtala kring sexuell hälsa med personer som har kolostomi?
3. Hur närmar man sig ämnet sexuell hälsa hos personer med kolostomi?
4. Ge exempel på en situation där du fått ett positivt resultat av att samtal om den sexuella hälsan?
5. Ge exempel när det går mindre bra att samtala om den sexuella hälsan med en person med kolostomi?

Följdfrågor:

-Varför?

-Kan du utveckla?

-Hur menar du?

-På vilket sätt?

Bilaga 5. Exempel på analysförfarande

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Det är lite det här med kvinnlighet och manligt också att det är lättare att ta upp eller det tas mer upp med de manliga än de kvinnliga kan jag nog känna också.	Lättare att ta upp det med män än med kvinnor	Lättare med män	Genus	Faktorer som påverkar samtalet
...men det är ju flest äldre man kanske inte tänker i dom banorna om sexualitet även om det givetvis är sånt som dom har den...	Flest äldre får stomi, man tänker inte på det sexuella även om de har det	Tänker inte på det sexuella hos äldre	Ålder	Faktorer som påverkar samtalet
...först ska man bara vänja sig vid det här att ha den överhuvudtaget lära sig att sköta den och det nya livet och sen kommer den delen också... när man ändå har kommit in i vardagen lite att då kommer den biten också men inte i det här akuta vård på avdelningen...	Först ska man vänja sig, lära sig att sköta den och sedan när man kommit in i vardagen kommer den biten också. Men inte på en vårdavdelning	Det sexuella är ingen prioritering i början	Fokus på annat	Faktorer som påverkar samtalet
...det är direkta frågor det handlar om, det är inte så att man går omkring det och så hamnar man i	Direkta frågor, inget man går omkring. Som vilken fråga som helst	Som vilken fråga som helst	När frågan ställs och om samtalet blir av	Samtalets innehåll

frågan där utan det är så det är som allting annat man pratar om.				
...och just det här med att våga prova, jag brukar säga det att det gäller ju att våga prova. Det är egentligen det allra viktigaste så att och det kan avdramatiserar det faktiskt många gånger... för att dem bara tänker att det ska vara svårt men att det inte är det	Våga prova är det viktigast och avdramatiserar det många gånger, de tänker att det kan vara svårt men det är det inte	Våga prova, är inte så svårt egentligen	Tips och råd	Samtalets innehåll
...men är man yngre så ganska så snart efter ett tag när man har återhämtat sig så börjar dem här känslorna komma tillbaka men då är det kanske det här att man även om man har varit tillsammans länge att man kan skämmas lite eller att man kan känna sig oattraktiv...	När man är yngre och börja återhämta sig kommer de känslorna tillbaka och även om man vart tillsammans länge kan man skämmas och känna sig oattraktiv	Skämmas och känna sig oattraktiv	Patientens upplevelser enligt sjuksköterskan	Samtalets innehåll

Bilaga 6. Etikommittén Sydost



Projektansvariga

Amanda Andersson, Emelie Brink
Sjuksköterskeprogrammet
Blekinge Tekniska Högskola

Handledare

Helen Persson
Institutionen för hälsa
Blekinge Tekniska Högskola

Rådgivande yttrande över projektet "Samtal kring sexuell hälsa med personer som har kolostomi" (dnr. EPK 303-2015)

Etikommittén Sydost har tagit del av ansökan gällande den planerade kandidatuppsatsen vid BTH. Etikommittén ser inga etiska hinder att genomföra studien.

Följande synpunkter bör dock beaktas:

- Ansökan rör känsliga frågor, sexualitet och hälsa. Det är dock sjuksköterskor som ska intervjuas om sitt arbete i vården, så det bör kunna genomföras.
- Studien rör sig om intervju med endast 3-4 sjuksköterskor. Om sjuksköterskornas svar ska kunna behandlas konfidentiellt, vilket anges i informationsbrevet till sjuksköterskorna och i samtyckesformuläret, behöver rekryteringen tänkas igenom noga. Det anges att verksamhetschefen ska ombes att föreslå en person som kan sköta rekryteringen. I brevet till verksamhetschefen bes verksamhetschefen att "vidarebefordra gärna deras namn till oss så vi kan kontakta intervjupersonerna". Sjuksköterskorna riskerar därför att bli utsatta i denna studie och lätta att identifiera, speciellt om andra skall involveras för att få tag på informanter. Ett alternativ är att istället besöka avdelningen och ge information om studien och be intresserade sjuksköterskor att kontakta er.
- Det anges att endast författarna kommer att ha tillgång till materialet. Detta kan inte utlovas, då det är möjligt att även handledare och/eller examinator kan behöva få tillgång till materialet och detta bör vara tydligare formulerat.

Lycka till med arbetet.
Karlskrona 2015-09-30
Etikommittén Sydost

