



Akademien för hälsa och arbetsliv

Sjuksköterskors arbetet med frågor om sexuell hälsa i omvårdnaden av stomiopererade patienter samt användandet av PLISSIT-modellen som hjälp i arbetet.

- En enkätstudie

Marie Kvarnström & Linda Lönn

Mars 2011

Examensarbete, 15 hp, grundnivå

Omvårdnadsvetenskap

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Examinator: Kjerstin Larsson

Handledare: Dagny Melander

Sammanfattning

Syfte Syftet med studien var att kartlägga kunskapen om och användandet av PLISSIT-modellen hos sjuksköterskor på en kirurgavdelning med stomipatienter samt om de har något annat sätt att arbeta med ämnet.

Metod Deskriptiv design av en kvalitativ samt kvantitativ karaktär har använts. Av de 28 sjuksköterskor som tillfrågades deltog 11 av dessa i studien. En enkät med två öppna frågor samt fyra frågor med fasta svarsalternativ användes. Analysmetoden var kvantitativ databearbetning med deskriptiv statistik samt innehållsanalys av manifest art.

Huvudresultat I resultatet framkom sju kategorier och dessa kategorier var: sjuksköterskan arbetar sällan med frågor om sexuell hälsa, lyhörd sjuksköterska, sjuksköterskan bemöter frågor om sexuell hälsa från patient, frågor/info om sexuell hälsa från sjuksköterska till patient, sjuksköterskan hänvisar till stomi/uroterapeut vid frågor kring sexuell hälsa, sjuksköterskans osäkerhet till frågor om sexuell hälsa och sista kategorin som är: sjuksköterskans inställning till PLISSIT-modellen som hjälp i arbetet.

Slutsats Författarna menade att med stöd av tidigare forskning har det inte skett så mycket hos sjuksköterskornas arbete inom ämnet sexuell hälsa. För att stödja PLISSIT-modellens användbarhet bör studier med större antal deltagare genomföras. Författarna tror att PLISSIT-modellen kan vara till hjälp för sjuksköterskorna i sitt arbete. Viljan finns och instrumentet finns men inget görs i praktiken.

Nyckelord. Sexuell hälsa, stomi patienter, PLISSIT-modellen, omvårdnad

Abstract

Aim To map the knowledge and use of the PLISSIT-model by surgical nurses on a department with stoma patients and to find out if any other way of approaching the subject was used.

Method A qualitative and quantitative descriptive research design was used. Out of 28 nurses 11 chose to participate. A questionnaire with two open questions and four questions with multiple choice answers were used. The method of analysis was a quantitative data processing with descriptive statistics and manifest content analysis.

Results Seven categories emerged from the study and these were:

nurse works frequently with questions about sexual health, responsive nurse, the nurse responds to questions about sexual health from the patient, questions/info about sexual health from nurse to patient, the nurse refers to a therapist in stoma and urology at the issues surrounding sexual health, nurse's uncertainty to the issues of sexual health and last category who are: nurse's attitude toward the PLISSIT model to assist in the work.

Conclusion The authors believe that, with support of previous research, there isn't much progress in the nurses' work with sexual health issues. To be able to support the usability of the PLISSIT-model, studies with larger number of participants should be implemented. The authors believe that the PLISSIT-model can be of help to the nurses in their daily work. The will and the instrument are there but nothing is done in practice.

Keywords Sexual health, stoma patients, PLISSIT-model, nursing

Innehållsförteckning

1 Introduktion	1
1.1 Olika typer av stomier	1
1.2 Sexuell hälsa	1
1.3 Tidigare forskning	2
1.4 PLISSIT-modellen	3
1.5 Problemformulering	6
1.6 Syfte och frågeställningar	6
2 Metod	6
2.1 Design	6
2.2 Urvalsmetod/undersökningsgrupp	6
2.3 Datainsamlingsmetod	7
2.4 Tillvägagångssätt	7
2.5 Dataanalys	8
2.6 Etiska överväganden	8
3 Resultat	9
3.1 Sjuksköterskornas användning av PLISSIT-modellen som hjälp i arbetet med frågor om sexuell hälsa	9
3.2 Sjuksköterskornas arbete med frågorna om sexuell hälsa när PLISSIT-modellen inte används	9
Sjuksköterskan arbetar sällan med frågor om sexuell hälsa	
Lyhörd sjuksköterka	
Sjuksköterskan bemöter frågor om sexuell hälsa från patient	
Frågor/info om sexuell hälsa från sjuksköterska till patient	
Sjuksköterskan hänvisar till stomi/uroterapeut vid frågor kring sexuell hälsa	
Sjuksköterskans osäkerhet till frågor om sexuell hälsa	
Sjuksköterskans inställning till PLISSIT-modellen som hjälp i arbetet	
4 Diskussion	12
4.1 Huvudresultat	12
4.2 Resultatdiskussion	13
4.3 Metoddiskussion	15
4.4 Slutsats	17

1. Introduktion

1.1 Olika typer av stomier

De tillstånd som gör att en person behöver en stomi kan vara olika mag-tarmsjukdomar till exempel Ulcerös colit, morbus Crohn och tarm- och rektalcancer. Ordet stomi kommer från grekiskan och betyder mun eller öppning, vid konstruktionen av en stomi används, beroende på sjukdomens art, tunn- eller tjocktarmen som läggs upp genom bukhinnan ut på buken så den bildar en öppning för avföring (Sjödahl *et al.* 1998, Ayaz 2009). Det finns olika sorters stomityper som exempelvis Ileostomi, som används vid främst inflammatoriska tarmsjukdomar som Ulcerös colit och morbus Crohn. Kolostomi är vanligt förekommande vid tjock- och ändtarmscancer samt vid medfödda missbildningar. Urostomi är en typ som används hos vuxna vid cancer i urinblåsan. Hos barn är medfödd missbildning i urinorganen oftast orsaken till urostomi (Sjödahl *et al.* 1998).

1.2 Sexuell hälsa

Definitionen av sexuell hälsa enligt världshälsoorganisationen är ” Sexual health is a state of physical, mental and social well-being in relation to sexuality. It requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence” (WHO 2010). Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, det är inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer, liksom till möjligheten att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fria från förtryck, diskriminering och våld (fritt översatt av författarna).

Att ha en stomi kan verka besvärande och misspydande vilket ofta sänker den sexuella lusten. Flertalet studier så som Deeny & McCrea (1991), Kelly (1992), Rozmovits & Ziebland (2004) menar att personer som opererats för stomi upplever sexuella svårigheter, dock återkommer den sexuella lusten med tiden. Men vissa personer upplever dock att sexuallivet helt upphört (Manderson 2005). Det är möjligt att fysiska dilemman uppstår såsom ejakulationsbortfall samt erektionsstörning hos männen, hos kvinnan kan torrhet i underlivet samt smärtor vid samlag uppstå och detta är något som oroar många av personerna inför och efter operation (Ayaz 2009, Deeny & McCrea 1991, Manderson 2005, Persson & Hellström 2002, Williams 2006).

Ungefär en på tusen personer i den industrialiserade delen av världen, beroende på land och deras sjukvård, har stomi (Menderson 2005). En stomioperation kan medföra att det sker stora förändringar i patientens liv såsom fysisk skada, känsla av vanställdhet, bortfall av kroppsliga funktioner och förändringar av den personliga hygien. Dessa förändringar skapar stor oro hos patienten och har en stor inverkan på kvaliteten på omvårdnaden av patienten. Sjuksköterskan har en viktig roll i att ge patienten detaljerad information, både muntligt och skriftligt, hur det kan vara att leva med stomi (Persson *et al.* 2005). I Nugent (1999) studie om patienter som har fått stomi där frågor om postoperativ vård, frågor om livskvalitet och andra problem tas upp har majoriteten (80%) svarat att de upplever en förändring i sin livsföring och mer än 40% har problem med sitt sexliv.

1.3 Tidigare forskning

Det är välkänt att den sexuella hälsan hos stomiopererade patienter påverkas betydligt och att behovet för dessa patienter att tala om och diskutera dessa problem är stort (Persson *et al.* 2005). Flertalet studier så som Black (2004), Persson & Hellström (2002) och Manderson (2005) pekade på att patienter efter en stomioperation, påverkades både fysiskt och psykiskt och detta kunde leda till minskad lust och minskad sexuell aktivitet.

I Black (2004) och Saunamäki *et al.* (2010) studier framkom det att det svåraste för en sjuksköterska var att hantera frågor från patienterna som rörde deras sexuella hälsa. Många sjuksköterskor uppgav att de upplevde diskussionen kring sexuell hälsa med patienten både svår och jobbigt samt att tidsbrist var orsaker till att situationerna undveks och detta ledde till att patienterna lämnades oroliga med obesvarade frågor och funderingar. Black (2004) och Borewell (1997) menade att ju större kunskaper en sjuksköterska besitter inom ämnet ju mer bekväm kände sig sjuksköterskan i situationen när dessa frågor diskuteras vilket skapar en trygghet för patienten. Price (2009) beskriver i sin studie att sjuksköterskor upplevde ett problem att prata om sexuell hälsa med äldre patienter. De hade lättare att ta upp ämnet med jämnåriga patienter.

Studier av Lo *et al.* (2009), Rana *et al.* (2007), Persson *et al.* (2005), Huber (2006) och Tayler & Davis (2006) visade att sjuksköterskor behöver mer utbildning både i grundutbildningen och internutbildning inom arbetsplatsen för att ha möjlighet att införskaffa sig samt bibehålla den kompetens som behövs för att kunna ge en holistisk omvårdnad av patienten. Det är oftast sjuksköterskan som ska ge adekvat information, utbildning och stöd till patienter i deras svåra situation. Kralik *et al.* (2001) kom fram till i sin studie att patienter kände obehag och besvär

när det kom till att ta upp ämnet sexuell hälsa med sjuksköterskan och det gavs sällan tillfälle att prata om detta. Åtskilliga studier som till exempel Huber (2006), Lo *et al.* (2009), Persson *et al.* (2005), Rana *et al.* (2007) och Tayler & Davis (2006) pekade på att patienten ansåg att det var lättare om sjuksköterskan tog upp ämnet och bjöd in patienten till diskussion om deras sexuella hälsa. Sjuksköterskorna däremot kände sig mer bekväma om patienten var den som först förde ämnet på tal. Om inte sjuksköterskan tog upp ämnet med patienten så tog de allra flesta patienter inte upp det heller. Detta kunde leda till att frågor och funderingar förblev obesvarade och att patientens sexualitet ignorerades. Vujnovich (2008) sammanfattade sin studie med att det var sjuksköterskan som gav den mesta informationen både före och efter en stomioperation. Därför borde varje sjuksköterska som arbetade med stomipatienter ha en grundförståelse för vad patienten kommer att gå igenom och vad det kan leda till för eventuella förändringar i patientens liv.

Tyngdpunkten i Virginia Hendersons omvårdnadsteori (Henderson 1997) handlar om sjuksköterskans roll och ansvarsområde. Hendersons definition på omvårdnad är att sjuksköterskan ska assistera och hjälpa den person som för tillfället inte har egna resurser att utföra de vardagliga behov som uppstår. Henderson beskriver i fjorton punkter de grundläggande omvårdnadsprinciper som sjuksköterskan kan bistå personer med sviktande hälsa med. Punkt nummer tio handlar om personers behov, att skapa kontakt med andra människor och att kunna ge uttryck åt sina känslor. Punkt nummer 14 tar upp det viktiga i att tillgodose den informationen som behövs för att lära sig att leva så ”normalt” som möjligt och för att uppnå hälsa.

1.4 PLISSIT-modellen

Förkortningen PLISSIT står för **P**ermission, **L**imited **I**nformation, **S**pecific **S**uggestions, **I**ntensive **T**herapy (tillåtelse, begränsad information, specifika förslag, intensiv terapi). Modellen gestaltas i dag som en pyramidform (utvecklad enligt Annon & Robinson 1978).

Enligt två tidigare studier så är PLISSIT-modellen en bra guide för såväl sjuksköterskor som patienter för att identifiera problem av sexuell art för att sedan ta itu med det och till sist avhjälpa problemet (Ayaz & Kubilay 2008, Ayaz 2009).

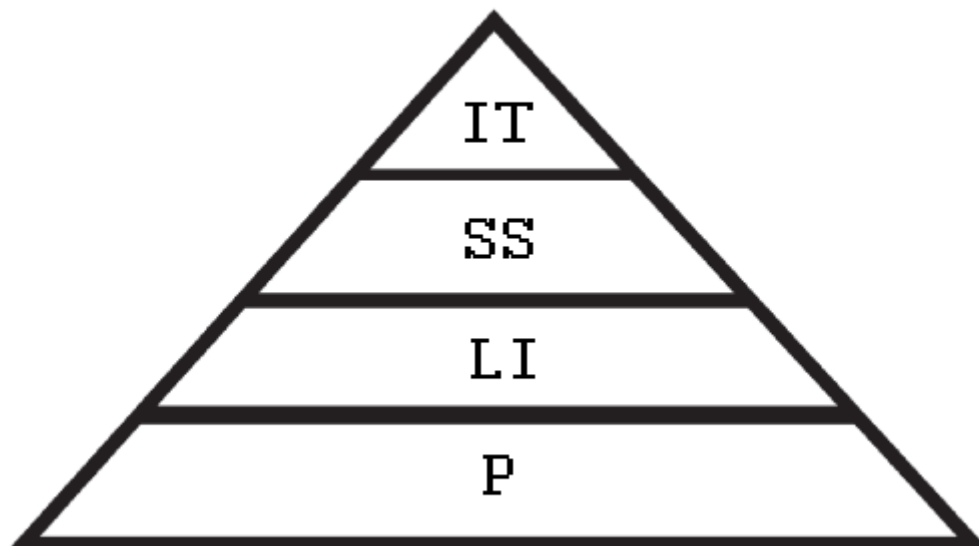
PLISSIT-modellen är en guide vid frågor om sexuell hälsa som kan användas vid samtal mellan sjuksköterska och patient (Kristoffersen *et al.* 2008). Claiborne & Rizzo (2006) beskriver modellen som att de olika nivåerna i modellen bygger på nivåerna innan och sjuksköterskan har möjlighet att styra samtalen mellan dessa.

P syftar till att hitta en bekväm situation där patienten känner sig trygg att prata om sin sexualitet. Låt information om detta ämne ligga framme exempelvis i dagrummet eller väntrummet för att påvisa att det är något som institutionen bryr sig om. Här befinner sig flest antal patienter.

LI syftar till att sjuksköterskan ska ge rätt och korrekt information kring sexualitetens påverkan av t ex medicinens biverkningar och behandlingar. Informationen kan vara både muntlig och skriftlig men det krävs att den är begriplig för patienten. I dessa två nedersta nivåer kan den grundutbildade sjuksköterskan tillgodose patientens behov.

SS syftar till att ge specifika förslag till lösningar på sexuella problem. Dessa förslag kan vara lämpliga samlagsställningar, alternativa former av samvaro, ge förslag på andra instanser som kan ge mer specifik och riktad kunskap om det aktuella problemet. Specialkompetens erfordras här.

IT syftar till egentlig samlevnadsterapi och specialkompetens erfordras även här. Här befinner sig endast ett fåtal patienter (Kristoffersen et al. 2008).



Figur 1. PLISSIT-modellen illustrerad av författarna enligt Annon J. (1976).

Ett mycket enkelt sätt att delge patienter information om sexuell hälsa och vilka frågor som kan dyka upp är att placera ut flygblad, broschyrer samt information om olika hemsidor på internet där patienten kan erhålla vidare information i enskildhet. Dessa kan med fördel placeras ut i dagrum, väntrum samt patientsal där patienten kan ta del av informationen och därefter kan frågor och funderingar uppkomma och patienten känner att det är tillåtet (**Permission**) att diskutera detta ämne med sjuksköterskan (Tayler & Davis 2006).

När sjuksköterskan har tagit anamnes, välkomstsamtal och liknande så ställer hon frågan ”har du några fler funderingar?” vilket gör att sjuksköterskan tror att hon har givit patienten möjligheten att föra sin sexuella hälsa på tal vilket ofta inte stämmer då patienten inte känner att det är passande och känner sig generade över att ställa just sådana frågor. Exempel på hur sjuksköterskan kan ställa frågor inför behandling som tillåter (**Permission**) ämnet att föras på tal är att sjuksköterskan informerar om att det är många andra som har funderingar kring sitt eget tillstånd och/eller behandling och hur detta kan påverka den sexuella hälsan, vad är din upplevelse? Vill du prata vidare om det här? (Tayler & Davis 2006). Eller att efter behandling informera om att andra patienter har upplevt förändringar i deras sexliv och ställer frågan: har du upplevt några förändringar i sexlivet? Vill du prata vidare om det här? (Stilos *et al.* 2007).

När sjuksköterskan ger den begränsade informationen (**Limited Information**) är det mycket viktigt att sjuksköterskan ser till att informationen möter det specifika tillstånd som patienten befinner sig i, annars kan det hända att informationen blir för generell och lämnar stora luckor utan att göra den nytta den behöver. Här kan sjuksköterskan ställa frågan: Hur har denna behandling/medicinering påverkat ditt förhållande med din partner? Eller: Det är vanligt att du och din partner har funderingar kring hur behandlingen och medicineringen kan påverka ert sexliv, har ni några funderingar? Ett sätt att sprida den specifika informationen är genom att lämna ut broschyrer om just det tillstånd som patienten befinner sig i och tipsa om olika hemsidor på internet (Tayler & Davis 2006, Stilos *et al.* 2007).

Det är viktigt både när det gäller fysiska, psykosociala problem och sexuella problem att sjuksköterskan är lyhörd för dessa problem för att kunna öka stomipatientens livskvalitet. Sjuksköterskan har ansvaret för omvårdnaden, att information ges samt att konsultering med tex stomiterapeut blir en del i arbetet. PLISSIT-modellen gör att det blir möjligt för sjuksköterskan att planera, utvärdera och ge specifik omvårdnad runt sexuella problem som patienten kan ha. Modellen gör även att dessa problem kommer upp till ytan och tas om hand (Tayler & Davis 2006, Ayaz 2009). Enligt Williams (2006) uppfattning bör en ökad

fokusering finnas kring patienters sexuella hälsa både i utbildningen och yrkesutövandet. Detta möjliggör att patienterna blir medvetna om att sexuell hälsa är ett område av värde och att deras oro kan diskuteras på ett lämpligt sätt. Detta är betydelsefullt då hela 69% av patienterna i studierna uppger att de har frågor kring sexuell hälsa.

1.5 Problemformulering

Forskningen säger att stomiopererade patienters sexuella hälsa påverkas av den nya situation som patienten befinner sig i och att de har ett behov av att prata om dessa frågor och att sjuksköterskan behöver mer utbildning och kunskap om sexuell hälsa. Författarna anser att det finns en brist i sjuksköterskeprogrammets utbildningsplan gällande sexuell hälsa vid olika sjukdomstillstånd, framförallt gällande stomiopererade patienter. Författarna ansåg även att det saknades forskning i användandet av PLISSIT-modellen i omvårdnaden av stomiopererade patienter generellt.

1.6 Syfte och frågeställningar

Syftet var att kartlägga kunskapen om och användandet av PLISSIT-modellen hos sjuksköterskor på en kirurgavdelning med stomipatienter på ett sjukhus i Mellansverige samt om de hade några andra sätt att arbeta med frågor om sexuell hälsa.

- I vilken grad används PLISSIT-modellen av sjuksköterskorna på en kirurgavdelning med stomipatienter på ett sjukhus i Mellansverige?
- Om modellen inte används hur arbetar då sjuksköterskorna med frågorna om sexuell hälsa hos stomipatienter?

2. Metod

2.1 Design

Författarna använde sig av en deskriptiv design av en kvalitativ samt kvantitativ karaktär. (Polit & Beck 2004).

2.2 Urvalsmetod/Undersökningsgrupp

Författarna riktade sig till de sjuksköterskor som har erfarenhet av att arbeta med omvårdnad av stomiopererade patienter. Urvalsgruppen blev 28 sjuksköterskor på en kirurgavdelning på ett sjukhus i Mellansverige, både män och kvinnor. Urvalsmetoden blev ett så kallat bekvämlighetsurval då författarna valde ut deltagare som var mest tillgängliga för studien

(Polit & Beck 2004). Då antalet svaranden blev 39% blev undersökningsgruppen 11 sjuksköterskor. Bortfallet blev 17 sjuksköterskor. Av de 11 respondenterna så var det jämnt fördelat över antalet år respondenterna hade i yrket där intervallet var <1 till >10 år. Av de 11 respondenterna hade 72.7 procent någon sorts vidareutbildning förutom sjuksköterskeutbildningen.

2.3 Datainsamlingsmetod

En enkät (bilaga 1) med två öppna frågor samt fyra frågor med fasta svarsalternativ distribuerades till samtliga sjuksköterskor på kirurgavdelningen. De öppna frågornas huvuddrag var hur och om sjuksköterskorna använde sig av PLISSIT-modellen samt hur det arbetades med frågor kring sexuell hälsa om inte modellen användes. Frågorna med fasta svarsalternativ gällde i vilken grad patienterna själv ställde frågor om sexuell hälsa samt i vilken grad sjuksköterskorna tog upp ämnet med svarsalternativen aldrig, sällan, ofta eller alltid. Enkäten hade två bakgrundsfrågor som tog upp erfarenhet samt eventuell vidareutbildning.

2.4 Tillvägagångssätt

Författarna sökte ett godkännande från verksamhetschefen (bilaga 2) på kirurgavdelningen samt hade ett informationsmöte på kirurgavdelningen måndagen den 20 december 2010 då de sjuksköterskor som arbetade på avdelningen vid den tidpunkten deltog. Sjuksköterskorna som var på plats informerades om föreliggande studie och att enkäterna med tillhörande skriftlig information (bilaga 3) skulle lämnas i personalrummet på avdelningen. Enkäterna inklusive skriftligt informationsbrev distribuerades till de närvarande sjuksköterskorna via tillförordnad avdelningschef för att de skulle kunna fyllas i under arbetstid. De sjuksköterskor som inte var närvarande vid informationstillfället skulle bli informerad av tillförordnad avdelningschef vid tillfälle då de befann sig på avdelningen samt erhålla enkäten med det skriftliga informationsbrevet. En försluten låda placerades i personalrummet där deltagarna informerades om att lägga de ifyllda enkäterna. Deltagarna hade mellan den 20 december 2010 och den 23 januari 2011 på sig att besvara enkäten. Enkäterna hämtades den 24 januari 2011 och därefter påbörjades analysen av enkäterna. Den 14 januari 2011 fick tillförordnad avdelningschef en muntlig påminnelse av författarna som skulle sändas vidare till sjuksköterskorna på nästkommande arbetsplatsträff.

2.5 Dataanalys

Data har analyserats med deskriptiv statistik som beskrivs med antal och procent med hjälp av statistikprogramet SPSS version 18 (Olsson & Sörensen 2007) samt en kvalitativ innehållsanalys av manifest art (tabell 1) och med det menas att det verkliga innehållet i materialet kategoriseras (Graneheim & Lundman 2004). Detta genomfördes i följande steg:

1. Texten läses igenom flera gånger.
2. Meningsbärande enheter som har med frågeställningarna att göra identifieras.
3. Texten kondenseras och kodas
4. Meningsbärande enheter jämförs och grupperas i kategorier.

Tabell 1. Exempel på steg i innehållsanalys

Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Kod	Kategori
Försöker dock vara lyhörd om patienten verkar ha funderingar kring sin sexuella hälsa. (1)	Lyhörd för patientens funderingar kring sin sexuella hälsa.	Lyhörd för patientens funderingar kring sexuell hälsa.	Lyhörd sjuksköterska.
Patienterna har svårt för att ställa frågor om detta. Kanske beror det på att man känner sig obekvämt i situationen. (4)	Patienten har svårt att ställa frågor. Kanske känner sig obekvämt i situationen.	Patienten har svårt att ställa frågor om sexuell hälsa. Kanske känner sig obekvämt.	Sjuksköterskans osäkerhet till frågor kring sexuell hälsa.

2.6 Etiska överväganden

Etiska överväganden är gjorda så till vida att urvalspersonerna var, genom informerat samtycke, med frivilligt och anonymt i studien samt att de hade rätt att avbryta sitt deltagande i studien närhelst de så önskade. Författarna gjorde ingen skillnad på etisk bakgrund, kön eller ålder. Det insamlade materialet behandlades anonymt under studiens fortskridande för att efter studiens avslutande förintas (Olsson & Sörensen 2007).

3. Resultat

Resultatet som författarna har fått fram genom att ha genomfört en enkätstudie med både kvantitativ och kvalitativ ansats presenteras utifrån frågeställningarna. Den kvantitativa ansatsens resultat redovisas i procent med beskrivande text. Den kvalitativa ansatsens resultat redovisas utifrån kategorier som framkommit. Dessa kategorier beskrivs nedan med tillhörande citat från respondenterna. Författarna har kodat enkäterna och siffran inom parentes visar vilken kod citatet har.

3.1 Sjuksköterskornas användning av PLISSIT-modellen som hjälp i arbetet med frågor om sexuell hälsa

Resultatet visade att samtliga 11 (100%) av respondenterna varken arbetade efter PLISSIT-modellen eller hade hört talas om modellen tidigare.

3.2 Sjuksköterskornas arbete med frågorna om sexuell hälsa när PLISSIT-modellen inte används

I analysarbetet med hjälp av den kvantitativa databearbetningen framkom det att samtliga 11 sjuksköterskor (100%) sällan själv ställde frågor om sexuell hälsa till patient. Tio sjuksköterskor (90.9%) upplevde att patienten sällan ställde frågor till sjuksköterskan. En sjuksköterska (9.1%) upplevde att patienten ofta ställde frågor till sjuksköterskan.

I den kvalitativa innehållsanalysen framkom sju kategorier: Sjuksköterskan arbetar sällan med frågor om sexuell hälsa, lyhörd sjuksköterka, sjuksköterskan bemöter frågor om sexuell hälsa från patient, frågor/info om sexuell hälsa från sjuksköterska till patient, sjuksköterskan hänvisar till stomi/uroterapeut vid frågor kring sexuell hälsa, sjuksköterskans osäkerhet till frågor om sexuell hälsa och sista kategorin som är: sjuksköterskans inställning till PLISSIT-modellen som hjälp i arbetet.

Sjuksköterskan arbetar sällan med frågor om sexuell hälsa

Resultatet visade att respondenterna sällan arbetade med frågor om sexuell hälsa.

Respondenterna arbetade inte med frågor om sexuell hälsa dagligen eller arbetade inte alls med frågorna.

”tyvärr väldigt dåligt”(4)

”tyvärr pratas det alldeles för lite sexuell hälsa”(9).

Lyhörd sjuksköterska

Respondenterna sa sig vara lyhörda och mottagliga för patienternas frågor och funderingar om sexuell hälsa. Ett par av respondenternas uttalanden var:

”försöker dock vara lyhörd för om patienten verkar ha funderingar kring sin sexuella hälsa”(1)

”försöker vara mottaglig”(5).

Sjuksköterskan bemöter frågor om sexuell hälsa från patienten

Enligt resultatet så var det inte så vanligt förekommande att patienter tog upp frågor om sexuell hälsa. Respondenterna hade inga svårigheter att prata om ämnet men de menade att de gärna väntade på att frågan skulle tas upp av patienten först.

”har endast fått den frågan en gång av en patient och hans fru”(7)

”har enbart tagit upp ämnet med patienter som själv har frågat”(2)

”om patient har frågor så försöker jag svara så gott det går”(10)

”har inga problem att prata och informera om det, men tar inte upp det själv”(7)

Frågor/info om sexuell hälsa från sjuksköterska till patient

Resultatet visade att det förekom att respondenterna pratade och informerade patienter om sexuell hälsa.

”jag pratar och informerar patienten”(8)

”tar alltid upp det i samband med prostataoperationer”(5)

Sjuksköterskan hänvisar till stomi/uroterapeut vid frågor kring sexuell hälsa

Respondenterna tog hjälp av stomi/uroterapeut som fanns inom personalgruppen och upplevdes vara en stor tillgång vid frågor om sexuell hälsa där respondenternas egen kunskap i ämnet brast.

”de patienter som har frågat har jag försökt svara på deras frågor så mycket jag kan, annars hänvisat till stomiterapeut”(2)

”vid problem/frågor brukar jag ta kontakt med vår uroterapeut-sjuksköterska som är utbildad i ämnet”(9)

Sjuksköterskans osäkerhet till frågor om sexuell hälsa

Respondenterna upplevde att patienter kanske kände sig obekväma och att det blev för privat att tala om sexuell hälsa och då framför allt när patienten befann sig i flerbäddssal. Resultatet visade att respondenterna upplevde att detta kunde kanske vara en av orsakerna till att ämnet sexuell hälsa inte togs upp i tillräcklig utsträckning.

”svårt att ta upp då det känns väldigt privat om inte patient själv gett uttryck för att vilja prata om det. Kanske patienterna heller inte tar upp problemet då man i de flesta fall ligger på flersal”(7)

”patienten har svårt för att ställa frågor om detta kanske beroende på att man känner sig obekväma i situationen”(4)

”det blir inte så ofta. Deras frågor hamnar oftast hos stomiterapeut och hos uroterapeut. Det gör att patienten oftast inte tar upp sådant på en vårdavdelning med 3 st andra patienter!”(3)

Sjuksköterskans inställning till PLISSIT-modellen som hjälp i arbetet

Respondenterna var mycket positivt inställda till att PLISSIT-modellen skulle vara till hjälp i arbetet när det kom till frågor om sexuell hälsa för att ha möjlighet att kunna ge råd och information till patienterna. Respondenterna trodde även att PLISSIT-modellen skulle kunna få både sjuksköterskor och patienter att föra frågan på tal men enstaka beskrev motsatsen.

”Absolut skulle det vara bra. Det behövs ett instrument att arbeta efter.”(9)

”Ja, det tror jag. Pga att det så sällan tas upp på vårdavdelning och det är bra att kunna ge bra råd och information”(3)

”Ja, absolut. Det är ju en viktig fråga det här med sexualitet. Om information ligger framme kanske det blir mer ’legalt’ att prata öppet om det. Framför allt blir det nog lättare att prata om det om vi sjuksköterskor för det på tal först”(4)

”Ja. Tillgänglig och allmän info som finns tillgänglig att läsa och ta till sig när man är redo tror jag är bra. Frågorna kanske inte finns, eller att man inte vågar ställa dom men att de kommer upp och att man vågar fråga när man kan bli uppmärksammas om det. Tror också att det gör att sjuksköterskor lättare tar upp det.”(7)

”Nej, det tror jag inte”(5)

4. Diskussion

Den kvalitativa innehållsanalysen resulterade i sju kategorier: Sjuksköterskan arbetar sällan med frågor om sexuell hälsa, lyhörd sjuksköterka, sjuksköterskan bemöter frågor om sexuell hälsa från patient, frågor/info om sexuell hälsa från sjuksköterska till patient, sjuksköterskan hänvisar till stomi/uroterapeut vid frågor kring sexuell hälsa, sjuksköterskans osäkerhet till frågor om sexuell hälsa och sista kategorin som är: sjuksköterskans inställning till PLISSIT-modellen som hjälp i arbetet. Samtliga kategorier bedöms författarna vara relevanta mot både syfte och frågeställningar som studien bygger på.

4.1 Huvudresultat

Syftet med detta arbete var att kartlägga kunskapen om och användandet av PLISSIT-modellen hos sjuksköterskor på en kirurgavdelning på ett sjukhus i Mellansverige samt om de hade några andra sätt att arbeta med frågor om sexuell hälsa.

I resultatet framkom det att samtliga sjuksköterskor som deltog i studien inte hade vetskap om PLISSIT-modellen och dess användbarhet i arbetet med frågor om sexuell hälsa. Resultatet visade även att *sjuksköterskorna sällan arbetade med dessa frågor till och från patienterna*. Flertalet sjuksköterskor i studien upplevde att de *bemötte frågor om sexuell hälsa från patient* men att frågorna sällan ställdes och de flesta sjuksköterskorna kände i sin tur att de själv

sällan *ställde frågor och informerade om sexuell hälsa till patienterna*. Endast någon enstaka sjuksköterska informerade alltid patienten om sexuell hälsa. Sjuksköterskorna kände även *osäkerhet till frågor om sexuell hälsa* på grund av att patienterna oftast befann sig i flerbäddssal och att patienterna då kände sig obekväma att ta upp ämnet eller att sjuksköterskan kände oro för att inkräkta på patienternas integritet och privatliv och *hänvisade ofta frågorna vidare till stomi/uroterapeut*.

Dock kände sig flertalet sjuksköterskor att detta är ett viktigt ämne som det pratas för lite om och försöker därför vara *lyhörd* för patienternas funderingar.

Majoriteten av de deltagande sjuksköterskorna i studien ansåg sig vara väldigt *positiv till att PLISSIT-modellen skulle vara till hjälp i arbetet* med frågor om sexuell hälsa.

Sjuksköterskorna tyckte att det är viktigt att skapa en öppen atmosfär där till exempel broschyrer ligger framme för att patienterna ska känna sig trygga och våga fråga när funderingar väcks.

4.2 Resultatdiskussion

I resultatet framkom det att samtliga sjuksköterskor inte kände till eller använde PLISSIT-modellen. PLISSIT-modellen som är en guide för sexuell hälsa som författarna anser ingår i en holistisk omvårdnad finns grundligt beskriven i Kristoffersen *et al.* (2008) som är grundläggande litteratur i grundutbildningen för sjuksköterskor.

Ett resultat som framkom i författarnas studie var att sjuksköterskorna tyckte att sexuell hälsa är ett viktigt ämne och att det pratas för lite om det. Liknande resultat har visat sig i tidigare studier Cort *et al.* (2001), Higgins *et al.* (2006), Lavin & Hyde (2006), Rana *et al.* (2007) och Taylor & Davis (2006) där det framläggs att trots att sjuksköterskor inte talar om sexuell hälsa med patienter tycker dom att ämnet är en del i helhetssynen i omvårdanden och ingår i sjuksköterskans roll.

I studiens resultat framkom det att sjuksköterskor är lyhörda för om patienten har frågor och funderingar kring sin sexuella hälsa. I Persson & Hellström (2002) studie visade det sig att patienter behövde mer information både före och efter stomioperation. Författarna menade då att det är en fördel om sjuksköterskor på kirurgavdelningar är mer uppmärksamma på hur patienten känner inför och efter operation.

Några av sjuksköterskorna i studien ansåg att de bemötte frågor från patient i den grad de ställs från patient. De hade inte några svårigheter med att tala om ämnet men att de inte ställde frågorna först. Saunamäki *et al.* (2010) skrev att patienterna förväntar sig att sjuksköterskorna tar upp ämnet först och att det ligger i deras ansvar. Författarna höll med om detta då patienten som sjuk kan känna att de redan är i underläge i en sådan situation.

Endast ett fåtal av sjuksköterskorna i studien talade och informerade om ämnet till patienterna. Saunamäki *et al.* (2010) studie visar att det har skett en förändring i frekvensen att tala om sexuell hälsa med patienterna från att sjuksköterskorna inte har tyckt att ämnet ingår i deras yrke till att många sjuksköterskor ansåg att detta nu ingår i deras profession. Dock visar studier som Cort *et al.* (2001), Higgins *et al.* (2006), Lavin & Hyde (2006) och Rana *et al.* (2007) på senare år att sjuksköterskor inte tog sig tid att diskutera ämnet trots att de anser att det är deras ansvar.

Flertalet sjuksköterskor i studien tog hjälp av stomi/uroterapeut när det kom till frågor om sexuell hälsa från patient. Författarna till föreliggande studie anser att detta är en tillgång som ska användas men att sjuksköterskorna bör inneha en baskunskap i ämnet för att ha möjlighet att känna sig trygga i situationer som kan uppkomma på avdelningen.

Författarna till föreliggande studie såg likheter med tidigare forskning i ämnet sexuell hälsa då författarnas resultat pekar åt samma håll. Samtliga sjuksköterskor i föreliggande studie ställde sällan frågor till patient om sexuell hälsa där orsaken kan vara att sjuksköterskan trodde att det blir en obekväm situation för patienterna då de ofta befann sig i flerbäddssal. I Ayaz (2009) studie tyckte 79% av sjuksköterskorna att den sexuella hälsan hos patienterna var mycket viktigt men det var endast 9% av dessa som kände sig bekväma nog för att handleda och diskutera sexuella problem med patienten. Så få som 51% av sjuksköterskorna pratade om sexuell hälsa med patienten om patienten frågade och 41% av dessa kände sig obekväma i situationen.

I Virginia Hendersons (1997) omvårdnadsteri ligger 14 punkter till grund för den holistiska omvårdnaden. Främst punkt nummer 10 där Henderson tar upp kontakten med andra människor och att kunna ge uttryck för behov och känslor anser författarna vara den punkt som brister när inte den sexuella hälsan kommer upp till ytan. Även punkt nummer 14 som handlar om att personer med sviktande hälsa inte får den information som behövs för att främja god hälsa och normal utveckling är något som brister då samtliga sjuksköterskor i studien sällan tar upp ämnet sexuell hälsa med patienterna. Flertalet sjuksköterskor i studien

var positivt inställda till PLISSIT-modellen som hjälp i arbetet och författarna menar att om PLISSIT-modellen lärs ut under studietiden och sedan används i yrketutövandet skulle dessa punkter uppfyllas mer än tidigare då den sexuella hälsan tas med i helhetssynen i omvårdnaden. Detta överrensstämmer med Ayaz & Kubilay (2008) studie där användandet av PLISSIT-modellen anses kunna minska problemen med sexuell hälsa. Saunamäki *et al.* (2010) kom fram i sin studie att en guide bör finnas till hjälp på arbetsplatsen.

4.3 Metoddiskussion

Den deskriptiva designen av en kvalitativ samt kvantitativ karaktär som författarna valde enligt Polit & Beck (2004) svarar väl till det ställda syftet i studien.

Undersökningsgruppen som ingick i studien anser författarna vara relevant utifrån det ställda syftet. Till att börja med så var undersökningsgruppen 28 sjuksköterskor på en kirurgavdelning på ett sjukhus i Mellansverige. Bortfallet var 17 sjuksköterskor då dessa valde att inte svara på enkäten. Författarnas egen teori på vad detta kan bero på stöds av tidigare forskning där ämnet beskrivs som tabubelagt samt där sjuksköterskans egna inställning till sexualitet kan göra att ämnet känns genant och därför undviks (Saunamäki *et al.* 2010). Enligt Polit & Beck (2004) beskrivning av ”transferability” anser författarna att studien inte är generellt överförbar då den har ett för litet antal deltagare.

Den kvantitativa analysen resulterade i att författarna fick en god spridning av arbetade år hos sjuksköterskorna på kirurgavdelningen på ett sjukhus i Mellansverige. De sjuksköterskor som ingick i studien hade arbetat mellan <1 och >10 år och detta menar författarna vara till fördel för ett mer nyanserat resultat.

Författarna har under införandet av enkätsvaren i dataanalysprogrammet (SPSS) noga kontrollerat att rätt siffror från rätt enkät skrivits in på korrekt sätt. Med tanke på de få frågor samt svarsalternativ gjorde att författarna valde att presentera resultatet i löpande text i stället för att visualiseras i form av tabeller.

En svaghet i studien är att författarna själva utformat enkäten som användes i undersökningen och är därför inte vetenskapligt sett validitet- och reliabilitetstestad. Författarna anser att frågorna är relevanta till det ställda syftet med studien. Dock anser författarna att frågorna i enkäten som inte har varit direkt kopplade mot stomipatienter kan ha påverkat resultatet.

Författarna anser att en styrka i studien är att datainsamlingsmetoden med hjälp av en nytillverkad enkät gjorde att aktuell kunskap från verksamma sjuksköterskor framkom. Blandningen av kvalitativa och kvantitativa frågor i enkäten fick studien att bli mer nyanserad och levande.

Författarna tror att tillvägagångssättet kan ha gjorts mer effektivt genom att ha informationsmöte på fler än ett tillfälle för att på så sätt nå ut personligen till fler sjuksköterskor då skiftgång sker på avdelningen. Detta kan ha föranlett till det låga antalet deltagare som författarna inte tror har påverkat resultatet märkbart då majoriteten av svaren som inkom var av liknande karaktär. Svarstiden lades till fyra veckor vilket kan anses som lång tid. Men med tanke på skiftgång, juledighet och ojämn arbetsbelastning anser författarna att svarstiden var nödvändig. Den negativa sidan med den relativt långa svarstiden är att respondenterna sköt enkäten på framtiden och att den kanske glömdes bort. Den påminnelse som gavs till tillförordnad avdelningschef för att vidarebefodras till avdelningens sjuksköterskor kunde kanske med fördel ha gjorts av författarna själva vid ett ytterligare besök på avdelningen. Bortfallet kunde ha reducerats i och med detta tror författarna men ställer det emot det faktum att en påminnelse gjorda av författarna personligen kan uppfattas som en påtryckning och en anspelan på undersökningsgruppens samvete att hjälpa blivande kollegor istället för att delta i studien enbart i syfte att utveckla professionen. Det relativt stora bortfallet gjorde att diskussionen att utöka undersökningsgruppen till en annan kirurgavdelning på ett annat sjukhus i Mellansverige tog fart. Författarna tog sedan ett beslut baserat på noga övervägda aspekter, positiva som negativa, att på grund av den tidsbegränsning som finns för studien inte utöka antalet i undersökningsgruppen. Författarna ansåg att en grundlig och väl utarbetad studie väger tyngre än alternativet att kanske under tidsbrist utföra mindre bra arbete.

I denna studie har författarna under arbetets gång arbetat tillsammans för att på så sätt undvika olika tolkningar och istället skapa mångsidighet, vilket är, enligt Polit & Beck (2004) en styrka i studien. Enligt Graneheim & Lundman (2004) så kan textenheter tolkas på flera olika sätt beroende på vem läsaren är, därför är det viktigt att textenheter är kvar i sitt sammanhang. Under innehållsanalysen som gjorts enligt Graneheim & Lundman (2004) så framkom sju kategorier som exemplifieras med hjälp av citat från respondenterna. Citaten anser författarna ökar ”credibility” (Polit & Beck 2004) (trovärdigheten) i studien då citaten är direkt överförda från enkätsvaren och inte tolkade av författarna. Författarna har varit försiktiga med att kondensera de meningsbärande enheterna samt beskrivit analysprocessen så

den är pålitlig för att skapa ”dependability” (Polit & Beck 2004) i studien samt så har författarna upprepade gånger gått tillbaka till originaltexten i enkäterna vilket enligt Polit & Beck (2004) kallas för ”stepwise replication”. Detta gör att resultatet blir pålitligt ”Confirmability” enligt Polit & Beck (2004). Författarna har även haft handledning i grupp vilket också det har medfört att flera nya infallsvinklar upptäckts.

De etiska överväganden som gjordes innan studiens start har, enligt författarna, varit tillräckliga.

4.4 Slutsats

Författarna till föreliggande studie menar att med stöd av tidigare forskning har det inte skett så mycket hos sjuksköterskors arbete inom ämnet sexuell hälsa och kan därför inte poängteras nog hur viktigt det är i att det finns integrerat under hela grundutbildningen samt i vidareutbildning för sjuksköterskor där det skapas en holistisk syn på omvårdnaden av individen. Även fast PLISSIT-modellen beskrivs grundligt i kurslitteratur (Kristoffersen et al. 2008) för sjuksköterskor tas aldrig ämnet upp och författarna ställer sig frågande till detta. För att stödja PLISSIT-modellens användbarhet bör studier med större antal deltagare genomföras.

Författarna till föreliggande studie tror att PLISSIT-modellen kan vara till stor hjälp för att sjuksköterskan ska kunna ta upp ämnet för patienten på ett professionellt sätt utan att det ska verka obekvämt eller genant för någon av dem. Viljan finns och instrumentet finns men inget görs i praktiken.

Förslag till fortsatt forskning enligt författarna till föreliggande studie kan vara att undersöka varför inte den sexuella hälsan hos stomiopererade personer tas mer på allvar, 1 på 1000 personer har stomi (Manderson 2005). Ett annat område är vad det är som krävs för att uppfattningen av ämnet sexuell hälsa i arbetet ska kunna förändras.

Referenser

- Annon J. (1976) The PLISSIT-model: a proposed conceptual scheme for behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sexeducation Therapy*, nr 2.
- Ayaz S. (2009) Approach to Sexual Problems of Patients with Stoma by PLISSIT Model: An Alternative. *Sexuality & Disability*. 27, 71-81.
- Ayaz S. & Kubilay G. (2008) Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 89-98.
- Black P. (2004) Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*. 13, 692-697.
- Borewell B. (1997) The psychosexual needs of a stoma patients. *Professional Nurse*. 12, 250-255.
- Claiborne N. & Rizzo M. (2006) Addressing sexual issues in individuals with chronic health conditions. *Health & Social Work*. 31, 221-224.
- Cort E.M., Attenborough J. & Watson J.P. (2001) An initial exploration of community mental health nurses' attitudes to and experience of sexuality-related issues in their work with people experiencing mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8, 489-499.
- Deeny P. & McCrea H. (1991) Stomacare: The patients perspective. *Journal of Advanced Nursing*. 16, 39-46.
- Ginsberg T, Pomerantz S, Kramer-Feely V (2005) Sexuality in older adults: behaviours and preferences. *Age and Ageing*. 34, 5, 475-480.
- 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.
- Henderson V. (1997) *Basic Principles of Nursing Care*. United States of America: International Council of Nurses
- Higgins A., Barker P. & Begley C.M. (2006) Sexuality: The challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice* 12, 345-351.

- Huber C, Ramnarace T, McCaffrey R. (2006) Sexuality and intimacy issues facing women with breast cancer. *Oncology nursing forum*. 33, 6, 1163-1167.
- Kelly M. (1992) Self, identity and radical surgery. *Sociology of Health & Illness*. 14, 390- 415.
- Kralik D., Koch T. & Telford K. (2001) Constructions of sexuality for midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*. 35, 180-187.
- Kristoffersen J.N., Nortvedt F. & Skaug E-A. (2008) *Grundläggande omvårdnad del 3*. Stockholm: Liber AB.
- Lavin M. & Hyde A. (2006) Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breastcancer in an Irish context. *European Journal of Oncology Nursing* 10, 10-18
- Lo S-F., Wang Y-T., Wu L-Y., Hsu M-Y., Chang S-C & Hayter M. (2009) A cost-effectiveness analysis of a multimedia learning education program for stoma patients. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 1844-1854.
- Manderson L. (2005) Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery. *Social Science & Medicine*. 61, 405-415.
- Nugent K., Daniels P., Stewart B., Patankar R. & Johnson C. (1999). Quality of life in stoma patients. *Diseases of colon and rectum*. 42, 1569-1574.
- Olsson H. & Sörensen S. (2007) *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.
- Persson E. & Hellström A-L. (2002) Experiences of Swedish Men and Women 6 to 12 Weeks after Ostomy Surgery. *Journal of WOCN*. 29, 103-108.
- Persson E., Gustavsson B., Hellström A-L., Lappas G. & Hultén L. (2005) Ostomy patients' perceptions of quality of care. *Journal Of Advanced Nursing*. 49, 51-58.
- Price B. (2009) Exploring attitudes towards older people's sexuality. *Nursing older people*. 21, 6, 32-39.
- Polit D. & Beck C. (2004) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice (7:e uppl.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Rozmovits L. & Ziebland S. (2004) Expressions of loss of adulthood in the narratives of people with colorectal cancer. *Qualitative Health Research*. 14, 187-203.
- Rana Y., Kranik A., Özcan A., Yuzer S. (2007) *Journal of Clinical Nursing*. 16, 683-645.
- Saunamäki N., Andersson M. & Engström M. (2010) Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*. 66, 1308-1316.
- Sjödahl, R. & Månsson, W.(1998) *Stomi vad är det?* Karlstad: RAFAEL förlag och författarna.
- Stilos K., Doyle C. & Dianas P. (2007) Addressing the Sexual Health Needs of Patients With Gynecologic Cancers. *clinical Journal of oncology Nursing*. 12, 3, 457-463.
- Tyler B. & Davis S. (2006) Using the Extended PLISSIT-model to adress sexual healthcare needs. *Nursing Standard*. 21, 11, 35-40.
- Vujnovich A. (2008) Pre and post-operative assessment of patients whit a stoma. *Nursing standard*. 22, 19, 50-56.
- Williams J. (2006) Sexual health: case study of a patient who has undergone stoma formation. *British Journal of Nursin.*, 15, 760-763.
- WHO. Definition av sexual hälsa. Hämtad från http://www.who.int/topics/sexual_health/en/
18 november 2010.