Jeg tør faktisk ikke!
En fokusgruppeundersøgelse af, hvad der har indflydelse på sygeplejerskers italesættelse af stomipatienters seksualitet

af

Ulla Skræp
Jeg tør faktisk ikke!
En fokusgruppeundersøgelse af, hvad der har indflydelse på sygeplejerskers italesættelse af stomipatienters seksualitet

af

Ulla Skræp

Sektion for Sygepleje
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Aarhus C
Resumé

**Formål:** Formålet med projektet er at undersøge, hvad der kan have betydning for sygeplejerskers italesættelse af stomipatienters seksualitet og seksuelle dysfunktioner.

**Baggrund:** I litteraturen ser det ud til at flertallet af sygeplejerskerne ikke taler med patienterne om emnet og at patienter efterlyser dialog.

**Metode:** Kvalitativ med en fænomenologisk hermeneutisk tilgang.

**Dataindsamlingsmetode:** Fokusgruppeinterview med fem sygeplejersker fra en kirurgisk afdeling med colo-rectale cancer patienter.

**Analysemetode:** Hermeneutisk meningsfortolkning.

**Resultater:** I analysen fremkommer følgende faktorer som kan fungerer som barriere for sygeplejerskers italesættelse af stomipatienters seksualitet: ønsket om at være professionel, manglende videnskab, blufærdighed, tabu, fordomme og manglende relation med patienten.

**Konklusion:** De fleste faktorer, der fungerer som barrierer for sygeplejerskers italesættelse af seksualitet kan imødegås ved at undervise sygeplejersker og give dem viden om operation og behandlings betydning for patienternes seksualitet samt om seksuelle dysfunktioner. Desuden har sygeplejerskerne brug for at øve sig i at tale om seksualitet og udfordre deres fordomme.
Abstract

Title: Actually I dare not! A focus group study of what influences nurses’ addressing ostomy patients’ sexuality.

Purpose: The purpose of this project is to investigate what is important in nurses’ addressing ostomy patients’ sexuality and sexual dysfunctions.

Background: Studies show that it might appear that the majority of the nurses don’t talk to patients about the subject and that the patients call for dialog.

Method: Qualitative with a phenomenological hermeneutic approach.

Data Collection: Focus group interview with five nurses from a surgical department with colorectal cancer patients.

Analytical Method: Hermeneutic meaning interpretation.

Results: The analysis shows the following factors as barriers in nurses’ addressing ostomy patients’ sexuality: wishing to be professional, lack of knowledge, modesty, taboo, prejudices and lack of relation with the patient.

Conclusion: Most of the factors which act as barriers to nurses’ addressing sexuality can be avoided by teaching nurses about surgery and treatment impact on patients’ sexuality and sexual dysfunctions. In addition, nurses need to practice talking about sexuality and challenge their prejudices.
### Indholdsfortegnelse

| 1.0 | Indledning | ............................................................................................................... | 6 |
| 2.0 | Baggrund | ............................................................................................................... | 6 |
| 2.1 | Sygeplejerskens perspektiv | ........................................................................................................ | 7 |
| 2.2 | Patientens perspektiv | ........................................................................................................ | 7 |
| 2.3 | Egen praksis afspejler litteraturen | ....................................................................................................... | 8 |
| 2.4 | Sammenfatning af problemstilling | ........................................................................................................ | 8 |
| 3.0 | Afgrænsning og problemformulering | ....................................................................................................... | 8 |
| 4.0 | Begrebsafklaring | ............................................................................................................... | 9 |
| 5.0 | Formål | ............................................................................................................... | 9 |
| 6.0 | Metode og fremgangsmåde | ............................................................................................................... | 9 |
| 6.1 | Fokuseret litteratursøgning | ........................................................................................................ | 10 |
| 6.1.1 | Præsentation af inkluderet litteratur | .......................................................................................... | 11 |
| 6.1.2 | Sygeplejerskens rolle og kompetencer | .......................................................................................... | 12 |
| 6.1.3 | Relationen sygeplejerske patient imellem | .................................................................................. | 13 |
| 6.1.4 | Sammenfatning og forskningsspørgsmål | .......................................................................................... | 14 |
| 6.2 | Fænomenologisk/hermeneutisk videnskabsteoretisk referenceramme | .......................................................... | 14 |
| 6.2.1 | Min forforståelse | ............................................................................................................... | 16 |
| 6.3 | Etiske overvejelser | ............................................................................................................... | 16 |
| 6.4 | Kvalitativ metode | ............................................................................................................... | 17 |
| 6.4.1 | Valg af informanter | ............................................................................................................... | 18 |
| 6.4.2 | Planlægning af dataindsamling | ..................................................................................................... | 19 |
| 6.4.3 | Udførelse af fokusgruppeinterview | .......................................................................................... | 20 |
| 6.5 | Transskribering | ............................................................................................................... | 20 |
| 6.6 | Analysemetode | ............................................................................................................... | 21 |
| 6.6.1 | Hermeneutisk meningsfortolkning | .................................................................................................. | 21 |
| 7.0 | Præsentation af fund | ............................................................................................................... | 21 |
| 7.1 | Hvad er det min opgave lige præcis er? | .......................................................................................... | 22 |
| 7.1.1 | Professionel problemløsning | ..................................................................................................... | 23 |
| 7.1.2 | Viden og kompetencer | ............................................................................................................... | 23 |
| 7.1.3 | Blufærdighed og tabu | ............................................................................................................... | 26 |
7.2 Hvem tror man, der har lyst til at – tale om seksualitet?..............................................................27
  7.2.1 Sygeplejerskens fordomme........................................................................................................28
  7.2.2 Relationen med patienten............................................................................................................29
7.3 Hvis man kunne finde på et eller andet redskab! .................................................................30
  7.3.1 Udskrivelsessamtalen................................................................................................................31
8.0 Diskussion........................................................................................................................................32
  8.1 Hvad er det min opgave lige præcis er? ..................................................................................32
    8.1.1 Professionel problemløsning.................................................................................................33
    8.1.2 Viden og kompetencer ...........................................................................................................34
    8.1.3 Blufærdighed og tabu..............................................................................................................35
  8.2 Hvem tror man, der har lyst til at – tale om seksualitet?..................................................36
    8.2.1 Sygeplejerskens fordomme....................................................................................................36
    8.2.2 Relationen med patienten.........................................................................................................37
  8.3 Hvis man kunne finde på et eller andet redskab! .................................................................39
    8.3.1 Udskrivelsessamtalen................................................................................................................40
9.0 Metodevurdering..........................................................................................................................40
10.0 Konklusion......................................................................................................................................42
11.0 Perspektivering.............................................................................................................................44
12.0 Referenceliste................................................................................................................................45
13.0 Bilagsfortegnelse..........................................................................................................................49
  13.1 Bilag 1: Oversigt over og vurdering af inkluderet litteratur ....................................................50
  13.2 Bilag 2: Mail fra Datatilsynet .....................................................................................................54
  13.3 Bilag 3: Mail fra Den Videnskabsetiske Komité .............................................................................55
  13.4 Bilag 4: Invitation til fokusgruppedeltagere ...............................................................................56
  13.5 Bilag 5: Samtykkeerklæring .........................................................................................................57
  13.6 Bilag 6: Spørgemål til fokusgruppeinterview ............................................................................58
1.0 Indledning

Dette projekt omhandler og undersøger, hvad der kan ligge til grund for sygeplejerskers tilsyneladende manglende italesættelse af seksualitet og seksuelle dysfunktioner overfor patienter, der på grund af en operation for colo-rectal cancer har fået anlagt en stomi.

2.0 Baggrund

I 2010 blev der konstateret 4.363 nye tilfælde at cancer i colon og rectum i Danmark (1). En del af disse patienter får en midlertidig eller permanent stomi i forbindelse med operation og fjernelse af tumor. I Danmark eksisterer ikke en central registrering af, hvor mange mennesker der årligt får anlagt en stomi, men fra sekretariatet hos COPA (COlostomi-Patient - Landsforeningen af Colo-stomiopererede i Danmark) oplyses det, at man antager, at der lever ca. 10-12.000 mennesker med stomi i landet og at tallet har været konstant i flere år.

Når et menneske rammes af alvorlig og måske livstruende sygdom påvirkes alle dimensioner af vedkommendes tilværelse. Uanset om sygdommen kun er biologisk defineret, har den alligevel psykologiske og sociale implikationer for ham eller hende, og således også for vedkommendes seksualitet (2).

Anlæggelse af colo- og ileostomi pga. cancer kan have betydning for patienternes seksualitet på flere områder, idet de udover angsten for cancer ikke alene skal forholde sig til ændret kropsudseende og -funktion, men også til pasning og pleje af stomien, overkomme angsten for lækage (stomibandagen falder af) og forlegenhed relateret til lyde og lugt fra stomien (3-5). Dertil kommer at colo-rectale operationer kan forårsage reversible og irreversible seksuelle dysfunktioner. For mænds vedkommende er de mest almindelige erektile dysfunktioner og/eller ejulative dysfunktioner i form af manglende, retrograd eller smertefuld ejakulation. Hos kvinder ses oftest nedsat vaginal lubrikation, manglende orgasme og dyspareuni (6). En oversigtsartikel af Brown og Randle fra 2004 beskriver, at flere studier tyder på, at op mod halvdelen af stomipatienterne oplever seksuelle dysfunktioner i større eller mindre grad (5).

Ifølge Graugaard er det vigtigt, at sundhedsprofessionelle er åbne og giver sig tid til at inddrage seksualiteten i det daglige behandlings- og plejearbejde, idet man ikke kan forvente, at patienterne har mod eller overskud til at præsentere selv vigtige seksuelle problemstillinger (2). Derfor er det op til fagpersonerne at skabe et rum, hvor det er tilladt at diskutere følsomme emner af seksuel og samlivsmæssig relevans (Ibid.).
2.1 Sygeplejerskens perspektiv

Flere undersøgelser viser imidlertid, at sygeplejerskerne har svært ved at leve op til ovenstående. De føler sig ikke i stand til at tale med patienterne om seksualitet og eventuelle seksuelle dysfunktioner. De efterlyser undervisning i anatomi og fysiologi, sexologi samt det at samtale med patienterne om problemstillingerne (7-9).

Saunamäki et al.’s spørgeskemaundersøgelse (n=87) fra 2009 blandt svenske sygeplejerske, viste at 90% af deltagerne godt vidste, at patienternes sygdom og behandling kunne indvirke på deres seksualitet, trods dette talte 80% af deltagerne ikke med patienterne om emnet. Heller ikke selvom 63% angav, at det var sygeplejerskens opgave (9). Et engelsk litteratur studie fra 2009 af Beck og Justham understøtter den svenske undersøgelse, idet de bl.a. fandt nogle af de samme resultater(8) . Eksempelvis en undersøgelse (n=292) som viste, at 90% af sygeplejerskerne var positive overfor at skulle tale om seksualitet, men kun 11% praktiserede det i hverdagen (8). Det samme gør sig gældende i en amerikansk undersøgelse (n=148) fra 2005, hvor 85% var bekendte med sygdom og behandlings indvirkning på patienternes seksualitet tillige med at 72% var enige i, at det er en sygeplejerskeopgave at give patienterne mulighed for at tale om emnet (7). Trods dette angav 70% at de ikke brugte tid på emnet (7).

Ovenstående tendenser er problematiske idet Sundhedsstyrelsens ”Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser” fra 2005, forpligter sygeplejersker til dokumentering af sygeplejefaglige handlinger, der bl.a. som minimum skal indeholde beskrivelser af, hvorvidt patienterne har potentielle og/eller aktuelle problemer knyttet til seksualitet, eksempelvis samlivsforstyrrelser, som er relateret til sygdom eller lægemidler (10). Ligesom Sundhedslovens kapitel 5, § 16 siger, at patienter har ret til informationer om helbredstilstand og om behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger (11).

Når plejepersonalet ikke taler med patienter om seksualitet og eventuelle seksuelle bekymringer af hensyn til patienternes eller egen blufærighed kan de medvirke til et uhensigtsmæssigt tovejs tabu, som af patienten kan tolkes som en nedtoning af emnets relevans (2).

2.2 Patientens perspektiv

Flere studier viser imidlertid, at patienterne oplever seksuelle bekymringer og at de har brug for at tale med plejepersonalet om disse. Eksempelvis Persson og Helleströms interview fra 2002 med ni svenske mænd og kvinder omhändelende deres oplevelser med fokus på body image 6-12 uger efter

I en undersøgelse, af Persson et al. fra 2005 blandt 42 ileostomipatienter og 49 kolostomipatienter om den oplevede plejekvalitet, mente mere end halvdelen af deltagerne fra begge grupper at seksualitet var vigtigt og efterlyste samtidig mere dialog om emnet (13).

En amerikansk spørgeskemaundersøgelse af Southard og Keller (n=52) fra 2009 om forskellige typer cancerpatienters perspektiv på sexualitet viste, at 42% af deltagerne mente, at det havde stor betydning at tale med sygeplejersken om sexualitet (14). De ønskede at have mulighed for at stille spørgsmål, som var relateret til deres sexliv i forbindelse med behandling, men kun 17% havde oplevet, at sygeplejersken berørte seksualitet (14).

2.3 Egen praksis afspejler litteraturen
Ovenstående bekræfter oplevelser fra egen hverdag, idet jeg ved gennemlæsning af patientjournaler i egen praksis, et abdominalkirurgisk segeafsnit med tilhørende dagafsnitsfunktion og stomiambulatorium, har erfaret, at det er yderst sjældent, at sygeplejersker i afdelingen dokumenterer samtaler om sexualitet og seksuelle problemstillinger med patienterne i EPJ. Samtaler med kollegaer giver endvidere god grund til at formode, at når der ikke dokumenteres, tales der heller ikke om emnerne.

2.4 Sammenfatning af problemstilling
Litteraturen og egne erfaringer, som er beskrevet i de foregående afsnit, tyder på at nogle af de patienter, som får anlagt en stomi på grund af cancer, oplever ændringer relateret til deres samliv og sexualitet og at de efterlyser dialog om emnet. Litteraturen viser også at sygeplejersker har kendskab til, at patienternes sygdom og behandling kan have indvirkning på deres sexualitet, men alligevel kan det se ud til, at flertallet ikke taler med patienterne om emnet.

3.0 Afgrænsning og problemformulering
Ovenstående problemstilling har flere facetter og interessenter, som kunne være interessant at undersøge. På grund af opgavens omfang vælges imidlertid kun at se sygeplejerskeperspektivet, som et område, hvor der umiddelbart kunne være et behov for en forbedring af kvaliteten. Heraf fremkommer følgende problemformulering:
Hvilke faktorer har betydning for om sygeplejersken taler med den colo-rectaloperede patient, der har fået anlagt stomi, om seksualitet og seksuelle dysfunktioner?

4.0 Begrebsafklaring

Stomi kommer af det græske ord stoma og betyder mund og anvendes som betegnelse for en operativ anlæggelse af åbning til et organ. Eksempelvis kolostomi, anlæggelse af åbning gennem bugvæggen til colon (15). Der kan være mange årsager til at patienter får anlagt stomi, eksempelvis kroniske inflammatoriske tarmsygdomme, divertikler, traumer samt cancer i colon og rectum m.m. (3).

Seksualitet er i følge Sigaard alt, hvad, der er indeholdt i det seksuelle liv, såsom menneskets adfærd som kønsvæsen med sig selv og andre (16). Seksualiteten indeholder fire elementer: forplante, tilfredsstillelse af biologiske behov, lyst og rekreativ funktion. Umiddelbart kan seksualiteten ikke undertrykkes, men det kan de seksuelle behov. Seksuelle behov kan opfattes på samme måde, som andre behovsområder søvn, væske, ernæring m.v. og er således individuelle og har individuel betydning (Ibid.).

5.0 Formål

Formålet med dette projekt er at undersøge, hvad der kan have betydning for sygeplejerskers itale-sættelse af seksualitet og seksuelle dysfunktioner i hverdagen og hvilke tiltag, der kan tænkes at skulle i værksættes i praksis for at gøre samtalen om seksualitet til en mere fremtrædende og synlig del af plejen. Dette for at kunne imødekomme patienternes behov og derved medvirke til at øge deres livskvalitet og sundhedstilstand.

6.0 Metode og fremgangsmåde

I det følgende afsnit vil valg af metode og fremgangsmåde til at finde svar på problemformuleringen blive gennemgået.
6.1 Fokuseret litteratursøgning

Figur 1: Søgeprotokol

**Søgeprotokol**

**Fokuseret søgespørgsmål:** Hvad hindrer sygeplejersker i at tale om seksualitet med patienterne?

**Søgeord:** Sexuality, Attitude to Sexuality, Nurse-Patient Relations, Nurse Patient relationship, Conversation, Communication, Interpersonal Communication.

Kombineret med booleske søgeoperatorer AND og OR

<table>
<thead>
<tr>
<th>Inklusionskriterier</th>
<th>Eksklusionskriterier</th>
<th>Databaser</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Population:</strong></td>
<td></td>
<td><strong>Databaser:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>- Artikler der har sygeplejersker som population</td>
<td>- Artikler på andre sprog end dansk, norsk, svensk og engelsk</td>
<td>- PubMed (MEDLINE)</td>
</tr>
<tr>
<td>- Artikler der omhandler sygepleje til andre patienter end cancerpatienter</td>
<td>- Artikler før år 1995</td>
<td>- CHINAL</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Artikler der ikke har abstracts</td>
<td>- PSYK-info</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Litteraturtyper:**

- Peer Reviewed

**Kliniske nøgleområder:**

- Sygeplejerskers holdning til at tale om seksualitet med patienterne
- Sygeplejerskers manglende italesættelse af seksualitet overfor patienten
- Årsager til sygeplejerskers manglende italesættelse af seksualitet

(17)

Ud fra formål og problemformuleringen lægges først en plan for en fokuseret litteratursøgning for at afdække, eksisterende viden om, mulige årsager til sygeplejerskers manglende italesættelse af seksualitet og seksuelle problemstillinger (18). Dette for at sikre at projektets kan placeres i en faglig
kontekst som et gyldigt bidrag til videns- og kompetenceudvikling i en forskningsbaseret praksis, ligesom litteraturen kan være inspiration til valg af studiedesign (19).

Der søges på de søgedatabaser, der indfanger størstedelen af litteraturen på sundhedsområdet: PubMed (MEDLINE), Embase og CINAHL. Da seksualitet, som nævnt i baggrundsafsnittet, også har et psykologisk aspekt og er en del af problemfeltet, er PSYK-info også valgt, da den udover det psykiatriske felt desuden indeholder psykologiske referencer indenfor bl.a. medicin, sygepleje og sociologi (18).

Der udarbejdes en plan for søgningen, illustreret som en søgeprotokol i figur 1, som er udfærdiget med inspiration fra Sundhedsstyrelsens ”Vejledning i udarbejdelse af referenceprogrammer” (17). Med hjælp fra en bibliotekar blev de søgeord indkredset, som fremgår af protokollen og som er udledt af det fokuserede spørgsmål, som igen er udledt af projektets problemformulering (18). Der er fortrinsvis anvendt søgeord, som er kontrolleret i databasernes tesaurus, eksempelvis Cinahls ”Subject Heading List” og Medlines ”Mesh-database” eller som fritekstsøgning (18).

Litteratursøgningsprocessen illustreres ved figur 2.

6.1.1 Præsentation af inkluderet litteratur

I dette afsnit gennemgås til- og fravalg og derefter følger en kort beskrivelse på tværs af de seks inkluderede artikler opdelt i to temaer.

Af illustrationen figur 2 fremgår det, at der i den inkluderede del af litteraturen forekom fire gengangere, som naturligt blev valgt fra. To studier blev fravalgt efter gennemlæsning i henhold til inklusionskriterier fra søgeprotokollen. Det ene af studie af Habouibi et al. (20), fravelges da den overvejende del af populationen var læger og terapeuter og. Det andet studie af Quinn et al. (21) fravelges da fokus her er personalets køn og professionelle grænse i forhold til at tale med psykisk syge patienter om deres øgede risiko for at blive udsat for udnyttelse og tvungen sex. Et studie af Hautamäki et al. (22) indgår som en del af et litteraturstudie af Kotronoulas et al. (23) og inkluderes derfor ikke separat. I alt inkluderes seks studier, som er gennemlæst og vurderet kritisk ud fra Stoltz et al.s kapitel ”Fortolkning og vurdering af beviser” samt tilhørende kvalitetsvurderingsskemaer i bogen ”Evidensbaseret sygepleje” (18). Oversigt over og vurdering af inkluderede studier fremgår af bilag 1.
I gennemlæsningen og vurderingen af litteraturen fremkommer to temaer: Sygeplejerskens rolle og kompetencer samt relationen sygeplejerske patient imellem.

6.1.2 Sygeplejerskens rolle og kompetencer

Det første tema kommer til udtryk således, at sygeplejersker på tværs af studierne havde forskellige holdninger til og opfattelse af deres rolle i forhold til at tale om seksualitet og seksuelle problemstillinger med patienterne. En amerikansk spørgeskemaundersøgelse af Magnan og Reynolds fandt, at en overvejende del af sygeplejerskerne ikke mente, det blev forventet af dem, at de skulle tale med patienterne om seksualitet (24). To kinesiske spørgeskemaundersøgelser viste, at sygeplejerskerne syntes, seksualitet var for privat et emne at tale med patienterne om (25,26). Ligesom et litteraturstudie af Kotronoulas et al. fandt, at flertallet af de inkluderede undersøgelser viste, at sygeplejer-
sker ikke mente, at samtale om seksualitet med patienterne var en del af deres fagområde. To andre studier, kvalitative interviews, af Steinke og Patterson, USA og Hordern og Street, Australien viste at sygeplejerskerne var usikre på deres roller (27,28). De følte sig sårbare og tvivlråde og talte kun overfladisk med patienterne om seksualitet (28). Dette findes også hos Magnan og Reynolds, hvor sygeplejerskerne følte sig usikre og utilpasse, når de skulle italesætte seksualitet overfor patienterne (24). En græsk undersøgelse af Nakopoulou et al. med udgangspunkt i fokusgruppeinterviews viste at personlige kompetencer indenfor eksempelvis kommunikation havde betydning, ligesom familier opdragelse og sociokulturel baggrund havde betydning (29). Fund i Kotronoulas et al.s litteraturstudie tydede på, at sygeplejerskens køn kan have betydning for, om seksualitet italesættes, idet mandlige sygeplejersker oftere talte med patienterne om emnet (23). Ældre sygeplejersker med mere erfaring havde i en af de kinesiske undersøgelser færre barrierer i forhold til italesættelse af seksualitet, end yngre med mindre erfaring, hvilket også var gældende i forhold til civilstand, idet gifte eller samboende sygeplejersker var mere tilbøjelig til at tale om seksualitet med patienterne end enlige sygeplejersker (25). I flere af studierne blev viden og uddannelse i forhold til at kunne tale med patienterne om seksualitet og seksuelle problemstillinger beskrevet som værende væsentlige barrierer, samtidig med at undervisning i emnerne blev efterspurgt (26,27,29).

6.1.3 Relationen sygeplejerske patient imellem

Det andet tema, relationen sygeplejerske og patient imellem, ses i undersøgelserne på den måde, at både Zeng et al. og Nakopoulou et al. fandt at en god relation til patienten blev fremhævet som betydningsfuld for, om sygeplejerskerne talte med patienterne om seksualitet og seksuelle problemstillinger (26,27,29). I Steinke og Pattersons studie beskrev sygeplejerskerne dog ikke relationen som varem en faktor i forhold til at italesætte seksualitet og patienternes bekymringer relateret dertil, i stedet fremhævede sygeplejerskerne mangel på viden og redskaber som en barriere (27). Flere undersøgelser viste at en væsentlig barriere for, om sygeplejerskerne talte om seksualitet og seksuelle problemstillinger med patienterne, var relateret til deres opfattelse af patienterne. To studier fandt, at sygeplejerskerne mente, at patienterne var for syge til at have interesse i at tale om seksualitet eller havde andre vigtigere bekymringer at tage hensyn til (25,26). Både Kotronoulas et al. og Hordern og Street fandt at sygeplejerskerne havde forudindtagede meninger om patienternes behov for at tale om seksualitet, idet de vurderede behovet ud fra patienternes køn, kultur, alder, civil status og diagnose/behandling(23,28). Zeng et al. fandt at en stor del af sygeplejerskerne var bange for at gøre patienterne forlegne (26). I flere studier fremhævede sygeplejerskerne betydningen af miljøet i afdelingen ( mange patienter på stuerne og manglende samtalerum), hvilket gjorde, at det var
umuligt at tale med patienterne om seksualitet på en måde, så man respekterede privatlivets fred (23,27,28).

6.1.4 Sammenfatning og forskningsspørgsmål

Ovenstående gennemgang af inkluderede forskningsartikler tyder på at sygeplejersker generelt er usikre på deres rolle i forhold til at tale om seksualitet og seksuelle problemstillinger med patienterne og samtidig kan der være mange forskellige barrierer i relationen mellem sygeplejerske og patient, som også kan have betydning for, hvorvidt sygeplejersker italesætter problematikken.

Dette leder frem til nedenstående forskningsspørgsmål:

1. Hvordan oplever sygeplejersker det at tale om seksualitet og seksuelle problemstillinger med patienterne
2. Hvad oplever sygeplejersker som fremmende for italesættelse af patienters seksualitet og seksuelle problemstillinger?
3. Hvad oplever sygeplejersker som barrierer for italesættelse af patienters seksualitet og seksuelle problemstillinger?

6.2 Fænomenologisk/hermeneutisk videnskabsteoretisk referenceramme


Ifølge Birkler regnes Edmund Husserl som grundlægger af fænomenologien, hvor man arbejder ud fra det mål, at ville indfange den menneskelige erfaring, som den viser sig i den konkrete livsverden (30). Denne metode anvendes ofte som kvalitativ analyse af bevidsthedsfænomener oplevet af et andet menneske. Man ønsker at finde frem til det meningsindhold, som disse fænomener afspejler (Ibid.).

For at ovennævnte kan lykkes, skal man fra starten sætte sig ud over sin forforståelse og her anvendte Husserl, ifølge Birkler, begrebet *epoché*, der betyder holde tilbage og som henviser til, at der bevidst ses bort fra forudfattede meninger og holdninger (30). Dette for at give en neutral beskrivelse af ”selve sagen” altså af oplevelsesfænomenernes egenart. Hvis f.eks. sygeplejerskernes bevidsthedsfænomener skal undersøges, må disse fænomener ikke reduceres af de sproglige kategorier, som er til stede hos den, som undersøger. Birkler siger imidlertid, at dette ideal kan være svært at
praktisere, hvor man med udgangspunkt i Husserls elev Martin Heidegger i stedet vil se de mange fordomme som en del af undersøgelsen, idet han nuancerede fænomenologien ved beskrive menneskets tilværelse som en væren i verden (Ibid.).

Næste skridt, jævnfør Birkler, er at fokusere på de oplevede fænomens essens, af Husserl beskrevet som *eidisk variation og reduktion* (30). Eidisk betyder form eller skikkelse og henviser til fænomenets grundlæggende form eller væsen. Taler sygeplejerskerne eksempelvis om en lang række oplevelser i forbindelse med det svære i at tale om seksualitet med patienterne, så er det vigtigt at søge efter en struktur eller et mønster i disse oplevelser (Ibid.). Når sygeplejerskerne frit varierer beskrivelserne af den oplevede verden, skabes langsomt mønstre af ligheder imellem oplevelserne. Derved kommer de oplevede fænomener til synes uden teoretisk kategorisering. Forskers opgave består herefter i at reducere de mange oplevelser, således at essenserne træder frem (Ibid.).


Forståelse ud fra den hermeneutiske spiral beskrives ifølge Jørgensen af Gadamar som værende gældende for alle former for forståelse (31). Oftest illustreres den dog ved tekstfortolkning, hvorved det bliver mest tydeligt, hvordan læsning og forståelse foregår i cirkelbevægelse som en vekslens frem og tilbage mellem helheds- og delforståelse, hvor delene forstås ud fra helheden og helheden ud fra delene (Ibid.). En anden bestanddel af den hermeneutiske cirkel er, at man kun kan forstå i kraft af sin forståelse og at denne er betinget af, at man gennem sine fordomme har et tilhørsforhold til den tradition, man er en del af (Ibid.).

Når man ifølge Birkler ønsker at forstå eller lærer noget om andres forståelse, sætter man sin forforståelse på spil, men for at kunne det, må man til en vis grad kende indholdet af sin egen forståelseshorisont (30). Når denne er beskrevet, vil ny viden efterfølgende kunne vise sig som be- eller afkræftelser af de beskrevne fordomme og som horisontudvidelse. Udvidelse af horisonter eller forståelse af andres forståelse vil sige, at man ser andre horisonter end sin egen og forståelse er en proces, hvor horisonter, der eksisterer for sig selv smelter sammen. Derved sker en udvidelse af ens egen horisont, så den kommer til at omfatte den andens horisont (31). Sammensmeltning af horison-
ter betinger ikke enighed, men blot det forhold, at man begriber det, den anden meddeler, man deler en forståelse (30). En del af processen med at udvide egen horisont består således i at blive bevidst om egen forståelseshorisont, hvorfor denne ekspliciteres herunder.

6.2.1 Min forforståelse

Jeg har været sygeplejerske i seks år heraf fire år med specialistfunktion som stomisygeplejerske. I den periode, hvor jeg var i oplæring som stomisygeplejerske, deltog jeg i et kursus omhandlende alle aspekter af plejen til stomipatienter. Her jeg blev opmærksom på min egen manglende viden og formåen i forhold til at tale om seksualitet med patienter, der har fået stomi. Jeg blev nysgerrig på, om mine kollegaer oplevede det samme og iværksatte en lille spørgeskemaundersøgelse. Her spurte jeg mine kollegaer, hvorvidt de var bekendte med, at vores patienter kunne opleve seksuelle dysfunktioner efter rectale operationer, hvortil 69% svarede ja. Trods dette svarede 76% at de ikke talte med patienterne om emnet og samtidig ønskede 76% mere viden på området. Med kun få deltagelede, 13 ud af 25 plejepersonaler, kan der naturligvis ikke generaliseres, men det gav mig alligevel en fornemmelse af, at jeg på daværende tidspunkt nok ikke var ene om at mangle viden om og italesættede seksualitet og eventuelle seksuelle dysfunktioner i forhold til stomipatienterne.

Min viden og forforståelse på området er øget jo længere tid, jeg har beskæftiget mig med emnet og praktiseret samtaler med patienterne, ligesom litteratursøgningen til dette projekt har bidraget med mere forforståelse. Summen af ovennævnte kan desuden kombineres med, at det er min oplevelse, at patienterne rent faktisk gerne vil og har behov for at tale om seksualitet og de tanker, de gør sig om deres krops forandring efter operation og anlæggelse af stomi. Det er med afsæt i den forforståelse jeg arbejder videre med at undersøge hvilke faktorer, der har betydning for om sygeplejersker taler om seksualitet og seksuelle dysfunktioner med stomipatienterne.

6.3 Etiske overvejelser

Projektet er omfattet af Nordens Etiske Retningslinjer for Sygeplejeforskning (32). Forud for projektets start søgte jeg om og fik afdelingsledelsens tilladelse til at udføre interview i forbindelse med mit projekt. Jeg spurgte desuden hos Datatilsynet om registrering og opbevarelse af datamateriale og evt. anmeldelsespligt i den forbindelse, hvilket resulterede i en mail med besked om, at mit projekt ikke var anmeldelsespligtigt, da der ikke i mit projekt var tale om opbevaring af personfølsomme oplysninger (bilag 2). Ligeledes har jeg spurt hos Videnskabs Etisk Komité om projektet
var anmeldelsespligtigt og efter fremsendelse af spørgeramme kom en mail retur, at projektet ikke var anmeldelsespligtigt (bilag 3).

Som forsker skal man jævnfør Kvale og Brinkmann gøre sig flere etiske overvejelser igennem sit projekt (33). Disse inkluderer eksempelvis konsekvenser for deltagerne/informanter, samtykke fra disse og evt. tilladelser fra foresatte, samt hvordan man vil beskytte deltagernes/informanternes fortrolighed og hvordan man vil anonymisere dem (Ibid.). I de førnævnte overvejelser indgår ligeledes en vurdering af hvordan og hvor mange oplysninger deltagere/informanter skal have før og efter deltagelse (Ibid.). Informanterne i denne undersøgelse fik mundtlig information om projektets formål og emner for diskussion i interviewet samtidig med, at de blev spurgt om, de ville deltage. Heretter modtog de en invitation (bilag 4), som igen beskrev formål og emner for diskussion, at der ville blive lavet en lydoptagelse, som ville blive slettet efter projektets afslutning og at alle oplysninger ville blive behandlet fortroligt tillige med, at jeg har tavshedspligt. Afslutningsvis blev det oplyst at deltagelsen var frivillig og at informanten til en hver tid kunne trække sit tilsagn om deltagelse tilbage. Sammen med disse informationer modtog informanterne ligeledes en samtykkeerklæring (bilag 5), hvor de skulle bekræfte, at de havde modtaget informationerne i invitationen og hvor de gav tilladelse til at interviewdata måtte indgå i anonymiseret form i projektet. På dagen for interviewet blev ovenstående igen gennemgået mundtligt med deltagerne.

6.4 Kvalitativ metode

Gennemgangen af den eksisterende litteratur og de deraf udledte forskningsspørgsmål samt projekts problemformulering lægger op til en kvalitativ undersøgelse, idet kvalitative metoder ifølge Bjerrum er velegnet til at besvare spørgsmål om, hvorfor et fænomen har udviklet sig på en given måde eller hvordan noget opleves (34). Dette uddybes yderligere af Salling Larsen, idet hun siger at kvalitative metoder tjener til at opnå forståelse af andre mennesker eller kulturer og at kvalitativ forskning er forskning i livskvalitet og medmenneskelig forståelse (35). Som dataindsamlingsmetode vælges det kvalitative forskningsinterview.

Kvalitative interview forsøger ifølge Kvale og Brinkmann at forstå verden ud fra interviewpersonernes synspunkter, udfolde den mening, der er knyttet til deres oplevelser og afdække deres livsverden (33). Fokusgruppeinterview med sygeplejersker vælges, for at få deres synspunkter, meningr og oplevelser i forhold til den manglende italesættelse af seksualitet og seksuelle problemstillinger. Inspirationen til valg er fokusgrupper kommer fra det studie i litteraturgennemgangen af
Nakopoulou et al, hvor empirien er genereret af fokusgruppeinterviews (29). Kvale og Brinkmann beskriver netop, at når det handler om følsomme og tabubelagte emner, er fokusgruppeinterview en velvalgt metode, idet gruppematerialen kan gøre det lettere at udtrykke synspunkter, der ikke almindeligt er tilgængelige, samtidig med at den livlige, kollektive ordveksling kan bringe flere spontane ekspresse og emotionelle synspunkter frem (33). Dette underbygges af Halkier, som beskriver at fokusgruppens styrke bl.a. ligger i, at de forskellige deltagere i sammenligning af erfaring og forståelse i gruppeprocessen kan fremkomme med viden om mangesidige meningsdannelser og sociale praksisser, som det kan være sværere for forsker at få frem i bl.a. individuelle interviews (36).

Det teoretiske afsæt til denne metode tager udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns bog ”Interview – Introduktion til et håndværk” og i Bente Halkiers bog ”Fokusgrupper”(33,36). I selve udførelsen af interviewet, opbygningen af spørgerammen og i alt det praktiske er der hentet inspiration fra Mette Reinhard Jakobsens ”Fokusgrupper for begyndere – En praktisk Håndbog” (37).

6.4.1 Valg af informanter

Antallet af deltagerer til et fokusgruppeinterview kan variere fra 5-12 personer (33,36,37). Men antallet har betydning for interaktionen og dynamikken mellem deltagerne og hvor mange man vælger kan eksempelvis være afhængig af emnet, der skal diskuteres (36) Til emner der er sensitive, vælges typisk en lille gruppe (Ibid.). Der var oprindeligt syv deltager i fokusgruppen til dette projekt, men to faldt fra så tæt på afholdelsen, at det ikke var muligt at finde nye deltagere. Deltagerne i fokusgruppeinterviewet præsenteres i figur 3. Alle deltagere var sygeplejersker fra en kirurgisk afdeling med både øvre og nedre gastroenterologiske patienter.

**Figur 3: Præsentation af deltagere i fokusgruppeinterview**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Køn:</th>
<th>Alder:</th>
<th>Anciennitet som sygeplejerske</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>♀</td>
<td>34 år</td>
<td>9 år</td>
</tr>
<tr>
<td>♀</td>
<td>29 år</td>
<td>5½ år</td>
</tr>
<tr>
<td>♀</td>
<td>48 år</td>
<td>25 år</td>
</tr>
<tr>
<td>♀</td>
<td>43 år</td>
<td>12 år</td>
</tr>
<tr>
<td>♀</td>
<td>44 år</td>
<td>Nyuddannet (har arbejdet indenfor sundhedsvæsnet i flere år forinden)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Kriterierne for deltagelse var, at sygeplejerskerne arbejdede i den gruppe, der passede patienter som på grund af cancer havde gennemgået kolo-rectale operationer og fået anlagt stomi, eller at de tidligere havde arbejdet med denne type patienter. Desuden skulle deltagerne have en vis spredning i både anciennitet som sygeplejerske og alder, dette for at sammensætte en gruppe som ikke var for heterogen med risiko for konflikter, eller for homogen med risiko for sparsom interessant interaktion (Ibid.). Når deltagerne kender hindanden på forhånd og har samme sociale netværk, har de ifølge Halkier lettere ved at tage del i samtalen, fordi de er trygge ved hinanden tillige med, at de kan have en forestilling om hinandens reaktionssmønstre (Ibid.).

6.4.2 Planlægning af dataindsamling

Forud for fokusgruppeinterviewet udfærdiges en spørgeramme, vedlægges som bilag 6. Denne anvendes som støtte af moderator til at lede interviewgruppen i den rigtige retning (37). Inspireret af Jakobsen opdeles spørgerammen i syv faser, hvoraf den første omhandler introduktion og spilleregler, her opridses formål med interviewet og moderators rolle (37). Moderator (ego) er den, der styrer dialogen mellem deltagerne i den rigtige retning og deltager ellers ikke i dialogen, udover når der stilles spørgsmål. Her oplyses om hvordan de interviewede forventes at deltage og opføre sig, samt alt det praktiske: varighed af interview, pauser, forplejning m.m., (Ibid.). Dernæst kommer en præsentation, hvor alle deltager præsenterer sig med navn, alder og anciennitet. For at kickstartet dialogen fortsættes med en lille opvarmningsovelse, hvor hver deltager kort fortæller om en sjov, pudsig eller anderledes oplevelse tidligere på dagen (Ibid.). Konteksten synliggøres ved at præsentere Siggards definition på seksualitet jævnfør afsnit 4.0 begrebsafklaring og en definition på de mest almindelige seksuelle dysfunktioner jævnfør afsnit 2.0 baggrund (6,16,37). Diskussionen indbefatter en række interviewspørgsmål, der er udfærdiget på baggrund af de tidligere nævnte forskningsspørgsmål og som stilles af moderator (ego) og afslutningsvis kommer opsummering, hvor moderator kort skitserer, hvad der er blevet talt om og hvor deltagerne opfordres til at komme med afsluttende bemærkninger (37). Som afslutning, takkes deltagerne for deres medvirken (Ibid.).

Spørgerammen blev testet forud i et pilotinterview med to sygeplejersker, som ikke havde kendskab til stomipatienter, men som arbejdede på afdelinger, hvor man kan drage paralleller til patientgruppen i denne undersøgelse. Derved blev der lejlighed til at øve i at interviewe og samtidig kunne informanternes reaktion på og forståelsen af spørgsmålene testes. Efterfølgende blev nogle af spørgsmålsformuleringerne ændret, for at gøre dem mere præcise.
Af hensyn til de sygeplejersker, der havde været på arbejde forud for interviewet, blev det afholdt et mødelokale på sygehuset, således at det var nemt for dem at komme direkte efter arbejdstid.

Til interviewet blev afsat i alt to timer heraf 15 minutter i starten, hvor deltagerne kunne indfinde sig, forsyne sig med noget at spise og drikke samt finde på plads og 15 minutter til afslutning, hvor deltagerne kunne tale med hinanden om oplevelsen og hvor der kunne slutttes stille og roligt.

6.4.3 Udførelse af fokusgruppiinterview

Interviewet blev optaget på to digitale diktafoner (den ene som sikkerhedsbackup), dette for at jeg som moderator kunne få frihed til at koncentrere mig om interviewets emne og dynamikken imellem gruppen tillige med at det gav en god mulighed for at vende tilbage til pause, tonefald og betoning af ord (33).

I udførelsen af interviewet havde jeg som moderator tre vigtige roller. Jeg skulle sørge for at støtte de, der kunne være lidt tilbageholdende og generte og samtidig nedtone den eller dem, som måske var for dominerende. Desuden skulle jeg være den, der sørgede for at spillereglerne blev overholdt og at diskussionen ikke kørte af sporet samt undgå konflikter deltagene i mellem. Det vigtigste var dog at sikre, at emnet blev diskuteret på optimal vis, at sammenhængen blev fastholdt og at der kom det bedst mulige ud af gruppens ressourcer (36,37).

Moderator i fokusgrupper har ikke samme rolle som en interviewer i individuelle interviews, idet det er en anden og mere omfattende form for social interaktion, der foregår i fokusgrupper (36). Moderator skal dog stadig være den professionelle lytter og samtidig den, der skaber og understøtter den sociale interaktion ikke den, der kontrollerer den (Ibid.).

6.5 Transskribering

At transskribere et interviewet fra mundtlig til skriftlig form er ifølge Kvale og Brinkmann at strukturerer et interviewet til en form, der egner sig til nærmere analyse og samtidig er det den første analytiske proces (33). Netop derfor valgte jeg selv at transskribere interviewet. Der er ikke en universel form eller kode for transskription, men som udgangspunkt valgte jeg at transskribere ordet, at bibeholde alle hyppige gentagelser og registrere alle ”øh”, samt så vidt muligt at registrere alle overlapninger og informanters afbrydelser af hinanden (33).
6.6 Analysemetode

I gennemlæsning og transskribering af lydoptagelserne trådte forskellige mønstre frem, der udmøntede sig i forskellige temaer, som vil blive beskrevet under præsentation af fund. Herunder uddybes hvilken teoretisk kontekst der vil blive anvendt i analysen og fortolkningen af det transskriberede interview indenfor de forskellige temaer.

6.6.1 Hermeneutisk meningsfortolkning

Hermeneutisk meningsfortolkning er ifølge Kvale og Brinkmann et af de værktøjer som kan gøre analysen mere tilgængelig (33). I dette projekt anvendes Kvale og Brinkmanns tre fortolkningskontekster, selvforståelse, kritisk commonsense-forståelse og teoretisk forståelse (33). I den første fortolkningskontekst selvforståelse formuleres interviewpersonernes egen opfattelse af deres udsagn i kondenseret form. Fortolkningen er her begrænset til interviewpersonernes egen selvforståelse således at fortolkningen fremstår som en omformuleret kondensering af interviewpersonernes udsagn ud fra egne synspunkter, som de er forstået af forsker (Ibid.). Kritisk commonsense-forståelse som er den anden fortolkningskontekst rækker ud over omformuleringen af interviewpersonernes selvforståelse og analysen kan omfatte en bredere forståelsesramme end interviewpersonernes egne. Den kan være kritisk overfor hvad der bliver sagt, fokusere på udsagnets indhold eller på personen, der ytrer sig. Her har forsker også mulighed for at forstærke eller berige fortolkningen ved at indrage almen viden om indholdet af udsagnet (Ibid.). I den sidste fortolkningskontekst teoretisk forståelse inddrages en teoretisk ramme og fortolkningen er tilbøjelig til at række ud over interviewpersonernes selvforståelse og commonsense forståelsen og er her, hvor jeg vil inddrage teori og relevante forskningsartikler (Ibid.).

7.0 Præsentation af fund

I de følgende afsnit fremstilles de fund, som er fremkommet i analysen af interviewmaterialet. Fundene optræder på tværs af materialet, derfor struktureres disse opdelt i tre temaer med undertemaer for at øge læsevenligheden. Temaerne fremgår af figur 4.
Figur 4: Temaer og undertemaer

<table>
<thead>
<tr>
<th>Temaer og undertemaer fremkommet i analyse af interview</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Temaer</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Hvad er det min opgave lige præcis er?</td>
</tr>
<tr>
<td>Hvem tror man, der har lyst til – at tale om seksualitet?</td>
</tr>
<tr>
<td>Hvis man kunne finde på et eller andet redskab!</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Undertemaer</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>• Professionel problemløsning</td>
</tr>
<tr>
<td>• Viden og kompetencer</td>
</tr>
<tr>
<td>• Blufærdighed og tabu</td>
</tr>
<tr>
<td>• Sygeplejerskens fordomme</td>
</tr>
<tr>
<td>• Relationen med patienten</td>
</tr>
<tr>
<td>• Udskrivningssamtalen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 7.1 Hvad er det min opgave lige præcis er?

Det at skulle tale om seksualitet og seksuelle dysfunktioner med patienterne gør sygeplejerskerne usikre og dette illustreres ved nedenstående udsagn:

**Sygeplejerske F:**

"Altså min umiddelbare tanke, det gør jeg ikke (taler med patienterne om seksualitet) - men om - efter det vi har snakket om i dag – det handler også om – altså der er mange ting - jeg ikke ved så – også – altså. Men umiddelbart tænker jeg, jeg tør faktisk ikke. For jeg ved ikke, hvordan jeg skal gøre det..."

**Sygeplejerske M:**

"Jeg tror det er det, det der gør det svært, hvad er det min opgave lige præcis er?"

Begge sygeplejersker siger her meget tydeligt, at de synes det er svært at tale med patienterne om seksualitet og der ser ud til at være to ting på spil i disse udsagn. Sygeplejerske F tør ikke tale om seksualitet og dysfunktioner med patienterne, fordi hun ikke ved hvordan og sygeplejerske M kender ikke sin opgave. I begge tilfælde ser det ud til, at den usikkerhed og utryghed, der her synliggøres, kan være forårsaget af uvidenhed omkring seksualitet og dysfunktioner samt et ønske om en præcisering af afdelingens forventninger i forhold til dette område.
Uklare opgaver og omfanget af disse gør sygeplejerskerne utrygge og viser sig på andre måder i nedenstående undertemaer.

7.1.1 Professional problem løsning

Flere af deltagerne i interviewet kommer ind på, at sygeplejersker gerne vil kunne løse problemer, kunne handle (professionelt) på informationer fra patienterne og når de ikke kan det, giver det også utryghed. Dette beskrives således:

*Sygeplejerske M:*

"Det er nemmere for os at spørge om (patientens tarmfunktion) – det er ikke nemmere for patienten, men det er nemmere for os at spørge til afføring, fordi så får vi et svar og så kan vi forholde os til det og vi ved, hvad vi skal stille op med det, hvor det er sværere for os at spørge til seksuelle ting, for så får vi måske et svar og hvad skal vi så stille op med det?"

"Altså nå, men du kan så ikke have sex på den måde du plejer – det var da – altså, hvad er det så, hvad skal man gøre – ligesom, at altså – ja, det der hvis man ikke sådan kan løse problemet umiddelbart – det er det, der kan være svært for os som faggruppe (afbrydes)…"

*Sygeplejerske T: (i fortsættelse af ovenstående)*

"Så, så virker det uoverskueligt at tage hul på…"

Sygeplejerskerne udtrykker, at det er nemmere at tale med patienterne om noget, de kan handle på og ved, hvordan de skal handle på. I modsat fald virker det uoverskueligt at begynde på. Det kan således se ud til, at sygeplejerskerne bevidst undlader at tale om seksualitet med patienterne, fordi de ikke har viden nok om emnet og deres opgave. Samtidig kan det også handle om, at sygeplejersker ønsker at handle professionelt, hvilket tolkes ud fra sætningen "…os som faggruppe…”.

7.1.2 Viden og kompetencer

Som nævnt i de to foregående afsnit tyder flere udsagn på, at sygeplejerskerne har brug for mere viden på feltet seksualitet og seksuelle dysfunktioner, hvilket kommer meget klart til udtryk i nedenstående citat:

*Sygeplejerske Y:*

"Det er nok mere det der fysiologi og anatomi – om man ved nok om det til at kunne sige noget kompetent’’
Sygeplejerske M:
"Det handler nok ret meget om, at man viser, at det her vil jeg godt snakke med dig om, hvis du har lyst til det...."

Sygeplejerske T: (i fortsættelse heraf)
"Men hvordan viser man så lige det?"

"Eller også måske noget med, at hvis man ikke ved så meget om det selv, så at kunne viderehenvise til, til, til et eller andet sted, nogle hjemmesider, der, der, der må jo for øvriges være nogen i Danmark, der er specialiseret i, i lige precis det der. Men det ved jeg da ikke noget om på nuværende tidspunkt, om der er og hvor det er henne"

Sygeplejerske M:
"Der må være en sexolog – ikke også – eller?"

Sygeplejerske K:
"Altså jeg ville da gerne vide, hvad der er af stomiting til at se lidt fiks ud, hvis det var det...

Specifik efterlyser deltagerne her viden om fysiologi og anatomi men også færdigheder i forhold til at tale med patienterne og hvordan man indleder samtaler om seksualitet og dysfunktioner. Desuden udtrykker sygeplejerskerne manglende viden om, hvad der findes af hjælpemidler og hvad man kan anbefale stomipatienterne i forhold til at skjule stomien i forbindelse med seksuelle aktiviteter, samt hvortil man kan henvise patienter, der har behov for hjælp.

Flere af deltagerne kan ikke huske, at de har oplevet undervisning i forhold til noget af det som nævnes herover:

Sygeplejerske M:
"Men sådan decideret undervisning, det synes jeg ikke sådan – øh...

Sygeplejerske K:
"Det vi har haft (på sygeplejeskolen), var noget om, øh, altså body image – det er sådan set det – ændring af kroppen og hvad betyder det, ja, men det kan også betyde noget for seksualitet. Dut, punktum!

Sygeplejerske F:
"Jeg kan ikke rigtig huske det (om der har været undervisning)

Sygeplejerskerne beskriver her, at de ikke kan huske, hvis de har oplevet eller deltaget i undervisning, der har været relateret til patienternes seksualitet i forbindelse med operation og anlæggelse af
stomi. Den nyuddannede sygeplejerske, som har indholdet af sygeplejerskeuddannelsen i frisk erindringer, kan fortælle, at den undervisning, der har været på skolen, kun har handlet om ændring af kroppen og body image, men ikke om, hvad det kan have af betydning for patienternes seksualitet, eller hvordan sygeplejersken håndterer dette.

Ovenstående udsagn kan forstås således, at der er et grundlæggende behov for undervisning i fysiologi og anatomi i relation til seksualitet og dysfunktioner, samt kommunikation i forhold til at kunne tale med patienterne om emnet. Ligesom det tilsyneladende er sygeplejerskernes oplevelse, at seksualitet ikke vægtes særligt højt hverken i sygeplejerskeuddannelsen eller fra afdelingens side.

Det er svært at øge sine kompetencer på et område, som man ikke kender noget til, og det tydeliggøres særligt i nedenstående dialog mellem to af deltagerne:

Sygeplejerske T:
"Men jeg tror netop, at hvis man følte sig lidt mere på sikker grund i forhold til, hvad man skulle snakke med dem om, så ville det måske også være lidt nemmere at komme i gang..."

Sygeplejerske K:
"Og på sikker grund, det ville nok være mere viden, ikke?"

Sygeplejerske T:
"Jo, jo, bl.a. og det er jo så den man i mange andre sammenhænge har opnået gennem erfaring – ikke, men fordi vi aldrig har snakket med patienterne om deres seksualitet, så har man jo ikke nogen erfaring!"

Her taler de to sygeplejersker om, hvordan viden kan medvirke til at sygeplejersker føle sig mere sikre i deres arbejde og hvordan denne viden derved kan medvirke til at sygeplejersker får mere erfaring i arbejdet og samtalerne med patienterne.

Det kan tolkes således, at et emne som seksualitet, der tilsyneladende ikke italesættes fra sygeplejerskolens eller afdelingens side, har svære kår. Der sker ingen kompetenceforøgelse og sygeplejerskerne føler sig ikke i stand til at tale med patienterne om emnet, fordi de føler, at de hverken har viden eller kompetencer til det.
7.1.3 Blufærdighed og tabu

Men der ligger mere end viden og kompetencer i forhold til seksualitet og seksuelle dysfunktioner forbundet med det at tale med patienterne om emnerne. Sygeplejerskerne taler om blufærdighed som en barriere, om at emnet er tabu og hvad det gør ved dem, at skulle tale om emnet:

Sygeplejerske T:

"Er det ens egen blufærdighed, der kommer i vejen? Eller er det patienternes blufærdighed vi fejlagtigt står og tager hensyn til?"

Sygeplejerske F:

"...måske blufærdighed – det var ikke sådan noget, vi talte om over spisebordet derhjemme – i min opvækst – nævæ – jeg er ikke – altså jeg er ikke vant til (det)."

I ovenstående citater bliver der talt om blufærdighed og om det er sygeplejerskens eller patientens der tages hensyn til. Desuden tales om blufærdig i forhold til ikke at være vant til at tale om seksualitet. Det kan tolkes derhen, at sygeplejersker måske tager hensyn til patienters blufærdighed, men at barrieren i virkeligheden er deres egen blufærdighed overfor det at tale om seksualitet med andre.

Sygeplejerske F relaterer sin blufærdighed til opvækst og opdragelse.

To af sygeplejerskerne taler også om at seksualitet er tabu:

Sygeplejerske M:

"Det er jo klart (at det er svært at tale om seksualitet) for det er tabu..."

Sygeplejerske T:

"Man kan sige, det er en dårlig undskyldning, at sige, det er et tabu, fordi det er afføring også. Det kan vi snakke om kvit og frit fra leveren til Gud og hver mand, der viser på vores afdeling. Det kan vi sagtens!"

Seksualitet beskrives som et tabu, men at det måske er en dårlig undskyldning for ikke at talesætte det, for sygeplejerske T fremhæver netop, er der er andre emner med betegnelsen tabu, eksempelvis afføring, som der bliver talt med patienterne om.

Sygeplejerske F og M råder videre på emnet tabu:

Sygeplejerske F:

han føler – altså han skal åbne sin personlighed og fortælle mig om sin seksualitet. Det er vel derfor, det er så svært...”

Sygeplejerske M:

”Jeg tror, nu kommer jeg til at tænke på noget andet – og det er det, der sådan med seksualitet, altså det kan jeg også – man kan også føle – at det bliver værre at tale om det, fordi, at det kan være ubehageligt – og blive fløv og sådan noget – og det kan være ubehageligt – sådan at gøre patienten fløv – altså så det kan måske også være en årsag til, at man holder sig tilbage fra det, fordi man føler sig sådan, at man skal jo heller ikke jobke i det og det er jo heller ikke særligt rart – at blive rød i hovedet...”

Sygeplejerskerne oplever det at tale med patienterne som seksualitet og seksuelle dysfunktioner som et tabuområde, selvom sygeplejerske T ikke helt forstår, at det er sådan, når andre tabubelagte områder som afføring godt kan italesættes uden problemer. Sygeplejerske K tænker, at det kan handle om, at det bliver personligt for patienten. Sygeplejerske M kan mærke, hvordan hun påvirkes af det at skulle tale om et tabuiseret område, hun bliver fløv og rødmer.

Det kan forstås således at der i seksualitet som tabu ligger noget mere end for eksempel afføring som tabu. Det kan handle om, at sygeplejersken oplever, det bliver personligt, det kommer for tæt på både for patienten, men også for sygeplejersken (tolkes ud fra den særlige betoning af ”mig”).

Her opleves det desuden fysisk ubehageligt for sygeplejersken at tale om seksualitet. Hun bliver fløv og rødmer, det er ubehageligt og derfor undlader hun at tale om emnet.

7.2 Hvem tror man, der har lyst til at – tale om seksualitet?

Når noget er svært at tale om, gør man det ikke for at beskytte sig selv og patienten, men hvad ved sygeplejersken egentlig om patienten? Flere af sygeplejerskerne i undersøgelsen gav udtryk for, at de også var usikre på, om patienterne overhovedet havde behov eller lyst til at tale om deres seksualitet:

Sygeplejerske T:

”Jeg sidder og tænker på, at lige nu har vi faktisk en patient i afdelingen, som, som ikke er særligt gammel og som øh, hvad hedder det, hvis seksualitet må være påvirket af det – (hun har været igennem) Og jeg tror ikke, der er nogen, der har berørt det overfor hende – hvilke tanker hun har gjort sig i den retning – altså (seksualitet og forandring af kroppen). Men det er jo svært – det kan jo være det ligger hende så fjernet, når hun har det sådan, som hun har det lige nu – det kan man jo ikke vide...”
Sygeplejerske F:

"...Men er det ikke også den der, hvem tror man, der har lyst til at (tale om seksualitet) ...
"

Sygeplejerske M:

"Men det kan også godt være sådan lidt – måske også sådan lidt, altså man kan måske være lidt tilbageholdende med at spørge til seksualitet ved nogen, som man bare absolut ikke regner med har et seksualliv, fordi så kan man måske, sådan – føle man træder i noget, eller et eller andet, ikke?"

Sygeplejerskerne beskriver ovenfor, at det er svært at vurdere og vide, hvilke patienter, der ønsker eller har behov for at tale om deres seksualitet i forbindelse med indlæggelsen.

Her kan det handle om, at seksualitet som behovsområde, ikke heltigestilles med andre behovsområder indenfor sygeplejen, som f.eks. søvn, væske og ernæring, idet disse behovsområder italesættes, når sygeplejerske vurderer, at der er problemer eller der kan opstå problemer. Måske kan det også tænkes at henge sammen med, at sygeplejerskerne har fordomme om patienterne.

7.2.1 Sygeplejerskens fordomme

Sygeplejerske F og T taler eksplicit om deres egne fordomme:

Sygeplejerske F:


Sygeplejerske T:

"...det er måske lidt derhen måske lidt fordomsfuldt og antage det (om patienterne har et sexliv eller ej uden at tale med dem)...
"

Men sygeplejerskernes fordomme overfor patienterne bliver også udtrykt på andre måder:

Sygeplejerske T:

"Jeg tror måske også – fordi de fleste patienter, vi passer øjh, de når sjældent til det punkt, hvor det er det (deres seksualitet og evt. dysfunktioner), der interesserer dem. Så kan vi måske godt bringe det på banen, men det jeg bare ikke sikker på, de måske er klar til. Flertallet i hvert fald!"

Sygeplejerske M:

(Har arbejdet på en onkologisk afdeling med en anden type cancerpatienter – sammenligne dem her med patienterne på den nuværende afdeling): "Jeg tror også, det var noget med aldersgruppen, det var ligesom, sådan kvinder i 20-50 års alderen. Så var
Det mere nærliggende – at det her (samtale om seksualitet) var et rigtigt vigtigt emne...

Sygeplejerske T:
"Det kan godt være, at man nemt kommer til at undervurdere, hvor meget det betyder for 70 årig mensand".

Sygeplejerske Y:
"Ja – jeg tror også – selvfølgelig er det lidt alderen. Hvornår du bringer det på bane – for egentlig det er jo – ældre er så friske i dag – de har deres anden ungdom. Vi er nødt til at tænke, at de også har et seksualiv."

Sygeplejerskerne beskriver her deres forestillinger relateret til, patienternes behov for samtale om seksualitet. De tænker, at patienterne ikke har lyst til at tale om seksualitet, mens de er indlagt, at det er tydeligt, at kvinder i 20-50 års alderen (med en anden type cancer end i colon og rectum) har behov for at sygeplejersken italesætter seksualitet og seksuelle dysfunktioner. Men behovet vurderes ikke så betydningsfuldt for ældre mænd i 70 års alderen (efter en colo-rectal cancer operation med anlæggelse af stomi).

Det kan tolkes, at sygeplejerskerne til dels selv er klar over, at de har fordomme overfor patienterne, idet dette ekspliciteres i de første citater. Men de efterfølgende citater viser, at der også kan være tale om forskellige mindre synlige fordomme, som er relateret til, hvad sygeplejerskerne tror, patienterne har behov for, eller måske nærmere hvad de tror patienter ikke har behov for at tale om i forbindelse med sygdom, indlæggelse og deres alder i forhold til seksualitet. Uanset om fordomme er synlige eller skjulte for sygeplejerskerne, ser de ud til at være barrierer i forhold til at tale med patienterne om seksualitet.

7.2.2 Relationen med patienten

Sygeplejerskerne er ikke enige om, hvorvidt der skal kunne tales om en relation mellem patient og sygeplejerske for at seksualitet bliver italesat:

Sygeplejerske K:
"Det (samtale om seksualitet) kræver måske, at man øh, kender hinanden lidt bedre, ikke – eller får en god relation, tænker jeg på”

Sygeplejerske M:
"Og der (at tale om med patienten om seksualitet) er det jo, at man øh, nok skal have en relation for at kunne snakke om sådan nogle ting – og de andre ting (information om hvilke seksuelle dysfunktioner, der kan opstå), som jo også er vigtige, der behøver man
jo ikke en relation, hvis man skal omkring et punkt – i en eller anden pjece. Det kan 
man, det kan man sagtens gøre!”

Sygeplejerske T:

”...men, men det er bare svært, for den kontakt kan du bare ikke få ved alle dine patien-
ter”

”Ja, men et eller andet sted så, så, så kræver det vel, at hvis, hvis man er professionel, 
så skal vi jo kunne gå ind og gøre det uanset, om vi har en relation til patienten eller ej...”

Sygeplejerske K og M mener, at en god relation til patienten er befordrende for at kunne tale om 
seksualitet, hvor M nuancerer det med, at der måske godt kan gives informationer ud fra en pjece 
om dysfunktioner uden en relation. Men for at kunne tale med patienten om seksualitet, er der be-
hov for en relation. Sygeplejerske T mener, at som professionel sygeplejerske bør man kunne tale 
om emnerne uden, der nødvendigvis er en relation, fordi man ikke altid kan opnå en sådan.

Det kan det tolkes som om, der er nogle nuancer i indholdet af samtalen med patienterne. Informa-
tioner om mulige dysfunktioner kan nemmere kommunikeres til patienten, end hvis det handler om 
samtale med patienten og dennes personlige tanke og bekymringer relateret til seksualitet. Her kan 
der være behov for en relation mellem sygeplejerske og patient. Samtidig kan et af udsagnene tolkes 
derhenv, at den professionelle sygeplejerske kan yde helhedsorienteret pleje, uden nødvendigvis at 
have en særlig kontakt eller relation til patienten.

### 7.3 Hvis man kunne finde på et eller andet redskab!

Sygeplejerskerne i interviewet kommer flere gange ind på et ikke nærmere defineret redskab, de 
kunne gør brug af i samtalen med patienterne om seksualitet. Både noget som kunne guide dem 
gennem samtalen, men også noget som kunne udelveres til patienten:

**Sygeplejerske F:**

”Men jeg har været med til de her lægesamtaler i dagafsnittet, hvor der blev informeret 
om det (komplikationer=seksuelle dysfunktioner efter operation) – og der har også kørt 
et projekt, hvor patienterne fik udleveret et spørgskema – eller en lille mappe, eller 
hvad hedder det, sådan en lille bog med spørgsmål i, øh – og da oplevede jeg, at der var 
lidt mere information...”

**Sygeplejerske M:** (fortsætter)

”Så det er nemmere, når der var noget at tale ud fra – fra?”
Sygeplejerske F: (svarer)
"Ja, faktisk!"

Sygeplejerske T:
"...men det er jo netop – så også derfor, at det vil, at det vil være godt, hvis man kunne finde på et eller andet redskab, som så gjorde, at alle ligesom havde en indgang til patienten i forhold til at snakke med dem om det (seksualitet og dysfunktioner)"

To af sygeplejerskerne taler her om, at det måske kan være nemmere at tale om seksualitet og seksuelle dysfunktioner med patienterne, hvis de har noget at tale ud fra. Ligesom den tredje sygeplejerske tænker, at et redskab kan være fordrende for samtalen.

Det kan tolkes således, at en pjece som kunne udleveres til patienterne om seksualitet og seksuelle dysfunktioner sammen med en form for kommunikationsredskab, ville give sygeplejerskerne en indgangsvinkel til at tale med patienterne om emnet.

7.3.1 Udkrivelsessamtalen
Udkrivelsessamtalen bliver bragt på bane flere gange som et tidspunkt, hvor det ville være oplagt, at sikre sig at der var talt med patienten om operationens betydning for seksualitet og eventuelle dysfunktioner:

Sygeplejerske Y:
"Jeg tænker lidt, at vi burde gøre lidt mere i – det gælder både indlæggelsessamtalen, udkrivningssamtalen end vi reelt gør, og det var måske der, vi ligesom fik lavet et lille tjek på, har vi vendt det hele?"

En af sygeplejerskerne ser en form for udkrivelsesstandard som en hjælp:

Sygeplejerske M:
"...men hvis man så har den der udkrivelsesstandard eller et eller andet – så kan man sige, og så er der det der med seksualitet og du skal vide, at hvis der opstår nogle problemer, og det kan være af den og den art, så kan det godt hænge sammen med din operation og øh, din sygdom..."

Sygeplejerske T: (fortsætter)
"Så kunne man måske lige i den forbindelse, så ville det være fint, hvis man så havde en eller anden pjece, hvor der var listet nogle spørgsmål op og nogle telefonnumre, hjemmesider – et eller andet – så nu får du den her – så kan du øh, ligesom øh, komme videre i systemet via den..."
Sygeplejerske F: (fortsætter)

"...og så er det jo også den meget faglige måde at komme ind på emnet – og det kan jo godt være, at det løsner op for, hvis nu – det leder én videre – til selve samtalen (om patientens eventuelle bekymringer relateret til seksualitet), altså!"

Sygeplejerskerne ser udskrivelsen og en standard for indholdet af samtalen som en god mulighed til at sikre sig, at der er blevet talt om seksualitet og seksuelle dysfunktioner med patienterne. Ved at udlevere en pjece til patienterne med oplysninger omhandlende operationens betydning for patienternes seksualitet og mulige dysfunktioner som følge deraf og andre nyttige oplysninger i den forbindelse, kan det sikres både at patienterne ved, hvad de skal gøre, hvis de oplever problemer og samtidig kan pjecen måske være indgangsvinkel til at tale med patienterne om eventuelle seksuelle bekymringer.

Det kan tolkes som at udskrivningssamtaalen og pjecen ses som en faglig tilgang til et følsomt område, der kan gør det mindre “farligt” og måske nemmere at italesætte emnet.

8.0 Diskussion

I dette afsnit vil fundene blive diskuteret med inddragelse af relevante teorier og videnskabelig litteratur. For overskuelighedens skyld diskuteres fundene opdelt i samme temaer som under præsentation af fund.

8.1 Hvad er det min opgave lige præcis er?

Den usikkerhed og utryghed, der beskrives i undersøgelsen, som gør at sygeplejerskerne ikke tør tale med patienterne om sekualitet, kan skyldes manglende viden og usikkerhed om opgavens omfang. Dette finder Steinke og Patterson også i deres undersøgelse (27). Her føler sygeplejerskerne sig usikre på deres rolle i forhold til at tale om seksualitet med patienterne (Ibid.). Usikkerhed, utryghed og det ikke at vide, hvad ens rolle er, kan være udsprunget af generel manglende viden om emnet, men også af ønsket om en præcisering af afdelingens forventninger i forhold til sygeplejerskernes opgaver på dette område.

En specifik forskrift for afdelingens og ledelsens forventning i forhold til, hvordan en person i en afdeling skal udføre en konkret opgave passende og korrekt under givne omstændigheder kaldes en instruks (38). Instrukser beskriver arbejdsprocesser i relation til en klinisk retningslinje. Således følges en klinisk retningslinje om eksempelvis samtale om seksualitet og seksuelle dysfunktioner med patienterne op af en konkret instruks, som beskriver hvordan anbefalingerne fra den kliniske
retningslinje omsættes i praksis i afdelingen (Ibid.). Med Sundhedsstyrelsens ”Vejledning om udfærdigelse af instrukser” tydeliggøres det, at der på enhver klinisk sygehusafdeling skal forefindes skriftlige instrukser og det er ledelsens ansvar at de nødvendige instrukser forefindes (39). Undersøgelser viser, at sygeplejersker, der medvirkte til udvikling og implementering af kliniske retningslinjer, oplever at både de selv og patienterne har gavn af disse retningslinjer, der anvendes som værktøjer til sikring af kvaliteten af plejen (40,41).

En instruks måske medvirke til en præciserings af sygeplejerskernes opgaver i forhold til at tale om seksualitet og seksuelle dysfunktioner, og derved afhjælpe den usikkerhed og utryghed, som sygeplejerskerne beskriver, fordi de ikke kender deres opgaver og omfanget af disse.

Sygeplejerskerne oplever at kunne løse andre af patienternes problemer på en faglig og professionel måde og det vil de også gerne kunne i samtalen om seksualitet.

8.1.1 Professionel problemløsning

Sygeplejerskernes ønske om at løse problemerne på en faglig professionel måde kan være svær og måske modsætningsfyldt, når det handler om samtale om seksualitet. Det kan være nemmere at hjælpe patienterne med løsning af et problem, der kan handles på. Her spiller den manglende viden om emnet igen ind, idet den kan vanskeliggøre opfattelsen af at kunne handle professionelt i situationen og således bliver det nemmere at undlade italesættelsen, at undlade den del af plejen. Derved udsættes patienten for det Katie Eriksson benævner som plejelidelse (42). Det er manglende pleje eller ikke-pleje affødt af manglende evne til at se og bedøme, hvad patienten har brug for, måske på grund af manglende viden, som netop gør sig gældende i denne undersøgelse, hvor sygeplejerskerne giver utryk for, at de hverken føler de har viden eller kompetencer til at tale med patienterne om seksualitet og seksuelle dysfunktioner på en professionel måde. Samtidig kan der også være tale om ikke-pleje, hvor man ikke udfører omsorg eller hvor den plejende dimension mangler ofte med baggrund i grundholdninger, hvilket i denne undersøgelse kommer til syne som sygeplejerskernes fordomme i forhold til patienterne (uddybes under punkt 8.2.1) og opfattelsen af at det er unødvendigt lidelse bør man undgå og samtidig gøre alt for at lindre. Ifølge Eriksson kan lidelse lindres og ofte drejer det sig om simple hverdagsaktiviteter indenfor plejen (Ibid.). Hvilket igen kræver at sygeplejerskerne har den rette viden og de rette kompetencer i forhold til f.eks. at undersøge, om patienterne har bekymringer relatert til deres seksualitet.
Mona Johansen skriver i bogen ”Når seksualitet tages alvorligt” om at handle professionelt, at en forudsætning for at kunne handle professionelt er, at man søger at opnå fordømsfrihed ved at vænne sig til situationer, som fremkalder frygt og usikkerhed (43). Man kunne deraf udlede, at såfremt sygeplejersker i deres ”uvidenhed om seksualitet” ikke skal påføre patienterne lidelse må de i deres professionelle ageren italesætte seksualitet og seksuelle dysfunktioner på trods af frygt og usikkerhed, for at blive klogere og netop for at handle professionelt.

8.1.2 Viden og kompetencer

I undersøgelsen giver sygeplejerskerne udtryk for et grundlæggende behov for og ønsker om mere viden og undervisning i fysiologi og anatomi relateret til seksualitet og dysfunktioner efter operation samt kommunikation i forhold til at tale med patienterne om emnet, hvilket understøttes af flere andre studie. I Steinke og Patteons spørgeskemaundersøgelse, hvor en væsentlig del af sygeplejerskerne udtrykker manglende information og undervisning og ønske om træning i at kommunikere verbalt og nonverbalt (27). Ligesom Nakopoulou et al i deres fokusgruppeinterview finder, at sygeplejerskerne ønsker mere specialiseret undervisning ikke kun i fysiologiske forhold omkring seksualitet, men særligt i kommunikationsfærdigheder og træning heri (29). I Kotronoulas et al.s litteraturstudie beskrives sygeplejerskernes begrænsede viden om seksualitet og kommunikationsfærdigheder at dette, som en medvirkende faktor til at de ofte undlader at tale med patienterne om emnet (23).

Sygeplejersker som har en videregående uddannelse indenfor sundhedsområdet kan forholdsvis let tilegne sig den teoretiske viden, der efterspørges om anatomi og fysiologi relateret til seksualitet og seksuelle dysfunktioner, der kan opstå som følge af patienternes operation og sygdom (43). Almås og Benestad skriver, at når det handler om at udnytte denne viden i samtaler med patienterne om deres seksualitet, kan mange sygeplejersker opleve at miste kontakten til deres professionelle kompetence (44). Dette til trods for at de færdigheder, som skal opøves for at kunne arbejde på dette område faktisk, er de samme som på andre områder og handler om kommunikation, empati, lydhørhed og indfølsomhed. Men netop på området seksualitet, der opleves som et følelsesmæssigt område, er der behov for træning for at kunne overvinde følelsesmæssige og holdningsmæssige hinder, fordi både sygeplejersker og patienter kan have svært ved at overvinde generlhed og hæmninger (43).

Johansen beskriver det, at kunne kommunikere som en afgørende egenskab i forhold til at tale om sensualitet og en uformel måde at øve sig i hverdagen, er at sætte emnet på dagsordenen til persona-
lemøder (43). Ved på forhånd at diskutere forskellige situationer og dilemmaer før de opstår, får sygeplejerskerne mulighed for at træne i at tale om emnet, hvilket kan gøre det lettere at tale med patienterne (Ibid.). Rollespil beskrives af Gamlin som en anden og mere iscenesat mulighed for at træne og øve sig i at tale med patienterne om seksualitet (45).

Når sygeplejerskerne i interviewet således ikke oplever at deres kompetencer øges, kan det dels skyldes, at de mangler viden og dels, at de har brug for at træne i at anvende den viden, netop som der også efterspørges specifik træning i bl.a. kommunikation i Steinke og Patterson samt Nakopoulou et al.s studier (27,29).

8.1.3 Blufærdighed og tabu

I interviewsituationen taler sygeplejerskerne om deres blufærdighed, som kan mærkes fysisk og som de synes er ubehageligt. Men de er også lidt i tvivl om, hvorvidt det er deres egen blufærdig, de tager hensyn til, eller om det er patienternes. Om dette emne siger Graugaard, at mange undlader at italesætte seksualitet fordi, de er bange for at krænke enten deres egen eller patienternes blufærdighed (2). Det er legitime begrundelser, men det er gængs erfaring, at patienterne blufærdighedstærskel er væsentlig højere, end fagpersonalets. Samtidig er det dog væsentligt at henlede opmærksomheden på, at almindelig klinisk hverdagssexologi ofte udgøres at få og enkle midler (2). Dette er Johansen enig i, idet hun siger, at sygeplejersker ofte stiller urealistiske krav til sig selv og har overdrevne forestillinger til, hvor sikre de skal være for at kunne tale med andre om seksualitet på en professionel måde (43).

Fund i denne undersøgelse viser, at sygeplejerskers egen blufærdighed kan være relateret til opvækst og opdragelse, hvor de bl.a. beskriver, at de ikke socialt eller i deres opvækst har været vant til at tale om seksualitet. Nakopoulou et al.s undersøgelse viser også at sygeplejerskers sociale og familiære baggrund kan have betydning for italesættelse af patienternes seksualitet (29). Om dette siger Johansen, at det kan være svært at tackle seksuelle problemstillinger på en professionel måde, hvis man også privat er vant til at undgå dette (43). Ligesom et afklaret forhold til sig selv og sine egne følelser er nødvendig, idet ubearbejdede seksuelle problemer, kan gøre det svært at hjælpe andre (Ibid.).

En af sygeplejerskerne oplevede i denne undersøgelse, at det at tale om seksualitet kan føles personligt og Hordern og Street fandt i deres undersøgelse, at sygeplejerskerne syntes, at det var personligt konfronterende og ”risky business” at tale med patienterne om intimitet og seksualitet (28). Johan-
sen forklarer om dette, at patienterne taler om egen seksualitet, men sygeplejersker skal tale om seksualitet uden indirekte at involverer deres egen. I en sådan samtale kan man ubevidst lade sig styre af egne seksuelle behov og problemer, og for at undgå det, har man behov for at træne disse samtaler (43).

Seksualitet omtales af sygeplejerskerne i undersøgelsen som tabu. Om dette siger Almås og Benestad, at alle kulturer har sine tabuer og mange kulturer har tabuer omkring seksualitet (44). De siger videre, at det at skabe tabuer måske kan være et udtryk for primitive menneskelige forsvarsmekanismer og når noget er vanskeligt, lader vi som om, det ikke er der (Ibid.). Men et sådant tabu bør ifølge Graugaard brydes og ofte skal der ganske lidt til for at bringe seksualitet konstruktivt ind som en del af samtalen med patienterne (2). Hvilket vil blive uddyber yderligere under punkt 8.3.

8.2 Hvem tror man, der har lyst til at – tale om seksualitet?

Det ser ud til, at når sygeplejerskerne i denne undersøgelse bedømmer patienternes behov for at tale om seksualitet, hænger det tæt sammen med de tanker eller fordomme, de har om patienterne. Vurderingen er ikke umiddelbart relateret til om det, patienterne har været igennem, kan have betydning for deres seksualitet. Det er mere en vurdering af, om patienterne har lyst til at tale om emnet, om de er for dårlige til at tale om seksualitet eller om de har et sexliv. Dette beskrives også i Kotronoulas et al.s litteraturstudie, hvor det ser ud til, at de forestillinger og holdninger sygeplejersker har i forhold til alder, palliativ pleje og behandling lægger hinder i vejen for sygeplejerskernes forståelse af, hvad patienterne måtte have af bekymringer relateret til deres seksualitet, tillige med at disse holdninger og forestillinger ikke er baseret på hverken fakta eller faktiske erfaringer (23).

Ifølge Almås og Benestad bør seksualitet og i særligdshed seksuelle problemer italesættes, da det ofte kan opleves som en stor belastning i tillæg til andre fysiske og psykiske problemer. Hvis disse belastninger lettes får patienterne kræfter til at bearbejde andre lidelser og sygdomme (44).

Nogle af de vurderinger sygeplejerskerne foretager i forhold til, om der skal tales om seksualitet med patienterne, kan måske hænge sammen med sygeplejerskernes fordomme om patienterne.

8.2.1 Sygeplejerskens fordomme

De fordomme sygeplejerskerne har i forhold til patienternes ønsker om og behov for at tale om seksualitet har betydning for, om de taler med patienterne om seksualitet, også selvom de er bevidste om deres fordomme. De fordomme sygeplejerskerne beskriver i undersøgelsen, er fortrinsvis relate-
ret til patienternes alder og hvorvidt ældre patienter har et sexliv. Hordern og Street finder også disse fordømme blandt sygeplejerskerne i deres undersøgelse, hvor sygeplejerskerne i Nakopoulou et al.s undersøgelse har en fordom i forhold til om ældre patienter vil tale med yngre sygeplejersker om seksualitet (23,28,29). Sygeplejerskerne i min undersøgelse har den fordom, at patienterne ikke tænker på deres seksualitet og sexliv samt operationen og stomiens betydning for dette, mens de er indlagt. I Hordern og Streets samt Zeng et al.s undersøgelser mener sygeplejerskerne, at det har meget større betydning for patienterne, at de har fået en cancerdiagnose og at de er mere optaget af at overleve, end de er bekymrede om sygdommens betydning for deres seksualitet og sexliv (25,28). Almås og Benestad skriver om fordømsfrihed, som en proces, hvor man søger mere viden, bliver mere fortrolig med seksuelle emner og samtidig forsøger både at blive bevidst om sine fordømme og tillige at rykke ved dem(44). Denne proces kunne ses som en del af den træning beskrevet under punkt 8.1.2, hvor seksualitet sættes på dagsordnen til personalemøder, for at personalen kan øve sig at kommunikere om seksualitet (43). Måske kunne man derved udfordre hinandens fordømme?

Sygeplejerskernes fordømme om patienterne kan måske også medtænkes som en del af relationen.

8.2.2 Relationen med patienten

I interviewet ser det ud til, at sygeplejerskerne synes, der er forskel på at give information relateret til seksualitet og dysfunktioner og på tale med patienterne om seksualitet og eventuelle seksuelle bekymringer. Informationer kan gives uden en relation, men for at kommunikere om emnet er det nødvendigt med en relation. I litteraturen findes også forskellige holdninger til relationens betydning, idet Zeng et al. og Nakoulopou et al fundt at en god relation til patienten havde væsentlig betydning for sygeplejerskernes italesættelse af patienternes seksualitet (26,29). Hvor Steinke og Patterson fandt at relationen blev beskrevet som mindre væsentlig (27).


¹ Forhold og relation ses hos Travelbee som synonymer og vil her blive anvendt som sådan.
menneskeligt væsen og ikke som en sygdom, et stuenummer, en opgave eller som en personificering af alle patienter. Sygeplejersken bliver ligeledes opfattet og reageret på som et menneskeligt væsen, ikke som en personificering af alle sygeplejersker (Ibid.).


Travelbee er tilhænger af menneske-til-menneske-forholdet, men samtidig siger hun, at sygeplejerske-patient-forholdet godt kan være gavnligt for patienterne og de kan være tilfredse med plejen, selvom sygeplejerskerne ikke er personligt interesseret i patienterne i dette forhold (46). Denne type relation med patienten er dog som oftest præget af at sygeplejersken udfører en udemærket pleje, fordi hun gerne vil leve op til både andres og egne forventninger. Dette ses i denne undersøgelse, hvor en af sygeplejerskerne, mener at information om seksuelle dysfunktioner kan gives ud fra en pjece, uden der behøver at være en relation med patienten. Derved har sygeplejersken levet op til de forventninger, der er til hende jævnfør Sundhedslovens kapitel 5, § 16 om patienters ret til informationer om bl.a. komplikationer og bivirkninger (11).

En anden af sygeplejerskerne i denne undersøgelse ser den professionelle sygeplejerske, som en der både kan give informationer om seksualitet og seksuelle dysfunktioner og samtidig tale med patienten om disse emner, hvis der er behov uden nødvendigvis at etablere en relation. Men Travelbee ser netop den professionelle sygeplejerske, som den der qua sin professionalitet etablere en relation et menneske-til-menneske-forhold i samarbejde med patienten for at kunne dække de behov, patienterne har for pleje (46).

I menneske-til-menneske-forholdet kunne man måske se sygeplejerskens fordomme som mindre væsentlige og ikke så vedkommende barrierer, idet sygeplejersken her opfatter patienten som et unikt individ og ikke relaterer personen til nogen eller noget, hun tidligere har mødt (46). I menneske-til-menneske-forholdet kan sygeplejersken ikke have fordomme i forhold til, om en ældre mand på 70 år har et aktivt sexliv eller ej, da er hun nødt til at tale med patienten ud fra det forhold, at operation og anlæggelse af stomi kan have en konsekvens både fysisk og psykisk for patientens seksualitet og sexliv.
8.3 Hvis man kunne finde på et eller andet redskab!

Sygeplejerskerne i interviewet taler om en pjecse og et ikke dybere defineret redskab, som kunne have betydning for italesættelse af seksualitet i positiv retning. Hvis ønsket om viden tænkes ind her, kunne det handle om viden relateret til, hvordan der gives informationer og åbnes for samtaler med patienterne i forhold til seksualitet og seksuelle dysfunktioner efter operation og anlæggelse af stomi.

Johansen siger om dette emne, at mange af de barrierer, der ligger gentemot at tale med patienterne om seksualitet og eventuelle seksuelle bekymringer, som vi gemmer under ”den manglende viden og kompetence” på området også handler om, at vi stiller for høje krav til os selv (43) Graugaard er enig i dette, idet han siger, at der ofte skal forholdsvis lidt til for at kunne tale konstruktivt om seksualitet med patienterne (2). Indsigt i sygdommens betydning for patienternes seksualitet og kendskab til basale sexologiske principper er ofte tilstrækkeligt sammen med en aktiv legitimerende og afdramatiserende italesættelse (Ibid.). Begge beskriver anvendelse af PLISSIT-modellen som en forholdsvis simpel tilgang til at tale med patienterne om emnet (2,43).

Modellen er udviklet i praksis af psykologen Jack Annon i 1970’erne da man manglede et redskab til behandling af seksuelle problemer og består af fire niveauer: Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy (47). Ifølge Graugaard ydes der hjælp til selv hjælp på i de første tre områder og det vil typiske være i disse områder sygeplejersken bevæger sig (2). Området ”Intensiv Therapy” fordser specialisthjælp, indenfor hvilket sygeplejersker som regel ikke har kompetence, men må henvise til (Ibid.).


Der findes også andre samtalemodeller bl.a. BETTER-modellen, som blev udviklet specielt til onkologiske sygeplejersker som en vejledning i at vurdere og diskutere seksuelle emner med patienterne. Den består af seks områder Bring, Explain, Tell, Time, Educate og Record. Områderne inde-
holder stort set det samme som PLISSIT-modellen, men BETTER-modellen har nogle ekstra komponenter, eksempelvis timing af samtalen om seksualitet og dokumentering af denne (49).

Begge modeller ville kunne anvendes hver for sig eller sammen i forbindelse med eksempelvis udskrivningssamtalen.

8.3.1 Udskrivelsessamtalen
Sygeplejerskerne i interviewet ser udskrivningssamtalen som en god anledning til at sikre, at patienterne har fået den information, de har behov for og fået lejlighed til at udtrykke, eventuelle bekymringer relateret til deres seksualitet og sexliv. En formaliseret udskrivningssamtale ses som en slags løsning eller noget retningssivende, der måske kunne være en fremmende faktor for samtalen om seksualitet.

Ofte vil en udskrivelsessamtale være beskrevet i en instruks, der sammen med ovennævnte samtalemodeller kunne give sygeplejersken gode forudsætninger for at give patienterne de informationer, de har behov for og samtidig åbne op for de spørgsmål patienterne måtte have til emnet. Da det således ser ud til at være de samme ting (instruks og redskab), der er på spil her, som under punkterne 8.1 og 8.3, vil det ikke blive gentaget.

9.0 Metodevurdering
I dette afsnit vurderes dette projektets pålidelighed og validitet, og væsentlige metodekritiske overvejelser diskuteres.

Ifølge Kvale og Brinkmann (33)samt Halkier(36) er et vigtigt punkt for validiteten i en undersøgelse, om man med sin metode i undersøgelsen faktisk undersøger det, man foregiver at undersøge. Validiitet en forudsættes af pålideligheden og er ikke kun en afsluttende del af projektet, men er forløbende gennem hele forskningsprocessen og sikres ved at skabe metodologisk transparens og sammenhæng i det analytiske design (33). Gennem hele projektet er gennemsigtighed tilstræbt ved beskrivelser og begrundelser for fremsåbningen ligesom pålideligheden i forklaringen søges illustreret ved anvendelse citater fra empirien og sammenhæng i analysedelen mellem fund og diskussion forsøges skabt ved fremstilling i temaer. Denne håndværksmæssige tilgang medvirker til at styrke validiteten i projektet (Ibid.).

Der er dog flere områder i forskningsprocessen som kan diskuteres. Af hensyn til projektets tidsperspektiv, er der kun udført et fokusgruppeinterview i en abdominalkirurgisk afdeling, som eneste
empiriske materiale og som udgangspunkt bør man udføre ”nok” grupper (36). I kvalitativ dataproduktion er det et generelt kriterium, at man skal blive ved at interviewe, indtil der ikke længere genereres ny viden (33,36). Flere interviews og interviews med sygeplejersker fra andre tilsvarende afdelinger kunne måske have bidraget med yderligere perspektiver på hvilke faktorer, der har betydning for sygeplejerskers italesættelse af stomipatienters seksualitet, hvorfor dette må vurderes som en svaghed i projektet.

I forhold til at generalisere bruger Kvale og Brinkmann begrebet analytisk generalisering, der indebærer en velovervejet bedømmelse af, i hvilken grad resultater fra én undersøgelse kan være retmæssige for, hvad der kan ske i en anden situation. Generaliseringen er baseret på forskers beskrivelser og argumenter for generaliseringen, og på læseres vurdering af generaliseringen til en ny situation ud fra beskrivelser af interviewundersøgelsens kontekst (33). Flere af de inddragede studiers fund genfindes i min undersøgelse, hvorfor det sammenholdt kan give anledning til at antage, at fund fra min undersøgelse vil kunne genfindes hos andre sygeplejersker på andre abdominalkirurgiske afdelinger, hvilket styrker projektet.

Deltagerne i fokusgruppendeinterviewet var fra samme afdeling, hvor jeg selv er ansat og det kan ifølge Halkier være svært at interviewe mennesker, man har en relation til, fordi man som oftest gerne vil vedblive at have en bestemt relation til hinanden (36). Men det kan også have den betydning, at det gør samtalens gruppen lettere (Ibid.). Kriterierne for udvælgelse af fokusgruppedeltagerer i forhold til alder, anciennitet m.m. havde den betydning, at alle i selve interviewsituationen bidrog aktivt til en livlig diskussion af emnet. Sammensætningen af deltagerne og relationen mellem moderator og deltagerer vurderes derfor som en styrke for dette projekt.

Det vurderes samlet set, at den valgte metode og design har været et hensigtsmæssigt valg i forhold til at inddrage empiri, som har medvirket til at udtrykke og belyse de faktorer, der har betydning for sygeplejerskes italesættelse af stomipatienters seksualitet.

Inddragelse af Eriksons teori om plejelidelse har givet en ny og anderledes forståelse af undladelser af italesættelse af patienters seksualitet og Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet har bidraget med en anden dimension af sygeplejerskens relation med patienten. Graugaard, Johansen, Almås og Benestad har sammen tilført analysen en dybere og mere indgående forståelse af de mange faktorer, der har betydning for sygeplejerskers samtale med patienter om seksualitet. De ind-
dragede forskningsartikler har blandt andet medvirket til at understøtte og give bredde til undersøgelsens fund.

10.0 Konklusion

I dette afsnit konkluderes på projektets problemformulering: Hvilke faktorer har betydning for, om sygeplejersken taler med den colo-rectalopererede patient, der har fået anlagt stomi, om seksualitet og seksuelle dysfunktioner?

Der synes at være flere faktorer, som er betydningsfulde for sygeplejerskens italesættelse af stomi-patienters seksualitet, men den faktor, som er mest synlig og som har betydning på flest områder handler om flere forskellige former for viden.

Sygeplejerskerne ønsker viden i forhold til omfanget af den opgave, der handler om samtalen med patienter om seksualitet og seksuelle dysfunktioner, hvor en instruks i forhold til dette kunne være en hjælp i det daglige arbejde. Derudover udtrykker sygeplejerskerne behov for viden om fysiologi og anatomi relateret til seksualitet, seksuelle dysfunktioner efter operation og anlæggelse af stomi samt undervisning i at samtlægge i at samtale om dette. Qua deres uddannelse er sygeplejerskerne i stand til at tiløgne sig denne viden. Men for at kunne bruge den, må sygeplejerskerne træne deres usikkerhed og utryghed, hvilket kan gøres i hverdagen i form af italesættelse af emnet til personalemøder, men også som en mere formel øvelse i form af rollespil. Derved kan sygeplejerskerne opnå kompetencer til at løse opgaven professionelt.

En anden vigtig faktor for sygeplejerskernes italesættelse af patienternes seksualitet er ønsket om at handle professionelt. Dette kan bunde i urealistiske og overdrevne krav og forestillinger til egne kompetencer på feltet. Når sygeplejerskerne, måske baseret på ønsket om at være professionel, undlader at tale seksualitet med patienterne, risikerer de at udsætte dem for plejelidelse. Undladelse af samtale om seksualitet kan også være forankret i blufærdighed og angst for at udsætte patienter og sig selv for krænkelse af blufærdighed og ses også som en faktor for italesættelse af patienters seksualitet. Egen blufærdighed overfor emnet seksualitet kan hænge sammen med egne uafklarede seksuelle forhold, hvilket kan være styrende i en samtale om emnet, men med øvelse er det muligt at komme udover dette. Opfattelsen af seksualitet som tabu er også en faktor for undlade italesættelse af seksualitet og kan være et udtryk for en primitiv menneskelig forsvarsmechanisme, der medfører følgende: vanskelige emner undlader vi muligvis igen på grund af manglende viden. Viden kan måske medvirke til at nedbryde opfattelsen af seksualitet som tabu.
Sygeplejerskernes fordomme overfor patienterne er relateret til deres opfattelse af, hvad patienterne har behov for i forhold til deres alder, sygdom, om de har lyst til at tale om emnet og om de har et sexliv. Derved bliver fordommene en faktor, der fungerer som barrierer i forståelsen af, hvad patienterne faktisk har behov for i forhold til operationens og stomiens betydning for deres seksualitet og mulige seksuelle dysfunktioner. Ligesom fordommene også fungerer som en faktor, der har betydning for om sygeplejerskerne taler om seksualitet med patienterne. Sygeplejerskerne kan opnå fordomsfrihed ved dels at søge mere viden, udfordre deres fordomme og blive mere fortrolig med forskellige seksuelle emner, øge opmærksomhed på disse og blive mere bevidst om egne tanker i den forbindelse, resulterende i en ændring af tidligere holdninger og forestillinger.


I forlængelse af den faktor, der omhandler viden efterspørger sygeplejerskerne nogle redskaber i samtalen med patienterne om seksualitet og dysfunktioner, men de har også her brug viden og øvelse i forhold til, hvordan disse redskaber skal anvendes. Der findes flere samtaleredskaber, PLISSIT-modellen og BETTER-modellen, som sammen med en instruks for sygeplejerskens opgaver i forhold til samtale om seksualitet og seksuelle dysfunktioner kan medvirke til en af dramatisering og konkretisering af, hvad og hvor meget en samtale om seksualitet og seksuelle dysfunktioner kan og skal indeholde.

De ovennævnte faktorer for sygeplejerskers italesættelse af stomipatienters seksualitet fungerer i de fleste tilfælde som barrierer. Men der vil kunne løsnes op for disse ved at undervise og derved give sygeplejerskerne viden relateret til seksualitet, seksuelle dysfunktioner, kommunikation og forskellige redskaber (instruks og samtalemodeller). Kombineret med øvelser og italesættelse af emnet i hverdagen kan det medvirke til, at sygeplejerskerne vil kunne føle sig kompetente tillige med at viden måske vil kunne rykke ved de fordomme sygeplejerskerne har, således at de kan efterkomme de behov for information og samtale om seksualitet og seksuelle dysfunktioner patienterne måtte have.
11.0 Perspektivering

I dette afsnit vil jeg perspektivere undersøgelsens fund og implikationer for praksis.

Såfremt det lykkes i praksis, at implementere en retningslinje omhandlende samtale om seksualitet og seksuelle dysfunktioner, kan det være betydningsfuldt på flere områder.

Ved at undervise og give sygeplejersker viden og mulighed for at træne, så de føler sig kompetente til og tør tale om seksualitet med patienterne, kan det medføre en kvalitetsforbedring af sygeplejen, som igen kan være medvirkende til at øge sygeplejerskernes arbejdsglæde.


Der er imidlertid brug for flere undersøgelser af sygeplejerskers holdninger til og oplevelser i forhold til at tale om seksualitet med patienterne også indenfor andre specialer. Nærværende undersøgelse kunne eventuelt danne grundlag for en større og mere omfattende spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker.

Undersøgelser af patienternes behov og forventninger til sygeplejerskerne i forhold til samtale om seksualitet relateret til sygdom og operation m.m. synes også mangelfuld. Umiddelbart har jeg ikke fundet danske studier, der undersøger sygeplejerskers eller patienters perspektiv i forhold til betydningen af at tale om seksualitet i forbindelse med sygdom, indlæggelse, og behandling, hvorfor der også er behov for dette.
12.0 Referenceliste


(27) Steinke EE, Patterson-Midgley P. Perspectives of nurses and patients on the need for sexual counseling of MI patients. Rehabil Nurs 1998 1998;23(2):64.


13.0 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Oversigt over og vurdering af inkluderet litteratur

Bilag 2: Mail fra Datatilsynet

Bilag 3: Mail fra Den Videnskabsetiske Komité

Bilag 4: Invitation til fokusgruppedeltagere

Bilag 5: Samtykkeerklæring

Bilag 6: Spørgeramme til fokusgruppeinterview
# 13.1 Bilag 1: Oversigt over og vurdering af inkluderet litteratur

## Oversigt over og vurdering af inkluderet litteratur

>Inspiseret af Sundhedsstyrelsen, Vejledning i udarbejdelse af referenceprogrammer, 2004

<table>
<thead>
<tr>
<th>Forfatter/årstal</th>
<th>Titel</th>
<th>Formål</th>
<th>Populati-on/mater-iale</th>
<th>Undersø-gelses-design</th>
<th>Data mate-riale</th>
<th>Fund/resul-tater</th>
<th>Kommentarer/ begræns-ninger</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Magnan M.A., Reynolds K. 2006</td>
<td>Barriers to Addressing Patient Sexuality Concerns Across Five Areas of Specialization</td>
<td>At undersøge sygeplejerskers holdninger og synspunkter ift. seksualitet indenfor 5 forskellige specialer og hvordan disse data er relateret til demografiske data</td>
<td>320 deltagere: 281 kvinder og 17 mænd  Alder mellem 24-60 i USA 5 sygeplejespecialer på et sygehus</td>
<td>Deskriptivt korrelativt design</td>
<td>Spørgeskema i 2 dele, udviklet af forsker, bestående af demografiske data og SABS (Sexual Attitudes and Beliefs Survey): 12 spørgsmål om holdning og tro ift. at tale om seksualitet med pt. (Liekert skala)</td>
<td>Den største barriere på tværs af alle specialer var at sygeplejersken (spl.) ikke mente patienten (pt) forventede at spl. skulle italesætte pt.s seksuelle bekymringer. Andre højt rangerende resultater var at spl. følte sig usikre og utilpasse ift. at italesatte seksualitet og undladelse af at bruge tid på at tale med pt. om seksuelle bekymringer</td>
<td>Lille populatsion, ikke muligt at generalisere Ikke repræsentativt, overvejende kvindelige deltagere Kun data fra et enkelt sygehus Det beskrives at spørgeskema er valideret, men validering er ikke beskrevet</td>
</tr>
<tr>
<td>Zeng Y.C. et al 2011</td>
<td>Addressing Sexuality Issues of Women with Gynecological Cancer: Chinese Nurses’ Attitudes and Practice</td>
<td>At undersøge kinesiske spl.s holdning og praksis ift. at tale med gynækologiske cancer pt. om seksuelle bekymringer samt at undersøge mulige barrierer, der har indflydelse på kinesiske spl.s praksis</td>
<td>202 deltagere: 21-50 i Kina 3 onkologiske sygehuse og 3 almindelige sygehuse</td>
<td>Deskriptivt korrelativt design</td>
<td>Spørgeskema i 4 dele: 1. del: SABS (12 spørgsmål om holdning og tro ift. seksualitet), 2. del: 10 spørgsmål om hvordan spl. italesætter seksualitet, 3. del: 8 spørgsmål om mulige facilitatorer ift. at tale om seksualitet og 4. del: 20 spørgsmål om mulige barrierer ift. samme. (Liekert skala for alle 4 områder)</td>
<td>77,7 % mente at seksualitet var for privat et emne at tale med pt. om. 72,3 % mente at cancerpt. havde andre vigtigere bekymringer end seksualitet. 87,6 % mente at en god relation til pt. var fremmende for at tale om seksualitet. 68,8% beskrev manglende uddannelse og 71,3 var bange for at gøre pt. forlegne ift. at italesatte seksualitet</td>
<td>Lille populatsion, ikke muligt at generalisere Ikke repræsentativt, kun kvindelige deltagere SABS del af spørgeskemaets validitet ikke klar, validering og testning af del 2-4 godt beskrevet Der kan stilles spørgsmål ved kulturforskelle ift. Kina.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Zeng Y.C. et al 2011 | Chinese Nurses’ Attitudes toward Sexuality Care in Cancer Patients | At undersøge kinesiske spl.s holdning og synspunkter ift. at tale om seksualitet med pt. som en del af plejen til cancerpt. og at finde ud, hvilke | 199 deltagere: 21-50 i Kina  Et cancerhospi-tal i Changsha | Deskriptivt korrelativt design | Spørgeskema i 2 dele, et demografisk og SABS – 12 spørgsmål om holdning og tro ift. at tale om seksualitet med pt. (Liekert skala) | 76,6% af spl. mente at seksualitet var for privat et område at tale med patienter om. 63,8% mente at de fleste indlagte pt. er for syge | Lille populatsion, ikke muligt at generalisere Ikke repræsentativt, kun kvindelige deltagere SABS beskri-
| Nakopoulou E. et al 2009 | Patients’ Sexual Health: A Qualitative Research Approach on Greek Nurses’ Perception | At undersøge og identificere spl.s opfattelse af seksuel sundhed og forstå, hvordan den kan have betydning for vurdering og italesættelse af pts seksuelle sundhed i praksis | 44 sygeplejeskær 2 mænd og 44 kvinder  
Fordelt i 7 fokusgrupper med 6-8 deltagere  
Alder: 27-45  
Alle var deltagere i et 1-års opkvalifikation kursus  
Deltagere fra 8 forskellige spl. specialer i Grækenland  
Min. 5 års erfaring | Kvalitativt fokusgruppeinterview  
Tematisk analyse efter principper fra grounded theory | Transskribering og kodning af interview foretaget af to af forskerne  
Spl. opfatter seksuel sundhed på mange måder og anerkender den betydning for pts sundhed generelt.  
Årsager hos til manglende italesættelse af seksualitet: personlige kompetencer (kommunikation), familier, opdradelse, sociokulturel indflydelse, stor arbejdskultur, manglende beskyttelse af pts privatliv (flersengsstuer).  
Spl. mener ikke det er en del af deres ansvarsområde.  
Betydningen af god spl./pt. relation fremhæves.  
Alle deltagere erkendte mangel på relevant viden og understregede behovet for det | Population ikke generaliserbar, for få mænd og for lille spredning i alder.  
At deltagerne var i gang med opkvalifikation kursus kan have betydning for deres interesse på feltet.  
Indhold af kursus ikke beskrevet  
Fordeling af deltagere i grupperne ikke beskrevet |
13.2 Bilag 2: Mail fra Datatilsynet

Ulla Skræp

Fra: Anne-Marie Müller <amm@datatilsynet.dk>
Sendt: 15. marts 2012 13:04
Til: 'ulla@skraep.com'
Emne: Vedr. anmeldelse af projekt

Kære Ulla Skræp

Datatilsynet har den 7. marts 2012 modtaget din anmeldelse af projektet: "Samtalene, der blev væk ...".

 Ud fra de oplysninger, der fremgår af anmeldelsesblanketten, er projektet ikke anmeldelsespligtigt til Datatilsynet. Det skyldes, at de oplysninger, du vil indsamle, ikke er falsomme personoplysninger.

Med venlig hilsen

Anne-Marie Müller

Datatilsynet
Borgergade 26, 5. sal
1300 København K

Direkte telefon: 3319 3252
Mail: amm@datatilsynet.dk
13.3 **Bilag 3: Mail fra Den Videnskabsetiske Komité**

**Ulla Skræp**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fra:</th>
<th>Videnskabsetiske Komité <a href="mailto:Komite@regionsyddanmark.dk">Komite@regionsyddanmark.dk</a></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sendedt:</td>
<td>7. marts 2012 11:08</td>
</tr>
<tr>
<td>Til:</td>
<td>'Ulla Skræp'; Videnskabsetiske Komité</td>
</tr>
<tr>
<td>Emne:</td>
<td>SV: En undersøgelse af hvad der hindrer sygspæjersker i at tale med stomipatienterne om seksualitet og seksuelle dysfunktioner efter operation</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Att. Ulla Skræp.

Komitényen har modtaget neds. forespørgsel om anmeldeligt.

Ud fra de oplysninger, der foreligger, har Komitényen beslutet, at projektet ikke er anmeldeligt til det videnskabsetiske komitésystem, jf. § 14, stk. 1 i lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidskabelige forskningsprojekter.


Dette afgørelse kan, jf. videnskabsetiklovens § 26, stk. 1, indbringes for Den Nationale Videnskabsetiske Komité, senest 30 dage efter afgørelsen er modtaget.

Kagen samt alle sagens dokumenter sendes til:
Den Nationale Videnskabsetiske Komité
Finsensvej 15 * 2000 Frederiksberg
Tlf.: 72 28 59 70 * Mail: dnk@dnk.dk

Venlig hilsen
Claus Kvist Hansen
Sekretariatsleder, Den Videnskabsetiske Komité
Sundhedsområdet, Sundhedsarbejde og Kvalitet
Claus.Kvist.Hansen@regionsyddanmark.dk
Direkte tlf. 76638220

Venlig hilsen

Claus Kvist Hansen
Sekretariatsleder
Sundhedsområdet, Sundhedsarbejde og Kvalitet

Claus.Kvist.Hansen@regionsyddanmark.dk
Direkte tlf. 76638220

Region Syddanmark
Damhaven 12. 7100 Veje
Telefon 76631000
www.regionsyddanmark.dk
13.4 **Bilag 4: Invitation til fokusgruppedeltagere**

Kære XXX

Tak, fordi du har sagt ja til at deltage i mit fokusgruppeinterview og undersøgelse.

Undersøgelsen og interviewet er en del af mit afsluttende masterprojekt ved Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet og det er hensigten med undersøgelsen, at den viden som kommer frem skal anvendes til at udvikle sygeplejen, således at vi fremover kan blive bedre til at yde en om-sorg overfor patienterne, der inkluderer samtale om seksualitet og seksuelle dysfunktioner efter rectalkirurgi med anlæggelse af stomi.

I interviewet deltager 4-6 andre sygeplejersker udover dig og det vil foregå på den måde, at jeg stiller nogle spørgsmål, som du og de andre deltagere diskuterer med hinanden. Spørgsmålene vil bl.a. handle om, hvordan der tales med patienterne om seksualitet seksuelle dysfunktioner og de tanker og oplevelser, du og de andre deltagere har i den forbindelse.

Interviewet forventes at vare 2½ time og vil blive lavet en lydoptagelse. Når undersøgelsen er afsluttet slettes optagelsen. Alle oplysninger behandles fortrolig og er omfattet af min tavshedspligt. Offentliggørelse af undersøgelsen vil kun ske i anonymiseret form.

Tidspunktet for interviewet er:

**Onsdag den X. marts 20XX kl. 15.15**

I mødelokale XXXXXXX.

Jeg vil sørge for, at der er diverse forfriskninger.

Deltagelsen er frivillig og finder kun sted efter, at du har givet skriftligt samtykke. Du har ret til betænkningstid før samtykke gives, og du kan til enhver tid trække dit tilsagn om at delte tilbage.

Mange hilsner

Ulla Skræp
13.5 Bilag 5: Samtykkeerklæring

Sygeplejerske: XXXXX
Kirurgisk afdeling XX
XXXXX Sygehus
Tlf.: XXXXXXX

Jeg bekræfter hermed, at jeg efter at have modtaget foranstående information indvilliger i at deltage i et fokusgruppeinterview om, hvordan der tales med patienterne om sexualitet og seksuelle dysfunktioner efter rectaloperation med anlæggelse af stomi og om mine oplevelser og tanker i den forbindelse.

Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage, og at jeg når som helst kan trække mit udsagn om deltagelse tilbage.

Jeg give tilladelse til at interviewdata kan anvendes anonymt og indgå i masterprojektet fra Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet, som er offentligt tilgængeligt.

Dato:_______________ Underskrift ________________________________
### Bilag 6: Spørgeramme til fokusgruppeinterview

#### Spørgeramme

| Introduktion | Velkommen  
Gruppeinterviewet er en del af mit masterprojekt – glad for at I vil deltage 😉  
Kaffe, the og lidt koldt at drikke, boller og kage – vær så god!  
Varighed: ca. 2½ time – kort pause midtvejs  
Sluk venligst mobiltelefoner  
Vigtigt  
- At I taler en ad gangen og ikke afbryder hinanden  
- Ikke fører små indbyrdes samtaler  
- Tal frit – ingen behøver række hånden op |
|-----------------|-----------------|
| Præsentation | Starter med en kort præsentation:  
Navn  
Alder  
Hvor længe har du været sygeplejerske – bordet rundt |
| Opvarmningsøvelse | Og har du oplevet noget morsomt, pudsig eller anderledes i dag – bare ganske kort – bordet rundt |
| Kontekst:  
- Seksualitet | Seksualitet er alt, hvad der er indeholdt i det seksuelle live, såsom menneskets adfærd som kønsvæsen med sig selv og andre.  
Sigaard, 2003 |
|  
- Seksuelle dysfunktioner efter rectale operationer med anlægelse af stomi | Seksuelle dysfunktioner efter rectale operationer kan opstå pga. varige eller forbigående nerveskader. Oftest forekommende dysfunktioner hos mænd er rejsningsproblemer og hos kvinder tørhed/sarte slimhinder og smerter i skeden.  
Gögenur, 2005 |
### Diskussion:
**Forskningspørgsmål:**

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>4.</strong> Hvordan oplever sygeplejersker det at tale om seksualitet og seksuelle dysfunktioner med patienterne</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Generelt viser undersøgelser, at sygeplejersker godt ved, at operation og behandling kan have betydning for patienternes seksualitet og seksuelle dysfunktioner</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>•</strong> Er det også sådan I oplever det?</td>
</tr>
<tr>
<td>Sygeplejesker i andre undersøgelser efterlyser undervisning og uddannelse i forhold til at tale med patienterne om seksualitet og evt. seksuelle dysfunktioner relateret til medicin, operation, træthed etc.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>•</strong> Er det noget I genkender?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>•</strong> Kan I evt. huske noget undervisning I har deltaget i?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>•</strong> Har der været undervisning på sygeplejerskeuddannelsen?</td>
</tr>
<tr>
<td>I undersøgelser fortæller andre sygeplejersker at der ikke bliver talt ret meget seksualitet og seksuelle dysfunktioner med patienterne</td>
</tr>
<tr>
<td>- Oplever I også det?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvorfor tror I det er sådan?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Er det svært?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvad er det der er svært?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Har I oplevet nogle situationer</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvad skete der?</td>
</tr>
<tr>
<td>Synes I at patienternes seksualitet og evt. seksuelle dysfunktioner er noget vi sygeplejersker skal snakke med patienterne om?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Med hinanden?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Er det en del af sygeplejen?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvem skal tale med patienterne om emnet, hvem har ansvaret?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Sygeplejerskerne</td>
</tr>
<tr>
<td>- Lægerne</td>
</tr>
<tr>
<td>- Patienterne selv</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>5.</strong> Hvad oplever sygeplejersker som fremmende for italesættelse af patients seksualitet og seksuelle problemstillinger?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hvis I skulle klædes på til opgaven (samtale om seksualitet med patienterne), hvad skulle der så til?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvad kunne I ønske jer?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Er der noget I synes, I mangler?</td>
</tr>
<tr>
<td>Question</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Har I oplevet situationer med patienter, hvor de har stillet spørgsmål,</td>
</tr>
<tr>
<td>der er relateret til operation/stomi og seksualitet?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Fortæl om situationen?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvad skete der?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvordan reagerede I?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvorfor?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvad tænkte I (bagefter)?</td>
</tr>
<tr>
<td>Hvad skal der til for at det bliver nemmere/mere legal?</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Hvad oplever sygeplejersker som barriere-rer i for italesættelse af</td>
</tr>
<tr>
<td>patienters seksualitet og seksuelle problemstillinger?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Har I oplevet nogen situationer?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvor går det godt?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvor går det skidt</td>
</tr>
<tr>
<td>- Er der nogen det er svære at tale med om seksualitet end andre</td>
</tr>
<tr>
<td>- Er der nogen I ikke taler om seksualitet med?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvorfor mon det er sådan?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvad er det, der gør det?</td>
</tr>
<tr>
<td>Undersøgelser viser også, at patienterne faktisk gerne vil tale om</td>
</tr>
<tr>
<td>seksualitet – at de efterlyser det.</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvad tænker I om det?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvilken betydning tror I det har for patienterne, når vi ikke gør det?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Har I oplevet nogen situationer?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Er der nogen patienter som er nemmere at tale med end andre?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvem er det?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Er der nogen patienter I ikke taler med om seksualitet?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvorfor?</td>
</tr>
<tr>
<td>Andre sygeplejersker beskriver, at de synes det er svært at formulere</td>
</tr>
<tr>
<td>sig og at bruge ordene: seksualitet, seksuelle dysfunktioner og andre</td>
</tr>
<tr>
<td>ord, som er relateret til patienternes sexliv</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>- Er det noget I genkender?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Er det noget, der har med os selv at</td>
</tr>
<tr>
<td>gøre?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvad gør det ved jer at bruge ordne?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvordan har I det inden i, når I bruger/</td>
</tr>
<tr>
<td>udtrykker ordene?</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hvorfor er det sådan, tror I</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Opsummering</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tiden er ved at være gået og jeg vil kort</td>
</tr>
<tr>
<td>opsummere, hvad vi har talt om..........</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hvis der er nogen, som gerne vil have en sidste bemærkning, er det nu.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Afslutning</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1000 tak for jeres deltagelse</td>
</tr>
<tr>
<td>Lærerigt og spændende</td>
</tr>
<tr>
<td>Glæder mig til at arbejde videre med det</td>
</tr>
<tr>
<td>som er kommet ud af diskussionerne i dag</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1000 tak for jeres deltagelse
Lærerigt og spændende
Glæder mig til at arbejde videre med det som er kommet ud af diskussionerne i dag