

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Seksualitet hos pasienter med permanent urinkateter



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 12.05.21]

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Seksualitet er et av menneskets grunnleggende behov, uavhengig av alder og kjønn. På samme måte som sykepleier tar seg av pasientens behov på alle berørte områder, skal det spørres direkte om pasientens seksuelle behov. Blæreproblemer som resulterer i langtidsbehandling med urinkateter kan gå utover pasientens seksuelle livskvalitet, være belastende på et parforhold eller være et hinder for å starte et nytt parforhold.

Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke sykepleieres erfaringer og perspektiver i møte med pasienter som har inneliggende urinkateter, kartlegge pasienters erfaringer, samt gjennom forskningsbaserte resultater beskriver hvordan sykepleiere kan ivareta pasienter med innlagt urinkateter på en helhetlig måte.

Metode

Metoden som ble benyttet i denne oppgaven er en systematisk litteraturoversikt, hvor fire forskningsartikler ble analysert. Resultatene fra de inkluderte forskningsartiklene, relevant bakgrunns litteratur og våre egne refleksjoner utgjør grunnlaget for besvarelsen.

Resultater

Samtlige pasienter rapporterte påvirkning av sitt kropps bilde, selvtillit i dagliglivet og selve seksuallivet på forskjellige måter. Det ble videre rapportert om psykologiske utfordringer som virket belastende på parforhold. Mange pasienter opplevde at seksualitet opptok lite plass i deres behandlingsforløp, og mente at sykepleiere ikke tok opp spørsmål omkring seksualitet. Mange sykepleiere rapporterte mangel på god nok kunnskap, mangel på erfaring og trygghet. Sykepleiere på alle nivå var motvillige til å ta opp spørsmål omkring seksualitet, og ga uttrykk for at de ofte opplevde seg utrygge og ukomfortable. Dette betyr at pasients seksuelle helse ikke ble ivaretatt både av erfarne sykepleiere og nyutdannede sykepleiere. Pasientene ga uttrykk for behov for informasjon og støtte, og å bli sett. Mangel på dokumentasjon var problematisk, som følge av at pasientene opplevde at de ikke ble tatt på alvor. Det ble sett en sammenheng mellom mangel på kunnskap og manglende dokumentasjon.

Konklusjon

Urinkateterisering medfører både fysiske, mentale og sosiale implikasjoner som er mer enn bare tømning av urinblæren. Sex og seksualitet er av særlig viktighet. Pasienter så på helsepersonell som en passende kilde for hjelp med seksuelle problemer, men opplevde at dette sjelden ble adressert. Dermed ble deres individuelle seksuelle behov oversett og neglisjert. Mangel på kunnskap om seksualitet til pasienter med urinkater er også en nøkkelbarriere hos sykepleiere til å innlede diskusjon. Sykepleiere trenger god kunnskap, innsikt og å vise empati i møte med pasienter med innlagt urinkateter.

Nøkkelord: sexuality, sex, permanent catheter, nurses' role, sexual intimacy, patients.

FORSIDE

SAMMENDRAG

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	6
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2	Presentasjon av problemformulering og problemstilling.....	6
1.3	Hensikt.....	7
1.4	Avgrensning.....	7
1.5	Begrepsavklaring.....	7
1.5.1	<i>Seksualitet og seksuell helse</i>	7
1.5.2	<i>Urinkateter</i>	8
1.5.3	<i>Kroppsbilde og identitet</i>	8
1.5.4	<i>Intimitet</i>	8
1.5.5	<i>Seksualitet som grunnleggende behov</i>	9
2.0	TEORIKAPITTEL	10
2.1	Seksualitet og helse.....	10
2.2	Permanent urinkateter påvirkning på fysisk, psykisk og seksuell helse.....	10
2.3	Kateter/kateterisering.....	11
2.4	Fysisk og psykisk betingede seksuelle dysfunksjoner.....	12
2.5	Sykepleiers funksjon i møte med pasient med inneliggende kateter.....	13
2.5.1	<i>Åpenhet, støtte og tilgjengelighet</i>	14
2.5.2	<i>Undervisning og veiledning</i>	14
2.5.3	<i>Sykepleiers utfordringer i møte med det seksuelle mennesket</i>	14
2.6	Sykepleieteori.....	15
2.7	<i>Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient med inneliggende kateter</i>	18
2.7.1	<i>Å snakke om seksualitet</i>	18
2.8	PLISSIT- modellen.....	19
3.0	METODE	21
3.1	Valg av metode.....	21
3.2	Litteratursøk.....	22
3.3	Analyse.....	26
4.0	RESULTATER	27
4.1	Handlingsbarriere hos helsepersonell.....	28
4.1.1	<i>Manglende kompetanse</i>	28

4.1.2 Relasjonsskapning mellom sykepleier og pasient	28
4.2 Kartlegging av seksualitet er underrapportert	29
4.2.1 Manglende dokumentasjon	29
4.3 Opplevelse av seksuell helse er individuell	29
4.3.1 Alder og kjønn virker inn	29
4.3.2 Selvtillit og kroppsbilde påvirkes ulikt	30
4.3.3 Brukermedvirkning i valg av kateter	31
4.4 Pasientene trenger hjelp med mestring	31
4.4.1 Psykologisk støtte og behov for informasjon	31
4.4.2 Aksept og reorientering	32
5.0 DISKUSJON	33
5.1 Metodediskusjon	33
5.2 Resultatdiskusjon	34
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	40
LITTERATURLISTE	41

Antall ord: 10, 900

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Interessen for tema i denne bacheloroppgaven har opphav til det vi har lært både under studiet på skolen og praksisstudier på ulike steder. Under studiet har vi begge lært mye om seksualitet og sykdommer, samt utført ferdighetstrening i å legge inn urinkateter på en faglig forsvarlig måte. I praksisstudiene både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, erfarte vi at sykepleiere ikke snakket om seksualitet eller aldri tok opp temaet med pasienter som fikk lagt inn permanent urinkateter. Det vi har fått mest informasjon og kunnskap om er komplikasjoner og hvordan urinveisinfeksjoner kan forebygges. Gjennom både sykepleiestudiet og praksis har vi lært oss mye om kroppstell og stell av urinkateter. Vi undrer oss om hvorfor utfører, eller veileder sykepleiere pasienten i, hygiene av pasientens underliv uten problemer, som en del av personlig hygiene, mens de samtidig kvier seg for å ta opp tema omkring seksualitet med pasienten? Hvorfor dokumenterer sykepleiere at en pasient har innlagt urinkateter, men ikke pasientens opplevelser vedrørende urinkateteret i forhold til seksualitet?

Seksualitet er en del av livet og menneskets livskvalitet som er en viktig helsefremmende faktor og kan være et viktig aspekt av tilværelsen. Helsepersonellet gir lite oppmerksomhet til temaet, selv om mange av dem mener at seksualitet relatert problemet bør være en integrert del av den helhetlig behandling og oppfølging (Langhelle Trude Hammer, Paulsen Anita, Fredly Kjellaug, Tveit Sekse Ragnhild Johanna, 2021).

Mange pasienter med kroniske sykdommer som fører til innleggelse av permanent urinkateter opplever at deres seksualitet blir rammet. Sykepleiere må til enhver tid utøve helhetlig omsorg og styrke pasientens opplevelse av en god livskvalitet gjennom å åpne opp for samtale om dette og ikke la slike samtaler utebli (2021), spesielt med pasienter som har permanent urinkateter. Slik kan pasienten mestre det nye endrede livet, inkludert seksuallivet.

1.2 Presentasjon av problemformulering og problemstilling

Alle mennesker har en seksualitet, og vårt seksuale liv er en del av oss, som kan vise hvem vi er som mennesker. Seksualitet er ikke kun begrenset til kjønnsorganer. Mange opplever å få en kronisk eller langvarig sykdom som vil innebære en endring i hverdagen på forskjellige måter hos den enkelte person. Den seksuelle helsen kan bli negativt påvirket hos pasienter med permanent urinkateter. Til tross for at sykepleiere vet at sykdom og behandling som innbefatter innleggelse av permanent urinkateter, kan medføre konsekvenser for pasientene, deres

seksuelle helse og livskvalitet, er det manglende oppmerksomhet på pasienters seksuelle helse (Bostock, 2006). Det er videre mangel på erfaring i å snakke med denne pasientgruppen om seksualitet. Uten kunnskap om temaet seksuell helse og av permanent urinkateter, kan svekke sykepleieres evne til helhetlig tilnærming til pasienter som rammes. Dette kan også være et avvik fra forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019) som sier at sykepleiere skal ha «[...] bred kompetanse om menneskets grunnleggende behov», samt at kunnskapen skal brukes til å sette i verk «hensiktsmessige sykepleietiltak». Vår oppgave som sykepleiere er å identifisere og kartlegge alle grunnleggende behov for den enkelte pasient. Altså, seksuelle helse på lik linje med eksempelvis ernæring eller eliminasjon.

På bakgrunn av opplysninger hittil presentert, ønsker vi å undersøke sammenhenger mellom permanent urinkateter og seksualitet, pasienters erfaringer om hvordan kateteret påvirker det seksuelle aspektet av deres liv og sykepleieres perspektiver og holdninger i å snakke om seksualitet med disse pasientene.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke sykepleieres erfaringer og perspektiv i møte med pasienter som har inneliggende urinkateter, kartlegge pasienters erfaringer og ønsker, samt gjennom forskningsbaserte resultater å beskrive hvordan sykepleiere kan ivareta pasienter med innlagt urinkateter på en helhetlig måte.

1.4 Avgrensning

Seksualitet har mange mulige innfallsvinkler, i denne oppgave omtales det pasienter som har permanent kateter, da enten urin- eller suprapubisk kateter. Ordet *kateter* vil fra dette punktet i oppgaven innbefatte disse to typene kateter.

1.5 Begrepsavklaring

1.5.1 Seksualitet og seksuell helse

Begrepet seksualitet kommer fra det latinske *sexus*, som betyr kjønn. Begrepet kjønn har vært knyttet til kropp, handlinger, sosialkonstruksjon, formeringsevne, makt, underkastelse og mer (*referert i Gamnes 2016, s.374*). Ordet seksualitet omhandler mer enn handlingen samleie. I tillegg til det rent fysiske med kroppslige funksjoner og det som sex innebærer av nytelse og orgasme, omfavner seksualiteten også samlivet vårt med en kjæreste, fantasier, kroppslige og mentale opplevelser av nærhet, intimitet og kroppen som følelsesorgan og dens erogene soner. Alt dette bidrar til og avgjør vår seksuelle helse (Aars,2021). I tillegg konsekvenser av

sykdommer og behandlinger kan påvirke og sette begrensninger i menneskers seksualitet og seksuelle helse. Verdens helseorganisasjon sier at den seksuelle helsen er en integrert del i ethvert menneskes personlighet, noe som ikke kan skilles fra andre sider av livet (Aars, 2021).

1.5.2 Urinkateter

Urinkateter brukes til å tømme urinblæren når den ikke tømmes tilstrekkelig på vanlig måte. Urinkateter brukes i hverdagen, før kirurgi, men også i hverdagen til mange personer med dysfunksjonell blære som skyldes annen diagnose, for eksempel, Parkinsons sykdom, MS, diabetes, ryggmargskade, spinal bifida, hjerneslag og inkontinens (Gjerland, 2016, s.274, 278). Urinkater eller suprapubisk kateter er noen av de typene som brukes etter hensikt til behandlingsformål.

1.5.3 Kroppsbilde og identitet

Kroppen er mangfoldig. Den er en kilde til erkjennelse og erfaring og til gode følelser som lyst, glede og begjær. Men kroppen er også en kilde til ubehag, skam og forlegenhet. Skamfølelsens kilder kan også være opplevelsen av å miste eller mangle kontroll over naturlige kroppsfunksjoner, som kan gi følelsen av å tape ansikt og verdighet og være truende for identiteten ved tap av slik kontroll (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø., 2016, s. 28). Det hevdes at menn, mer enn kvinner, føler sin identitet truet når de mister kontroll over blære- og tarmfunksjon (2016).

1.5.4 Intimitet

Intimitet og nakenhet er av relative størrelser, det vil si at kulturelle og sosiale normer påvirker oss i hva vi aksepterer, hva vi liker eller føler avsyke for. Alle bærer med seg en kulturell bagasje når det gjelder kropp og nakenhet som kan komme til uttrykk i de konkrete omsorgssituasjonene. Intimitet dreier seg om både fysisk og psykisk nærhet og kontakt. Det at det er mindre tabu knyttet til nakenhet og intimitet, kan gjøre det enklere å håndtere den nærheten som kroppspoleien i sykdomssammenheng krever. I samme retning virker liberaliseringen av synet på kjønnsroller, seksualitet og følelsesliv (2016, s. 25)

Sykepleieutøvelsen kan innebære både fysisk og psykisk intimitet, som ofte henger sammen, og det kan ta tid å etablere en intim relasjon fordi pasienten må finne ut om sykepleieren er til å stole på og om hen er verdig pasientens tillit (2016, s. 26).

1.5.5 Seksualitet som grunnleggende behov

Ordet behov sier noe om hva man trenger og blir da grunnleggende når det er livsnødvendig for at et menneske skal leve og fungere optimalt. Seksualitet er en del av personligheten vår og gir oss mulighet til å utvikle og styrke identiteten i samspill med andre mennesker. Vi er seksuelle i vårt vesen. Seksualitet omhandler intimitet, nærhet, tilhørighet, følelser og bevegelser. Seksuell aktivitet er en del av seksualiteten vår (Stordalen, Grasaas & Hovland, 2005, s. 98). Ifølge Verdens helseorganisasjon definerer seksualitet som et grunnleggende behov som angår alle mennesker (WHO, 1986). Seksualitet er et grunnleggende behov som omfatter både fysiske, psykiske, åndelige, sosiale og kulturelle sider ved det å være menneske. Seksualitet inngår i alle aldre og livssituasjoner (Gamnes, 2016, s.373)

2.0 TEORIKAPITTEL

I denne delen presenteres fagstoff og sykepleieteori som behandler oppgavens referanserammer knyttet til problemstillingen. Vi skal presentere innleggende kateter og ulike årsaker som fører til at pasienter får lagt inn kateter, hvordan slik behandling kan påvirke pasienten fysiske, psykiske og seksuelle helse. Deretter fremheves sykepleierrollen i møte med pasienter som har inneliggende kateter. Vi ønsker å presentere PLISSIT-modellen, en modell som ble utviklet til å hjelpe helsepersonell å åpne opp for samtale om seksualitet (Kristoffersen et al, 2016, s.399). Til slutt presenteres Joyce Travelbee sin sykepleieteori om kommunikasjonsbygging mellom den syke og sykepleieren.

2.1 Seksualitet og helse

Seksualitet er et grunnleggende behov og er integrert i personligheten som en del av det å være et menneske. Den er også grunnleggende for selvbildet og dømmekraften av oss selv da alle mennesker har behov for å bekrefte sin egen seksualitet. Seksualiteten oppleves og uttrykkes gjennom tanker, fantasier, lyster, tro, verdier, atferd, handlinger, praksis, roller og forhold. Seksualiteten kan bli påvirket av faktorer som samspill mellom biologiske, psykiske, økonomiske, sosiale, politiske, etiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer (Stubberud, Grønseth & Almås 2016, s. 140).

Seksuell helse en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet, ikke bare relatert til fravær av sykdom, dysfunksjon eller funksjonssvikt. Seksuell helse forutsetter en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, så vel som muligheten til å erfare positive og trygge seksuelle opplevelser, uten tvang, diskriminering eller vold. For å oppnå og opprettholde seksuell helse kreves det at seksuelle rettigheter for alle mennesker må bli respektert, beskyttet og oppfylt (WHO, 2002).

2.2 Permanent urinkateter påvirkning på fysisk, psykisk og seksuell helse

Seksualitet kan bli påvirket av kroppsbilde, følelser og holdninger til egen kropp. Kroppen er den mest synlige delen av mennesket og hvordan vi forstår den har en sammenheng med selvbilde og egenverdi. Så vel kroppens utseende som funksjoner har innvirkning på *body image* (kroppsbilde). Den er nemlig utstyrt med sensitivitet, følsomhet og har evne til oppmerksomhet, som er kilder til innsikt og en radar for hvordan vi opplever alle situasjoner vi deltar i (Solvoll, 2016, s. 114-115).

Opplevelsen av kroppsforandring kan være krevende og kan føre til skam. Det kan oppleves vanskelig å akseptere den fysiske forandringen av kroppen som kommer av sykdom og behandling, for eksempel kateterrelatert behandling. I tillegg er det ikke bare utseendet som har betydning for vår selvoppfatning. Hvordan kroppen fungerer gjør også noe med selvbildet (2016, s.115), og med selve opplevelsen av å føle seg seksuelt attraktiv. Det å ha fått kateter, som ikke er synlig under klærne, kan gi negative innvirkninger på livet og opplevelsen av velvære både fysisk og psykisk. Mennesker med blære- og inkontinens problematikk kan via medisinsk beslutning få innlagt kateter. Det påvirker ikke kun blæretømming, men behandlingen har både fysisk, mental, og sosial innvirkning. Sex og seksualitet er også av særlig betydning (Bostock, 2006)

2.3 Kateter/kateterisering

Urinkateterisering blir utført ved å innføre et blærekateter inn i urinblæren gjennom urinrørsåpning eller gjennom huden i suprapubisk. Gjennom kateterisering av urinveiene føres det et kateter inn i urinblæren for å tømme den for urin. Det er ulike årsaker til at kateterisering foretas, enten på grunn av sykdom, ved livets slutt eller i forkant av et kirurgisk inngrep. Det er legen som avgjør hvilken metode som skal benyttes og bruk av blærekateter må startes på riktig indikasjon. Kateteriseringens mål er å redusere risiko for infeksjoner og andre komplikasjoner (Stubberud et al, 2016, s.105,106).

Det finnes flere typer katetre som:

- Intermitterende kateterisering (IK). Her kan sykepleier kateterisere urinen uten at lege er til stede.
- Permanent kateter, også kalt KAD (kateter a demeure); innlagt for kortere eller lengre tid.
- Suprapubisk kateter (SPK), som legges inn av lege; en form for permanent kateter som føres inn i urinblæren gjennom bukveggen. Suprapubisk kateter medfører ikke skade på urinrørsslimhinnen, og kvinner slipper «å sitte» på kateteret. Fordi kateteret ikke er ført inn gjennom urinrøret, er det mulig for seksuell aktivitet. (Fredriksen & Arneberg, 2005, s.518-519)

Noen indikasjoner for inneliggende blærekateter er:

- Ved akutte kontinuerlige blæretømmingsproblemer og når det er kontradiksjon med intermitterende kateterisering.
- Ved behov for presis måling av diurese hos kritisk syke.
- For å avlaste urinblære etter akutt urinretensjon med veldig stort blærevolum.
- Ved behov for kontinuerlig gjennomskylling av urinblære.
- Preoperativt ved visse kirurgiske inngrep.
- Hos pasienter med traumer eller spinale skader som må immobiliseres over lang tid.
- For permanente tømmingsforstyrrelser på grunn av nevrogene blærelidelser eller skader som rammer urinblære eller blæres tømmingsevne.
- For å bidra til tilheling av åpne sakrale eller perineale sår hos inkontinente pasienter.

(Stubberud et al., 2016, s. 106)

2.4 Fysisk og psykisk betingede seksuelle dysfunksjoner

Seksuell dysfunksjoner kan være psykisk eller fysisk betinget, og samme problemer viser seg forskjellig hos mann og kvinne. Flere tilstander, som en skade i hjerne- og ryggmarg, skade i perifere nerver, for eksempel nyresvikt, kan påvirke seksuell funksjon. Seksuell lyst kan også påvirkes indirekte ved at sanseintrykk er svekket på grunn av sykdom eller skade, eller ved at sykdommen eller skade i seg selv har direkte innvirkning på penis, klitoris, skjede, indre genitalier, lubrikasjon, ereksjon og evne til organisme. (Kristoffersen et al., 2016, s. 391.) Det er mange faktorer som påvirker en vesentlig rolle og utvikling av psykisk betingede seksuelle dysfunksjoner, eksempelvis selvbilde, psykoseksuell utvikling, hvordan vi møter andre, prestasjonsangst og krav vi stiller. Etter en akutt sykdom kan det oppstå forandringer i hele livssituasjonen, noe som kan medføre forandret utseende eller nedsatt funksjonsevne. Dette kan videre resultere i en sorgreaksjon hos vedkommende. Det kan være forskjell på hvordan en ung eller eldre person blir påvirket av sykdommen. I sorgarbeidet over å ha mistet en kroppsdel eller funksjon kan andre menneskers sunnhet og gode funksjonsevne være vanskelig å godta

og dette kan føre til at tapet føles enda større for de unge. Derfor er det alfa og omega at den syke og eventuell partner får informasjon om hvordan skade og sykdom kan påvirke seksuallivet. Videre kan manglende informasjon videre føre til unødig angst, bekymringer og i verste fall at pasienten slutter å ha et seksuelt liv. (2016, s.395).

2.5 Sykepleiers funksjon i møte med pasient med inneliggende kateter

Pasienter har en lovfestet rett til å motta informasjon om konsekvenser av den behandlingen de får, som også gjelder konsekvenser som er betydning for seksuallivet.. Helsepersonelloven (1999) § 10, som også er referert i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-3, som sier at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Dette innebærer å gi informasjon uten at pasienten selv må spørre eller kreve å bli informert (2016, s.401).

I kapittel 2 i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere vises det til at sykepleier sin funksjon er å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov. Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket, ved å fremme helse og forebygge sykdom, understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Sykepleier skal videre ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg og ikke minst respektere pasientens integritet. Sykepleie skal derfor fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Informasjonen må kunne inneholde pasientens psykososiale og seksuelle behov og ivaretagelse av egen omsorg.

Det er viktig at sykepleier eller lege tar initiativet til å bringe temaet på banen og snakke om hvilken innvirkning behandlingen har på det seksuelle området. Mange pasienter kan være engstelige for å ta opp seksualitet i samtalen fordi dette er tabuområde for mange. Behovet for støtte og veiledning angående seksualitet kan eksistere og sykepleier bør være oppmerksom på pasienter som ikke selv gir uttrykk for informasjonsbehov og som ikke viser et klart behov for informasjon. I tillegg er sykepleier pliktet til å gi praktiske råd og veiledning og gjerne henvise til sexolog eller andre når situasjonen tilsier det. God informasjon om hva pasienten kan gjøre og hvorfor, er tillitsskapende og styrker samarbeidet mellom pasient og sykepleier, og kan bidra til mestring av situasjonen. Veiledning og støtte til pasienten og pårørende er avgjørende for at

de skal mestre å ta ansvaret for sin egen helse, uten å bli utrygge og engstelige (Stubberud et al., 2016, s. 105). Dette stiller større krav til både lege og sykepleier, da noen operasjoner og forandringer av levemåte kan medføre konsekvenser for pasientens seksualliv som det kan ta lang tid for pasienten å akseptere. Sykepleier må ha et mål om å formidle trygghet, dempe angst og redusere faren for komplikasjoner (s.105)

2.5.1 Åpenhet, støtte og tilgjengelighet

Det er sykepleiers oppgave å kartlegge pasientens urinlatingsmonster og forebygge komplikasjoner som urinveisinfeksjon, overstrukket blæremuskel, og nyreskade. Helsepersonell er dessverre ikke flinke til å spørre pasienten direkte om urinlatingsfunksjon. Dette skyldes at temaet er tabu i tillegg til manglende kunnskap om behandlingstilbud og behandlingseffekter hos både pasienter og helsepersonell. Derfor må sykepleier spørre etter problemer med seksuallivet, urinlating og avføringsmønster (Stubberud et al., 2016, s.141). I tillegg må sykepleieren være åpen og tilgjengelig. Sykepleier må jobbe med seg selv og holdningene til sin egen seksualitet for å tørre å møte pasienter med seksuelle problemer.

2.5.2 Undervisning og veiledning

Sykepleier har i oppgave å undervise og veilede pasienten om endringer i seksualiteten som kan oppstå som følge av sykdom og behandling. Gjerne om hjelpemidler som finnes og hvordan de brukes. Dette handler også om henvisning eller informasjon om hvor pasienten kan få hjelp hvis hen ønsker dette. Sykepleieren må også veilede pasienten og partneren om ulike praktiske sider av seksualitet da seksuelt mangfold kan romme nærhet og intimitet uten samleie, noen som kan være vesentlig for pasientens helbredelse i en sårbar situasjon (2016, s.141).

2.5.3 Sykepleiers utfordringer i møte med det seksuelle mennesket

Seksualitet er relatert til kultur, tradisjoner, holdninger, juss og det kreves en etnisk, faglig og juridisk bevissthet overfor seksualitetens mangfold og skiftende uttrykk. Sykepleier kan ha utfordringer med å innse at den syke ikke nødvendigvis har mistet sine seksuelle behov eller utfordringer i å stimulere refleksjoner rundt sitt eget liv, endret livstil, eller å tilpasse livet til en helse- og funksjonssvikt. Dette er viktige spørsmål som hver enkelt må vurdere og ta stilling til; hvilke normer bør gjelde? Hva aksepteres? Hvor går grensene mellom torelanse og intoleranse? Er seksualitet et individuelt anliggende, eller har samfunnet rett eller plikt til å blande seg? Hvem kan gi svar som gjelder for andre? Hva er aktuell sykepleie når pleiepersonalet er den eneste relasjon pasienten har? Hvordan ivaretas nærhet og intimitet i

pleiesituasjoner? Vårt forhold til egen seksualitet vil prege den sykepleiefaglige vurderingen og valgte tiltak. Sykepleier må være reflektert over egen seksualitet, samtidig som hen setter grenser i møte med andres seksualitet (Stordalen et al, 2005, s. 97).

Sykepleier skal arbeide profesjonelt ved å klare å sette grenser mellom rett og galt, noe som vil hjelpe i møte med seksuelle problemstillinger. For å oppnå kunnskaper om kommunikasjon, holdning og etikk i forhold til sin egen seksualitet, kan sykepleier gå inn i en prosess som inneholder: å bli vant og komfortabel med forskjellige seksuelle emner, uttrykksformer og variasjoner (desensitivisering), økt oppmerksomhet på egne holdninger og følelser over seksuelle emner (sensitivisering) og ved integrering av ny informasjon i sin allerede eksisterende kunnskap (inkorporering) (Kristoffersen et al., 2016, s. 398).

2.6 Sykepleieteori

Teoridelen tar for seg sykepleieperspektiv og pasientperspektiv. Sykepleieperspektivet er ivarettatt med fokus på sykepleie. Vi har valgt å fokusere på Joyce Travelbees sykepleieteori på grunn av hennes hovedfokus på enkeltmennesket og å kunne *se* individene. Bakgrunnen for fokuset ligger i interaksjonen mellom sykepleier og pasient, gjennom ulike faser. Det å ha et godt mellommenneskelig forhold mellom pasienten og seg selv er avgjørende for at sykepleier skal kunne ivareta pasientens åndelige behov. Joyce Travelbee sin sykepleierteori tar for seg sykepleie som en mellommenneskelig prosess.

Joyce Travelbee definerte sykepleie som en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleier hjelper et individ, en familie, eller et samfunn med å forebygge, å mestre erfaringer med en sykdom og lidelse eller finne mening ved sykdom og lidelse (Travelbee, 1971, referert i Kristoffersen et al., 2016, s. 29). Hun la vekt på pasientens opplevelse av å være syk. Hun hevdet for at sykepleie skal kunne hjelpe, har hen også en rolle i å bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten, etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold, gi mennesket hjelp til å akseptere sin sårbarhet, og å bevare håpet (Kristoffersen et al., 2016, s. 30).

Hun la videre vekt på at enhver sykdom er en trussel mot selvet, og personens opplevelse av sin sykdom er langt viktigere enn hvilket som helst diagnosesystem for helsepersonell. En kan ikke vite på forhånd hvordan den enkelte opplever sin sykdom før sykepleieren utforsker dette sammen med vedkommende og får fram hvilke meninger hen tillegger sin tilstand (2016, s. 30).

Det å bruke seg selv terapeutisk er å være bevisst å bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet i å etablere et forhold til den syke med hensikt på å fremme forandring hos pasienten for å lindre hans plager (Travelbee, 2018, s. 44).

Et menneske-til-menneske-forhold

Et menneske-til-menneske-forhold kommer ikke av seg selv. Det bygges opp dag for dag, mens sykepleieren samhandler med den syke og med andre. Det eksisterer ikke bare mellom unike individer, og det stiller krav til både pasienten og sykepleieren om å være personlige og ekte i sitt møte med hverandre. Et menneske-til-menneske-forhold er et mål som bygger seg opp i løpet av tiden mellom sykepleier og pasient. Både pasienten og sykepleieren deler sine erfaringer og opplevelser gjennom samtaler og opprettholder denne kontakten (2018, s. 171). For å nå et menneske-til-menneske-forhold, som er et mål, må begge parter ha gjennomgått disse fasene (2018, s.172):

Det innledende møtet

Sykepleier og pasient møtes for første gang. Derfor kan det oppstå generaliserte oppfatninger av og forventninger fra hverandre. Det første inntrykket og tankene om hvordan den andre er har en stor betydning for hvordan hver vil forholde seg til den andre. Derfor vil begge parter i løpet av møtet observere hverandre, gjøre seg opp noen meninger og antakelser om den andre, som danner grunnlaget for videre samhandling (2018, s. 186). Det første møtet vil ofte være preget av rollefordeling, ved at den syke vanligvis ser sykepleie som «sykepleier», og sykepleieren ser på vedkommende som «pasienten», og ikke som unike individer. Det er først når begge parter begynner å betrakte hverandre som unike individer at disse rollene bortfaller (2018, s. 187).

Fremvekst av identiteter

Dette skjer etter hvert ved videre interaksjoner. En begynner å betrakte hverandre som unike individer med personlige egenskaper. Begges identitet og personlighet kommer fram i lyset. Den andre betraktes i mindre grad som en «rolle» og i større grad av egen identitet. Her opplever en å rette tanker og følelser mot den andre og å motta inntrykk av den andres personlighet. Oppfatning av den andre som et unikt individ, kan skje spontant og ikke viljestyrt, eller bevisst og viljestyrt. Det er avgjørende for sykepleier (2018, s. 188). Forskjellighet i

opplevelser og identiteter er like vesentlig som det å holde oppe båndet eller tilknytning til den andre. Likheter i opplevelser er viktig for muligheten til å føle empati eller forstå den andre, men kan også gjøre en blind for den forskjelligheten som er vesentlig i prosessen fram mot forståelse av den andre. Derfor må sykepleier være bevisst på hvordan hen oppfatter den andre og i hvilken grad hen er i stand til å erkjenne det unikt individuelle og «pasienten» (2018, s. 192).

Empatifasen

Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer og som en prosess der noen er i stand til å forstå betydningen av den andres tanker og følelser der og da. Det er evnen til å knytte seg til den andre og oppleve nærhet ved å leve seg inn i eller å ta del i den andres tilstand, men uten å gå opp i den andre, da det er to ulike personer og opplevelser. I empatifasen blir man oppfattet og anerkjent som et unikt individ og begge parter erkjenner at det formidles noe som er meningsfullt (Travelbee, 2018, s. 193).

Sympati og medfølelse

I denne fasen er det en videreføring av empatifasen som kommer fram i lyset når sykepleier har et grunnleggende ønske om å lindre pasientens lidelse og plager. Empati blir til sympati når det omhandler samarbeid og å vise forståelse for pasientens plager og ha et ønske om å hjelpe. Gjennom sympati og medfølelse blir sykepleier i bedre stand til å forstå pasientens plager og opplevelser samtidig som hen har et ønske om å hjelpe og bidra til etablering av gjensidig kontakt (Travelbee, 2018, s. 200). Sympati og medfølelse er varme, godhet, en kortvarig form for medlidenhet, evne til omsorg opplevd på et følelsesmessig nivå og kommunisert til den andre (2018, s.201).

Gjensidig forståelse og kontakt

Gjensidig forståelse og kontakt er den siste fasen i etablering av et menneske-til-menneske-forhold. Denne fasen bidrar til å skape tillit mellom den syke og sykepleieren. Dette er noe som oppleves når sykepleier og pasient har gått gjennom en prosess med de fire ulike fasene (2018, s. 211). Ved å ha bygget opp en nær relasjon og gjensidig forståelse, kan sykepleieren og pasienten se hverandre som unike individer. Dette gir begge en mulighet til å se hverandres personlighet og utvikles som mennesker for å nå fram til forståelse og kontakt. Sykepleier må

utføre handlinger som lindrer pasientens plager, og som ikke gjør situasjonen verre (2018, s.212).

2.7 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient med inneliggende kateter

Kommunikasjon inngår i alt en sykepleier foretar seg. Samtalen med pasienten skal styrke identiteten til vedkommende. Dette kommer fram ved å formidle respekt og verdighet som inngir tillit eller vekker mistillit. Å forstå hvordan den andre har det, og hva hen tenker, er grunnleggende for å hjelpe pasienten med å bearbeide følelser (2018, s. 215).

Hvordan den som behandler kommuniserer med pasienter er avgjørende for hvilken hjelp vi kan tilby. Å kunne noe om kommunikasjon og mekanismer som skjer i møte mellom mennesker er vesentlig for at den som søker hjelp opplever seg forstått og får riktig hjelp (Gamnes & Johansen, 2017, s. 251).

Det å ha god kommunikasjon er et hjelpemiddel som bidrar til bedre helse for pasientene ved å forstå pasientens som en person, å forstå relasjoner, å hjelpe eller støtte pasientene og til å ta en god beslutning sammen med å stimulere andres utvikling på best mulig måte. (Stewart 1995, referert i Eide & Eide, 2012, s.21).

Ved et godt menneske-til-menneske-forhold viser sykepleier verdighet og respekt for pasientens integritet der det ikke alltid passe å ta opp følelsesmessige og intime problemer. Trygghet og tillit mellom sykepleier og pasienter gjør det lettere for sykepleier å trygge pasienten i det realistiske samlivets forventninger ved kunne være lydhør overfor pasienten. Sykepleier kan reflektere og huske at selv om pasienten synes det er vanskelig å ta opp seksuelle problemer, så er det nok mer vanskelig for pasienten. Å vise empati og innlevelse i hvordan pasienten har det er alfa og omega for at sykepleier skal kunne behandle seksuelle problemer, ikke som et isolert problem, men ved å se det i relasjon til hele pasientens livssituasjon og til en foreliggende sykdom.

2.7.1 Å snakke om seksualitet

Innebærer å tørre. Det betyr å sette ord på situasjoner og følelser som er private og avslørende for pasienten. Det er avgjørende at sykepleier å ikke er redd for å gå i dialog om seksualitet, men å tørre å ta imot det som blir presentert. Ved samtale om seksualitet konfronteres behandleren med egne følelser, og erfaring i forhold til emnet. Derfor er det viktig at sykepleier er bevisst på sine følelser, holdninger, erfaringer og begrensninger, og hvordan disse påvirker

møtet med pasienten. I tillegg kan sykepleieren ha følelser som skyld og skam. Hen vil også være preget av samfunnets normer og innebygde struktur for forståelse av seksualitet. Åpenhet og støtte er alltid viktig, men særledes viktig om sykepleier ønsker at pasienten skal endre risikoatferd, destruktiv atferd, seksuell atferd eller overgrepstatferd. Noen grunnleggende spørsmål kan være: hvordan møter jeg andres menneskers seksualitet, og ikke minst de som har annen seksuell orientering enn meg? Hva er det greit å snakke om? Hva er vanskelig for meg? Er det ting som jeg tar for gitt? Er det noe jeg plasserer som normalt og unormalt? Hvordan uttrykker jeg meg? Hvilke ord bruker jeg? Hvilket kroppsspråk har jeg? Har jeg en profesjonell holdning til temaet? Samtale med kollegaer, gjensidig veiledning og evaluering, samt deling av eksempler fra egen praksis er nyttig for denne prosessen (Gamnes & Johansen, 2017, s. 228).

Kjell Olav Boren og kolleger sa at seksualitet er tabubelagt og å snakke om sex er vanskelig og kan oppleves paradoksalt både for pasienten og behandler. Det ble erfarte at mange pasienter kvier seg for å ta opp spørsmål om sin seksualitet både med sin partner eller helsetjenesten (referert i Aars, 2011, s. 54).

2.8 PLISSIT- modellen

PLISSIT-modellen er en modell som er et verktøy som beskriver fire ulike nivåer helsepersonell kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer. Denne modellen ble utarbeidet av den amerikanske psykologen Jack Annon i 1976. PLISSIT er et akronym som oversatt til norsk betyr (Permission), begrenset informasjon (Limited Information), spesifikke råd (Specific Suggestions) og (Intensiv Terapi). Modellen er bygget opp som en stige på fire nivå og symboliserer at de fleste trenger informasjon om eller hjelp med seksuell problemer (Gamnes, 2016, s. 399)

P-nivået: Her kan alle bli invitert for å snakke om seksualitet. Dette nivået krever ingen utdanning, bare trygghet og rom for samtalen. På dette nivået kan pasienten være rede til å snakke om et vanskelig tema. Derfor er det viktig at sykepleier formidler tillatelse. Tillatelse innebære at pasienten får en opplevelse at seksualitet et en naturlig samtaleemner i en behandling (Langhelle et al, 2021).

LI-nivået: (Limited Information). Dette er begrenset informasjon som kan finnes i institusjoner som legekantor, rådgivningsklinikker, hos helsesykepleiere og psykologer. Informasjon til hvordan en kan forholde seg til seksualitet på generell basis: HIV/aids, seksuelle hjelpemidler,

seksuell aktivitet etter behandling og svangerskap. Informasjon kan gis både muntlig og skriftlig (Gamnes, 2016, s. 400)

SS- nivået: er et nivå der det gis spesifikke forslag eller råd. Dette nivået krever at den som gir råd har kunnskap om rådgivning og en oversikt over kjennskap til ulike forslag og løsninger. Derfor må man kunne begrunne råd faglig (Gamnes, 2016, s. 400)

IT-nivået: det siste nivået som kalles intensiv terapi. Dette nivået innebærer behov for spesialiserte behandlingstilbud med spesiell kompetanse som sexologi og psykoterapi. Behandlingstilbud dreier seg for eksempel om en kjønnsidentitetsproblematikk og seksuell dysfunksjon. Sykepleieren må vise empati for å kunne ha en forståelse av det enkeltes problemet er. Derfor har sykepleier en rolle i å informere pasienten om mulige konsekvenser av den behandlingen hen får og kan henvise pasienten videre til for eksempel til en sexolog. (Gamnes, 2016, s. 400). Sexprat og seksuelle antydninger kan også være en del av helsearbeiderens hverdag. Sykepleiere som har lært å bruke PLISSIT-modellen vil, i stedet for å avvise slike utspill, kunne benytte situasjonen til å gi tillatelse til å snakke om seksualitet og åpne for en samtale om seksuelle tanker og lengsler. Sykepleier må være bevisst på sine grenser, samtidig som det er avgjørende å vise respekt ved god rådgiving og veiledning så langt det er mulig.

3.0 METODE

Bruk av forskningsmetode er en systematisk måte å gå fram på for å samle data om problemstillinger. Oppgaven er en litteraturstudie. Teori og kunnskap er hentet fra fagbøker, pensumlitteratur og fagutviklings- og forskningsartikler.

En metode er fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Den er et redskap som hjelper oss til hvordan vi bør gå til verks for å samle inn data og informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2012, s.111-112).

3.1 Valg av metode

Det skilles mellom kvantitativ metode og kvalitativ metode ifølge Friberg (2017, s.119,129). Man bruker kvantitativ metode når man ønsker brede kunnskap, teste en hypotese eller ønsker å teste årsakssammenhenger. Kvalitativ metode er således mer knyttet til sammenheng (kontekstbundet). Metoden gjenkjennes ved innhenting av informasjon ved intervju, observasjoner og historier for å fange opp subjektive erfaringer og opplevelser. Deretter analyseres data og tolkes og resultater beskrives i ord. (Friberg 2017, s 34). En kvalitativ studie øker forståelse som øverste mål. Med kvalitative studier som utgangspunkt kan vi bedre forstå hva lidelse innebærer, hvordan livet går i forhold til helsefaktorer og prosesser og hvordan pasientens opplevelser, erfaringer og forventninger kan møtes (Friberg, 2017, s129). I kvalitativ studiet kan begrepet evidens brukes i den betydelsen studie som kan være gunstig for sykepleie.

Denne bacheloroppgaven er bygget på kvalitativ metode. Vi valgte denne metoden fordi en kvalitativ studie sikter på å skape forståelse for en person og dens livssituasjon ved å utdype forståelsen for et valgt fenomen som har med pasientens opplevelser, erfaringer, forventninger eller behov til å gjøre (2017, s 107). Ifølge Friberg (2017) kan data om et fenomen eller en problemstilling også samles inn ved hjelp av en sammenskriving der resultater fra allerede gjennomførte og publiserte forskningsstudier sammenlignes (2017). Vi har anvendt Friberg (2017) sin systematiske tankemodell for denne litteraturstudien. Denne modellen og arbeidsmåten ligger til grunn for at vår datasamling består av gjennomgang av publiserte forskningsartikler om gjennomførte studier som omhandler inneliggende kateter og seksualitet. Vi har sammenlignet data for å komme fram til ny kunnskap om tematikken. I tillegg har vi trukket inn relevant litteratur i resultatdiskusjonen.

3.2 Litteratursøk

Valg av databaser

For å finne fram artikler som kunne besvare vår problemstilling og samsvare med oppgavens hensikt, benyttet vi systematiske søk i ulike databaser: CINAHL, Oria.no og British Nursing Index. Disse databasene inneholder relevant forskning som er rettet mot sykepleiefag. I søkeprosessen forsøkte vi å finne data som består av norske artikler, men det kom ikke fram noen relevante studier og resultater som passet oppgavens hensikt. Dermed ble samtlige artikler hentet fra alle nevnte databaser, hvor vi fant relevante artikler knyttet til oppgavens tematikk.

Valg av søkeord og søkestrategier

Søkeord ble valgt på bakgrunn av problemstillingen. Søkene ble utført ved å anvende søkeord: “catheter” AND “sexuality”, “urinary catheter patients” AND “sexuality”, “nurses role in taking care of patients with urinary catheter” og “sexual needs”. Vi fikk flere treff som varierte etter hvert søk i de ulike valgte databasene. Etter flere runder med kritisk granskning, fant vi fire artikler som ble inkludert i oppgaven. Følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier er benyttet:

- Fagfellesvurdert (peer reviewed)
- Ikke være eldre enn ti år
- Studienes informanter måtte være pasienter og sykepleiere

Vi opplevde at det er lite publiserte forskningsartikler fra nyere tid med valgt tema, men vi fant likevel to artikler som ble inkludert da de er relevante til oppgavens problemstilling. Disse avviker noe fra eksklusjonskriteriene da de er litt eldre enn de andre inkluderte artiklene

Nedenfor er det oppsatt en tabell oversikt over litteraturstudiens artikkelutvalg.

Utvalget av inkluderte artikler utgjør oppgavens vitenskapelige grunnlag, men vi har i tillegg benyttet faglitteratur og sykepleieteori for å tilegne oss nødvendig kunnskap som kan underbygge og bidra til ulike forståelser som er viktig for å kunne diskutere resultatene fra artikkelanalysen. Kjernen i problemformuleringstematikken er kateterrelatert seksuell helse. Litteraturen omhandler derfor hvordan det å ha inneliggende kateter har påvirket pasients seksualitet og hvordan sykepleiere kan ivareta seksuell helse av denne pasientgruppen.

Tabell 1: Oversikt av artikler

Artikkel	Perspektiv	Problem	Hensikt/ formål	Metode (utvalg, analyse, m.m.)	Resultater
<p>Tittel: “Nurses experiences discussing sexuality with urinary catheter patients”</p> <p>Forfatter(e): Rachel Baker-Green</p> <p>Tidsskrift: <i>International journal of urological nursing</i></p> <p>Årstall: 2017</p>	Sykepleier	Til tross for at seksualitet er anerkjent som en del av pasientens kartleggings- og fokusområde, er sannheten at dette ofte er et neglisjert aspekt.	Sykepleiere uttrykker barrierer som gjør det vanskelig å snakke med pasienter med urinkateter om seksualitet. Hensikten med studiet var å etablere sykepleieres erfaringer med å snakke om seksualitet med pasienter som har urinkateter.	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet ved semistrukturerte intervjuer av 9 sykepleiere gjennom lydopptak i 2015. Samlet data ble analysert ved hjelp av tematisk konsept.	Fire tema kom fram fra dataene: viktigheten av sykepleier-pasient-relasjon, støtte fra kollegaer, vedlikeholde profesjonalitet og kunnskapsmangel, erfaring og ferdigheter. Gjennom hele intervjuet var det gjentakende fra sykepleiere at de manglet kunnskap om å ta opp temaet om seksualitet med pasienter med urinkateter, utrygge fordi de ikke hadde hatt nok opplæring om det og ville heller ikke ta det opp når de selv ikke viste hva de skulle svare.

<p>Tittel: “How users of indwelling urinary catheters talk about sex and sexuality”</p> <p>Forfatter(e): Alison Chapple, Suman Prinjha, og - Helen Salisbury</p> <p>Tidsskrift: <i>British Journal of General Practice</i></p> <p>Årstall: 2014</p>	<p>Pasienter med inneliggende urinkateter i mindre eller mer enn 3 måneder.</p>	<p>Inneliggende urinkateter kan behandle problemer med inkontinens og retensjonsproblem atikk, men kan føre til fare for infeksjon og kan ha negativ påvirkning på kroppsbilde, sex og seksualitet.</p>	<p>Å utforske individets oppfatninger av hvordan inneliggende urinkateter over lang tid kan påvirke kroppsbilde, kjønn og seksualitet, og hvordan fastleger kan diskutere temaet i konsultasjonene</p>	<p>Kvalitativ studie. Data ble samlet fra 36 pasienter gjennom intervju og ble analysert ved bruk av kvalitativ fortolkende tilnærming. samt tematisk analyse.</p>	<p>Analysen viste fire hovedtema som inkluderer den relative betydningen av sex som en del av hverdagen, selvtillit og kroppsbilde, fysiske årsaker til at kateter påvirket sex, mangel på informasjon.</p>
<p>Tittel: “Incorporating sexual health in catheter care”</p> <p>Forfatter(e): Atkinson K</p> <p>Tidsskrift: <i>The</i></p>	<p>Helsepersonell</p>	<p>Viktigheten av å ta hensyn til kateterets påvirkning på seksualitet er ofte neglisjert når det gjelder eldre pasienter.</p>	<p>Å motsi antagelser om at eldre folk er seksuelt inaktive.</p>	<p>Tar utgangspunkt i en case. Utvalg av case viser kunnskapsmangler og erfaring hos helsepersonell i en personsentret omsorg til pasienter med kateter.</p>	<p>Seksualitet ble ikke prioritert som andre aspekter i pasientomsorgen. Mangel på kunnskap og erfaring hos helsepersonell var synlige i aspekter som gjelder kateter og seksualitet. Det er viktig å ta hensyn til individets</p>

<p><i>Professional Nurse</i></p> <p>Årstall: 1997</p>					<p>seksualitet og seksuelle behov når kateter er en del av behandlingen, uansett alder. Hvis sykepleiere unnlater å vurdere den enkelte pasientens seksualitet, er et grunnleggende behov nektet.</p>
<p>Tittel: “Exploring urinary catheters: the perspectives of patients and nurses”</p> <p>Forfatter De Jaeger, Melanie</p> <p>Tidsskrift: <i>British Journal of Nursing</i></p> <p>Årstall: 2011</p>	<p>Pasienter og sykepleiere</p>	<p>Forskning har fokusert på å finne måter å redusere risikoen for infeksjonskontroll, enn å utforske pasientens perspektiv på å leve med et langvarig inneliggende urinkateter.</p>		<p>Denne studien er en del av et større avhandlingsprosjekt som utforsket de eksakte opplevelser av pasienter som bruker langvarige urinkateter og sykepleieres holdning til urinkateter. En systematisk undersøkelse av litteraturen avdekket seks (6) relevante primærforskningsstudier.</p>	<p>Funn antyder at det var forskjell mellom pleien sykepleiere ga pasienter med langvarige kateter og den helhetlige pleien pasientene hadde behov for. Videre ble sykepleieres beslutningskompetanse hemmet av dårlig tverrfaglig dokumentasjonspraksis i akutt sektor. Det konkluderes med at sykepleieres holdning til urinkateter påvirker omsorgen pasientene får.</p>

3.3 Analyse

Friberg (2017) beskriver analysearbeidet som en bevegelse fra helheten til delene, og derfra til en ny helhet. Dette er en vanlig tankegang i kvalitative analyser. I denne modellen utgjør helheten de valgte artiklene. Delene oppstår når resultatene av artiklene brytes ned med den hensikten å finne relevante aspekter av betydning for formålet den nye helheten skapes fra, den beskrivende sammenhengen fra de ulike delene, som da skaper et nytt resultat (2017, s. 135).

Dette arbeidet utgjør en prosess som er kjennetegnet ved flere enheter, hvor hver artikkel er beregnet som en enhet. Å analysere artiklene handler om å lese gjennom de valgte artikler flere ganger for å analysere deres innhold med fokus på resultat på studiene. Vi startet med å lese godt gjennom beskrivelsen av ulike tema i artiklene for å se ulike likheter og forskjeller i de fem artiklene med hensikten i bakhodet. Det neste var å sammenstille temaene til en ny kategori som ble det nye resultat vi hadde kommet fram til. Deretter satte vi inn resultatene fra de ulike artiklene i en oversiktstabell ved å skrive ned hvilke hovedkategorier og underkategorier som kommer fram i artiklene som var relevante for oppgavens problemstilling. Oversiktstabellen av analysen blir presentert i neste kapittel.

4.0 RESULTATER

I dette kapittelet skal vi innledningsvis introdusere artiklene vi har inkludert og analysert, samt rammer i artiklene. Vi har analysert fire artikler som omhandler kateterrelatert seksualitet. Artiklene tar utgangspunkt både fra pasientens og sykepleiers perspektiv. Studien til Rachel Baker-Green (2017) har fokus på sykepleiere med ulike arbeidserfaringer, hvor ni sykepleiere deltok i studien. Chapple et al (2014) har fokus på pasienter. Her var det trettiseks deltakende pasienter som enten hadde urinkateter eller suprapubisk kateter. Studien til Melanie De Jaeger (2011) har både pasient- og sykepleierperspektiv, men har sine svakheter ved at det ikke kommer klart fram hvordan de har kommet fram til de fire artiklene de bygger sine resultater på, og det er bare ett av resultatene som omhandler seksualitet da tema for artikkelen er mer generelt. Studien til Karen Atkinson (1997) tar utgangspunkt i en pasientcase som rettes mot kunnskap hos helsepersonell. Gjennom analysen av forskningsartiklene kom det fram fire hovedkategorier og åtte underkategorier som fordeles mellom både pasienter og sykepleiere og hver med sitt perspektiv. Disse skal samlet sett besvare oppgavens problemstilling; hvordan permanent kateter erfares av pasienter og påvirker deres seksualitet og sykepleieres holdninger til det å snakke med pasienter om seksualitet.

Tabell 2: Oversikstabell over analyserte artikler

Hovedkategori	Underkategori
Opplevelse av seksuell helse er individuell	Alder og kjønn virker inn Brukermedvirkning i valg av kateter Selvtillit og kroppsbilde påvirkes ulikt
Kartlegging av seksualitet er underrapportert	Manglende dokumentering
Pasientene trenger hjelp med mestring	Aksept og reorientering Psykologisk støtte og behov for informasjon
Handlingsbarrierer hos helsepersonell	Manglende kompetanse Relasjonsskapning mellom sykepleier og pasient

4.1 Handlingsbarriere hos helsepersonell

4.1.1 Manglende kompetanse

I den engelske studien til Rachel Baker-Green (2017), fra et sykepleierperspektiv, kom det fram at sykepleieres handlingskompetanse hang sammen med deres egne holdninger om å føle seg ukomfortabel, hovedsakelig på grunn av mangel på kunnskap og kompetanse og dette ble betraktet som en barriere. Dette førte til det som ble beskrevet som «reluctance» i studien. Reluctance var tydelig bekreftet av sykepleiere i og med at de opplevde seg både utrygge og dårlig forberedt for å ta opp spørsmål om seksualitet med pasienter med inneliggende kateter. Det ble også nevnt andre barrierer som påvirket sykepleierens handlingskompetanse, slik som pasientens religion, kultur, kjønn og sivilstand (2017, s.10). Barrierene førte til at sykepleiere opplevde usikkerhet i det å kunne snakke om seksualitet med pasientene med permanent kateter.

Sykepleierne fortalte at de manglet kunnskap og erfaring til å støtte pasienter med urinkateter og deres seksuelle livskvalitet. Mangel på kunnskap om seksualitet både som student og autorisert sykepleier ble nevnt av alle informantene. Ved spørsmål om de hadde nok kunnskap til å ta opp temaet seksualitet med sine pasienter, svarte de fleste sykepleierne at de manglet kunnskap. Informantene i Backer-Greens studie (2017) uttrykte det på følgende måte:

1. Did not have enough knowledge to discuss it with a patient.
2. because I am not confident to ask patients, I don't even think to ask them...
3. the training issue is because I don't feel fully equipped, because I wouldn't really know the answer. (2017, s.9)

Videre er det rapportert i studien til Baker-Green (2017), at noen sykepleiere opplevde det lettere å prate om seksualitet med yngre pasienter med innlagt kateter. Noen sykepleiere beskrev at de følte seg mer komfortable med å snakke om seksualitet med pasienter av samme kjønn som de selv, mens andre erfarte at det opplevdes mer naturlig å snakke om temaet med pasienter som var gift og seksuelt aktive. Noen sykepleiere mente at øvelse gjør mester, da det var lettere å ta opp temaet med pasientene når de hadde gjort det flere ganger (2017).

4.1.2 Relasjonsskapning mellom sykepleier og pasient

Det mest gjentakende temaet som kommer fram i studien til Rachel Baker-Green (2017), er hvor viktig det var å skape en relasjon med pasienten før sykepleiere var komfortable nok til å opp temaet om seksualitet med pasienter med urinkateter. Forskningsdeltakerne følte seg mer

tilbøyelige til å ta opp temaet med pasienten når det var etablert en relasjon tidligere (2017). Som noen av deltagerne sa:

1. You would have to build up some sort of relationship, and maybe gauge it before it would be appropriate, 2. Had the nurse patient relationship established with the patient and got to know him, 3. Maybe difficult and embarrassing for both parties to bring up straight away... (2017, s.8)

Sykepleiernes følelse av å være ukomfortable og forlegne og muligheten til å skape forlegenheten for pasienten ble også fremhevet som barrierer av deltagerne (2017).

4.2 Kartlegging av seksualitet er underrapportert

4.2.1 Manglende dokumentasjon

I studien til Rachel Baker-Green (2017) kommer det fram at kartlegging av pasientens seksualitet under samtaler var nedprioritert «[...] nursing assessment they use includes nothing about sexuality and expressing body image». Videre i studien ble det også nevnt at dokumentasjon ble betraktet som et aspekt av å handle profesjonelt. Det ble videre trukket fram av forfatteren i studien at i sykepleiekartleggingen av pasienter med inneliggende kateter, bør det være plass for å samtale om seksualitet, da dette bidrar til en helhetlig omsorg for disse pasientene (2017).

I studien til Karen Atkinson (1997) som tok utgangspunkt i en pasientcase i sin studie, ble det rapportert at det foregikk samtaler rundt pasientens seksuelle aktivitet, men ingenting indikerte at dette ble dokumentert i journalen. Pasienten i casen hevdet å ha snakket med sykepleiere om dens seksuelle aktivitet, men det fantes ikke noe dokumentasjon angående dette.

Studien til De Jaeger (2011) kobler mangel på dokumentasjon til underskudd av kunnskap hos sykepleiere om seksualitet.

4.3 Opplevelse av seksuell helse er individuell

4.3.1 Alder og kjønn virker inn

Når det gjelder alder og kjønn har både pasienter og sykepleiere sine perspektiver. En del sykepleiere nevnte at det var lettere å ta opp diskusjon om seksualitet med yngre pasienter, og noen opplevde at diskusjoner med kvinnelige pasienter var lettere enn med mannlige pasienter (Baker-Green, 2017). I studien til Alison Chapple, Suman Prinjha og Helen Salisbury (2014), kom det fram fra pasientene at seksualitet er et individuelt anliggende. For noen pasienter var

seksualitet veldig viktig og kateteret har påvirket deres seksuelle helse. Samtidig fortalte noen pasienter at seksualitet ikke en så viktig del av deres liv, delvis på grunn av alder eller sykdom. Deltagerne i studien sa:

1. Health professionals should realise that for some clients, sex is really important, and having a catheter can really affect it, 2. I haven't lost my libido completely, but it isn't an important part of my life. And my relationship on an emotional side is perfectly content... (Chapple et al., 2014)

Det kommer frem i vurdering av casen til i Atkinson (1997) sin studie at samfunnet undervurderer seksuell aktivitet hos eldre pasienter med inneliggende kateter, hvilket etter pasientenes opplevelse hindrer og gjør det vanskelig for dem å be om hjelp for sine seksuelle behov (1997). Ut fra sykepleieres perspektiv i Baker-Green (2017) sin studie ble det fortalt at samtaler om seksualitet med eldre pasienter var utfordrende, og noen nevnte at utfordringen som fører til en barriere, er at gamle pasienter minner dem om deres egne besteforeldre (2017).

4.3.2 Selvtillit og kroppsbilde påvirkes ulikt

Pasienter opplevde at det ikke var noe pent og estetisk, eller mannlig, ved å ha et kateter. En kvinnelig pasient beskrev det som «nothing feminine» (Chapple et al., 2014), altså at å ha en urinpose hengende på kroppen ødela kroppsbildet. Flere pasienters kommentarer fremhever at de opplevde å ha et negativt kroppsbilde og manglet en seksuell identitet. Det var delvis på grunn av både deres nedsatte funksjon og inneliggende kateter (2014). Pasienter med ulike typer diagnoser som førte til innleggelse av permanent kateter beskriver med følgende utsagn;

My spinal cord injury was desexualising, and the catheter made it worse...you stop really feeling like a woman [...], 2. with a suprapubisk kateter I could not imagine having a sexual relationship, it affected my body image [...],3. I found having urinary catheter dehumanising and lack the confidence to have sex. (2014)

Pasientgruppene i studiene (Atkinson 1997; De Jaeger, 2011, Chapple et al, 2014), hadde enten permanent urinkateter eller suprapubisk kateter, og begge behandlingene omtales som å påvirke deres seksualitet, selvtillit og kroppsbilde. Noen pasienter nevnte at å ha inneliggende kateter hindret dem fra å inngå i et seksuelt forhold. Spesielt for yngre pasienter medførte dette at de følte seg nedstemte, lite attraktive og det igjen gjorde det vanskelig å date. Inneliggende kateter påvirket kroppen, både fysisk og mentalt, beskrevet med utsagnet: 'it does have inevitably a mental consequence on sexual relationships' (Chapple et al., 2014). Samtidig ble det omtalt i

studien, basert på uklart individuell forskjell og holdning, at noen pasienter ikke ble negativt påvirket av å ha et kateter med tanke på kroppsbilde (2014).

4.3.3 Brukermedvirkning i valg av kateter

Det er viktig at pasienten er med i beslutningen av behandlingsmetode, altså den type kateteret som passer best i forhold til dens forutsetninger. I Chapple et al. (2014) sin studie ble det rapportert at sex er enklere med et suprapubisk kateter enn med et urinkateter fordi kateteret ikke er plassert i nærheten av genitalia. Studien viser, at for noen pasienter, hadde skifte til etsuprapubisk kateter vært en stor lettelse både for deres kroppsbilde og for å oppnå orgasme (2014). Pasienten i studien til Atkinson (1997) var i stand til å diskutere sine seksuelle behov, men ble ikke oppsøkt. Pasienten hadde ikke fått med seg alternativ metode som passet hans behov. Det ble derfor trukket fram av forfatteren at når det er mulig, bør beslutningen om å bli kateterisert være en felles beslutning mellom pasient, pleier og helsepersonell (1997). Noen pasienter rapporterte i annen pasientfokusert studie at pasienten måtte be om annen type kateter som ville medføre at det ble enklere å utføre samleie. Det var fortalt om erfaringer med smerte, blødning og sår under samleie med urinkateter (Chapple et al., 2014).

4.4 Pasientene trenger hjelp med mestring

4.4.1 Psykologisk støtte og behov for informasjon

Deltagerne i Chapple et al (2014) sin studie påpekte at de erfarte at helsepersonell opplevdes motvillige til å samtale om sex og seksualitet. Mange pasienter opplevde at dette skapte mye usikkerhet i deres situasjon. Det kommer videre fram i studien en undring over hvorfor helsepersonell ikke snakket om seksualitet “Why they think because you’ve had a suprapubic catheter put in, that that means sex is now out of the window” (2014). I studien til Karen Atkinson (1997) rapportertes det at pasienten hadde behov for informasjon knyttet til seksuell aktivitet, spesielt ved utskrivelse, men den manglet. I mange tilfeller hvor pasienten måtte seponere kateteret for å ha samleie, hadde hen pådratt seg infeksjoner som førte til sykehusinnleggelse. Forfatteren i studien støttet mangel på emosjonell støtte og praktisk veiledning som er nødvendig ved utskrivelse og kobler dette til tidspress og dårlig utskrivelsesrutiner (1997). De Jaeger (2011) opplyser i sin litteratur review at deltagerne anerkjente kyndigheten hos sykepleiere når det gjelder fysisk og praktiske elementer rundt kateter og behandling, men opplevde at sykepleierne hadde begrenset kunnskap om psykologisk innvirkning og støtte som trengs (2011).

4.4.2 Aksept og reorientering

En beskrivelse av opplevelse fra deltagerne i studiet til Chapple et al, (2014) med fokus på pasienter, gir innsikt i hvordan innlagt kateter utgjør en del av endringen i deres kroppsbilde og krever at det trengs aksept av endring både hos pasienten og partneren. En deltager med suprapubisk kateter i Chappel et al. (2014) sin studie sa:

I could not imagine having a sexual relationship with catheter in place, because it affected my self-image, nine years later I still felt the same way about herself. En annen deltager sier: my boyfriend obviously wanted to do sex, more than what I wanted. But he used to understand that I couldn't be going through the pain. (2014)

Videre i studien rapportertes det at noen pasienter brukte humor for å takle situasjonen, spesielt under samleie. Dermed ble humor brukt til å overvinne mulig skam, forlegenhet eller nedstemthet, og for å bevare egen selvtillit. Et sitat fra én av deltagerne;

Maybe I'm the type of person that can have a joke and stuff, I used to be like, 'oh, I've just got to move my wee bag out of the way, but I obviously I wished I didn't have to say that. (2014)

5.0 DISKUSJON

Diskusjonsdelen består av to deler, metodediskusjon hvor vi skal diskutere om arbeidet å søke opp relevant litteratur som kunne svare på vår problemstilling, neste kommer resultatdiskusjon hvor vi skal drøfte resultatene i lys av oppgavens hensikt og trekker inn relevant teori for å danne en ny helhet. Vi vil også trekke inn våre egne erfaringer?

5.1 Metodediskusjon

I forhold til vår hensikt i bacheloroppgaven, ønsker vi å søke ut et utbredt mulige utvalg av forskningsstudier som kunne svare på vår problemstilling. Vi har benyttet ulike databaser og søkeord for å hente inn relevante studier som dekker hele tematikken vår. Likevel er det plass til inklusjon- og eksklusjonskriterier og som er klarlagt i metodekapittelet. Med hensikt til hva vi ønsker å undersøke, kunne empiriske undersøkelser vært relevant da aktuelle informanter blir sykepleier og pasientene her i Norge, men grunnutdanningsstudenter har ikke anledning til å fullføre slike intervjuer da dette først krever behandling og godkjenning i Regional Etisk Komite (REK). Vi har derfor i utgangspunktet søket kvalitative studier med kvalitet som ses i lys av tilnærings egenart. Vi valgte fire artikler da vi ønsker å finne en bredde perspektiv av de ulike forskningsartiklene. Kjentegn ved studiene som var funnet er at studiene tar for seg en geografisk begrenset felt innenfor vesteuropeiske land som har kulturelle likheter med det norske forhold, med tanke på økonomiske forhold og levestandard. Et annet kjennetegn ved studiene er at forskerne søker å forstå og løfte fram informantenes perspektiv ved et samarbeid med forskningsinformantene. I starten av Forskningsstudiene, var det presentert hensikt med studien, problemstillingen, valg av datainnsamlingsmetode og valg av informanter. Det var også beskrevet hvordan dataene ble hentet og analysert, etiske betraktning som var tatt hensyn til, begrensninger og implikasjoner ble også presentert.

Artiklene vi brukte var skrevet på engelsk, da måtte vi oversette innholdet til Norsk. Med dette har vi brukt mye tid til å oversette, og det kan hender at gjennom oversetting har vi gått tapt av noen viktige innhold i fortolkningsprosessen. Tolkingen av studiene er da utarbeidet etter vår faglig forståelse. Artiklene hadde faglig bredde som betyr at ikke alle forskerne hadde samme hovedfokus. Noen av de forskerne fokuserte på pasienter, noen andre fokuserte på helsepersonell og noen har tatt begge som hovedfokus. For eksempel, hovedfokus hos Chapple mfl (2014) var pasienter med inneliggende kateter og seksualitet, Baker-Green (2017) fokuserer på sykepleieres erfaringer om seksualitet med pasienter med inneliggende kateter, perspektiv om seksualitet fra begge parter var De Jaeger (2011) fokus. Disse artiklene har vi analysert etter

Fribergs analysemodellen som var tidligere presentert i oppgaven. Analyseringen går ut på å sortere opp helheten i deler som hjalp oss til å danne en ny helhet etter vår forståelse av artiklene. Med dette har vi delt studiene i hovedkategorier og underkategorier som ble bruk i resultatdelen av oppgaven.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne bacheloroppgaven har vært å undersøke pasientens erfaringer ut fra deres ståsted om hvordan inneliggende kateter påvirke deres seksualitet, undersøker hva sykepleieres holdning og perspektiv er i møte med disse pasientene. Videre skal denne oppgaven til slutt besvare hvordan sykepleiere kan ivareta seksuelle behov til pasienter med innlagt kateter på en helhetlig måte.

Artiklene vi har anvendt omtale hovedsakelig pasienter som av forskjellige årsaker har fått innlagt enten urinkateter eller suprapubisk kateter i en viss periode, sykepleier i møte med disse pasientgrupper. Aldersgruppen varierer i enkelte artikler, men omtrent fra 20-95 år. Dette betyr at hensikten med oppgaven berører en god seksuell helse uansett alder og sykdom.

Før vi startet med å søke på og lese artiklene, hadde vi resonert oss fram til hva vi var genuint opptatt av hele resten av sykepleiestudiet vårt. Vi visste på forhånd at seksualitet er et tema som ikke mange i helsevesenet snakker om, selv om vi har kunnskap om hvordan sykdom og behandling påvirker den. Vi fokuserte derfor på å undersøke hvordan seksualitet påvirker pasienter med permanent kateter grunnet behandling, og sykepleiere sitt perspektiv og erfaringer relatert til temaet. Dette kan hjelpe til med å finne mulige løsninger for ivaretagelse av pasientenes grunnleggende seksuelle behov, ved å først belyse pasientperspektiver.

Enkelte av de studiene vi har analysert hadde enten pasient- eller sykepleierperspektiv i sin studie. Baker-Green (2017) og Chapple et al (2014) kartla barrierer som sykepleier møter i diskusjon om seksualitet med pasienter med inneliggende kateter. Det kom fram at sykepleiere opplevde barriere som kunne være personlige, samfunnsmessige, kulturelle og organisatoriske. Disse hindringer kunne også skyldes sykepleiers egne følelser omkring seksualitet og mangel på tillit og trygghet til å ta opp temaet med pasienter. Sykepleiere med problematisk eller uavklarte forhold til sin egen seksualitet kan gå inn i en desensitivisering, sensitivisering og inkorporeringsprosess for å øke oppmerksomhet og bli mer komfortable i integrering av ny informasjon til eksisterende kunnskap (Kristoffersen et al, 2016). Det er avgjørende at sykepleiere er oppmerksomme på egne og andres fordommer. Sykepleieren bør ta utgangspunkt

i hver pasients individuelle behov og være bevisst på sine følelser, holdninger, erfaringer og begrensninger, og hvordan disse påvirker møtet med pasienten. I tillegg kan ubehandlede følelser bæres med som skyld og skam. Dette vil også være preget av samfunnets normer og innebygde struktur for forståelse av seksualitet. Åpenhet og støtte er alltid viktig, men særdeles viktig er det at sykepleie ønsker at pasienten skal endre risikoatferd, selvdestruktiv atferd og seksuell atferd. (Johansen & Gamnes, 2017, s. 228)

Baker-Green (2017) og Atkinson (1997) rapporterte at sykepleierne opplevde at de manglet kunnskap om å innlede en slik samtale, som samsvarer med det som ble betraktet som «reluctance» (2017). Det er naturlig at man føler seg utrygg på hva som er ukjent og kvier seg for den store samtalen i seg selv. For det er en ting å spørre og en annen ting hva vi skal gjøre når pasienten plutselig spørre om seksualitet. Dette er jo ikke noe vi kan gå inn på medisinerrommet for å løse, det trengs handlingskompetanse her og nå.

De vanligste grunnleggende behov vi er mest vant til er eksempelvis ernæring, smerte, stell og respirasjon, men seksualitet, et grunnleggende behov er på lik linje som disse. Det står mange varslende katastrofer om sykdom og behandling kan forekomme i lærebøker, men ifølge Baker-Green (2017) sin studie er det fortsatt mangel på kunnskap og handlingskompetanse, noe som fører til at sykepleiere ikke er rustet til å takle samtalen med pasienter med permanent kateter.

Mange andre forskere, for eksempel Prinjha et al, (2013) og Bostock et al, (2008), har også vist at sykepleiere mangler kunnskap om seksualitet, har manglende oppmerksomhet på pasientens seksuelle helse og mangler erfaring i å snakke med pasienter med kateter om seksualitet. Selv om sykepleiere har kunnskaper om at sykdom og behandling kan medføre store konsekvenser for pasienter, er det rapportert mangel på kunnskap som ble beskrevet av Baker Green (2017) som manglende handlingskompetanse og trening som gjelder pasienter seksuelle helse som igjen henger sammen med livskvalitet (Chapple et al, 2014). Hva gjør vi med kunnskapen da? Ifølge NHO (2017) er kompetanse definert som evnen til å løse oppgaver og mestre utfordringer i konkrete situasjoner, det inkluderer kunnskap, ferdigheter, holdninger og hvordan disse brukes i samspill. Det mangler fortsatt handlingskompetanse og framgangsmåte rundt et slikt sensitivt tema. Dette medfører at det blir sett bort fra pasienters med innlagt kateter sine seksuelle behov. Mange deltagere nevnte at de som sykepleiere ikke hadde nok erfaring og ferdigheter rundt temaet (Baker-Green, 2017). Sykepleiere må derfor trene i å kartlegge og støtte pasienter sin seksualitet under slik behandling. Opplæring både for sykepleiestudenter og ferdig utdannede sykepleiere er avgjørende for å støtte pasienter med urinkateter med sin

seksuelle livskvalitet. Opplæring bør inneholde praktiske råd om hvordan sykepleiere kan oppsøke pasienter med seksuelle problemer. Opplæringen bør fokusere på hvordan kateterbehandling kan påvirke pasientens seksuelle helse og ikke minst tiltak for pasientens psykososiale behov. I tillegg bør sykepleiere ha ansvar for å erkjenne og oppsøke problemer knyttet til pasientens seksualitet med kateter, både før, under og etter innleggelse av kateteret kan påvirke den seksuelle funksjonen i betydelig grad.

Sykepleiere og sykepleierstudenter trenger veiledning og praksis vedrørende seksualitet med pasienter med permanent kateter. Treningen må inkludere simulering med bevisst øving i hvordan sykepleiere bør møte og innlede samtale med pasienter med permanent kateter. Ferdigheter og erfaring fra slik simulering skal hjelpe sykepleieren til å skape trygghet og tillit med pasientene. Slik erfaring vil hjelpe sykepleiere til å bli godt rustet til å ta opp samtalen.

Ut fra våre egne erfaringer under sykepleieutdanning er dette en viktig del som mangler i både grunnleggende sykepleie og klinisk sykepleie som undervisningsmaterieell relatert til bruk av urinkateter. Når sykepleiestudenter få kunnskapen, vil det skape tillit og erfaring med pasienter, noe som vil gi sykepleiere mulighet til å løse pasienter med inneliggende kateter sine seksuelle problemer i praksis.

Baker-Green (2017) konkluderte at sykepleiedokumentasjon må ha plass for å utføre en slik kartlegging. Kartlegging av pasientens seksualitet er en del av sykepleierens helhetsvurdering for å ivareta helhetlig omsorg. De Jaeger (2011) belyser at sykepleierens beslutningskompetanse blir hemmet av dårlig kateterrelatert dokumentasjon i praksis og i akutt sektor der de sendte pasienten videre. Derfor må sykepleiere være på vakt i vurderingen av begrunnelse og løpende krav til pasientens kateter og invitere til tverrfaglige diskusjoner om fjerning eller pågående pleie. Under et intervju i Baker-Green (2017) sin studie ble det uttrykt bekymringer om å vedlikeholde sykepleiens profesjonalitet når en klaget på hvordan sykepleievurderingen ble dokumentert, altså ingenting om seksualitet eller body image. I studien oppdaget deltakende at erkjennelse av seksualitet ikke var inkludert i sykepleievurderingen, da mange rapportert kun stilte spørsmål ved vurderingen (2017).

Kartlegging og dokumentasjon av seksualitet er ett av områdene i flere dokumentasjonssystemer, slik som CosDoc, DIPS og Profil. Før og under utdanningen har vi vært på forskjellige avdelinger med disse dokumentasjonssystemene både på sykehus og i omsorgstjenester. Vi har lagt merke til at det som oftest blir dokumentert under seksualitet er

antall barn og sivilstand. Inkludering av seksualitet i vurderingsdokumentasjonen ville også hjelpe sykepleieren med å redegjøre for spørsmål rundt seksualitet og gi dem tillit til å diskutere problemet profesjonelt. Det kom fram at sykepleiere mener at det er pasientens sitt ansvar å ta initiativ. Helsepersonell-loven § 40 (1999) sier at *krav til dokumentasjon og at journalens innhold skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt og skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell (1999).*

Tidspress ved utskrivelse kan påvirke hvordan sykepleiere setter seg inn i pasientens opplevelse av det å leve med et kateter (Atkinson, 1997). Dette kan være en barriere til å innlede diskusjon om seksualitet med pasienter med kateter

Det kunne bli laget støttende brosjyrer som forklare mulige seksuelle problemstillinger som pasienter med permanent kateter kan komme til å møte (Baker-Green, 2017).

Selv om en brosjyre kunne løse problemstillingen må det også gis plass for ordentlig samtale med disse pasientene for å hjelpe pasientene med stille aktuelle spørsmål i stedet for å bare levere ut en brosjyre til pasientene, slik at de måtte finne ut dette selv, eller at pasientene oppsøker egne løsninger på en eller annen måte som kan føre til infeksjoner, slik som det er nevnt i studien til Atkinson (1997).

Deltagere i studien til Baker-Green (2017) berørte et annet aspekt som påvirker at det var ikke enkelt å starte en samtale med pasienter som hadde ikke turt å gjøre dette tidligere i forløpet. Sykepleierne bekreftet at det er viktig å skape en god relasjon med pasient først, før innføring av samtalen. Det å legge grunnlag for en trygg relasjon i møte med pasientens seksualitet gjør sykepleiere bedre i stand til å mestre og forholde seg aktivt til det som anses som et vanskelig tema. Utrygghet, sammen med manglende kunnskap, hindrer muligheten til å ta opp et slik vanskelig tema, slik at det gjennom en trygg relasjon mellom sykepleier og pasient, samt forventet kunnskap, kan gjøre oppgaven lettere. Altså er faglig og personlig trygghet viktig for å kunne håndtere situasjonen. Når sykepleiere er trygge i en situasjon, er de oppmerksomme på pasientens behov for hjelp til å mestre behandlingskonsekvenser knyttet til seksuell helse. For at sykepleie skal klare å få inntrykk av andre sine plager må empati være til stede (Travelbee, 2018, s. 193). Derfor når sykepleie kommer så intimt inn som ved behandling med kateter, så kan hen ikke ta det for gitt eller forvente at pasienter stiller spørsmål på eget initiativ. Joyce

Travelbee teori kan være nyttig for sykepleier slik at de kan hjelpe pasienter med inneliggende kateter, der hen viser hvordan sykepleier kan etablere seg terapeutisk i samhandling med pasient ved å etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold, gi mennesket hjelp til å akseptere sin sårbarhet, og å bevare håp (Kristoffersen et al., 2016, s. 30).

Artikkelen til Chapple et al (2014), omtaler pasienter i forskjellige aldersgrupper, rundt 22-96 år som får kateterrelatert behandling. Dette kan resultere i at funnene ikke er begrenset til en bestemt aldergruppe. Dette kan ses i lys av at seksualitet og seksuelle behov er individuelt og ikke begrenset til alder. Mange av pasientene ga uttrykk for at deres seksualitet var visket ut på grunn av alder. Ifølge Baker-Green (2017), fortalte sykepleiere at det følte både kleint, skummelt og utfordrende å snakke om seksualitet med denne pasientgruppen.

Det kan konkluderes at det ikke er bare unge personer som har seksuelle behov, behovet for seksualitet og hvordan kateterbehandlingen påvirker, varierer fra menneske til menneske, og denne typen behandlingen kan føre til en endring av livssituasjon.

Sykepleierne i studien til Baker-Green (2017), ville helst snakke om temaet med sine pasienter dersom pasientene var av samme kjønn. Dette kan medføre at sykepleier har utfordringer med i å sette seg inn i og forstå pasientens utfordringer, noe som kan påvirke evnen til å kunne veilede og støtte dem (2017). Resultat fra studien til Atkinson (1997) formidler pasientens dilemma med samfunnets holdninger til Eldres seksualitet og seksuelle aktiviteter hos eldre med permanent kateter som blir lite positivt framstilt, hvilket kan hindre eller gjøre det vanskelig for eldre pasienter å snakke om sin seksualitet (1997). Sykepleiere i studien til Rachel (2017) var også påvirket av denne samfunnsoppfatningen og deres miljø (2017). Sykepleier må stille seg åpen i møte med pasienter, som kan ses i lys av å handle profesjonelt, og som profesjonelle yrkesutøvere, gjennom etablering av et menneske-til-menneskelig-forhold, som er sentralt begrep i Travelbees sykepleietenkning (referert i Kristoffersen et al., 2016, s. 29).

Av resultater som fremkom i studien til Chapple et al. (2014) påvirket det å ha permanent kateter pasienters selvtillit og kroppsbilde, men i noe ulik forstand (2014). Derfor må sykepleiere ta avstand fra å generalisere, men kjenne til pasientens opplevelse av å ha et kateter. Dette kan oppnås ved å ta en helhetlig kartlegging av enkelte pasienter som får innlagt permanent kateter. Det ble rapportert i studiene til Atkinson og Baker-Green (1997;2017), mangel på dokumentering som kan gå på bekostning av at pasientens seksualitet ikke tas på alvor. Pasienten er derfor utsatt for å takle sine bekymringer alene. Det ble nevnt av Bostock,

(2006) at en del av sykepleierkartleggingsprosessen er å gjenkjenne og validere disse bekymringene og løse dem tidlig i pasient- og sykepleier relasjoner.

Konklusjon

Det er ikke kun infeksjoner og komplikasjoner som er knyttet til kateterbehandling, men å få/ha permanent kateter også påvirke kroppsbilde, selvtillit og seksualitet. Seksualitet er en del av helse og livskvalitet på samme måte som andre områder av vår helse. Det å ha permanent kateter kan være vanskelig for pasienter som ønsker et godt seksuelt liv. Det er viktig med mer informasjon om seksualitet når en pasient får kateterbehandling. Sykepleiere må være litt mer forsiktige med antagelse av hvem som er eller ikke er seksuelt aktive, men kartlegge den enkeltes følelser knyttet til sex, intimitet, seksuelle plager, utfordringer og bekymringer. Selv om det finnes sexologiske rådgivere, kan ikke sykepleiere nedprioritere seksualitet, et grunnleggende behov til pasienter med inneliggende kateter, nedfestet i yrkesetiske retningslinjer. Alle som har pasientkontakt, har et ansvar for pasientens seksuelle helse. Noen kan henvises til en sexolog, for noen er det bare tilstrekkelig med en samtale.

Det viser at det er mer behov for forskning på kunnskap, dokumentasjon, omsorgskultur og verdighet relatert til pasienter med permanent kateter. Sykepleiere har også ansvar for å kartlegge og dokumentere seksualitet til hvert individ. Det finnes lite fagstoff om hvordan sykepleier kan ivareta seksuelle behov hos pasienter med inneliggende kateter i pensumbøkene våre, men det finnes verktøy som PLISSIT-modellen, om hvordan sykepleier kan nærme seg seksuelle tema gjennom andre områder. Sykepleier bør derfor bruke sine kunnskaper og ferdigheter fra andre områder for å komme nærmere til temaet seksualitet. Sykepleiere er profesjonelle som har ansvar for å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. Derfor må sykepleiere bruke sin kompetanse profesjonelt til å hjelpe pasienter som ikke klarer å uttrykke sine plager og ikke minst ta ansvar for å utvikle sin kunnskap.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Sykepleiere har en viktig funksjon i å kartlegge og samtale med pasienter som har permanent kateter og deres individuelle seksualitet. Sykepleierstudenter bør få økt og utdypende kunnskap og ferdigheter om kateterrelatert seksualitet under utdanningen for å kunne tilegne seg forhåndshandlingskompetanse før de blir ferdig utdannet. Ledere har en hovedrolle i utviklingen av sykepleiere i arbeid angående temaet om seksualitet med pasienter med inneliggende kateter og skal sørger for at pasientenes behov blir ivaretatt. Det bør investeres i innføring av kurs i avdelingene, spesielt i avdelinger hvor sykepleiere treffer eller behandler pasienter med permanent kateter. PLISSIT-modellen bør brukes aktivt i praksis, samt under sykepleieutdanning, for å forberede sykepleieren til å være i stand til å gjøre en god vurdering og gi råd og veiledning til pasienter med permanent kateter.

Beslutningen om å ta i bruk enten urinkateter eller suprapubisk kateter bør diskuteres med hensyn til faktorer som kan påvirke seksuell livskvalitet på lik linje med infeksjonsfare. Sykepleiere må stille seg åpne for å hjelpe etter pasientens individuelle behov og forutsetninger.

LITTERATURLISTE

- Aars, H., (2021,11.03). Hva er seksualitet. Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-83165.pdf>
- Atkinson K. (1997). Incorporating sexual health into catheter care. *Professional Nurse*, 13(3):146–148.
- Baker-Green, R. (2017). Nurses experiences discussing sexuality with urinary catheter patients. *International Journal of Urological Nursing*, 11, 6–12.
<https://doi.org/10.1111/ijun.12114>
- Bostock, N. & Kralik, D. (2008). Sexual health and living with a urinary catheter. *Australian & New Zealand Continence Journal*, 14(1):14–19.
<http://search.ebscohost.com.ezproxy.uis.no/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105915107&scope=site>
- Chapple, A., Prinjha, S., & Salisbury, H. (2014). How users of indwelling urinary catheters talk about sex and sexuality: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 64(623), e364-e371. <http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.3399/bjgp14X680149>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- De Jaeger, M. (2011). Exploring urinary catheters: the perspectives of patients and nurses. *British Journal of Nursing*, 20(7), 400–408.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.7.400>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fredriksen, A. & Arneberg, H.M. (2005). Eliminasjon (vannlating). I Mekki T. E. (Red.). *Sykepleieboken 1*: Oslo: Akribe
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>

Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N.J. Kristoffersen F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie* (bd. 2). Oslo: Gyldendal akademisk.

Gamnes, S. & Johansen, M. (2017). *Metodebok for seksuell helse* (8. utg. rev.). Oslo: Sex og samfunn.

Gjerland, A. (2016). Eliminasjon. I N.J. Kristoffersen F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie* (Bind 2). Oslo: Glydendal akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. LOV-1999-07-02-64. §10, 40.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie 2 2* (3rd ed.). Gyldendal akademisk.

Langhelle, T.H., Paulsen, A., Fredly, K., Tveit Sekse, R.J. (2021). Sykepleien. Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. Hentet fra

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83207>

Næringslivets Hovedorganisasjon, NHO (2017).

<https://arbinn.nho.no/arbeidsliv/kompetanse/kompetanseutvikling/ord-og-uttrykk-om-kompetanse/hva-er-kompetanse/> Hentet 10.05.21

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. § 3

Prinjha, S. & Chapple, A. (2013) Living with an indwelling urinary catheter. *Nurs Times*, 109(44):12, 14.

Seksuell helse (2021). Startsidene. Hentet fra

[Seksuell Helse – Informasjon om seksuell helse tilgjengelig for alle! \(seksuell-helse.no\)](https://seksuell-helse.no)

Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.). (2016). *Klinisk sykepleie 2*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Solvoll, B.-A. (2016). Identitet og egenverd. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie* (Bind 3). Oslo: Gyldendal akademisk.

Syse, A. (2018). *Norges lover lovsamling for helse- og sosialsektoren 2018-2019*. Oslo: Gyldendal.

Travelbee, J. (2018). Mellommenneskelige forhold I sykepleie. (1. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wilde, M. H. (2002) Understanding urinary catheter problems from the patient's point of view. *Home Healthc Nurse*, 20(7):449-55. doi: 10.1097/00004045-200207000-00010

WHO (28.-31 Januar, 2002). Gender and human rights.

https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/.

Hentet 26. april. 2021.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

.