



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÅSTERÅS**

Akademien för hälsa, vård och välfärd

Att samtala om kvinnors samliv vid urininkontinens
-Ett svårt område för distriktssköterskor

Examensarbete i: Vårdvetenskap

Nivå: Avancerad

Högskolepoäng: 15

Program/utbildning: Distriktssköterskeprogrammet

Kurskod: OVA024

Datum: 081106

Författare: Sari Sääntti

Handledare: Lena Wiklund

Examinator: Maja Söderbäck

Sammanfattning

En del kvinnor upplever sin urininkontinens som en naturlig del av ålderdomen och något som de lärt sig att hantera. Andra kvinnor anser att urininkontinens styr deras tillvaro och livet går ut på att försöka dölja sitt urinläckage. Känslor av skam och oro för urinläckage speglar deras liv. Distriktssköterskor och kvinnor har svårt att samtala om urininkontinens och ännu svårare när det gäller samlivet. Kvinnor kan också uppleva sig ovärdigt bemötta i sjukvården. De önskar att distriktssköterskor frågar mer om deras urininkontinens eftersom de själva inte vågar fråga. Studiens syfte var att beskriva hur distriktssköterskor hanterar frågor som berör kvinnors samliv när de lider av urininkontinens. Data insamlades genom intervjuer med fyra distriktssköterskor och analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet visade att distriktssköterskorna inväntar kvinnans initiativ till samtal eftersom de saknar erfarenhet av samlivsfrågor. Kvinnor har svårt att sätta ord på sina problem och då får distriktssköterskor lirka fram berättelsen. Ibland avgör distriktssköterskorna att det inte är aktuellt för den äldre kvinnan med samliv och undviker att fråga. Urininkontinens kan påverka samlivet som är en ömsesidig relation och välgörande för hälsan. Det är därför viktigt att distriktssköterskor vågar samtala om samlivet och hjälpa kvinnor till en bättre hälsa.

Nyckelord: kvinnor, primärvård, samliv, samtal, urininkontinens, vårdrelation.

Abstract

Some older women experience their urinary incontinence as a natural part of life and something they have learnt to deal with. Other considers urinary incontinence as something that rules their life and tries to hide their urine leakage. A feeling of shame and fear for urine leakage reflects their lives. District nurses and women have difficulty to discuss urinary incontinence and still more difficult when it comes to the intimate life. Women also have experiences of being treated in an undignified way. They desire to be taken seriously and want district nurses to ask more about their urinary incontinence since they do not dare questioning. The study aimed at describing how district nurses handle questions that concern women's intimate life when they suffer from urinary incontinence. Data was collected through interviews with four district nurses and was analyzed by means of qualitative content analyze.

The results show that district nurses await the woman's initiatives to discussions as they lack experience of posing questions about intimate life. Women have difficulty to verbalize their problems, thus the district nurse has to worm their narratives out. Sometimes district nurses decide that intimate life is not present for the older women and avoid asking. Urinary incontinence can influence intimate life as a part of a mutual relationship and thus good for women's health. Thus it is important that district nurses dare to discuss the intimate life and help women to better health.

Keywords: discussions, primary care, relationship, sexuality, urinary incontinence, women.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund.....	1
2.1 Urininkontinens.....	1
2.1.1 Kvinnors erfarenhet av urininkontinens.....	2
2.1.2 Förändrat samliv.....	4
2.2 Attityder och förhållningssätt.....	5
2.3 Etik och sexualitet.....	6
2.4 Problemformulering.....	7
3. Syfte.....	8
4. Metod.....	8
4.1 Studiedesign.....	8
4.2 Urval.....	9
4.3 Datainsamling.....	9
4.4 Bearbetning och analys av data.....	10
4.5 Etiska överväganden.....	11
5. Resultat.....	12
5.1 Övergripande förståelse - svårt att samtala om.....	12
5.2 Inväntar kvinnans initiativ.....	13
5.3 Lirkar fram berättelsen.....	14
5.4 Skapar samförstånd.....	14
5.5 Avgör när samtal inte är aktuellt.....	15
5.6 Överlämnar ansvaret till andra.....	15
6. Diskussion.....	16
6.1 Metoddiskussion.....	16
6.2 Resultatdiskussion.....	18

6.3 Etikdiskussion.....	21
6.4 Slutsatser	22
6.5 Förslag till fortsatta studier.....	22
Referenslista.....	24

Bilaga 1. Missivbrev till verksamhetschef

Bilaga 2 Missivbrev till distriktssköterska

Bilaga 3 Intervjuguide

Bilaga 4 Analysmatris

1. Inledning

Mitt intresse för kvinnors urininkontinens väcktes under min verksamhetsförlagda utbildning på distriktssköterskeprogrammet. Jag upplevde att kvinnor haft besvär av urinläckage en längre tid innan de sökte hjälp hos distriktssköterskan. De tog ofta upp problemet med urinläckage i samband med ett annat vårdbesök som inte berörde inkontinens. De hade på egen hand försökt skydda sig mot urinläckage med hjälp av frotté handdukar och vanliga menstruationsbindor. Urinläckaget styrde deras tillvaro och aktiviteter till stor del. De hade lärt sig att undvika vissa aktiviteter såsom längre promenader och resor, där de inte kände sig säkra på att hitta en toalett i tid. Kvinnorna hade vant sig vid detta men uttryckte ändå en besvikelse över sin situation. De skämdes och var rädda för eventuell lukt från urinläckaget.

Det som förvånat mig i efterhand var att ingen av kvinnorna diskuterade hur urininkontinens påverkade deras samliv. På distriktssköterskeprogrammet föreläste Ann Blom den 15 april 2008 om urininkontinens. Hon berättade att kvinnor kunde läcka urin vid samlag och var tvungna att förbereda med handdukar i sängen för att undvika sängvätning. Personligen hade jag aldrig reflekterat över att urininkontinens kan ge besvär av denna sort. Utan jag hade mer tänkt på att urininkontinens handlar om urinläckage och inkontinensskydd. Detta är något som funnits med mig i tankarna och som jag upplever behöver studeras. Hur kan distriktssköterskan ge stöd och uppmuntra kvinnan så att hon vågar berätta när inkontinens påverkar hennes samliv?

Ett vårdvetenskapligt perspektiv innebär att lyfta fram den mänskliga erfarenheten som distriktssköterskor har av känsliga samtal som berör kvinnors samliv. Det är också viktigt för distriktssköterskans profession att kunna visa hur de hanterar svåra samtal i deras arbete för att kunna ge vården evidens.

2. Bakgrund

2.1 Urininkontinens

Abrams et al. (2003) skriver att International Continence Society (ISC) definierar urininkontinens som ett resultat av ofrivilligt urinläckage som kan påvisas objektivt. Urininkontinens påverkar människans sociala liv, hygien och livskvalitet. Relevanta faktorer att ta hänsyn till vid beskrivning av urininkontinens är frekvens av urinläckage och symtom. Det finns olika sorters urininkontinens beskrivet enligt ISC. Ansträngningsinkontinens

innebär ofrivilligt urinläckage till följd av kroppsanspänning såsom nysning eller hosta. Trängningsinkontinens betyder ofrivilligt urinläckage i samband med starkt framkallande urinträngning som är svår att hålla emot. Blandinkontinens innebär ofrivilligt urinläckage som förknippas med urinträngning eller anspänning t.ex. vid hosta och snytning. Nattlig inkontinens innebär urinläckage i sömn. Kontinuerlig inkontinens medför oavbrutet urinläckage. Sedan finns andra typer av urininkontinens som uppstår vid speciella situationer t.ex. vid skratt och sexuell aktivitet. Symtom som förknippas med samlag är torra slemhinnor och svårighet att hålla tätt eller att kissa. Besvären upplevs vid penetration, under samlag och vid orgasm (Abrams et al. 2003).

Enligt SBU (2000) är urininkontinens ett av de största folkhälsoproblem som berör mer än 50 miljoner människor i hela världen. I Sverige beräknas ca 500 000 människor beröras av urininkontinens. Urininkontinens finns i alla åldrar men ökar i takt med tilltagande ålder. Uppskattningsvis lider 10 procent av alla kvinnor av urininkontinens och prevalensen fördubblas hos kvinnor 70 år och äldre. Riskfaktorer för urininkontinens är barnafödande, övervikt, gynekologiska operationer, svaghet i bindväv, kroniska luftrörssjukdomar, besvär av förstoppning, och tunga lyft. Kvinnor som fött barn löper högre risk att utveckla urininkontinens och risken ökar med antalet förlossningar. Primärvården tar hand om drygt 40 procent av de kvinnor som söker hjälp för sin urininkontinens hos allmänläkare. Den totala kostnaden för urininkontinens beräknas till mellan 2,8 och 4,4 miljarder kronor per år i Sverige. Hjälpmedel och äldrevård utgör de tyngsta posterna. Behandlingen av urininkontinens innefattar information, rådgivning, bäckenbottenträning och i vissa fall blåsträning eller läkemedel. Mer än 9 % av alla kvinnor över 35 år önskar behandling för sin urininkontinens. Behandlingen bör vara lättillgänglig och enkel för att alla ska kunna ta del av den. I den anamnes som utförs bör kvinnan själv värdera hur urininkontinens påverkar hennes livskvalitet.

2.1.1 Kvinnors erfarenhet av urininkontinens

Horrocks, Somerset, Stoddart och Peters (2004) förklarar att kvinnor mellan 68 och 94 år upplever sin urininkontinens som en naturlig del av åldrandet. Det framkommer dock en rädsla inför framtiden som inbegriper svaghet på grund av ålderdom och förlorad förmåga att hantera sin urininkontinens på egen hand. Att hamna i en beroendeställning till sjukvård eller närstående upplevs med ängslan. De känner även oro för att sjukvårdspersonalen inte förstår deras urininkontinens vilket och med det menas att deras personliga hygien kan bli lidande.

Skam och att undanhålla sina besvär för familj, vänner och sjukvårdspersonal är reaktioner som förekommer vid urininkontinens.

Andersson, Johansson, Nilsson och Sahlberg - Blom (2008) beskriver också hur äldre kvinnor i åldern 66-89 lärt sig att leva med sin urininkontinens och anser den som lätthanterlig. Det är något som kvinnor lärt sig acceptera och leva med. Trots detta beskriver kvinnor sin urininkontinens som något förargligt och eländigt. En del jämför det med att återgå till sin barndom och förlora förmågan att hålla tätt. Med hjälp av inkontinensskydd upplever kvinnorna större säkerhet och kan utföra aktiviteter som förut. För att undvika urinläckage vid resor undviker kvinnor ibland att inta sin vätskerivande medicin. För att kunna förutse när urinläckage sker har kvinnor lärt sig att känna sin kropp. Att utbyta erfarenheter med andra kvinnor som lider av samma besvär är också berikande. Mycket kunskap och erfarenhet inhämtas från andra kvinnor i liknande situation. De visar styrka och beslutsamhet i sitt sätt att hantera sin urininkontinens på egen hand.

Däremot påvisar MacDonald och Butler (2007) andra sidor av äldre kvinnors urininkontinens såsom sänkt självkänsla och social isolering. De saknar styrka för att våga berätta om sin urininkontinens och upplever att deras kvinnlighet minskar. Därmed riskerar deras värdighet att gå förlorad. Långvarig urininkontinens kan leda till en beroendeställning mot hennes vilja. Urininkontinens är alltså en påtaglig riskfaktor för hälsa som sänker kvinnors livskvalitet. Det är inte en del av det naturliga åldrandet.

Hägglund och Ahlström (2007) beskriver att kvinnor upplever urininkontinens på skilda sätt, vilket beror på hur urinläckaget påverkar deras liv. Känslor som maktlöshet och sårbarhet präglar dessa kvinnor och de befinner sig i en utsatt situation. Detta är beroende av hur kvinnan klarar av att kontrollera sitt urinläckage. Då fysisk aktivitet förenas med urinläckage medför det att kvinnor undviker t.ex. jogging. Deltagande i barnens idrottsaktiviteter inskränks också av samma anledning. När urinläckaget kommer hastigt och omfattningen inte går att förutspå ger det en känsla av osäkerhet. Trots dessa problem används inte inkontinensskydd i större omfattning då det upplevs som okvinnligt. När urinen sipprar längs benen upplevs hjälplöshet och lidande.

Hägglund och Ahlström (2007) förklarar även att kvinnor saknar uttryck för att kunna beskriva sin urininkontinens med ord. Ibland är den bästa hjälpen att bli arg och upprörd över sin egen situation. Att diskutera urininkontinens är tabubelagt och kvinnor skäms över detta. Detta kan förklaras av att en del kvinnor varit sängvätare som barn och kopplar ihop detta

med skam. Det är svårt att berätta om urininkontinens för sin familj. Det är inte heller tänkbart att berätta för sin tonårsdotter om dessa besvär, för det existerar inte i tonåringens värld och det blir för intimt. Det dagliga livet präglas istället av att hantera sin urininkontinens i hemlighet. Det blir en vana att lokalisera var toaletten finns. Trots detta uppfattas inte urininkontinens i sig som det största problemet, utan att ständigt vara i beredskap för att läcka urin är mer ansträngande (Hägglund & Ahlström, (2007).

Även Bradway och Strumpf (2008) belyser problemet med tonårsdöttrar som uttrycker sitt missnöje över urinläckage och urinlukt, vilket blir känsligt för den läckande mamman. Urininkontinens påverkar självkänslan och upplevelsen av att bli äldre negativt, oavsett god hälso- sjukvård.

I en tidigare studie av Hägglund (2002) framkom att kvinnor som lider av urinläckage och som sökt vård har lägre livskvalitet än de som inte sökt vård. Av studien framgår även att kvinnor med trängningsinkontinens sökte vård i större omfattning än de med ansträngningsinkontinens. Vid en uppföljande studie som Hägglund (2002) gjorde efter 4 år för att undersöka urinläckagets utveckling, angav kvinnorna i åldern 18-46 med kvarvarande urinläckage en ytterligare försämring av livskvaliteten. Utmärkande var rollfunktion och känslomässiga orsaker, vitalitet, fysisk funktion och smärta.

2.1.2 Förändrat samliv

Roe och May (1999) skildrar också rädslan för dålig lukt och att inte vara fräsch. Därför tvättar en del kvinnor underlivet flera gånger per dag för att motverka detta. Andra kvinnor blir hjälpta av sin make och det upplevs som en naturlig del av äktenskapet. Han får då inta en roll som både vårdare och äkta make. För andra kvinnor är detta negativt för parrelationen och deras samliv blir lidande. Av denna studie framgår att tekniska hjälpmedel som är ett stöd vid urininkontinens t.ex. urinkateter påverkar deras relation och sexualitet negativt. Två kvinnor som använde sig av intermittent kateterisering (självtappning) hämmades i sin sexualitet och sin relation till män. Att lära sig sköta urinkatetern var både fysiskt och psykiskt ansträngande och tog tid att acceptera. För en av kvinnorna var det så generande att det var omöjligt att leva i en relation med anledning av att detta eftersom det var så starkt kopplat till hennes integritet.

Roe och May (1999) visar att utseende och klädsel har betydelse för kvinnors identitet och samliv. Generande fläckar på stolar och byxor efter urinläckage innebär pinsamma situationer i vardagslivet. En del kvinnor väljer kläder som döljer urinläckage såsom mönstrade och mörka tyger. Bradway och Strumpf (2008) belyser en annan dimension av bekymret,

nämligen att kvinnor upplever ett motstånd att inta romantiska middagar på restaurang med risk för urinläckage, något som hämmar närheten till partnern.

Även Hägglund och Wadensten (2007) beskriver att samliv och intimiteten med maken hämmas av långvarig urininkontinens. Den sexuella kontakten sker inte längre spontant som förut och det blir svårt att kunna slappna av och njuta. Detta är något som påverkar både kvinnans och mannens hälsa till stor del. Sexualiteten är en viktig del av livet och har därmed en betydande roll för hälsan. Bradway och Strumpf (2008) visar i sin studie att kvinnor med urininkontinens som söker vård för detta är mer motiverade att berätta om sina besvär än de som inte söker vård. De är också de kvinnor som söker vård för sin urininkontinens som lider mest av besvären. Studien visar också att en del kvinnor relaterade urininkontinens till sexualitet, samlag och intimitet. Detta förstärks av Lalos, Berglund och Lalos (2001) som belyst samma problem. Kvinnor vars medelålder låg på 50 år beskrev påverkan på sitt samliv som en följd av urininkontinensen. Genom att tömma urinblåsan före samlag försökte de undvika problemet. Trots denna förberedelse hjälpte inte detta för alla kvinnor.

Dean et al. (2008) beskriver hur kvinnor som är 35 år och äldre och besväras av urininkontinens efter barnafödande upplever sitt samliv som sämre. Av 484 kvinnor svarade 17.5 % att de hade någon form av störning i sitt samliv. De saknar lust till samliv och uppger även smärta vid samlag och urinläckage vid orgasm. Kvinnor som tränar sin bäckenbotten regelbundet uppger något bättre samliv. Det saknas dock evidens för att säkerställa att bäckenbottenträning är positivt för kvinnors samliv.

2.2 Attityder och förhållningssätt

Rädslan för kränkning hämmar kvinnor från att söka vård vid långvarig urininkontinens (Hägglund & Wadensten 2007; Andersson et al. 2008). Skam och känslan av intimitet förhindrar kvinnor från att våga prata öppet om sin urininkontinens. Det tillhör kvinnans genitala områden och upplevs för intimt. Flera kvinnor uttrycker att det har lidit alldeles för länge och önskar att läkare och distriktssköterskor ställer frågor om deras urininkontinens, eftersom de själva inte vågar fråga om sina besvär (Hägglund & Wadensten, 2007).

Kvinnor beskriver bemötande från sjukvårdspersonal på olika sätt. En del kvinnor har träffat förstående sjukvårdspersonal som gett dem ett respektfullt bemötande. Andra berättar om att de inte blivit tagna på allvar och nonchalerats. Det händer att kvinnor anstränger sig och verkligen kämpar för att bli hörda. När de sedan kommer i kontakt med en distriktssköterska får de inte den hjälpen som de önskat. Den hjälp som förväntas är någon form av råd och stöd.

Det som erbjuds är inkontinensskydd vilket kan vara en god hjälp för 60-70 åringar men inte för en 50- åring (Hägglund & Ahlström 2007; & Andersson et al. 2008).

Andersson et al. (2008) påtalar att en del kvinnor undviker att söka behandling för sin urininkontinens om den orsakas av en annan sjukdom som inte går att bota. De förefaller som om dessa kvinnor har en uppfattning om att urininkontinens inte går att behandla. Det framkommer även att kvinnor upplever det besvärligt att etablera kontakt med sjukvården och undviker det därför in i det längsta. Varje gång träffar de en ny sjuksköterska och de blir mödosamt att berätta sin version igen. Det framkommer att kvinnor därför önskar en mer regelbunden kontakt. Det skulle medföra gynnsammare förutsättningar för dem att våga ta upp djupare problem som gäller deras samliv.

Roe och May (1999) och Bradway och Strumpf (2008) belyser problem med sjukvårdspersonal som saknar kunskap och mod att våga samtala med patienter som lider av urininkontinens, om deras sexualitet och intimitet. Detta bör medvetandegöras och uppmärksammas av sjukvårdspersonal. Samtidigt skall sjukvårdspersonal visa hänsyn och respekt och förstå när det är lämpligt att diskutera och ta upp känsliga frågor. I studien av Horrocks et al. (2004) framkommer att distriktssköterskor inte alls ställer frågor om urininkontinens även om de möter äldre människor regelbundet på grund av andra behov.

2.3 Etik och sexualitet

WHO (2006) beskriver sexuell hälsa som ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualitet. För att alla ska kunna uppnå sexuell hälsa finns en individuell rätt att bli sexuellt respekterad, beskyddad och tillfredställd. Sexualitet är en naturlig del av människan genom hela livet och innefattar bland annat kön, roller och reproduktion. Sexualitet påverkas i sin tur av samspelet mellan kulturella och etiska faktorer.

Hägglund och Wadensten (2007) förklarar att kvinnor som lider av urininkontinens beskriver sexualitet i form av närhet med sin livskamrat, identitet och hälsa. Urininkontinens medför alldeles för stor inverkan på deras sexualliv och de har levt i en tro att när småbarnsåren är förbi har de äntligen tid att ägna sig åt varandra. Därför blir besvikelsen så stor när urininkontinensen försvårar närheten. MacDonald och Butler (2007) skriver hur sjuksköterskor är nyckelpersoner i vården av urininkontinens. De kan identifiera kvinnornas individuella behov och hjälpa kvinnorna till att få kontroll över sin urininkontinens. Urininkontinens skall behandlas som en hälsorisk inte som en del av det naturliga åldrandet.

Sjuksköterskan (ICN:s etiska kod, 2002) har i sin yrkesroll fyra grundläggande ansvarsområden nämligen att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande. Vården skall genomsyras av respekt för mänskliga rättigheter, rätten till liv och att bli behandlad med värdighet och respekt. Detta förstärks av Roe och May (1999) som menar att sjuksköterskor bör reflektera över sitt beteende när de hjälper patienter i vården med urininkontinens. Kvinnor bör skyddas från att utelämnas i vården t.ex. när underlivet blottas. När sjuksköterskor ger råd och instruktioner om inkontinenshjälpmedel eller skötsel av urinkateter är det också viktigt att förstå kvinnornas upplevelse av känsliga samtal. Det kan vara psykiskt påfrestande och i sin tur påverka deras identitet och sexualitet. När sjuksköterskan hjälper kvinnor bör det utföras med tillförsikt och respekt för deras integritet (Roe & May, 1999).

Enligt kompetens beskrivningar för legitimerad sjuksköterska skall denne ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående och personal och andra på ett respektingivande sätt. Det är viktigt att vara lyhörd och empatisk för att skapa ett förtroendefullt förhållande, samt att ge information och undervisa patient eller närstående i olika situationer. Det är viktigt att erinra sig om att patient och närstående förstått den information som getts. Sjuksköterskan skall också uppmärksamma patienter som själv inte förmår att uttrycka sig eller har särskilda uttalade informationsbehov. En legitimerad sjuksköterska skall identifiera hälsorisker och vid behov motivera till livsstilsförändringar. Patientens tillstånd skall följas upp efter given behandling och motivera patienten till följsamhet i sin vård (Socialstyrelsen, 2005).

2.4 Problemformulering

Urininkontinens medför påtagliga besvär för kvinnor oavsett ålder. Forskning visar att kvinnor lider i tystnad och inte vågar berätta om sin urininkontinens. Känslor av skam och rädsla finns med i deras vardag. Risken för urinläckage styr deras dagliga sysslor. Kvinnors intima behov av att vara kvinna blir lidande. Självkänslan påverkas när familjemedlemmar uttrycker sitt missnöje över urinläckage och dålig lukt. När kvinnan upplever att hon inte kan kontrollera sin kropp hamnar hon i en ond cirkel. Hon upplever osäkerhet och det kan medföra att hon undviker sociala sammanhang. Kvinnans relation till sin man blir lidande då hon inte känner sig attraktiv och upplever rädsla för att läcka urin vid samlag. Det kan gå så långt att kvinnan undviker kontakt med män eftersom det skäms över sin urininkontinens. Att läcka urin vid samlag medför ett psykiskt lidande för kvinnan och parrelationen störs. Att läcka urin är pinsamt och hur är det då att läcka vid samliv?

Distriktssköterskan har en central roll i vården för kvinnor med urininkontinens. Det borde vara en självklar och naturlig uppgift att identifiera när en kvinna berörs av detta. Arbetet som distriktssköterska kan innebära att arbeta väldigt nära kvinnor och närma sig deras intima svårigheter. Det är inte alltid så att alla kvinnor vill prata om sin urininkontinens och de upplever sig inte heller ha besvär medan andra kvinnor förväntar sig att distriktssköterskan frågar. Därför är det värdefullt att påminna sig om att urininkontinens kan innebära andra sidor av problemet än att hitta lämpliga inkontinensskydd. Samliv och kärlek har en given plats för kvinnans hälsa och välbefinnande. Sexualitet har en nära sammankoppling till reproduktion men det är också en ömsesidig relation mellan två människor. Eftersom forskning visar att kvinnor har svårt att prata om sin urininkontinens och ännu svårare att tala om det när det berör deras samliv, behövs distriktssköterskors hantering av denna problematik utforskas ytterligare.

3. Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva hur distriktssköterskor hanterar samtal som berör kvinnors samliv när de lider av urininkontinens.

4. Metod

I metoddelen presenteras val av metod och studiens urval för att sedan övergå till att beskriva datainsamling. Slutligen avrundas metoddelen med att beskriva bearbetning och analys av data samt etiska övervägande.

4.1 Studiedesign

Avsikten med att analysera kvalitativ data är att organisera, skapa struktur, och lyfta fram det väsentliga från dess innehåll (Polit & Beck, 2008). Synsättet inom kvalitativ tradition är (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008; Polit & Beck, 2008) att omvärlden ses som en sammanhängande helhet och beroende av sitt sammanhang men också abstrakt och subjektiv. Med det menas att en text som analyseras skall ses i sitt sammanhang och intervjupersonernas berättelser skall tolkas med en medvetenhet om deras relation till det som studeras. Eftersom syftet är att beskriva distriktssköterskors hantering av samtal och ta fram deras enskilda upplevelser valdes en kvalitativ metod med innehållsanalys. Den är lämplig då berättelser ska skildras och texternas innehåll analyseras för att lyfta fram likheter och nyanser till teman som växer fram under arbetes gång.

4.2 Urval

För att få svar på studiens syfte kontaktades fyra distriktssköterskor på två olika vårdcentraler för intervjuer. Ett kriterium var att intervjupersonerna skulle ha inkontinens som sitt ansvarsområde på sin arbetsplats. Med det menar författaren till denna studie att de utför inkontinensutredningar i sitt arbete. De visade sig senare att tre av distriktssköterskorna hade detta som sitt ansvarsområde och två av dem hade genomgått en vidareutbildning om inkontinens. En av distriktssköterskorna hade inte inkontinens som ett speciellt ansvarsområde. Distriktssköterskorna hade mer än 5 års erfarenhet av yrket.

Två verksamhetschefer skulle tillfrågas vilket skedde i det ena fallet per telefon och i det andra via personlig kontakt. Båda verksamhetschefer gav sitt godkännande (bilaga 1). På en av vårdcentralerna utsåg författaren tillsammans med verksamhetschefen vilka distriktssköterskor som skulle tillfrågas, vilket blev två distriktssköterskor med inkontinensansvar i sin tjänstgöring. De berörda godkände sin medverkan efter att de erhållit information om studiens syfte. På den andra vårdcentralen utsåg verksamhetschefen i samråd med distriktssköterskorna vilka som skulle delta. Därefter kontaktade distriktssköterskorna författaren via telefon och tider för intervjuer bokades. Samtidigt fick de ytterligare information om studiens syfte (bilaga 2).

4.3 Datainsamling

Fyra distriktssköterskor har intervjuats på den vårdcentral där de tjänstgör. Intervjutillfällen genomfördes på arbetstid. Avsatt tid för intervjuerna beräknades till ca en timme. En intervju guide utformades (se bilaga 3) efter studiens syfte. Avsikten var att få distriktssköterskorna att berätta om sina erfarenheter och upplevelser av samtal som berör kvinnors intima problem med urininkontinens. Intervjuguiden prövades på en person som ansåg att den fungerade väl. Den har även funnits med under intervjutillfällena som stöd för att kontrollera att ingen fråga glöms bort och att de väsentliga kommit med.

Bandspelaren kontrollerades av författaren före varje intervjutillfälle för att säkerställa att den var i funktion. Under avskilda former intervjuades alla distriktssköterskor enskilt. Inför varje intervjutillfälle gav författaren information om tidigare studier gällande urininkontinens. Detta för att ge distriktssköterskorna en stund av förberedelse och tid för eftertanke. Intervjuerna påbörjades med en inledande fråga (Kvale, 1997) där intervjupersonen ombads att berätta om sin erfarenhet av kvinnor med urininkontinens. Detta syftade till att leda in och öppna

intervjun för att underlätta den fortsatta utformningen av intervjun, skapa intresse och göra båda parter aktiva och entusiastiska.

För att närma sig själva kärnan i intervjun, hur distriktssköterskor hanterar samtal där kvinnor berättar om sina samlivsproblem som orsakas av urininkontinens har utforskande frågor funnits med. De har varit av typen; *har det hänt att kvinnor vågat anförtrott sig och berättat om sitt samliv?* Om distriktssköterskorna svarat att det inte har hänt, har författaren frågat vidare; *varför tror du att kvinnor inte vågar berätta?* Andra typer av frågor har varit; *är det någon som brukar reflektera över hur det är att vara kvinna, eller om de tycker att det är besvärligt när de läcker urin?* Distriktssköterskorna har blivit ombudda att utveckla svaren mer. På så vis har mer kunskap om samlivsproblem lyfts fram. Enligt Kvale (1997) underlättar öppenhet i frågor samspelet mellan intervjuare och informant och ger berättelsen tyngd och mening. Intervjuerna spelades in på bandspelare för att sedan ordagrant transkriberas till textmaterial. Dock har alla hummanden, skratt eller andra ovidkommande ljud utelämnats.

I resultatpresentationen har intervjupersonerna fingerade namn. Det är *Birgitta, Emma, Klara* och *Iris* som ger sin berättelse.

4.4 Bearbetning och analys av data

Den kvalitativa innehållsanalysen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008) är användbar inom omvårdnadsforskning för analys av bandade intervjuer. Ansatsen har varit induktiv då distriktssköterskornas berättelser har granskats objektivt.

Det transkriberade textmaterialet har analyserats av författaren till studien genom en kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008). De delar av texterna som svarar mot syftet har lyfts ur till så kallade meningsenheter i en matris. Dessa har sedan sammanfattats till kortare meningsenheter som kallas för kondenserade meningsenheter i matrisen. Genom att abstrahera det vill säga ge innehållet en högre nivå utan att utesluta det viktiga, utformades koder. En kod ger en kortfattad beskrivning av det innehåll som texten ger uttryck för. Därmed hade analysen lett fram till meningsenheter, kondenserade meningsenheter och koder som sedan skrevs ut i pappersformat för att göra det mer lätthanterligt för författaren. Dessa klipptes ut och sammansattes i små grupper som hade liknande innebörd. En kategori bildas av koder som ger samma innebörd och de skall inte kunna jämföras med andra koder som finns med i textmaterialet. Denna analysmetod (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008) ska utesluta att data faller bort mellan olika

kategorier eller är likvärdig med andra kategorier. Data som svarar mot syftet får inte utelämnas för att lämplig kod inte har utsatts. När innehållsanalysen med alla dess delar var färdig konstruerades en ny matris (Se exempel i bilaga 4).

4.5 Etiska överväganden

Vetenskapsrådets ämnesråd inom humanistisk- samhällsvetenskaplig (2002) forskning har faställt fyra allmänna huvudkrav på forskning nämligen informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Dessa fyra utgör förutsättningar för individskyddskravet och forskningskravet. Studien har utformats i enlighet med dessa fyra huvudkrav och följer därmed också etikprovninglagen 2003:460 med särskild aspekt på information 16 § och samtycke 17 §.¹

Informationskravet har inneburit att distriktssköterskorna erhållit information om studien samt sin roll i den. Deltagandet har varit frivilligt och de har när som helst kunnat avbryta sin medverkan. Intervjupersonerna har fått information om studiens syfte av författaren både muntligt och skriftligt. Eftersom studien kan vara av känslig karaktär har information delgetts innan. Distriktssköterskorna har således haft en möjlighet att mentalt förbereda sig för kommande frågor. Vem författaren är och hennes roll i studien har presenterats för att klargöra att det rör sig om ett examensarbete, samt att intervjumaterialet kommer att förstöras i efterhand av författaren själv. Informanterna kommer även att få tillgång till studien när den är klar.

Samtyckekravet har inneburit att deltagarna själv har fått ta beslut om de vill medverka efter det att verksamhetschefen gett sitt tillstånd. Samtycke har erhållits både muntligt och skriftligt. Intervjuerna har bokats in med hänsyn till deras önskemål om tid och dag. Författaren har frågat om tillåtelse att spela in intervjuerna och förklarat hur bearbetningen av analysen kommer att gå till. Under intervjutillfällena har de fått möjlighet att när som helst säga till att bandspelaren måste stoppas eller att studien behöver en paus.

Konfidentialitetskravet har inneburit att distriktssköterskornas medverkan är konfidentiellt. Deras namn kodas och fingeras till andra namn i resultatdelen. Det skall inte under några omständigheter kunna härledas till varifrån uppgifterna härstammar. De vårdcentraler där distriktssköterskorna tjänstgör kommer inte att åskådliggöras. Under processens gång har

¹ Författaren är medveten om att det kommit en ny etikprovninglag 2008, men då studien inleddes gällde fortfarande den gamla lagen,

enbart handledare och examinator haft tillgång till material från intervjuerna. Uppgifter på datorn som avsett studien har varit kodade och fingerade med namn. Datorn har också varit låst med ett lösenord för att skydda data från obehöriga. Efter studien raderas dessa uppgifter. Efter studiens slut kommer intervjuerna att förstöras av författaren så att ingen otillbörlig får tillgång till studiens material.

Nyttjandekravet har inneburit att författaren inte kommer att använda sig av resultatet på ett negativt sätt. Författarens ansvar är att se till att de uppgifter som distriktssköterskor lämnat enbart används i denna studie. De får heller inte hamna i fel händer som medför konsekvenser för deltagarna.

5. Resultat

Den kvalitativa innehållsanalysen har utmynnat i sex kategorier: *övergripande förståelse - svårt att samtala om, inväntar kvinnans initiativ, lirkar fram berättelsen, skapar samförstånd, avgör när samtal inte är aktuellt och överlämnar ansvaret till andra*. Dessa kategorier beskriver hur distriktssköterskor hanterar samtal som berör kvinnors samliv när de lider av urininkontinens. Genom dessa kategorier och betydelsefulla citat som lyfter fram de väsentliga i distriktssköterskornas berättelser redovisas resultatet.

5.1 Övergripande förståelse - svårt att samtala om

Distriktssköterskornas berättelser tyder på att samtal som handlar om kvinnans samliv vid urininkontinens är svåra att hantera för både kvinnorna och distriktssköterskorna själva. När samlivsfrågor kommer på tal tystnar distriktssköterskorna eftersom de helt enkelt saknar erfarenhet. Det känns som det är tabu att samtala om samliv och det verkar som distriktssköterskorna inte ser att urininkontinens kan påverka samlivet.

Däremot beskriver deras berättelser att de är fokuserade på att ge direkta råd som har med hälsa och livsstilsförändringar att göra. Det kan handla om viktning och motion. Pedagogiska inslag såsom att undervisa i bäckenbottens anatomi är sådant som distriktssköterskorna anser vara viktiga för kvinnan att förstå. Den behandling som distriktssköterskorna gärna talar väl om är bäckenbottenträning. Sådana konkreta åtgärder blir på något sätt mer gripbara och inte så känsliga att samtala om.

”... ja, det är råden med knipövningar och uppföljning annars vet jag inte...” (Birgitta)

Distriktssköterskorna beskriver att det är väldigt individuellt vilka kvinnor som samtalar öppet om sin urininkontinens. Däremot är det väldigt få kvinnor som tar upp samlivsrelaterade frågor överhuvudtaget. En distriktssköterska beskriver:

”Egentligen kanske dom har frågor men inte vill ställa frågor eller orkar prata om.” (Iris)

I regel är det äldre kvinnor som har lättare att prata om sin urininkontinens. Ofta handlar det då om att få bra inkontinenshjälpmedel. Yngre kvinnor vill helst vara anonyma och visar skam över sin urininkontinens. Att det är svårt att samtala om innebär att kvinnans samliv är undanskymt och något som inte distriktssköterskorna inte heller förväntar sig att de ska samtala om.

5.2 Inväntar kvinnans initiativ

Det som alltså sätter sin prägel på dessa samtal är att distriktssköterskorna inte är vana med frågor som handlar om kvinnans urininkontinens i relation till hennes samliv.

Distriktssköterskorna förklarar att det är lättare att diskutera urinträngning, urinläckage och avföringsvanor. Att diskutera kvinnas samliv och hennes sexualitet görs inte i det dagliga arbetet när det gäller urininkontinens. Det hör till ovanligheterna att distriktssköterskorna överhuvudtaget får frågor som handlar om kvinnans samliv. En distriktssköterska uttrycker:

”Det har jag aldrig faktiskt hört. Aldrig. Nej, det har aldrig varit någon som tagit upp det. Nej. Det är det inte.” (Iris)

Att man inte fått frågan och således inte heller samtalar om det, kan förstås som att distriktssköterskorna inväntar kvinnans initiativ. Distriktssköterskorna är därför återhållsamma med samlivsfrågor. Om kvinnan inte tar initiativ stannar diskussionen där.

”... det är en brist att man kanske inte själv ställer den frågan för det gör jag inte utan det är om det själv kommer upp då.” (Birgitta)

När det sedan händer att en kvinna plötsligt berättar om sitt samliv blir distriktssköterskorna förvånade. Det är trots allt berikande att få den typen av frågor som påminner om att samlivet kan påverkas. En distriktssköterska berättar:

”... det ända var väl att jag tänkte såhär att ja just det, det kan ju också påverkas det var som en jaha upplevelse.” (Birgitta)

Att invänta kvinnans initiativ är ett förhållningssätt hos distriktssköterskan som tycks förledas av osäkerhet eller av att inte vara förberedd på samtalsämnet.

5.3 Lirkar fram berättelsen

Distriktssköterskorna beskriver att kvinnor har svårt att sätta ord på sina problem. Många gånger så minimerar kvinnor sina besvär och beskriver i underkant om distriktssköterskan ber dem berätta. Ibland får distriktssköterskan sig en tankeställare och undrar om kvinnan har problem med urininkontinens.

”Man får dra det ur dom efter att dom fått berätta lite grann upplever dom att det är lite jobbigt och skämmigt.” (Emma)

När distriktssköterskan anar att kvinnan har svårt att prata om sin urininkontinens kan det hjälpa att de ritar och berättar hur bäckenbotten ser ut. Samtidigt förklarar de för kvinnan hur vanligt det är med urininkontinens och vad som sker när bäckenbotten blir svagare. Genom detta sätt öppnar distriktssköterskan samtalen och lirkar fram kvinnans berättelse. Detta brukar underlätta för kvinnan att våga berätta lite mer. Hon kan då nicka instämmande och vågar släppa lite mer på sin berättelse. En distriktssköterska beskriver:

”Många brukar tina upp och man kan skratta lite gemensamt åt eländet.” (Emma)

Kvinnan får genom detta stöd i sin situation och vågar därefter medverka mer spontant i deras samtal. Ibland kan det till slut komma fram att kvinnan inte riktigt anförtrott sin man om sina problem som frekventa urinträngningar eller rädsla för dålig lukt.

5.4 Skapar samförstånd

Distriktssköterskorna upplever att de kvinnor som berättar om sitt samliv verkar inte tycka att det är något att skämmas för. Enstaka kvinnor har anförtrott sina besvär och uttalat att de inte vågat ha samlag med rädsla för urinläckage. Distriktssköterskorna som tagit emot sådan information har heller inte ansett att det är svårt att prata om det, utan de har varit naturligt för distriktssköterskan att samtala om samlivet.

”Man förstår varandra och det känns ganska skönt att man får berätta och bli förstådd.” (Emma)

Distriktssköterskorna berättar om närhet och intimitet som utvecklas med vissa kvinnor som de möter i sitt arbete. Det kan utmärkas genom att kvinnan trycker lite extra på handen och bekräftar att mötet har varit viktigt för henne.

Distriktssköterskornas erfarenhet är också att det är lättare för kvinnor att ställa frågor och samtala om sin urininkontinens om distriktssköterskan är aktiv och ställer frågor. Det är dock väldigt individuellt vilka kvinnor som vill samtala. Det är därför viktigt att använda sin förståelse och observera hur kvinnan reagerar på frågor.

”Är det någon som inte vill svara då är det ju svårt att pressa vidare...” (Klara)

Att skapa samförstånd kan dels göras när distriktssköterskor känner att det inte är lämpligt att samtala om samlivet och dels när det uppstår en gemenskap i vårdsituationen som öppnar för samtal.

5.5 Avgör när samtal inte är aktuellt

Distriktssköterskorna är mer restriktiva med att ställa frågor till äldre kvinnor om deras samliv. Det finns en rädsla för att sära den äldre kvinnan med frågor om samlivet. Därför avgör distriktssköterskan själv att det inte är aktuellt.

”... inte dom äldsta kvinnorna dom tror jag att jag skulle vara lite mer försiktig med.”
(Emma)

En del kan lida av demens och frågandet får då helt enkelt begränsas eftersom minnesförmågan är nedsatt. Distriktssköterskornas uppfattning är också att äldre kvinnor inte klarar av ett samliv eftersom kroppen är gammal och säger ifrån.

”Sen kanske man inte har så mycket samliv längre.” (Klara)

Flera kvinnor som söker för sitt urinläckage kan dessutom vara änkor och lever i ensamhet, vilket gör att distriktssköterskan gör bedömningen att det inte längre har ett aktivt samliv.

5.6 Överlämnar ansvaret till andra

Distriktssköterskorna som inte har ett inkontinensansvar träffar mestadels endast kvinnor som behöver ny förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Samtalen handlar då om hur inkontinenshjälpmedlen fungerat. Ibland behöver andra alternativ provas fram.

”... dom allra flesta skickar vi vidare till vår inkontinensansvarige distriktssköterska.” (Iris)

Distriktssköterskan som inte har ett inkontinensansvar upplever att kvinnorna bara vill samtala om just inkontinenshjälpmedlen och skulle inte kunna tänka sig andra problemområden. Samlivsrelaterade problem tror distriktssköterskorna att den inkontinensansvarige distriktssköterskan tar upp till diskussion med kvinnorna.

6. Diskussion

Diskussionsdelen börjar med en metoddiskussion som sedan fortsätter med en resultatdiskussion. Det avslutas sedan med en etikdiskussion och avrundas genom slutsatser och förslag till ny forskning.

6.1 Metoddiskussion

Redan tidigt under studien insåg jag att tidigare forskning om kvinnlig urininkontinens i relation till samliv var begränsad. Det finns få studier som belyser området och därför kändes studien som extra viktig och som ett bidrag till ny kunskap. Detta kan exemplifieras tydligt då sökning gjordes via PubMed/MEDLINE med sökorden women, urinary incontinence, sexuality och primary care som endast gav sju träffar. När sökordet primary care valdes bort ökade antalet sökträffar till 272. Följaktligen är den befintliga forskningen liten inom primärvård. Däremot förekommer det fler undersökningar som beskriver prevalens vilket troligen kan härledas till att ämnet är tabu och svårt att samtala om.

Att välja metod till en studie som handlar om så känsliga frågor som samliv var inte helt lätt. Någonstans hade jag ändå en bakgrundsplanering hur jag ville gå till väga. När jag läste in mig på den kvalitativa innehållsanalysen så kändes den mest lämplig mot deltagarna och de material jag hade framför mig att bearbeta. Avsikten var att beskriva det lite annorlunda som distriktssköterskor beskriver om sin hantering av samtal som berör urininkontinens och samliv. På så sätt får deras berättelser liv och nyans (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Genom en kvalitativ innehållsanalys presenteras inte deras intervjuer i klartext utan istället i form av kategorier som utgör ett analysresultat. När distriktssköterskorna svarat att de inte får frågor om samliv har jag ställt mig frågan. *Vad vill jag kalla detta?* Intervjuerna har på så vis genomgått en tolkning för förståelse och det essentiella i meningsenheterna kodats till en högre abstraktionsnivå. Att endast redovisa ett kvantitativt resultat som beskriver hur ofta distriktssköterskor samtalar om urininkontinens i relation till samliv ger bara ett svar på dess omfattning. Min strävan var att beskriva distriktssköterskors egna erfarenheter och skillnader och likheter i tillvägagångssättet när de hantera dessa samtal (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Det har också varit den kvalitativa innehållsanalysens starka sida att kunna lyfta fram dessa skillnader.

Genom att författaren är blivande distriktssköterska och kvinna har det fört med sig positiv inverkan på studien. Såsom Lundman och Hällgren Graneheim (2008) skriver blir författaren medskapare till studien i större omfattning. Förmågan att leva sig in i problematiken har varit

en tillgång under intervjutillfällena. Författaren har känt sig bekväm i den kultur och verksamhet som studien avsett. Urininkontinens och att dessutom samtala om samliv har varit en känslig fråga både för författaren och för den som intervjuas. Vid varje intervjutillfälle har avsikten varit att skapa en trygg relation med den som deltar. När svaren har varit kortfattade har ledande frågor använts som t.ex. *brukar kvinnorna berätta om de upplever rädsla för urin lukt eller att deras kvinnlighet förändras?* Detta berikar studien (Kvale, 1997) när författaren med sin öppenhet leder fram svar. Intervjuerna och tillförlitligheten förstärks när ny kunskap medvetet söks fram. Orsaken till detta tillvägagångssätt har varit att det saknas erfarenhet om sådana samtal. Den kvalitativa innehållsanalysen har genomförts med noggrannhet genom att förhålla sig objektivt och distansera sig till materialet. Det har underlättats genom att aidentifiera och koda intervjupersonernas namn och därigenom betrakta materialet som främmande. Författaren har strävat efter *trovärdighet* (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008) genom att noga granska och lyfta ur det relevanta innehållet för att få en uppriktig analys. Flera gånger har författaren studerat det insamlade materialet för att finna något mer som svarar mot syftet.

Samarbetet med berörda vårdcentraler och verksamheter har fungerat bra. Studien har tagits emot seriöst och ett positivt gensvar har erhållits. Urvalet har varit fyra distriktssköterskor med mer än 5 års erfarenhet. Urvalet har varit begränsat med anledning av tidsaspekten. Till en början fanns en oro för att urvalet skulle ge för litet resultat att bearbeta. Detta visade sig emellertid att variationen i deras berättelser var just det som kom att berika resultatet. Dessa fyra distriktssköterskor har präglat resultatet på sitt sätt med sin erfarenhet. Hade urvalet varit större skulle det ha kunnat ge ett ännu rikare resultat med fler erfarenheter som grund för förståelsen. Tolkningar för förståelse är alltid subjektiv (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008) eftersom det är författaren med sin förförståelse som analyserar materialet. Med det menas inte att det blir förfalskat eller förvrängt utan de blir subjektiv förståelse i det sammanhang det hör hemma.

Studiens *giltighet* är beroende av olika sätt att värdera den (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Resultatet är inte allmängiltigt för att kunna påstå att distriktssköterskor överlag hanterar dessa samtal såsom i resultatbeskrivningen. Det har inte heller varit författarens vilja. I stället visar resultatet att ämnet är skambelagt och svårt att samtala om för dessa distriktssköterskor. Resultatet styrker tidigare forskning som påtalar skam men också att vårdrelationen är mycket betydande i dessa samtal. Att koder som *skam* och *döljer* abstraherats till en kategori som att *lirkar fram berättelsen*, visar att analysarbetet inte styrts i

någon större grad av författarens förståelse. Hur skulle det ha varit möjligt att i förväg planera en kategori som kom att kallas för *lirkar fram berättelsen*? För mig som författare är det just detta som är det förvånansvärda med att se hur resultatet växt fram. Därför blir studiens tillförlitlighet viktig som ändå påvisar att studien gjorts med noggrannhet och eftertanke. Studiens resultat kan leva upp till det tredje kriterium som Lundman och Hällgren Graneheim (2008) nämner, nämligen *överförbarhet* genom att beskriva mönster i distriktssköterskornas hanterande av dessa samtal som troligen kan återfinnas utanför denna avgränsade grupp.

6.2 Resultatdiskussion

I distriktssköterskornas vardagliga arbete existerar knappast samtalsämnen som har med samlivet att göra och som orsakas av urininkontinens. Detta är märkligt när SBU (2000) skriver att urininkontinens är ett av de största folkhälsoproblem i världen. Primärvården och distriktssköterskan har en central roll i inkontinensvården och är oftast den som kvinnor förväntar sig att få hjälp ifrån (Hägglund & Wadensten, 2007). Det är svårt för distriktssköterskorna att beröra frågor som har med samlivet att göra, trots att de ändå berör samtalsämnen som involverar kvinnans nedre region såsom mag- och tarmfunktion.

Vad är det då som gör samlivsfrågor så gåtfulla? De förefaller som distriktssköterskorna saknar erfarenhet och känner sig obekväma med den typen av frågor. Det framgår att en del av distriktssköterskorna i denna studie aldrig ens har fått frågor av kvinnor där samlivet är påverkat av urininkontinens. Troligt är att många distriktssköterskor upplever ämnet så känsligt att deras strategi blir att invänta kvinnans initiativ. Alltså ett förhållningssätt som beskyddar distriktssköterskan från att ställa för närgångna frågor eftersom ämnet är okänt.

Sjukvårdspersonal (Hägglund & Ahlström, 2007; Andersson et al. 2008) bemöter vård sökande kvinnor på olika sätt. En del skildrar nonchalans och ovärdigt bemötande andra berättar om förtroendegivande sjukvårdspersonal. Vad förklarar denna olikhet i bemötande och hur svårt blir det för kvinnorna att kunna förlita sig på den distriktssköterska de möter? Eller gör distriktssköterskan sig själv en björntjänst när hon inte tar sig mod att fråga. Om vi undviker att fråga utvecklas inte den evidens som är så viktigt för den fortsatta kunskapsutvecklingen inom området.

Att lida av urininkontinens behöver inte betyda att samlivet påverkas i negativ riktning. Det kan mycket väl vara så att en stor andel kvinnor inte upplever att detta är ett problem och av den anledningen inte ställer frågor. Däremot framkommer det att kvinnor förväntar sig att

distriktssköterskor ställer mer frågor om deras urininkontinens än bara det nödvändigaste för att kunna förskriva inkontinenshjälpmedel. Kvinnorna känner sig kränkta när distriktssköterskor inte lyssnar och ser helheten av deras situation (Hägglund & Wadensten, 2007).

Att lida av urininkontinens är skambelagt (Horrocks et al. 2004; Hägglund & Ahlström, 2007) detta är också något som genomsyrar denna studie. Kvinnor saknar ord för att kunna beskriva sina problem. Det är dessutom något som distriktssköterskorna påtalar vara ett hinder när de ber kvinnorna ge sin berättelse. Kvinnorna är specialister på att minimera och undanhålla sina problem. Det kan föra med sig att distriktssköterskan påverkas genom att få falska signaler som säger att kvinnan inte har besvär. En erfaren distriktssköterska har möjlighet att förstå när kvinnan beskriver sina problem i underkant och *lirkar fram berättelsen* genom sin idériakedom som denna studie visar. Det kan ske i form enkla medel som att rita hur bäckenbotten ser ut och fungerar.

Å andra sidan verkar det som en del av distriktssköterskorna i denna studie har lättare att våga prata om kvinnans samliv än andra. Detta kan bero på den arbetslivserfarenhet som distriktssköterskan har med sig och att ha mött kvinnor som vågat anförtro sig. På så sätt involveras distriktssköterskan i ämnet och får en djupare insikt i andra problem som urininkontinens kan föra med sig.

Sjuksköterskan (ICN:s etiska kod, 2002) har i sin yrkesroll fyra grundläggande krav att ta hänsyn till. Nämligen att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Det är mycket troligt att en distriktssköterska som blivit erfaren och trygg i sin yrkesroll förstår ansvaret i att skapa samförstånd som är ett annat resultat i denna studie. En lång arbetslivserfarenhet kan visa sig genom att distriktssköterskan lugnt och metodiskt ritar och berättar om bäckenbottens anatomi. Kvinnan får tillfälle att i en verklig situation förstå och tänka efter vad som sker med en svag bäckenbottenmuskulatur och varför urinläckage uppstår. Detta synliggörs väl genom att inbjuda kvinnan till mer intima samtal med förtrohet. Kvinnan får då stöd och vågar anförtro sig vilket skapar förutsättningar för distriktssköterskan att få en klarare bild av de problem som kvinnan söker för. En legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) skall inneha en förmåga att känna in när en kvinna inte förmår uttrycka sina behov. Det är således viktigt att vara lyhörd och empatisk för att gynna en trygg vårdrelation. Detta gör distriktssköterskorna i studien genom att skapa samförstånd i vårdrelationen.

Att invänta kvinnans initiativ eller skapa samförstånd kan tydas som motsättningar till varandra. Hur skiljer sig distriktssköterskor som väntar in att kvinnan skall samtala och hur är den distriktssköterska som försöker skapa samförstånd i vårdrelationen? Har distriktssköterskorna olika förhållningssätt eller beror det på deras erfarenhet? Det finns inget entydigt svar på dessa frågor utifrån denna studie, och det har heller inte varit dess syfte. Det skulle däremot vara intressant att undersöka vidare i studier som berör andra sjukdomstillstånd som prostatabesvär eller diabetes. Inväntar läkaren mannens initiativ på att ställa frågor om samlivet efter en prostataoperation? med all sannolikhet inte. WHO (2006) betonar att närhet och samliv är en viktig del av människans sexuella hälsa och inte enbart frånvaro av sjukdom. Sexualitet är en kärleksfull relation och en ömhetsbetygelse mellan man och kvinna, inte enbart samlag. Därför behöver distriktssköterskor vidga sitt synsätt när det gäller urininkontinens för att tillmötesgå de kvinnor som upplever problem.

När distriktssköterskorna i denna studie avgör att det inte är aktuellt att fråga om kvinnans samliv gör hon det med respekt för den äldre kvinnan. Det finns en gemensam uppfattning att äldre kvinnor inte har ett samliv. Med stor respekt inför den äldre kvinnan undviker distriktssköterskan frågor som kan uppfattas som förargliga och för närgångna. Många äldre lider av nedsatt minne och därför lämnas av naturliga skäl dessa frågor åt sidan. I sådana fall kan det vara ännu viktigare att följa upp patientens tillstånd regelbundet (Socialstyrelsen, 2005). Andersson et al. (2008) belyser att äldre kvinnor önskar kontinuitet i sin kontakt med distriktssköterskan. Det blir för mödosamt att vid varje vårdtillfälle åter igen berätta sitt lidande. En trygg vårdrelation torde i så fall också innebära att distriktssköterskor får större möjlighet att uppfatta om kvinnor lider av samlivsproblem orsakade av urininkontinens.

Ett sätt att hantera urininkontinens är att helt enkelt lämna över ansvaret till andra som denna studie även visar. Det ger en invit om något som inte är bra. Men distriktssköterskorna möter också oftast kvinnor som enbart är i behov av inkontinenshjälpmedel. I sitt dagliga arbete blir de självklart duktiga på att förskriva bra sorters inkontinenshjälpmedel. Ofta handlade samtalen med kvinnorna som distriktssköterskorna beskriver om huruvida inkontinensskydden fungerar. Om kvinnan inte genomgått en inkontinensutredning och fått diagnos på sin urininkontinens hänvisas hon alltid till den inkontinensansvarige distriktssköterskan. Det är också i det forumet som de distriktssköterskor som inte har ett inkontinensansvar tror att eventuella samlivsproblem tas upp. Mycket beror säkerligen på att man förlitar sig extra på den inkontinensansvarige distriktssköterskan eftersom hon förväntas vara expert. Men behöver det vara så? Är inte samtal om samliv något som vi alla har

erfarenhet av. Vårt liv bygger på relationer, ömhet och känslor. Att visa förståelse och kunna ge tröst är också naturliga egenskaper hos varje individ. Har den person som samtalar om samlivet en helt annan livserfarenhet och mognad?

Förtrolighet betonas av en distriktssköterska i denna studie när kvinnan trycker lite extra på handen och vill uttrycka att besöket upplevdes som bra. Det visar tydligt att hon blivit bekräftad och sedd i sin livssituation. Ibland uppstår en speciell närhet mellan distriktssköterskan och kvinnan och samtal om samlivet upplevs som något naturligt. Det är däremot väldigt sällan som någon berättar om sina innersta problem med samlivet. När en kvinna var öppen och vågade berätta om sin rädsla för urinläckage under samlag hade den distriktssköterska med all säkerhet ett förhållningssätt som inbjöd till djupare samtal. En distriktssköterska bör ha kommit till insikt i sin värdering av samlivsfrågor och kunna mentalt förbereda sig för eventuella frågor.

Tidigare forskning visar att kvinnor känner sig mer missnöjda om distriktssköterskor undviker att fråga (Hägglund & Wadensten, 2007). Detta medför i sin tur att kvinnor inte blir bekräftade i sin situation och hämmas att söka vård i fortsättningen. Därför är det viktigt att redan i grundutbildningen för sjuksköterskor uppmärksamma frågor om samliv i form av etiska samtal i omvårdnaden. Ett gott samliv ger ingivelse och näring till hälsa för både kvinna och man. Resultatet i denna studie åskådliggör nyttan med att ta mod till sig och fråga om samlivet är påverkat av deras urininkontinens, samtidigt kan det upplevas som en risk att fråga om något som inte upplevs vara ett problem för kvinnan. Genom att distriktssköterskan frågar får kvinnan en möjlighet att berätta.

6.3 Etikdiskussion

Att utforma och genomföra en studie som handlar om kvinnors urininkontinens och hur de påverkar deras samliv kan väcka nyfikenhet men även förvåning. Ämnet är känsligt och berör kvinnans självbild med intima upplevelser och är starkt kopplat till hennes integritet. Även om det inte är kvinnorna själva som intervjuas utan distriktssköterskors erfarenhet av detta har jag vidrört viktiga aspekter av vad som är rätt att fråga och i vilket sammanhang.

Kvale (1997) skriver att de centrala bör vara att sträva efter ny kunskap som kan komma till nytta för den enskilde människan och förbättra hennes värde. Forskarens förhållningssätt till den som intervjuas bör vara respektingivande och reflekterande. Hur författaren går tillväga genom intervjuerna skall göras med en medvetenhet om att hon är ansvarig för studien och dess konsekvenser. Därför har författaren inlett intervjun med en mer bred fråga där

distriktssköterskan ombeds att berätta om sina erfarenheter av urininkontinens. Detta för att skapa en trygg atmosfär som gynnar intervjun. Däremot har det varit viktigt för författaren att kunna distansera sig till studien för att ge en så objektiv bild som möjlig av deras berättelser.

6.4 Slutsatser

Distriktssköterskorna i denna studie hanterar frågor som berör samliv när hon lider av urininkontinens genom att invänta kvinnans initiativ eller att lirka fram berättelsen. Hon skapar även samförstånd i vårdrelationen för att öppna för intimare samtal.

Distriktssköterskorna tar ibland egna beslut och bestämmer att det inte längre är aktuellt med frågor om samlivet. Det kan gälla kvinnor med nedsatt minne eller att de inte uppfattas ha ett aktivt samliv. Att överlämna ansvaret till andra görs för att kvinnan skall komma till den inkontinensansvarige distriktssköterskan för att få en diagnos på sin urininkontinens och att hon förväntas vara mer kunnig.

Studien visar att distriktssköterskor kan ta mod till sig och fråga kvinnor om samlivet är påverkat av deras urininkontinens. För det mesta inväntar kvinnan distriktssköterskans initiativ till att börja ställa frågor om deras samliv och urininkontinens. Att distriktssköterskan undviker att fråga, kan innebära att kvinnor lämnas ensamma med sina frågor och upplever att deras problem inte tas på allvar. Att samtala om samlivet är känsligt och behöver göras på ett respektgivande sätt. Samliv och kärlek ger välbefinnande och är en betydande del av kvinnors hälsa. Samtalsklimatet måste bli mer tillåtande att samtala om samliv och inte betrakta det som något hemlighetsfullt. Distriktssköterskan är den som har nyckeln till att öppna för dessa samtal.

6.5 Förslag till fortsatta studier

Det vårdvetenskapliga kunskapsområdet inom urininkontinens kan utvecklas genom att uppmärksamma kvinnors hälsa på ett djupare perspektiv. Här kunde ett formulär med standardiserade enkäter som innehåller mer specifika frågor om samlivet vara behjälpligt. Den skulle kunna användas vid urininkontinensutredningar generellt och ge ett skattningsvärde av kvinnors upplevda hälsa. Den upplevda hälsan i relation till urininkontinens kan sedan mätas och följas upp över hela landet. Distriktssköterskan skulle kunna lämna formuläret till kvinnan som sedan fyller i den i sin hemmiljö. Genom det kan distriktssköterskan identifiera problem och kan lättare hjälpa kvinnan t.ex. genom uppföljande samtal. En skattningsformulär kan även användas vid andra sjukdomar där samlivet kan påverkas.

För distriktssköterskor finns det ett omvärldsperspektiv i studien som kan förklaras genom ett ökat utbud medialt. I media har samtalsklimatet öppnats mer angående sexuell hälsa. Det vore intressant att följa upp effekten av distriktssköterskor som genom media gör ett längre reportage om urininkontinens. Där skulle dess orsaker och påverkande faktorer på hälsa kunna beskrivas. Ett konkret schema kunde ingå hur kvinnor skall utföra bäckenbottenträning och när i kvinnans livscykel det kan tänkas bli aktuellt. Sedan göra en uppföljande studie hur kvinnor upplevt att få information på det viset och om samtalsklimatet förändrats för såväl kvinnor och distriktssköterskor till mer öppet.

Referenslista

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U. m.fl. (2003). The standardization of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub- committee of the International Continence Society. *Urology*, 61 (1), 37-49.
- Andersson, G., Johansson, J-E., Nilsson, K. & Sahlberg - Blom. E. (2008). Accepting and Adjusting: Older Women`s Experiences of Living With Urinary Incontinence. *Urologic Nursing*, 28 (2), 115-121.
- Bradway, C. & Strumpf, N. (2008). Seeking Care: Women`s Narratives Concerning Long-Term Urinary Incontinence. *Urologic Nursing*, 28 (2), 123-129.
- Dean, N., Wilson, D., Herbison, P., Glazener, C., Aung, T. & MacArthur, C. (2008). Sexual function, delivery mode history, pelvic floor muscle exercises and incontinence: A cross - sectional study six years post - partum. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48, 302-311.
- Horrocks, S., Somerset, M., Stoddart, H. & Peters, T.J. (2004). What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services. *Family Practise*, 21 (6), 689-696.
- Hägglund, D. (2002). *Att leva med urinläckage. En longitudinell populationsstudie hos kvinnor och hur de hanterar sitt urinläckage.* Akademisk avhandling Uppsala universitet.
- Hägglund, D. & Ahlström, G. (2007). The meaning of women`s experience of living with long- term urinary incontinence is powerlessness. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (10), 1946-1954.
- Hägglund, D. & Wadensten, B. (2007). Fear of humiliation inhibits women`s care- seeking behavior for long- term urinary incontinence. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 21, 305-312.
- ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2002). Svensk sjuksköterskeförening.

- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lalos, O., Berglund, A-L., & Lalos, A. (2001). Impact of urinary and climacteric symptoms on social and sexual life after surgical treatment of stress urinary incontinence in women: a long- term outcome. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 316-327.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M & Höglund- Nielsen, B (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.159-171). Lund: Studentlitteratur.
- MacDonald, C. D., & Butler, L., (2007). Silent No More. Elderly Women`s Stories of Living with Urinary Incontinence in Long-term Care. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(1), 14-20.
- Polit, D. F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practise. Eight Edition*. Lippincott Williams &Wilkins a Wolters Kluwer business.
- Roe, B. & May, C., (1999). Incontinence and sexuality: findings from a qualitative perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (3), 573-579.
- SBU rapport (2000). Statens beredning för medicinsk utvärdering rapport nr 143. *Behandling av urininkontinens*. Stockholm: SB offset AB.
- SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor.
- Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 2008-09-14 från www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8673/2005-105-1.htm
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders Gotab.
- WHO (2006). Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002. Geneva. Hämtad 2008-09-14 från <http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html>

Bilaga 1.

Till verksamhetschefen vid.....

Mitt namn är Sari Sääntti och jag studerar till distriktssköterska på Mälardalens högskola. Under Ht 2008 skall jag genomföra ett examensarbete i vårdvetenskap som handlar om urininkontinens hos kvinnor.

För att få fördjupad kunskap om detta planerar jag att intervjua distriktssköterskor och behöver din tillåtelse.

Planerat syftet med studien är att undersöka vilka erfarenheter distriktssköterskor har av att samtala med kvinnor om deras urininkontinens och hur den påverkar deras liv och hälsa.

Deltagandet i studien är frivilligt och distriktssköterskorna kan när som helst avbryta medverkan i studien.

Deras erfarenheter kommer att behandlas konfidentiellt. Vare sig personer eller enheter där studien genomförts kommer att kunna identifieras i den färdiga rapporten.

Tillvägagångssättet innebär att intervjuerna spelas in och bearbetas i efterhand. I den färdiga magisteruppsatsen presenteras resultatet av analysen i form av teman som beskriver mönster i distriktssköterskornas erfarenheter. Avsatt tid blir ca en timme per intervju.

Jag svarar gärna på Era frågor:

Sari Sääntti 0221-516 86 el 076-203 51 36 mail: sarisantti@hotmail.com

Ni kan även kontakta min handledare:

Lena Wiklund mail: lena.wiklund@mdh.se, 021-107332

Jag samtycker till att studien genomförs på min enhet

.....den.....

Bilaga 2.

Till Distriktssköterskor vid.....

Mitt namn är Sari Sääntti och jag studerar till distriktssköterska på Mälardalens högskola. Under Ht 2008 skall jag genomföra ett examensarbete i vårdvetenskap som handlar om urininkontinens hos kvinnor.

Planerat syftet med studien är att studera vilka erfarenheter distriktssköterskor har av att samtala med kvinnor om deras urininkontinens och hur den påverkar deras liv och hälsa.

Du tillfrågas härmed om Du vill medverka i studien som verksamhetschefen på Din enhet gett tillåtelse till. Ditt deltagande innebär att vi träffas för en intervju som beräknas ta ca 1 timme. Intervjun spelas in på band, och behandlas konfidentiellt. Det innebär att jag skriver ut den för att använda texten som material. Bara jag och min handledare samt examinator och opponent har tillgång till den avidentifierade texten. Texten bearbetas sedan på ett sådant sätt att inga enskilda personer kan identifieras. I den färdiga uppsatsen presenteras resultatet i form av teman som beskriver mönster i dina och andra distriktssköterskors erfarenheter. Inga enskilda personer kommer att kunna identifieras i rapporten.

Deltagandet i studien är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Din medverkan i studien.

Jag svarar gärna på Dina frågor:

Sari Sääntti 0221-516 86 el 076-203 51 36 mail: sarisantti@hotmail.com

Du kan även kontakta min handledare:

Lena Wiklund mail: lena.wiklund@mdh.se tel:021-107332

Jag samtycker till att delta i studien

.....den.....

Bilaga 3.

Intervjuguide

1. Kan du berätta för mig om dina erfarenheter av att samtala med kvinnor som har problem med sin urininkontinens?
2. Upplever du att kvinnor samtalar öppet om sin urininkontinens?
3. Hur upplever du att det är att samtala om kvinnans samliv i relation till hennes urininkontinens..... är det känsligt för dig?
4. Händer det att kvinnor tar upp problem som kan uppstå i deras samliv på grund av deras urininkontinens?
5. Om svar nej... varför tror du kvinnor undviker att samtala om detta?
6. Är det något annat som du vill tillägga som vi inte har diskuterat?

Bilaga 4. Analysmatris

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Ja det är lite tabu fortfarande att prata om inkontinens. Ja, och många är äldre. Ofta kan det vara anhöriga som påtalar behovet.	Det är tabu att samtala om urininkontinens. Ofta är det anhöriga som påtalar behovet.	Kvinnan vågar inte själv berätta.	Saknar mod	Övergripande förståelse- svårt att samtala om
Det har jag aldrig faktiskt hört. Aldrig. Nej det har aldrig varit någon som tagit upp det. Nej. Det är det inte.	Aldrig hänt att någon tagit upp frågor om sitt samliv.	Ej fått frågor om kvinnans samliv.	Tysthet	Inväntar kvinnans initiativ.
Nej nej man får dra det ur dom efter att dom fått berätta lite grann upplever dom att det är lite jobbigt och skämmigt. Om man anar att dom håller tillbaka lite så brukar jag försöka öppna upp för samtalen genom att jag berättar och ritar lite grann hur bäckenbotten ser ut.	Får dra budskapet ur dem. Kvinnan skäms och det blir jobbigt för henne. Öppnar samtalen genom att rita och berätta hur bäckenbotten ser ut.	Kvinnor har svårt att prata om sin urininkontinens.	Skäms	Lirka fram berättelsen
För min del tycker jag inte att det har varit besvärligt (samtala om samliv).	Ej besvärligt att samtala om samliv.	Naturligt för distriktssköterskan att samtala om samliv.	Öppenhet	Skapar samförstånd
De flesta som kommer är äldre och en del dementa och då får man begränsa frågandet för dom minns inte alltid.	Begränsar frågandet eftersom de äldre inte minns.	Undviker frågor för att distriktssköterskan tror sig inte få svar.	Förhållningsätt.	Distriktssköterskan avgör att det inte är aktuellt.
Dom allra flesta skickar vi vidare till våran inkontinensansvarige distriktssköterska.	De flesta skickas vidare till den inkontinensansvarige distriktssköterskan.	Remitterar vidare.	_____	Överlämnar ansvaret till andra.