



Avdeling for helse, omsorg og sykepleie  
Seksjon sykepleie

BACHELOROPPGAVE

*Hvordan kan sykepleieren informere  
og veilede om seksualitet til  
stomiopererte?*

FORFATTERE:

CARINA MYRVANG

GRETE HAUGSTULEN RUDI

SYNNE SAMUELSEN

Dato: 09.05.2014



*Despite our differences and regardless of race, creed, or culture, every person on this planet has one thing in common. We are sexual beings —whether we are young or old, beautiful or plain, male or female, gay or straight, single or married, tall or short, black, white, yellow, religious or not, sexually active or not, or whether we have a stoma. Not only can sex continue to be or actually begin to be fun and pleasurable, but it's important to our overall emotional and physical sense of feeling OK. Sexuality makes us feel whole and normal, desirable and loveable*

(Turnbull 2009, s.4).

## SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Hvordan kan sykepleieren informere og veilede om seksualitet til stomiopererte?</u>	Dato: 09.05.14
Deltakere:	<u>Carina Myrvang</u> <u>Grete Haugstulen Rudi</u> <u>Synne Samuelsen</u>	
Veileder:	<u>Randi Aasen Slåsletten</u>	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord:	<u>Stomi, seksualitet, informasjon/veiledning.</u>	
Antall sider/ord: 48/13403	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p><b>Introduksjon:</b> I Norge finnes det mellom 8-10 000 stomiopererte (Norilco 2011). Å få en stomi kan påvirke seksuallivet til stomiopererte. I følge helsepersonelloven (1999) skal sykepleieren gi informasjon som pasienten har behov for.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hvordan sykepleieren skal informere og veilede pasienter, som har fått en stomi, slik at de får opprettholde sin seksuelle helse.</p> <p><b>Metode:</b> Litteratursøkene ble gjennomført i databasene: <i>Cinahl</i>, <i>Ovid Nursing database</i> og <i>Academic search elite</i>. Søkord som er benyttet: ostomy, sexuality, information, patient education, self image.</p> <p><b>Resultat:</b> Gjennom litteratursøkene ble det funnet seks artikler der sykepleierens oppgaver om å informere og veilede ble belyst. Artikkene viser at sykepleieren ikke informerer og veileder tilstrekkelig, den viser også hvordan sykepleieren bør gå frem.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Ved at sykepleieren åpner for at temaet seksualitet er tillatt å snakke om, vil sykepleieren legge til rette for informasjon og veiledning. Sykepleieren må informere og veilede kunnskapsbasert etter pasientens behov. Da trenger sykepleieren å tilegne seg ytterligere kunnskap.</p>		

## ABSTRACT

<b>Title:</b>	How can nurses inform and guide about sexuality to patients with an ostomy?	<b>Date :</b> 09.05.14
<b>Participants:</b>	Carina Myrvang Grete Haugstulen Rudi Synne Samuelsen	
<b>Supervisor:</b>	Randi Aasen Slåsletten	
<b>Employer:</b>		
<b>Keywords:</b>	Ostomy, sexuality, information/guidance.	
<b>Number of pages/words:</b> 48/13403	<b>Number of appendix:</b> 1	<b>Availability:</b> open
<p><b>Introduction:</b> There are about 8-10 000 people with ostomy in Norway (Norilco 2011). Getting an ostomy can affect on patients sexual life. Nurses are obligated to give proper information to these patients according to legal causes (Helsepersonelloven 1999).</p> <p><b>Purpose:</b> How to inform and guide patients with an ostomy about maintaining their sexual health.</p> <p><b>Method:</b> Search for literature was conducted through these databases: Cinahl, Ovid Nursing database and Academic search elite. Searched words used were: ostomy, sexuality, information, patient education, self image.</p> <p><b>Results:</b> Through literature searches, six articles were found in with the nurs's tasks to inform and guide were discussed. The articles show that the nurse didn't not inform and guide adequate. They suggested improvement for nursing actions and how to put into practice.</p> <p><b>Conclusion:</b> Through out nurs's trust and openness about sexuality to these patients, right information and guiding can be provided. The nurse has to inform and guide based on the patient's needs, so the nurse have to acquire further knowledge about this theme.</p>		

## **Innholdsfortegnelse**

SAMMENDRAG .....	4
ABSTRACT .....	5
1 Innledning .....	8
2 Bakgrunn.....	10
2.1 Stomi.....	10
2.2 Årsaker til stomi .....	10
2.3 Problemer som kan oppstå i seksuallivet ved stomi .....	11
2.4 Seksualitet.....	11
2.5 Seksualitet som et grunnleggende behov.....	12
2.6 Informasjon.....	13
2.7 Veiledning .....	14
2.8 PLISSIT-modellen.....	15
2.9 Oppgavens hensikt.....	17
3 Metode .....	19
3.1 Søkedokumentasjon.....	19
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	21
3.3 Bearbeidelsen av resultatene i artiklene .....	22
4 Resultater .....	23
4.1 Presentasjon av forskningsartikler med tilhørende analyse.....	23
4.2 Virkninger av stomi på seksuallivet .....	27
4.3 Pasientens oppfattelse av sykepleiere.....	28
4.4 Pasientens ønske og behov om informasjon.....	29
4.5 Informasjon og veiledning.....	30
4.6 PLISSIT-modellen.....	30
5 Drøfting.....	32
5.1 Hvordan påvirker stomien seksuallivet?.....	32

5.2	Hvordan opplever pasientene sykepleien? .....	34
5.3	Hvordan informere og veilede? .....	36
5.4	Når og hvor bør det informeres?.....	36
5.5	Hvilke kunnskaper bør sykepleieren ha?.....	39
5.6	Hvordan benytte PLISSIT modellen i veiledning?.....	41
5.7	Betydning for sykepleie og videre forskning .....	42
5.8	Kildekritikk.....	42
6	Konklusjon.....	45
7	Litteraturliste.....	46
8	Vedlegg 1 PICO-skjema .....	48

Antall ord: 13403

# 1 Innledning

Seksualitet er et viktig menneskelig behov. Personer som får endret sin seksuelle funksjon på grunn av sykdom eller skade med å få anlagt stomi, har fortsatt dette behovet. I brosjyren til Norsk forening for stomi- og reservoaropererte [Norilco] (2011) fremkommer det at i Norge pr. 2011 finnes 8–10 000 stomiopererte. Av disse har ca. 60 % kolostomi, 33 % ileostomi og 7 % urostomi. Helsepersonelloven (1999) inneholder krav om informasjon fra de som yter helse- og omsorgstjenester. Informasjonen skal gis til den som har krav på informasjon, etter regler i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 til 3-4. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal informasjonens form være tilpasset den enkelte pasient, ut i fra hans forutsetninger. Informasjonen skal gis slik at pasienten forstår innholdet og betydningen av opplysningene, men på en hensynsfull måte. I følge § 3-2 skal pasienten dermed få informasjon nok til å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, derav mulige risikoer og bivirkninger av behandlingen.

Et eksempel på at seksualitet kan være et vanskelig tema også i helsevesenet, kan være dokumentaren *De flauere legene* som gikk på Norsk rikskringkasting [NRK] P3 (2012). Dokumentaren viser hvor viktig informasjon om seksualitet er. Der tok de opp hvordan de unge pasientene led fordi helsenorge syntes seksualitet var flaut. Dokumentaren beskriver samfunnet som vi lever i, som et sexfiksert samfunn og sexologene forteller at ved å tie om emnet kan gjør vondt verre.

Gjennom praksis og direkte kontakt med stomisykepleier på stomipoliklinikk er det funnet lite veiledning om seksualitet til stomiopererte. Det ble observert at det ble gitt mest praktisk informasjon om utstyr, men lite informasjon om seksuallivet og seksuell funksjon til pasienten med stomi. Gjennom oppgaven er det derfor valgt å se nærmere på hvordan sykepleieren, på best mulig måte kan informere og veilede den stomiopererte til å opprettholde sin seksuelle helse. Oppgaven omhandler stomipasienter på gastrokirurgisk avdeling og stomipoliklinikk, den kan også ha gyldighet ved kirurgisk poliklinikk. For å gi et klart skille mellom pasient og sykepleier blir sykepleieren omtalt som hun og pasienten som han.

Sykepleieperspektivet i oppgaven setter fokus på hvordan sykepleieren skal informere og veilede om seksualitet etter å ha fått stomi. Denne funksjonen er med på å bidra til læring, mestring og utvikling hos den stomiopererte. Sykepleieren må inneha kunnskap om temaet, innlevelse, vise empati, sympati, lytte og bekrefte. Dette er viktig for målrettet



kommunikasjon, tillitsforhold, trygghet og kontinuitet i relasjonen. Noe som kan føre til at sykepleier får et bedre grunnlag for å gi helhetlig omsorg og se hele pasienten. Resultatet vil føre til et mer helsefremmende og forebyggende fokus. Pasienten kan derfor få hjelp til å dekke sitt grunnleggende behov for seksuell tilfredstillelse, som vil kunne gi han en bedre livskvalitet (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011). Grunnlaget for yrkesutøvelse er nedfelt i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og er relevant i oppgaven. Retningslinjene oppgir at sykepleieren skal ha respekt for det enkelte menneskets liv og dets verdighet. Sykepleieren skal ha menneskerettighetene, barmhjertighet og omsorg for pasienten som utgangspunkt. Sykepleien skal være kunnskapsbasert, tverrfaglig og dermed gi mulighet for etisk refleksjon (Norsk sykepleierforbund [NSF] 2011).

Klinisk sykepleieforskning forsker på direktekontakten som oppstår mellom sykepleiere og pasienter som mottar eller har behov for tjenestene til sykepleierne. Med andre ord fenomener som knyttes til sykepleierens praktiske hverdag innen sykepleieres funksjons- og ansvarsområder. Ved Høyskolen i Gjøvik [HIG] (2014) foregår det forskning på tre forskjellige forskningsområder; *utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleien og helse i dagliglivet*. I denne oppgaven vil seksjonens forskningsområder hovedsakelig tilhøre *helse i dagliglivet*, men også komme innom *kvalitet i sykepleie*. *Helse i dagliglivet* inneholder seksjonene; *kritiske livshendelse og å leve med helsesvikt*. Disse to fokusområdene inneholder forståelse for mennesker i ulike livssituasjoner og utvikling av kunnskap. Sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon er grunnleggende i begge disse fokusområdene (ibid). Å få stomi kan for den enkelte oppleves som en kritisk livshendelse. Å leve med en stomi kan for pasienten bety å leve med helsesvikt knyttet opp til seksuallivet. *Kvalitet i sykepleien* sine fokusområder er *pasientens behov og sikkerhet* og *personalets funksjon og sikkerhet*. Disse omhandler blant annet kunnskaper knyttet til menneskers grunnleggende behov, samhandling med pasient og pårørende og mellom ulike yrkesgrupper. Videre omhandler dette den fysiske og psykososiale arbeidssituasjonen til sykepleiere (ibid). Hver enkelte pasient har behov for informasjon og veiledning for å dekke det grunnleggende behov for seksualitet. Som en del av sykepleierens funksjon innebærer det å informere og veilede pasienter.

## **2 Bakgrunn**

I denne delen av oppgaven vil teori om ulike begreper beskrives. Hovedbegrepene i oppgaven er stomi, seksualitet, informasjon og veiledning. Teorien i bakgrunnsdelen vil gi grunnlaget for drøftingsdelen, sammen med litteratursøkene som vises i resultatdelen. I løpet av denne oppgaveprosessen oppleves det at tidligere forskning er minimal.

### **2.1 Stomi**

Stomi er et gresk ord og betyr åpning eller munn. Innen medisinsk terminologi blir ordet stomi brukt om en kirurgisk konstruert åpning i kroppen. I denne oppgaven brukes stomi som betegnelse, fra et hulorgan og ut på huden. Det finnes ulike typer stomier, og organnavnet foran stomi sier oss hvor på kroppen stomien er. De mest vanlige er kolostomi, ileostomi, appendikostomi og urostomi, de kan være midlertidige eller permanente. I 1952 utviklet en engelsk kirurg teknikken med å vrenge tarmen før den ble festet i huden, en teknikk som fortsatt er i bruk i dag til avledning av urin og avføring. Tarmens muskulatur er ikke viljestyrt slik som den er rundt endetarmen og urinrøret. Derfor har den stomiopererte ingen kontroll over avføring, urin eller tarmgass (Nilsen 2010).

### **2.2 Årsaker til stomi**

Største årsak til stomi er kreft i endetarm eller urinblære der de angrepne organene blir fjernet. Det er oftest eldre menneskene som her blir rammet. Hos yngre og middelaldrende skyldes stomi som regel alvorlige og kroniske betennelser i tykktarmen. De mest utbredte sykdommene i tarmene er Chrohns sykdom og ulcerøs kolitt. Disse sykdommene kan føre til at store deler av endetarm og/eller tykktarm må fjernes. Noen barn kan være født med misdannelse som hindrer funksjonene i for eksempel urinblæren eller tarmen. Dette kan være blæreekstrofi (åpen blære), ryggmargsbrokk, analatresi (manglende endetarmsåpning) eller Hirschsprungs sykdom, der deler av tykktarmen mangler nerveceller, og det oppstår vanskeligheter med å tømme tarmen. Videre finnes det stomier som er innlagt på grunn av skader. Stråleskader på friske organer kan oppstå hos kreftpasienter. Særlig stråleskader som har gått utover urinveier eller tarmen i underlivet. Det eksisterer også stomier som følge av traumatiske skader, eksempelvis etter trafikkulykker (Norilco 2011).

### **2.3 Problemer som kan oppstå i seksuallivet ved stomi**

Både kvinner og menn kan oppleve utfordringer i seksuallivet etter en stomioperasjon. Hos menn kan det ved kreftbehandling eller under stomioperasjonen oppstå skader på forskjellige nervebaner i underlivet. Dette kan medføre at evnen til å få ereksjon og ejakulasjon blir borte. Det skjer spesielt i tilfellene hvor blære, endetarm og endetarmsåpningen blir fjernet. En må være oppmerksom på at psykiske plager også kan føre til impotens, slik at plagen kan være et forbigående fenomen. Kvinner kan få problemer etter fjerning av tykktarm og endetarm. Livmoren kan da bøye seg bakover i tomrommet som har oppstått i bukhulen. Dette gjør at skjeden blir bøyd, en lomme oppstår og det samler seg utflod i den. Utfloden vil sive ut ettersom en endrer på kroppsstillingen. Bakoverbøyd livmor kan dessuten gi smerter under samleie. Ved inngrep i kreftoperasjoner eller ved stomioperasjoner, kan forskjellige nerver skades, som kan føre til nedsatt førlighet og tørr skjede som kan føre til ubehageligheter. Problemer i seksuallivet kan også skyldes tretthet etter påkjenningene som oppstår etter en stomioperasjon som dertil følger til mangel på overskudd (Norilco 2011). I følge Gynkreftforeningen (2014) kan sammenvokst skjede forekomme etter stråleskader. Dette, eller at livmoren kan være sammenvokst med bekkenet, kan føre til at kvinnen ikke blir gravid. Grunnen til at menn med stomi ikke kan gjøre kvinnen gravid, kan være dårlig sædkvalitet etter en stråleskade eller at de er blitt i impotent.

### **2.4 Seksualitet**

Det finnes ulike begreper som sier noe om pasienters seksuelle helse. Alle mennesker har en seksuell helse og alle har rett til en individuell oppfattelse av sin seksuelle helse. Verdens Helseorganisasjon [WHO] (2006) beskriver seksuell helse slik; *The integration of the somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual being in ways that are positively enriching and that enhance personality, communication and love.*

I følge WHO (2006) innebærer det en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære, på tross av sykdom eller svakheter. Dette vil bety at alle pasienter, med stomi eller ikke, skal ha mulighet til å ha et godt seksualliv. Seksualitet er en del av alle menneskers personlighet. Det er en del av å være et menneske og seksualitet er et grunnleggende behov. Seksualitet er ikke bare samleie, men inneholder så mye mer. Det er dette som kan få oss til å søke etter nærhet, intimitet, kjærlighet og varme. Måten vi beveger oss på, rører ved andre og blir berørt av andre, er ulike måter seksualitet kan bli uttrykt på. Våre følelser, tanker og samspill med andre mennesker har innflytelse på vår seksualitet.

Fjerstad (2010) sier at seksualitet ikke bare er hva kroppen klarer å prestere fysisk. Det er også nærhet, nærhet til partneren og nærhet til seg selv. For at pasienten skal kunne håndtere endringer i kropp og utsende, forutsetter dette at pasienten kan snakke om nærhet. Å snakke om sensitive temaer kan være utfordrende. Det er viktig at pasienten kan snakke med sin partner om problemer som påvirker nærheten. Hvis pasienten ikke har en partner å snakke med eller at han ønsker å snakke med sykepleieren, må sykepleieren være åpen for samtale. Hun skal finne det mest passende tidspunktet å ta opp temaet, for at pasienten skal være mottakelig og få mest ut av informasjonen som gis. Gis informasjonen på feil tidspunkt eller om sykepleieren er for påtrengende, kan dette gjøre at pasienten lukker seg og ikke lenger ønsker å spørre om det han sitter inne med. Sykepleieren må være oppmerksom på egne holdninger og følelser om temaet seksualitet og den enkelte pasienten. Hun skal kunne bruke sine kunnskaper om seksualitet uansett hvilken religion eller seksuell legning pasienten har. Sykepleieren skal ikke være dømmende i samtale og ikke moralisere hva som er rett og galt rundt temaet pasienten tar opp. Dette er viktig for at pasienten skal føle seg trygg på at han kan ta opp temaet med sykepleieren.

På en verdenskongress for sexologi, utarbeidet World Association for Sexual Health (WAS) i 1999, *seksualrettighetserklæringen* som omfatter 11 punkter om menneskers seksuelle rettigheter. I verdenserklæringen trekkes det frem at alle har rett til informasjon og seksualundervisning som er forskningsbasert. Dette ble gjort for at pasientene skulle være sikre på at den hjelpen de fikk kom fra kunnskap som var pålitelig. Sykepleieren som jobber med pasienter har derfor et krav om å stille med informasjon som har god nok kvalitet og ikke bygd på egne meninger. Videre tas det med som et punkt at alle har rett til hjelp fra helsevesenet i forhold til sin seksuelle helse. Omsorgen som gis fra helsevesenet skal være tilgjengelig som forebyggende tiltak og som behandling av alle problemer, lidelser og bekymringer som angår seksuallivet.

## **2.5 Seksualitet som et grunnleggende behov**

Dorothea Orems behovsteori og hennes tre typer av egenomsorgsbehov kan settes opp mot begrepet seksualitet. Hennes universelle egenomsorgsbehov legger vekt på at det er en nødvendighet for menneskene å ivareta grunnleggende behov for å opprettholde livsprosesser, kroppslig og mental funksjon og anatomiske strukturer. De utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene må blant annet ivaretas ut ifra alder, trinn i utviklingen, tilstand eller

situasjon. I tillegg er helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov basert på svikt i normal funksjon, helse og velvære. Behovet som fører til forebygging av ytterligere svikt, regulere og kontrollere konsekvensen og omfanget av svikten. Dess bedre disse behovene oppfylles, dess bedre helse og velvære. Om noen av behovene ikke blir tilfredsstilt vil de andre behovene komme i annen rekke som for eksempel seksualitet (Kristoffersen 2011a).

## **2.6 Informasjon**

Informasjon er et begrep som blir benyttet mye i helsevesenet, i tillegg til at det har mange ulike betydninger alt fra bruk i hverdagen til tekniske miljøer. Ordet informasjon er knyttet til verbet å informere, som vil si å gi eller underrette informasjon og opplysninger om noe til noen. Tveiten (2008) sier også at informasjon hovedsakelig kan forstås som formidling av fakta eller opplysninger via en enveis kommunikasjon. Det er få situasjoner i sykepleiepraksis hvor kun informasjon er en tilnæringsmåte som er relevant. I praksis hvor brukermedvirkning skal vektlegges, vil behovet for dialog alltid være til stede. I noen situasjoner er det relevant og hensiktsmessig å informere når hensikten kun er å formidle fakta eller opplysninger. Men i all vesentlig pasientkontakt, vil det være behov for oppfølgingsspørsmål eller drøfting. Ved å informere om en ubehagelig undersøkelse og lignende, etterfølger som regel mulighet for dialog. Dialogen inneholder informasjon, veiledning og støtte for å hjelpe pasienten til å mestre situasjonen.

Erfaringsmessig kan informasjonen pasienten mottar være av ulik kvalitet og karakter. Når informasjon er blitt gitt, er det ingen garanti for at innholdet er blitt mottatt og oppfattet på riktig måte. Sykepleieren må derfor undersøke hva pasienten har oppfattet og eventuelt korrigere feiloppfatninger. Bruk av informasjonsbrosjyrer er informasjon som er en enveisprosess. Enveisprosess består av at informant gir opplysninger som vedkommende mener at pasienten har behov for, uten at behovet hos pasienten blir undersøkt nærmere. Informasjon er generell for en gruppe og kan gis til alle uten at den er blitt individualisert eller tilpasset den enkelte. Informasjon kan i sykepleiefaglig sammenheng inngå som en del av veiledningen. Dialog mellom sykepleier og pasient brukes for å vurdere pasientens behov for informasjon og veiledning (Kristoffersen 2011b).

Lite og manglende informasjon kan skape utrygghet, usikkerhet og økt lidelse. Helsepersonell har plikt til å informere etter behovet til pasienten, i henhold til lovverket. Lovene sier også at informasjonen som blir gitt skal gis slik at den blir forstått. Pasienter og pårørende har både

behov for og rett til informasjon om det som angår dem (Tveiten 2008). Krav om informasjon er lovpålagt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2, hvor det står at pasienten «[...] skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen [...]». Helsepersonelloven (1999) understreker også dette i § 10 «Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 til § 3-4».

## **2.7 Veiledning**

I sykepleiepraksis er veiledning en viktig og en godt egnet metode. Begrepet brukes mye, men er vanskelig å definere (Kristoffersen 2011b). Veiledning defineres gjerne som å lede på rett vei, komme med ulike råd og opplysninger, forklare, orientere og anvise (Tveiten 2008). Som en ser ved tidligere definisjoner av begrepet, er de relasjonelle- og læringsaspektene sentrale. I tillegg til at det er pasienten som er i fokus og at det er en form for samspill og samarbeid. Begrepet benyttes i mange ulike betydninger og sammenhenger. Sykepleieren må hele tiden være bevisst når veiledning benyttes og hvordan den brukes, slik at veiledning ikke blir tilfeldig. Tveiten (2013, s. 21) definerer veiledning slik: *En formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier.*

At veiledningen er en prosess av istandsetting, vil si at det er en prosess som starter og avsluttes. I veiledningen er ansvaret delt, hvor et av veileders ansvar er å legge til rette for istandsettingen. Pasienten har ansvaret for hvordan han selv velger å gå videre med det han er i stand til, for eksempel endring av handlinger og tanker. Prosessen er formell som i denne sammenhengen vil si at veiledning er del av en formell virksomhet som inngår i et arbeidsforhold, eksempelvis i en avdeling eller poliklinikk ved sykehuset. Prosessen er pedagogisk da det refererer til at det er læring, utvikling, vekst og mestring som er i fokus. Ved at istandsettingsprosessen er relasjonell, betyr at det er et forhold mellom veileder og pasient, mellom to mennesker. Tillit og trygghet i veiledningen kan ivaretas gjennom relasjonen. Veileder er hovedansvarlig for og må bevisst ivareta kvaliteten på relasjonen i veiledningen. Dette viser at veileders etiske kompetanse er av stor betydning. Veiledningen kan også forstås som en etisk handling da veiledning alltid dreier seg om et annet menneske. Hvor god eller dårlig veiledningen er og kvaliteten på veiledningen, er dermed knyttet nært til etikk. Veiledning som ikke ivaretar eller hjelper pasienten er dårlig veiledning. God veiledning vil være der sykepleieren ivaretar og hjelper pasienten (Tveiten 2013).

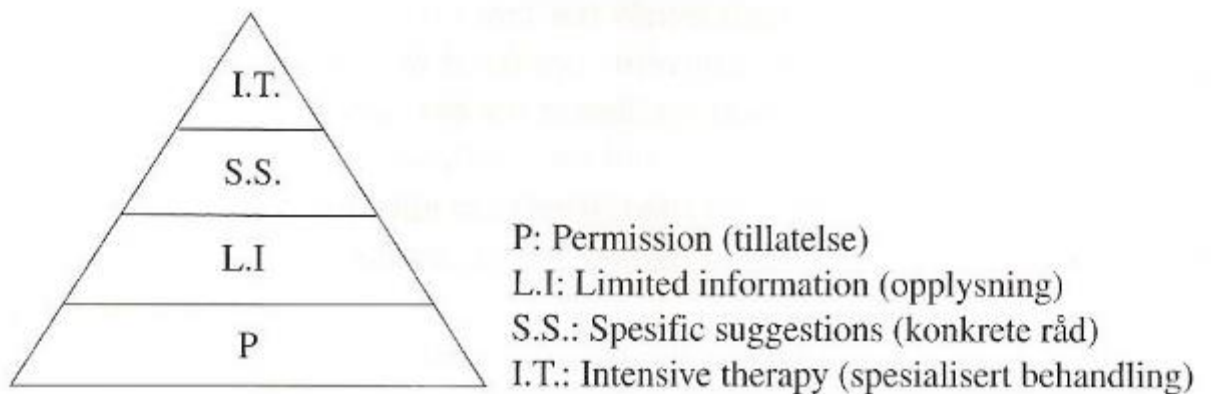
Veiledningens hensikt er at pasientens mestringskompetanse styrkes. At mestringskompetansen styrkes, vil si at pasienten har denne fra før, men at den ytterligere forbedres. Dette ved for eksempel fokusering, refleksjon, bevisstgjøring og trening. Veiledning er med på at pasienten får hjelp til å utforske sine tanker, følelser og handlinger. Dette ved å oppnå en selvforståelse og bruke ressursene en har. Videre kan en foreta valg og handlinger som er gjennomtenkte og på en mer tilfredsstillende måte kunne mestre livet. Hovedformen i veiledning er dialog der pasienten er i sentrum. Dialogen i veiledningen bygger på menneskers kunnskaper og verdier. Det handler om respekt, likeverd, ansvar, ville den andre vel og at mennesket har ulike muligheter og kan ta ansvar. Primært skal veiledning ikke gi svar, men legge til rette for slik at pasienten som veiledes selv finner svarene (Tveiten 2013).

Veiledning er en meningsfull relasjon hvor veilederen hjelper pasienten til å hjelpe seg selv, gi personen hjelp til selvhjelp. Pasienten er utgangspunktet i veiledning som gjør at sykepleieren på forhånd ikke kan definere veiledningens innhold og mål. Innholdet styres av pasientens behov, slik det kommer frem i samtalen med pasienten. Det er viktig at sykepleieren er åpen og lyttende til hva som opptar pasienten og møter pasienten på dette (Kristoffersen 2011b). Oppmerksomheten er rettet mot fokuspersonen og behovene til pasienten er i fokus, ikke veilederens. Det kan være utfordrende for sykepleierne å ikke bidra med egne opplevelser og erfaringer. Pasienten kan imidlertid spørres direkte om han ønsker å høre om sykepleierens opplevelser eller erfaringer, det kan da gi bekreftelse og være positivt for enkelte pasienter. Viktig at sykepleieren lytter aktivt og at en bruker sine kommunikasjonsferdigheter som er med på å legge til rette for trygghet og tillit (Tveiten 2008).

## **2.8 PLISSIT-modellen**

PLISSIT modellen kan være et godt egnet utgangspunkt i møte med pasienter som har seksuelle problemer. PLISSIT står for Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy, som på norsk betyr tillatelse, begrenset informasjon, spesifikke forslag og intensiv terapi. Modellen sier noe om de ulike nivåene en kan forholde seg til ved seksuelle problemer og behandling av disse problemene. Modellen er utviklet og presentert for første gang i 1976 av Jack Annon. Modellen blir i dag sett på som en pyramide, der nederste del opptar den største pasientgruppen og øverste del minste gruppen (Almås og Benestad 2006).

Modellen viser at de aller fleste som har behov for informasjon og hjelp rundt seksualitet befinner seg på det nederste nivået, tillatelse. Desto lenger opp i pyramiden en kommer ser en at færre pasienter har behov for ytterligere hjelp rundt seksualitet. Det er kun et fåtall som trenger hjelp på øverste nivå, intensiv terapi, ved hjelp av eksperter som sexolog og lignende. På de ulike nivåene av pyramiden får pasienten hjelp av forskjellige profesjoner. Profesjonene bruker ulike metoder knyttet til hvilket nivå i pyramiden pasienten befinner seg på (Almås og Benestad 2006).



(Almås og Benestad 2006, s. 68)

#### P-tillatelse:

På dette nivået gis det tillatelse og rom til å snakke om seksualitet. Gjennom tillatelse gis det mulighet til å være seksuell og at det er tillatt å ha problemer og spørsmål rundt seksualitet. Ved medisinske undersøkelser skal det spørres om seksualfunksjon. Ved å spørre, tillater sykepleieren pasienten å fortelle med egne ord om sin situasjon. Dette spørsmålet kan være med på at pasienten forstår at den som spør bryr seg om problemer rundt seksualitet. For helsepersonell krever dette nivået ingen utdanning, men en må føle seg trygg for å snakke om temaet seksualitet (Almås og Benestad 2006).

#### LI-begrenset informasjon

Her gis det begrenset informasjon som er enkel og saklig. Nivået skal være med på å ivareta behovet for opplysning om uvanlige eller vanlige forhold, ved et godt seksualliv og ved et problematisk seksualliv. Under dette nivået er det også vanlig å informerer om hjelpemidler som eksempelvis stomiutstyr, seksuelle hjelpemidler og lignende. Uansett type informasjon, skriftlig eller muntlig må helsepersonell forsikre seg om at informasjonen som er blitt gitt er



forstått. Ved at informasjon blir gitt, gjør at enkelte pasienter kommer tilbake med tydeligere problemstillinger som krever mer spesifikke forslag (Almås og Benestad 2006).

### SS-spesifikke forslag

Nivået omhandler konkrete og spesifikke forslag, som kan være med på å løse det seksuelle problemet. Ved å benytte medisinske undersøkelser som kan være med på å avklare ulike problemer som krever spesifikke forslag og tiltak. Et forslag kan innebære ytterligere behandling hos for eksempel urolog. Her må profesjonsgruppene ha tilfredsstillende kunnskap om de ulike problemene som kan oppstå. De må også vite hvilke henvisningstilbud som finnes og informere videre om henvisning til høyere nivå (Almås og Benestad 2006).

### IT-intensiv terapi

Dersom problemer ikke er løst ved de tre første nivåene, krever problemene mer intensiv eller spesialisert behandling. Det kan for eksempel være seksualterapi eller hjelp med spesifikke seksuelle dysfunksjoner. Det er derfor viktig med erfaring og kunnskap og en slik behandling skal kun tilbys der det foreligger kompetanse av spesialister på det enkelte området. Dersom helsepersonell føler at en er utenfor sitt kompetansenivå skal en henvisse til andre med mer kompetanse eller bruke kollegaer, dette gjelder på alle nivåene. Intensiv terapi dreier seg også om behandling som er spesialistisk, som for eksempel endokrinologisk behandling ved hormonforstyrrelse eller familierådgivning (Almås og Benestad 2006).

Når det gjelder å gi informasjon, råd og veiledning rundt temaet seksualitet, er det ikke påkrevd å være sexolog. Men den informasjonen helsepersonell gir må være relatert til helsepersonellens kompetansenivå. Ved at helsepersonell er lyttende, innehar kunnskaper, empatisk evne og selvinnsikt i tillegg til at de formidler og gir pasienten tillatelse til å snakke om seksualitet, kan dette være til god hjelp. For at sykepleieren skal kunne få en forståelse av pasientens problem, er det nødvendig at sykepleieren har evne til å vise empati og at en er følelsesmessig til stede. For å kunne vurdere og observere ulike problemer og mål i behandlingen er det nødvendig å holde den avstanden som trengs. PLISSIT modellen brukes ved individuelle sammenhenger men kan også benyttes i grupper (Gamnes 2011).

## **2.9 Oppgavens hensikt**

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleiere skal informere og veilede pasienter, som har fått anlagt en stomi, slik at de får opprettholde sin seksuelle helse. Seksualitet er et grunnleggende behov og det er viktig at dette blir dekket. I arbeidet for å

finne svar på dette er det søkt etter vitenskapelige artikler omkring hvilken type informasjon og veiledning den stomiopererte ønsker. Dessuten hvor, når og på hvilken måte informasjonen skal gis. Dette har ført frem til følgende problemstilling:

*Hvordan kan sykepleieren informere og veilede om seksualitet til stomiopererte?*

### 3 Metode

I oppgaven er litteraturstudie brukt som metode. En litteraturstudie skal gi leseren en bakgrunn for å forstå ny kunnskap på et gitt emne. Ved denne metoden samles det inn litteratur basert på primære kilder. En primærkilde vil si at forskningsartikkelen er skrevet av de som har utført studien. I søk etter litteratur i en slik studie, er det viktig med nøye seleksjon på hvilke typer artikler man ønsker å bruke. Litteraturen som samles inn bør være av nyere dato, og relateres opp mot oppgavens problemstilling. Ved artikkelsøkene bygger oppgaven seg på flere forskningsresultater som kan underbygge eller motsi hverandre. På denne måten kan litteraturstudien føre til en konklusjon eller nye problemstillinger (Polit og Beck 2010).

Ved å bruke PICO-skjemaet (vedlegg 1) ble sentrale begreper til oppgaven kartlagt, noe som bidrar til å begrense oppgavens tema, søk og problemstilling (Bjørk og Solhaug 2008).

Utvalget av artiklene startet med å søke med få ord, for å oppnå mange treff for å kartlegge hva som finnes rundt temaet. Litteratursøkene var en stor del av oppgaveprosessen, da dette la grunnlag for innholdet i oppgaven. For å dekke mulige aktuelle artikler, ble et stort antall titler gjennomgått. Ut ifra aktuelle overskrifter, ble sammendragene lest og artiklene vurdert om de var aktuelle for litteraturstudien. 22 artikler ble valgt ut som aktuelle og diskutert i gruppen. Etter gjennomlesning enkeltvis og diskusjon i gruppen ble seks av artikler valgt som aktuelle hovedartikler til bruk i oppgaven. Samtidig ble referanselister i de ulike artiklene gjennomgått, for eventuelt å finne relevant litteratur og ytterligere artikler.

Litteratursøk ble gjennomført i databaser fra Høgskolen i Gjøvik. Databasene som ble benyttet er *Cinahl*, *Ovid Nursing database* og *Academic search elite*, i tidsperioden februar og mars. Noen av de aktuelle søkeordene er; ostomy, sexuality, information, patient education, self image.

#### 3.1 Søkedokumentasjon

Hvert enkelt søk blir presentert i matrisene under. Tittelen til artikkelen står i kursiv og artikkelforfatterene er henvist til under matrisen under resultater.

##### *Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma.*

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Ostomy	Cinahl	1	3871
2. Guidance		2	13692
		1 and 2	31

		1 and 2, fulltekst	4
		1 and 2, fulltekst, 2008-2013	3

*Ostomy patients' perceptions of quality of care.*

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Information 2. Ostomy	Cinahl	1	220381
		2	3871
		1 and 2	308
		1 and 2, fulltekst	25
		1 and 2, fulltekst, 2005-2014	13

Ved søk i Ovid Nursing database ble det valgt; *HIG - Høgskolen i Gjøvik Journals@Ovid Full text* for å søke i databasen. Dette gir et mer begrenset søk som ses i antall treff.

*Sexuality and the Person With a Stoma: Implications for Comprehensive WOC Nursing Practice.*

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Sexuality 2. Self image 3. Ostomy 4. Young adults	Ovid Nursing Database	1	1743
		2	1251
		3	3146
		4	10342
		1 and 2 and 3 and 4	2

*Young Adults With Permanent Ileostomies: Experiences During the First 4 Years After Surgery.*

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Relationship 2. Ostomy 3. Young adults 4. Self-esteem	Ovid Nursing Database	1	139370
		2	3146
		1 and 2	544
		3	10344
		1 and 2 and 3	23
		4	4456
		1 and 2 and 3 and 4	7

*Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy: Impact on Everyday Life and Educational Needs.*

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Patient education 2. Ostomy 3. Permanent	Ovid Nursing Database	1	6194
		2	3146
		1 and 2	195
		3	26017
		1 and 2 and 3	30

*Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability.*

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
<b>1. Education</b> <b>2. Sexuality</b> <b>3. Rehabilitation</b>	Academic search elite	1	1424812
		2	55678
		3	172301
		1 and 2 and 3	163
		1 and 2 and 3, fulltekst	83
		1 and 2 and 3, fulltekst, 2009-2014	35

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble brukt for å begrense søket, konkretisere temaet, i tillegg til å gi relevans og kvalitet til oppgaven. Inklusjonskriteriene består av at artikkelens tittel skal inneholde ett eller flere av søkeordene. Artiklene må være engelskspråklige eller skandinaviske og være publisert mellom år 2004 og 2014. Kvalitative artikler er blitt foretrukket da disse tar opp pasientenes og helsepersonells meninger og opplevelser som på andre måter ikke lar seg tallfeste. Med dette kan forskeren analysere pasientenes følelser, gå i dybden og få frem det særegne (Dallan 2013). Kvalitative observasjoner er avgjørende for å få et konkret og best mulig riktig svar i denne oppgaven. Tidsskriftene til artiklene valgt i oppgaven er gjennomgått vurderingene til *Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste* [NSD] (2014) for vitenskapelig nivå. Dette for å kunne forsikre at innholdet er av et høyere vitenskapelig nivå. NSD vurderer tidsskriftene under to kategorier: nivå 1, ordinære vitenskapelige publiseringskanaler og nivå 2, publiseringskanaler med høy internasjonal prestisje. I oppgaven er det kun brukt tidsskrift som er fagfelleurdert nivå 1 eller 2. Fulltekst og IMRAD-struktur ble også benyttet som kriterier. IMRAD er oppsett til oppgavestrukturen som står for introduksjon, metode, resultat, analyse og diskusjon (Polit og Beck 2008). Forskningsartikler som blir benyttet i oppgaven må kunne sammenlignes med norsk helsevesen. Videre ble det valgt å ikke begrense etter forhold til type stomi og alder, fordi dette tvert i mot kan vise mangfoldet i ulike studier. Eksklusjonskriteriene som ble brukt utelukker land med stor forskjell fra det norske og skandinaviske helsevesenet. Artikler som er eldre enn ti år har blitt gjennomgått for å se utviklingen, men ikke inkludert i oppgaven. I tillegg er forskningsartikler som ikke er fagfelleurdert utelukket.

### **3.3 Bearbeidelsen av resultatene i artiklene**

Under søk etter artikler ble det brukt ulike begreper for å kunne få et overblikk over et bredt område. Artiklene som ble valgt, hadde forskningsområder som dekket de ulike temaene i denne oppgaven. Hver for seg ga de ikke svaret på problemstillingen, men kunne tilsammen utfylle hverandre. Hver enkel artikkel ble analysert i matrisen ut ifra innholdet. Det aktuelle temaet som er reelt for denne oppgaven blir trukket ut i en fritekst på tvers av artiklene. Dette fordi mange av artiklene tok for seg samme tema, men på ulike måter. Aktuelt innhold fra artiklene, sammen med bakgrunnsteori og ytterligere aktuelle artikler, ble satt opp mot hverandre og diskutert i drøftingsdelen.

## 4 Resultater

Her følger de seks artiklene som ble valgt ut etter litteratursøket. I matrisen vil hovedinnholdet i artiklene bli fremvist, mens resultater som er relevant for problemstillingen legges frem i en fritekst under fem underkapitler. De seks underkapitlene i resultatdelen omhandler de forskjellige temaene og går på tvers av de ulike artiklene.

### 4.1 Presentasjon av forskningsartikler med tilhørende analyse

Tittel, land, år	Forfatter (e), tidsskrift, fagfelle-vurdert, struktur	Hensikt	Metode	Resultat
<p><b>“Effective-ness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma”</b></p> <p><b>Tyrkia</b></p> <p><b>2009</b></p>	<p>Ayaz , S og G. Kubilay.</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>Vitenskapelig nivå 2.</p> <p>IMRAD</p>	<p>Målet med studien var å vurdere bruk av PLISSIT modellen til å avdekke, vurdere og løse seksuelle problemer hos pasienter som nylig har blitt stomioperert.</p>	<p>Kvalitativ studie med 60 stomiopererte pasienter med permanent stomi eller midlertidig stomi for mer enn seks måneder, som nylig var utskrevet.</p> <p>Datasamlingen foregikk ved utfylling av et spørreskjema fra GRISS og etter PLISSIT modellen. Casegruppen brukte PLISSIT modellen for å se om pasienten hadde problemer med seksuallivet og løse disse med modellen. Kontrollgruppen fikk ingen veiledning fra sykepleier, men</p>	<p>Undersøkelsen viste at pasienter kan ha bekymringer om seksualitet slik som å føle seg uattraktive, ha angst for seksuell prestasjon og oppleve fysiske og emosjonelle problemer knyttet til det praktiske ved stomien. Undersøkelsen viste at bekymringene hos en stor del av casegruppa gikk ned fra første besøk som ble gjennomført fra seks uker til fire måneder etter operasjonen.</p> <p>Undersøkelsen viste at casegruppen hadde nytte av PLISSIT modellen frem til nest siste trinn, og ikke behov for videre henvisning til spesialist. Ved å bruke PLISSIT modellen vil denne veilede sykepleiere til å løse seksualproblemer til pasienter med stomi, og gi hvert individ hjelp og</p>

			fylte kun ut spørreskjema.	omsorg til å uttrykke sine seksuelle problem.
--	--	--	----------------------------	---

<b>Tittel, land, år</b>	<b>Forfatter (e), tidsskrift, fagfelle-vurdert, struktur</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat</b>
<p><b>“Young adults with permanent ileostomies: experience during the first 4 years after surgery”</b></p> <p><b>Canada</b></p> <p><b>2009</b></p>	<p>Sinclair, L.G</p> <p>Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing</p> <p>Vitenskapelig nivå 1</p> <p>IMRAD</p>	<p>Målet med studien er å forstå hva unge voksne med permanent stomi har av erfaringer bland annet i møte med sykepleiere, informasjon, rådgivning og seksualitet.</p> <p>Hensikten er å øke kunnskapene til helsepersonellet angående møte med pasientene.</p>	<p>Kvalitativ og narrativ studie med syv unge voksne i alderen 24-40 år, med en permanent stomi som ikke var eldre enn fire år. Datainnsamlingen foregikk med et intervju ansikt til ansikt. Varighet var fra en time til to og en halvtime. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert.</p>	<p>Undersøkelsen viste at ved å fortelle sine historier, ut ifra spørreskjemaet, fikk de belyst sine opplevelser av tilpasningene rundt sykdomsprosessen, både av det sosiale og personlige. Pasientene ga uttrykk for at de fysiske behov blir dekket, men ikke de psykologiske og de sosialkulturelle. Det fremkom at helsepersonell må bruke aktiv lytting for å forstå pasientenes erfaring og behov. Undersøkelsen viste at det var nødvendig med støtte og rådgivning i den pre- og postoperative fasen, i tillegg til skriftlig informasjon. Gruppesammenkomster var ønsket.</p>

<b>Tittel, land, år</b>	<b>Forfatter (e), tidsskrift, fagfelle-vurdert, struktur</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat</b>
<p><b>“Sexuality and the Person With a</b></p>	<p>Junkin, J og J. M. Beitz.</p> <p>Journal of</p>	<p>Hvilke kunnskaper sykepleieren må ha for å kunne gi</p>	<p>En kvantitativ litteraturstudie ble gjennomført i databasene</p>	<p>Studien viste at seksualitet er en del av å være et menneske.</p>



<b>Stoma: Implications for Comprehensive WOC Nursing Practice”</b>  <b>USA</b>  <b>2005</b>	Wound, Ostomy and Continence Nursing  Vitenskapelig nivå 1	tilstrekkelig sykepleie til pasienter med stomi.	Medline/PubMed, National Library of Medicine, og Cumulative Index to Nursing og Allied Health Litteratur. Søkord som ble brukt var sexuality, sex, gender og ostomy.	Det ble funnet at sykepleieren må se hele pasienten, både fysiske, psykiske og sosiale aspektene, når de skal informere om seksualitet og stomi. Ved å søke kunnskap og ha gode holdninger vil sykepleieren bli bedre rustet til å vurdere og planlegge for å gripe inn i situasjoner hos pasienter som trenger informasjon og veiledning. Viljen til om pasientens vil ha en samtale må vurderes og ikke påtvinges. Sykepleieren blir oppfordret til å bruke PLISSIT modellen og ressurser som finnes.
---	---	--	--	---

<b>Tittel, land, år</b>	<b>Forfatter (e), tidsskrift, fagfelle-vurdert, struktur</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat</b>
<b>“Ostomy patients' perception of quality of care”</b>  <b>Sverige</b>  <b>2005</b>	Persson, E., R. Gustavsson, A. Hellström, G. Lappas og L. Hultén  Journal of Advanced Nursing  Vitenskapelig nivå 2  IMRAD	Å vurdere kvaliteten på sykepleien til stomipasienter sett fra en pasient perspektiv.	Kvalitativ studie hvor 42 ileostomi og 49 kolostomi pasienter som oppsøkte poliklinisk avdeling svarte på et spørreskjema. Spørsmålene omhandlet kvaliteten på omsorgen de mottok.	Studien viste at sykepleieren ikke ga tilstrekkelig informasjon og veiledning. Dette ble forbedret ved at pasienten hadde kontakt med stomisykepleieren før operasjon, tre polikliniske møter seks måneder etter operasjon og videre en gang i året.  Tett samarbeid mellom stomisykepleier, kirurg og ernæringsfysiolog er viktig.

<b>Tittel, land, år</b>	<b>Forfatter (e), tidsskrift, fagfelle-vurdert, struktur</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat</b>
<p><b>“Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs”</b></p> <p><b>Danmark</b></p> <p><b>2013</b></p>	<p>Danielsen, A. K., E. E. Soerensen, K. Burcharth, J. Rosenberg</p> <p>Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing</p> <p>Vitenskapelig nivå 1</p> <p>IMRAD</p>	<p>Finne ut hvilken effekt permanent stomi har på pasienters hverdag og for å få ytterligere innsikt i deres behov for stomirelatert veiledning.</p>	<p>Kvalitativ studie med 15 personer med permanent stomi, ble intervjuet i grupper. Det ble lagt vekt på pasienterfaringer. Spørsmålene i intervjuene var utformet på grunnlag av utsagn fra litteraturstudier. Data ble samlet inn og analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>Det ble funnet to hovedtemaer som pasientene uttrykket: å føle seg annerledes og trening i å leve med stomien.</p> <p>Pasientene uttrykte følelse av stigmatisering, vanskelighet for å identifisere sitt nye liv og kontinuitet i sykepleien for å bedre kontakten mellom pasient og sykepleier. Og videre et ønske om gruppesamlinger der de får veiledning av andre stomiopererte.</p>

<b>Tittel, land, år</b>	<b>Forfatter (e), tidsskrift, fagfelle-vurdert, struktur</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat</b>
<p><b>“Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people</b></p>	<p>Higgins, A, D. Sharek, M. Norlan, B. Sheerin, P. Flanagan, S. Slaicuinaite, S. McDonnell, H. Walsh</p> <p>Journal of Advanced</p>	<p>Undersøkte effekten av en tverrfaglig undervisningsdag om seksualitet, for ansatte som arbeider med mennesker med fysiske funksjonshemninger.</p>	<p>Kvalitativ studie med spørreskjemaer før og etter undervisningsdagen . 29 deltagere i alderen 20-55 år gjennomførte spørreundersøkelsen.</p>	<p>Undervisningsdagen gjorde de ansatte mer oppmerksomme på pasienters seksuelle helse.</p> <p>Undervisningsdagen ga de ansatte mer kunnskaper og ferdigheter, men komforten må utvikles gjennom øvelse i praksis.</p> <p>Undervisningsdagen som en mulighet for å videreutvikle</p>

<b>who have an acquired physical disability”</b>  <b>Irland</b>  <b>2012</b>	Nursing  Vitenskapelig nivå 2  IMRAD			tverrfagligheten av ansatte rundt pasientene.
--	--	--	--	---

## 4.2 Virkninger av stomi på seksuallivet

Ayaz og Kubilay (2009) fant i sin studie at seksualitet og det å ha seksuelle følelser er en del av livet og en del av å være et menneske. Undersøkelsen viste at før stomioperasjonen delte alle ektefeller seng, men kun ca. 20 % av deltakerne delte samme seng i etterkant. Det kommer eller mindre frem i studien at stomi kan føre til betydelige endringer i en persons liv. Det påvirker familieforholdet, det sosiale og seksuallivet og kunne oftest påvirkes i negativt retning. Studien sier også at stomi kan gi fysiske endringer som å føle seg mindre attraktive, seksuelt inkompetent, formløs og lite seksuelt tiltrekkende. Et forandret kroppsbilde kan gi psykologiske vansker som angst og forlegenhet. Pasienter som får stomi kan oppleve at livet blir satt på vent og at forholdet til seksuallivet kommer i andre rekke. Tilheling etter en operasjon, nedsatt sensitivitet i mageområdet og ekstra tretthet kan også føre til opphold i seksuallivet, noe som er normalt. Seksuelle problemer kan forekomme hos både de med midlertidig og de med permanent stomi. I tillegg viser studien til Junkin og Beitz (2005) at stomioperasjonen kan forstyrre pasientens seksuelle helse. Muligens kan dette gi ytelsesproblemer som igjen kan føre til ytterligere nedsatt selvfølelse.

I følge Sinclair (2009) blir pasienter i dag tidlig uskrevet, noe som gjør at pasienten ikke klarer å omstille seg før utskrivelsen. En anser ikke pasienten utskrivningsklar før han er villig til å stille sin stomi selv, at han blir nysgjerrig og begynner å stille spørsmål. Heller ikke hvis pasienten ikke husker hvilken informasjon som er blitt gitt. Ellers vil hver enkel pasient takle det å ha en stomi forskjellig. Noen vil vise den frem til alle en møter, andre orker ikke å se stomien selv. Noen ønsket hjelp til stell, andre ville stille stomien. Ayaz og Kubilay (2009) hevder at ved å stille stomien selv, kan det ha en positiv effekt på håndtering av seksuallivet.

Seksuelle problemer øker normalt med alderen. Menn kan ha problemer med erektil dysfunksjon, mens kvinner kan føle seg mindre attraktive enn før. Dersom pasienter i tillegg opplever problemer omkring stomien øker ofte de seksuelle problemene (Ayaz og Kubilay 2009). I Sinclair (2009) sin studie kom det frem at det er vanskeligere å snakke om seksualitet dess yngre pasienten er. Dette fordi de er i startfasen av en personlig utvikling, utvikling i karrieren, etablering av partnerskap og i ferd med å utforske sin seksualitet. Sykepleieren må hjelpe pasienten til å skille mellom seksualitet og seksuell funksjon. Hennes utfordring ved å fremme pasientens helse er å være komfortabel under kommunikasjonen med pasienten angående temaet. I tillegg må sykepleieren ha kunnskap om seksualitet og de ulike problemene stomiopererte kan ha for å gi tilstrekkelig omsorg. For å gi god nok informasjon og veiledning er det viktig at sykepleieren mestrer hensiktsmessig kommunikasjon (Junkin og Beitz 2005).

### **4.3 Pasientens oppfattelse av sykepleiere**

I flere av studiene kom det frem at de stomiopererte hadde en negativ opplevelse av hvordan de ble møtt av sykepleiere i forhold til deres seksuelle helse. I følge Persson m.fl. (2005) oppfattet pasientene at sykepleierne så på de seksuelle utfordringene som uviktige, eller at dette ikke var deres ansvarsområde. Dette på tross av at det er fastslått at videreutdanning i seksualrådgivning og kommunikasjon, kan forbedre en stomisykepleiers tillit ved å håndtere disse spørsmålene på en riktig måte. Samme studie oppga at pasienten var skuffet over diskusjonen om de seksuelle utfordringene og vansker i dialogen som fulgte underveis med sykepleieren. Disse ble ikke ansett som tilfredsstillende. I studien til Ayaz og Kubilay (2009) mente de at under den preoperative fasen var informasjonen misvisende og/eller gitt feilaktig. Dette ved at sykepleieren kunne uproblematiskerte problemer pasienten kunne få etter operasjonen, som deretter førte til at pasienten mistet sin mestringsevne dersom problemet oppsto i etterkant.

Sykepleierens evne til å lytte på hva pasienten hadde å si, var til stor betydning for pasienten. En aktiv lytting som inneholder observasjon hva som blir sagt, hvordan det blir sagt og hvorfor det blir sagt, gir et helhetlig bilde av pasienten. Taushet fra pasientens side kan være et tegn på at de sitter inne med spørsmål de ikke våger å stille (Sinclair 2009). Aktiv lytting gir mening og respekt for pasientens historier, samtaler og tidligere erfaringer om seg selv. Den verbale og non-verbale kommunikasjonen var også viktig for pasienten. I den postoperative fasen er det første møte med helsepersonell som oftest en sykepleier. Ved at sykepleieren ga

negative signaler gjennom ansiktsuttrykk, kommentarer eller generelle holdninger, førte til at pasienten fikk negative erfaringer som ble langtidsvirkende og som han assosierte til andre nærliggende situasjoner i ettertid. I Sinclair (2009) sin studie kom det frem at et godt forhold til sykepleieren forbedrer livskvaliteten til den stomiopererte. Pasientene stiller seg spørsmålet om hvordan en sykepleier kan informere og veilede tilstrekkelig, så lenge hun ikke selv har en stomi eller har levd sammen med en stomioperert.

#### **4.4 Pasientens ønske og behov om informasjon**

I artikkelen til Sinclair (2009) framkom det at det kunne være nyttig om sykepleierne var opplært i seksualveiledning, slik at de lærte å se den helhetlige pasienten. Dette for å lettere oppfatte bekymringene som den stomiopererte sitter inne med. Pasientene uttrykte også at mangel på nøyaktig informasjon var det mest avskrekkende ved det å leve med stomi. I studiene til Danielsen m.fl. (2013) og Persson m.fl. (2005) hadde pasientene også der et ønske og behov for troverdig og tilfredsstillende informasjon om livet med stomi. Videre i Sinclair (2009) forteller pasientene at de følte trygghet og omsorg ved å vite at sykepleierne var tilgjengelige ved behov. Dermed kunne pasienten spørre sykepleieren med en gang problemet oppstod.

Ut ifra studien til Persson m.fl. (2005) kom det frem at kvaliteten på omsorg er det pasienten selv mener er god nok omsorg. Danielsen m.fl. (2013) viste til at læringen var mer effektiv dersom den var knyttet opp til pasientens kunnskap og psykisk tilstedeværelse og forventninger til utfallet av stomioperasjonen. Det kom også frem at deltakerne ønsket informasjon og veiledning i grupper og gjerne fra personer med egen stomi. Dette kan gi pasienten en bekreftelse og gjenkjennelse fra andre som faktisk har egne opplevelser og erfaringer.

Målet med sykepleien må være at pasienten kommer opp til nivået hvor pasienten var før operasjonen. For å kartlegge dette må sykepleieren vurdere den enkelte pasients forståelse og betydning av seksuelle funksjoner. I tillegg vurderer pasientens seksuell funksjon og interesser (Ayaz og Kubilay 2009). Et eksempel er eldre hvor seksuallivet, før stomioperasjonen, innebar nærhet i form av å sove i samme seng. Disse bør da ikke ha som mål og oppnå større intimitet, slik som samleie.

## **4.5 Informasjon og veiledning**

Det kom frem i mange av studiene at håndtering av seksuelle problemer byr på utfordringer for sykepleierne. Ayaz og Kubilay (2009) fant i sin studie at sykepleierne konkret bekrefter disse utfordringene i utøvelsen av sykepleie til pasienter med stomi. Studien viste også at mer skolegang og utdanning ga bedre seksualliv og ved hjelp av PLISSIT modellen kunne deltakerne med mer utdanning lettere motta informasjon og veiledning. Mer utdanning kunne også gjøre det lettere for pasientene å anskaffe informasjon på egenhånd, som dermed kunne føre til endringer i seksuallivet innen kortere tid.

Dersom sykepleierne fikk økt kunnskap, ferdigheter og er mer komfortable med å informere om seksualitet, vil de lettere se pasientens behov for informasjon og veiledning. Veiledningen må være konkret om temaet seksualitet og de ulike utfordringene hos fysisk funksjonshemmede. Etter gjennomført undervisning for helsepersonell gikk de ansatte fra å ignorere pasientens spørsmål rundt seksualitet, til å være mer oppmerksom på pasienters seksuelle helse (Higgins m.fl. 2012). Informasjonen skal også inkludere partner hvis pasienten ønsker dette (Junkin og Beitz 2005).

Det er viktig at informasjon gis preoperativt med ny gjennomgang postoperativt i avdelingen og igjen poliklinisk i oppfølgingen (Junkin og Beitz 2005). Preoperativ trening, for å bli kjent med stomiutstyret, i tillegg til at informasjonen bør gis i et trygt og tillitsvekkende miljø. Dette har vist seg å ha en positiv innvirkning på kompetansen til pasientene, når de får en stomi (Danielsen m.fl. 2013). Pasientene bekreftet dette i studien til Sinclair (2009). Videre sier studien at informasjon om seksualitet må gis på et optimalt tidspunkt. For at pasienten skal kunne ha nytte av informasjonen, må stell av stomien komme på plass før seksualitet kan tas opp som et tema. Junkin og Beitz (2005) sin studie viste at informasjon og veiledning bør gis når smerte, ubehag og tretthet ikke påvirker læringen. Videre må informasjonen om seksualitet være kort, og rett på sak. Det samme angående informasjon om tidspunkt for veiledning før første samleie, grunnet tilheling og smerter.

## **4.6 PLISSIT-modellen**

PLISSIT modellen er et verktøy for sykepleieren i bidrag til å løse seksuelle problemer hos pasienter med stomi. For å kunne gi omsorg og hjelpe enkeltpersoner med å uttrykke sine seksuelle behov (Ayaz og Kubilay 2009). Modellen er en teknikk som ikke skal påtvinges pasientene, men gi pasientene tillatelse til å snakke om seksualitet. Sykepleieren skal lytte

nøye, gi spesifikke forslag og være oppmerksomme dersom pasienten har behov for videre henvisning til ytterligere veiledning (Junkin og Beitz 2005).

Ved bruk av PLISSIT modellen er målet at pasientens bekymringer om seksuallivet reduseres ved å erkjenne sine bekymringer om stomi og kan gi uttrykk for betydningen av seksualitet. Dette kan være med på å redusere prestasjonsangst, fremme selvfølelsen i seksuell ytelse, fjerne hindringer og overvinne negative følelser. For å øke livskvaliteten er det nødvendig at sykepleieren hjelper pasienten til å finne og løse sine seksuelle problemer. Studien viser også at bekymringene i stor grad gikk ned, fra første hjemmebesøk ved bruk av PLISSIT modellen som verktøy (Ayaz og Kubilay 2009).

I studien til Junkin og Beitz (2005) kommer det frem at sykepleieren må kunne benytte første og andre trinn i PLISSIT modellen. Stomisykepleieren skal mestre et høyere trinn, slik at de kan gi spesifikke forslag på trinn tre. Studien til Higgins m.fl. (2012) viser at sykepleiere med kun grunnutdannelse skal være på trinn en. Dersom pasienten tar kontakt med sykepleieren i forhold til sine seksuelle problemer, skal sykepleieren åpne for samtale og lytte. I tillegg skal alle sykepleiere kunne vurdere om pasienten har problemer. Dersom sykepleieren ser et behov for informasjon og veiledning hos pasienten utover eget kompetansenivå, skal hun henvisne pasienten videre ut ifra trinnene i PLISSIT modellen.

## 5 Drøfting

Her settes teorien og resultater fra de utvalgte vitenskapelige artiklene sammen og drøftes opp mot hvordan sykepleieren kan informere og veilede om seksualitet til stomiopererte. Temaene stomi og seksualitet drøftes ved å se på de ulike utfordringene dette kan medføre for pasienten. Ut i fra dette finne likheter og ulikheter for å diskutere hvordan sykepleieren skal informere og veilede pasienten. Resultatenes betydning for sykepleie vil bli drøftet fortløpende i teksten. Behov for videre arbeid med kunnskapsutvikling i sykepleie beskrives. Til slutt gjennomgås kritikk av kildene brukt i oppgaven.

Problemstillingen lyder:

*Hvordan kan sykepleieren informere og veilede om seksualitet til stomiopererte?*

### 5.1 Hvordan påvirker stomien seksuallivet?

Å få anlagt stomi kan gi ulike opplevelser. Opplevelsene kan variere mye, fra aksept til traume. Et traume er en gjennomgripende opplevelse som kan få stor betydning for pasienten. Sinclair (2009) beskriver fire faser etter et traume; effekt, retrett, anerkjennelse og gjenoppbygging. Den første fasen, sjokket, da de fikk se sin stomi for første gang. Andre fasen var hvile, føle på det emosjonelle, innta informasjon og veiledning. Tredje fase gikk inn i en sorgfase der aksept av tapet av å miste en funksjon og det å få en ny. I gjenoppbyggingsfasen så de på livet med et fornyet perspektiv med ønske om å komme videre i livet, som ved å gjenoppta karriere og forhenværende aktiviteter. I studien til Danielsen m.fl. (2013) kom det frem at å få stomi kunne påvirke pasienten på en positiv måte. Pasienten kunne beskrive lettelse i å få operert bort tumor eller en del av en syk tarm med utsikt til bedre helse. Likevel kunne mange oppleve stomien som negativ med vanskeligheter i tilpasningen til et liv med stomi. Slike opplevelser kunne bli dominerende selv om smerter, diaré og andre lidelser avtok. Junkin og Beitz (2005) understreket dette ved å undersøke opplevelser hos kreftopererte pasienter. De hadde fra før gjennomlevd en krise med sin kreft og for mange av disse ville stomien være positiv da den var livreddende. De godtok ulempene som fulgte med på en bedre måte, det viktigste var at de fikk leve videre. De som fikk sin stomi etter et traume ville først nå kunne komme i en krise. Danielsen m.fl. (2013) konkluderte med at uansett bakgrunn for stomioperasjonen ville pasientene oppleve endret selvbilde og kroppsbilde.

Mange stomiopererte hadde god nytte av støtte fra partner og nære familiemedlemmer. Junkin og Beitz (2005) mente at pasientens partner skulle få være med på informasjonen og veiledningen som ble gitt. Dette kan forstås ut fra at partneren kunne forberedes på de ulike



problemene som kunne oppstå i seksuallivet og være en støtte for den stomiopererte. Pasientens familie og andre i nære relasjoners kjennskap kan lettere kunne hjelpe pasienten til aksept og forståelse. Dette kan være viktige elementer til at også tilpasningen til den endrete kroppsfunksjonen og seksuallivet kan gå raskere og bli mindre traumatisk. Et tilleggsmoment kan være aksept fra de pårørende om at stomi er en naturlig endring i den gitte situasjonen. Dette vil gjøre tilpasningen og tilværelsen lettere for pasienten. Dette gjenspeiles i Ayaz og Kubilay (2009) som også fremhevet i sin studie, at stomiopererte som hadde familie kom lettere gjennom krisen og fikk en kortere rehabiliteringsfase. Derfor er det viktig at sykepleieren inkluderer pårørende, om pasienten samtykker til det, slik at de kan få mye av den samme informasjonen og veiledningen. Noe som igjen kan føre til større åpenhet slik at pasienten lettere kan håndterer utfordringene.

Sinclair (2009) tematiserte samfunnets idealer om normalitet, produktivitet, sunnhet og en plettfri kropp. Det vil være nærliggende og tro at dette er vanskelig for pasienter med stomi, men det finnes alltid individuelle forskjeller hos hver og en på hva de føler. Ungdommer med stomi kan oppleve større grad av frykt mer intenst rundt sin seksualitet. Det er et stort press i dagens samfunn i forhold til å fungere optimalt (Junkin og Beitz 2005). I tillegg til å kunne føle på frykten, er ungdom i en alder der kroppen er i forandring og hver enkelt er på leting etter sin identitet. Ungdommer kan være ekstra sårbare og ha sterke opplevelser knyttet til å ha en stomi. I motsetning til utfordringene ungdommen kan føle, viser studien til Ayaz og Kubilay (2009) at eldre kan møte på samme problemer, men også andre utfordringer i forhold til seksuallivet og stomi. Med årene kan eldre oppleve seksuelle funksjonsproblemer som kan medføre vanskeligheter i deres seksualliv. Problemer som kan oppstå er at menn mister muligheten til ereksjon og kvinner kan føle seg mindre attraktiv. Det kan ses som naturlig at ved å skulle håndtere disse problemene i tillegg til utfordringer personer kan oppleve relatert til stomi, kan gi utfordringer i seksuallivet.

I studien til Junkin og Beitz (2005) og Sinclair (2009) kom det frem at pasientene ønsket å møte andre mennesker med stomi og med samme problem. Dette kunne for mange være positivt og spille en viktig rolle i rehabiliteringsprosessen både sosialt og seksuelt. Dette samsvarer med hva som kommer frem hos Danielsen m.fl. (2013). Pasientene ønsket informasjon og samtaler i grupper med informasjon fra personer som selv hadde stomi. Disse funnene kan tyde på at pasienter kan lære bedre og lettere kunne tilegne seg livet med stomien. Dette vil kunne være godt mulig å gjennomføre på poliklinikker. Stomisykepleieren på poliklinikken kan sette sammen grupper som opplever ulike typer utfordringer knyttet til

livsendringer generelt og sette særlig søkelys på utfordringer i seksuallivet. Et slikt frivillig tilbud kan være et godt bidrag for noen.

Junkin og Beitz (2005) viste at det var nødvendig at sykepleieren måtte forklare forskjellen på seksualfunksjonen og seksualitet, når hun tok opp temaet seksualitet og problemer som kunne oppstå. For pasienter kan det å få en stomi oppleves som negativt for seksualfunksjonen.

Dette kan gjelde hvis pasienten opplever nedsatt sensitivitet i og rundt operasjonsområdet, eksempelvis ved at ereksjonen svekkes eller manglende ejakulasjon. Ved nedsatt sensitivitet kan pasienten bli utfordret til å tenke alternativt til tradisjonelt samleie. Dette kan sykepleier ved informasjon og god veiledning til pasienten hjelpe han til forståelse for at hans seksuelle behov ikke er endret. Pasienten kan være nødt til å gjøre endringer i forhold til seksualfunksjonen.

## **5.2 Hvordan opplever pasientene sykepleien?**

De fleste artiklene som ble valgt er kvalitative studier. Bakgrunnen er blant annet å undersøke hvilke erfaringer pasientene hadde av sykepleieres praksis i å gi informasjon og veilede i forhold til endringer i seksuallivet. I Sinclairs artikkel (2009) hadde pasientene observert at sykepleierne hadde kunnskaper om temaet, men like vel lot være å informere og veilede pasientene. I artikkelen fremkom det også at pasienten mente at sykepleierne ikke oppfattet vansker hos pasientene etter at de hadde fått stomi. Noe som kan tolkes på den måten at sykepleieren ikke så pasientens problemer, dermed heller ikke behovet for veiledning. Dette kunne være én årsak til manglende informasjon. Pasientene ble skuffet over dårlig respons for mulighetene til en samtale med sykepleier om seksuelle problemer. Pasientenes forståelse var at sykepleieren ikke anså seksuelle problemer som særlig viktige (Persson m.fl. 2005).

Studien av Higgins m.fl. (2012) tydet på at pasienter med fysiske funksjonshemninger var misfornøyde. De kunne være misfornøyde med mengden og kvaliteten av informasjon og støtte som ble gitt, om seksualfunksjon og deres seksualliv under rehabiliteringsperioden. På den andre siden hadde pasientene et ønske om støtte fra sykepleieren for å bli komfortabel med sin nye seksuelle identitet. Disse kan ses opp mot Persson (2005) som la vekt på hvor avgjørende det var for pasientene at sykepleierne oppfylte deres behov. Til tross for at både pasient- og brukerrettighetsloven (1999), helsepersonelloven (1999) og WAS (1999), sier at pasienten har rett til informasjon om han har behov for det. Konsekvensene av manglende informasjon kunne bli som Higgins m.fl. (2012) kom frem til, at det ville skape negative

holdninger hos disse pasientene. Dette kunne som oftest kunne føre til at deres seksuelle behov ble ignorert.

I Sinclairs artikkel (2009) fremkom det at mange sykepleiere viste empati og positive holdninger, men at det også var mange som dessverre manglet dette. Mange sykepleiere som skulle veilede pasienten til poseskift, uttrykte nonverbalt at de reagerte på lukt og virket kvalme. På bakgrunn av dette fikk pasientene negative opplevelser som gjorde at de ikke bare ble redde for å forlate hjemmet i flere uker etter operasjonen, men fulgte dem resten av livet. Kunne det være slik at dersom sykepleieren reagerte på lukten, ville andre reagere enda fortere på lukten? Dette kan ses opp mot Eide og Eide (2010) at sykepleierens nonverbale kommunikasjon er en grunnleggende profesjonell ferdighet. Nonverbal kommunikasjon og det som blir sagt må samsvare for å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon hos pasienten. Hos Sinclair (2009) bekreftes det at dersom pasienten har et godt forhold til sykepleieren hvor tillit og trygghet er til sted, kan dette ha positiv innvirkning på mestringssevnen og dermed livskvaliteten.

Higgins m.fl. (2012) fant at sykepleierne kunne være noe motvillige til å ta opp eller engasjere seg i temaet seksualitet og seksuell helse hos pasientene. De hevder at det er en kjensgjerning at sykepleiere gir for lite omsorg til pasienten i forhold til seksualitet. Dette kan skyldes manglende ferdigheter, kunnskaper, tid, frykt for å forårsake krenkelse, angst eller forlegenhet. Noen sykepleiere kan også vurdere at pasientene er for syke til å ta opp den seksuelle aktiviteten. Disse sykepleieutfordringene var noe Junkin og Beitz (2005) hadde sett nærmere på. For å fremme seksuell helse hos pasientene måtte sykepleiere være komfortabel med sin egen seksualitet. De måtte akseptere sine egne tanker, følelser og tro. Videre måtte de ha kunnskap om, anatomi og fysiologi, kulturelle, religiøse og etiske dilemmaer rundt pasientens situasjon. Videre måtte de være dyktige på kommunikasjon innen pedagogikk og rådgivning. Slik kan det forstås at dersom sykepleieren manglet det som trengtes for å fremme seksuell helse, slik Junkin og Beitz (2005) sier, kunne dette gjenspeiles i deres motvillighet og manglende engasjement omkring temaet slik det kommer frem hos Higgins m.fl. (2012). I Junkin og Beitz (2005) var et tiltak foreslått om at sykepleierne kunne bruke rollespill som metode for å bidra til økt selvtillit og redusere følelsen av forlegenhet, som ofte kunne oppstå når slike intime temaer diskuteres

### **5.3 Hvordan informere og veilede?**

I Sinclair (2009) ble det løftet frem at pasienter var skuffet over manglende informasjon fra sykepleierne. Dette førte til at de gikk til ulike produsenter av stomiutstyr for få informasjon. På den ene siden trodde pasientene at sykepleierne hadde for liten tid, eller at sykepleierne ikke hadde ansvaret for dette området. På den andre siden kom det frem i studien til Ayaz og Kubilay (2009) at sykepleierne unngikk å diskutere seksuelle problemer, med unnskyldninger om at de ikke hadde tid eller mulighet til å håndtere disse spørsmålene. En kan forstå det slik at sykepleierne brukte manglende tid som unnskyldning eller bortforklaring for å unngå å snakke om seksuell helse. En annen mulig forklaring kunne være at de følte seg ukomfortable eller manglet kunnskaper ved å snakke om temaet som forårsaker denne unnskyldningen.

Både skriftlig og muntlig informasjon er viktig. Det viktige er at informasjonen blir forstått uansett hvilken informasjonsform som gis. Sinclair (2009) fant i sin forskning at skriftlig informasjon var viktig for unge voksne og understreket at den yngste pasientgruppen trengte mest informasjon og veiledning. I motsetning til dette kom det frem i studien til Junkin og Beitz (2005) at eldre også hadde behov for informasjon om temaet, ikke bare de yngre. Generelt har det ikke vært kultur for de som nå er eldre og drøfte seksualitet. Det er også viktig for sykepleierne å ikke anta at de eldre ikke behøver informasjon, det må undersøkes i forhold til hver enkelt pasient. Å være alene betyr ikke at man ikke har et seksualliv, det er uansett et behov. Informasjon og veiledning er derfor viktig for alle pasienter, uansett alder. Ayaz og Kubilay (2009) beskriver at mennesker med høyere utdanning har et bedre seksualliv. Det kan skyldes at de lettere kan forstå informasjon og veiledning. De kan også være mer oppsøkende i forhold til informasjon fordi de er vant til å søke andre typer informasjon. I forhold til helt unge mennesker har også eldre mennesker rukket å skaffe seg en utdanning. Livserfaringer i forhold til å søke informasjon kan også ha noe å si. Ved å sette disse elementene i sammenheng med det Sinclair (2009) og Junkin og Beitz (2005) sier at det kan forstås at yngre har behov for mer informasjon grunnet kortere skolegang og livserfaring.

### **5.4 Når og hvor bør det informeres?**

Pasientene i studien til Persson m.fl. (2005) hadde et ønske om at den muntlige og skriftlige informasjonen skulle være detaljert, både i den pre- og postoperative fasen. Slik kan det forstås at pasientene hadde lettere for å tilpasse seg livet med en stomi. Dette kan ses i sammenheng med at pasienter ønsket troverdig informasjon, gjerne fra en som selv har en stomi. Videre gikk det frem i studien til Danielsen m.fl. (2013) at den preoperative treningen,

som å skifte pose, at informasjonen bør gis i et trygt miljø og innenfor en god tidsramme. Det kan bidra til at pasienten slapper godt av, blir tilgjengelig for informasjon og får anledning til å stille spørsmål. God preoperativ forberedelse kan bidra til færre komplikasjoner og tidligere mobilisering etter operasjonen. Det gjenspeiles også i studien til Junkin og Beitz (2005) at informasjon kan med alle fordeler gis preoperativt. Dessuten sier studien at informasjonen måtte være kort og rett på sak. Dette kan også ha med utenforliggende årsaker å gjøre, som at det er korte liggetider på sykehusene. I tillegg bør det være rutine at pasientene henvises til poliklinikker, innen en måned, som er en del av det postoperative forløpet. På den andre siden mente Sinclair (2009) at det er nødvendig med muntlig støtte og rådgivning i den pre- og postoperative fasen i tillegg til skriftlig informasjon. Det kan, i en stresset pasientsituasjon, være nødvendig med muntlig forklaring og eventuelt oppklaring av opplysninger fra brosjyremateriell for at informasjonen skal bli forstått. I Studien ble det funnet tydelige mangler på skriftlig informasjon i den preoperative fasen. Dette kan gjøre at pasientene blir engstelige for hvordan det vil være å leve med stomi og hvilken innvirkning dette vil ha på livet. Manglende eller dårlig informasjon preoperativt kan før til at pasienten ikke får forberedt seg psykisk. Det er en stor betydning med god informasjon og veiledning for rask og god rehabilitering.

Pasienter har i utgangspunktet tillit til sykepleierne om å få nødvendig og tilstrekkelig informasjon. For at pasientene lettere skal kunne mestre sin sykdom, har de behov for relevant informasjon. Utilstrekkelig informasjon kan i følge Tveiten (2008) i ytterste konsekvens gi økt lidelse for den enkelte pasient. Lite informasjon kan gi pasienten unødige opplevelser av usikkerhet og utrygghet. Dette kan ses i sammenheng med det Fjerstad (2010) sier om at seksualitet er et vanskelig tema å prate om. Hvis sykepleieren utelater å informere og veilede om seksualitet til pasienten, kan et av pasientens grunnleggende behov bli oversett. Behovet kan også være udekket dersom sykepleieren kun informerer kort og ikke åpner for spørsmål. I følge Ayaz og Kubilay (2009) er det også kjent at sykepleieren opplever det vanskelig å hjelpe pasienten med seksuelle problemer i avdelingen. Det vil si at selv om sykepleiere har kunnskap om behov for seksualitet, kan sykepleieren unngå å ta det opp til tross for at det er en viktig del av livet til pasientene og følgelig er en sykepleieoppgave.

Ved informasjon om følger av inngrepet, er det viktig å snakke om oppstart av seksuelle aktiviteter etter operasjonen. Seksuallivet har kanskje blitt satt på vent fordi pasienten har et sår som må gro og at han har hatt liten mulighet for å være fysisk aktiv. Smerter og trøtthet etter operasjonen er vanlig (Junkin og Beitz 2005). Det er derfor viktig med informasjon om

mulige smerter som følge av inngrepet. Det er av betydning for pasienten at han får kunnskap om at dette kan endre seg over tid og at han må ta tiden til hjelp og finne alternative seksuelle aktiviteter i mellomtiden. I studien til Ayaz og Kubilay (2009) oppgis seks uker etter operasjon som en normal periode før seksuallivet kan gjenopptas. Det vil likevel være individuelle forskjeller. Derfor må sykepleieren undersøke med hver enkelt pasient for å kunne tilrettelegge for informasjon og veiledning når han kan være klar. Det er derfor en viktig sykepleieoppgave å informere tidlig postoperativt om tilhelingsprosessen.

En viktig sykepleieoppgave er å finne ut når det kan være riktig tidspunkt for å informere om seksualitet til den stomiopererte. Det er en forutsetning at alle praktiske forhold omkring stomien er noenlunde avklart. Dette kan undersøkes gjennom observasjon av hvordan stellet av stomien utføres. Når det praktiske rundt stellet av stomien er på plass, kan pasienten lettere se fremover og vurdere andre forhold av betydning. Det er vanlig at tanker om hvordan han skal leve med stomien og hvilken påvirkning stomien kommer til å få i forhold til seksualitet (Junkin og Beitz 2005). En pasient i studien til Higgins m.fl. (2012) ga et eksempel på at alle praktiske forhold omkring stomien måtte på plass først. Likevel klarte pasienten ikke å se videre eller starte på seksuallivet. Det ble derfor nødvendig å informere om at opplevelsene av å ha fått en stomi er helt individuelt. Å legge til rette for at pasienten kan ta det opp når han er klar for det kan i et slikt tilfelle bidra til trygghet for den videre prosessen.

Når det gjaldt tidspunkt for informasjon forklarte Fjerstad (2010) at sykepleierne burde finne det mest passende tidspunktet å ta opp temaet seksualitet. Dette for at pasienten skulle være mottakelig og få mest ut av den informasjonen som ble gitt. Gis informasjonen på feil tidspunkt eller at sykepleieren kan virke påtrengende, kan det føre til at pasienten ikke ønsker dialog omkring temaet. Da vil også eventuelle spørsmål utebli. Sinclair (2009) er også opptatt av at tidspunktet for informasjon var av stor betydning. Feilvalgt tidspunkt førte til at en del pasienter ikke husket at informasjonen var blitt gitt. Dette viser hvor viktig det er at riktig informasjon gis på riktig tidspunkt. Dette gjenspeiles også i Danielsen m.fl. (2013) at tidspunktet for når og hvor informasjonen og veiledningen ble gitt var viktig for vellykket stomiopplæring. Funnene i studien viste at læringen var mer effektiv når den knyttes opp til forventede utfall av livet med stomi. På den andre siden var ikke pasienten klar for informasjon innenfor det korte sykehusoppholdet. Informasjon og veiledning på sykehus startet først med det praktiske rundt stell og håndtering av stomien. Videre veiledning og informasjon om seksualitet måtte komme etter dette (Sinclair 2009). Noe som kom frem i Danielsen m.fl. (2013) var at pre- og postoperativ informasjon og veiledning ble oppfattet

som uforenelig med pasientens evne til å forstå og holde på informasjonen som ble gitt. En mulig forklaring til at informasjonen var vanskelig å forstå kan tolkes som at pasientene ikke var fokusert i tilstrekkelig grad eller ikke kommet til dette stadiet enda. Det viser igjen at sykepleieren må kartlegge om pasienten er klar for informasjon. Når informasjonen er gitt må sykepleieren forsikre seg om at informasjonen er forstått slik den er ment og eventuelt informere på nytt ved et senere tidspunkt.

Forskningen til Junkin og Beitz (2005) viste at sykepleierne ikke ga informasjon om seksualitet og seksuelle funksjoner med mindre pasienter ytrer et ønske om dette. Pasient- og brukerrettighetsloven(1999) og helsepersonelloven (1999) pålegger helsepersonell å gi informasjon uten at pasienten selv må ta initiativet eller krever å bli informert. Artikkelen understreker også at en ikke skal tvinge pasienten til informasjon de ikke ønsker og at en respekterer disse ønskene. Det ble dermed viktig å signalisere at mulighetene er der for å ta opp spørsmålet rundt seksualitet. Dersom det er kjent at sykepleiere er åpne for dialog rundt spørsmålet seksualitet, kan pasientene lettere åpne seg. Dette gjenspeiles i WAS (1999) hvor det står at helsevesenet skal være tilgjengelig for å forebygge bekymringer, problemer og lidelser. Ved at sykepleierne åpner for samtale om seksualitet, gjør de seg tilgjengelige for alle typer spørsmål. I tillegg må poliklinikker være enkle å kontakte for å unngå at denne utfordringen eller problemet blir tatt opp i høyere nivå i PLISSIT modellen. I Junkin og Beitz (2005) kom det frem at sykepleierne trodde at tematisering av seksuallivet ville gjøre pasienten utilpass. Seksualitet er personlig og det er som oftest det praktiske rundt stomien og hvordan tarmen fungerer som er det mest vanlige sykepleieren tar opp med pasienten. Ved at seksualitet er et personlig tema, hevder Ayaz og Kubilay (2009) at sykepleieren opplever vanskeligheter i håndteringen av disse problemene. Dette kan tolkes slik at dersom sykepleieren selv har vanskeligheter med å håndtere spørsmål rundt seksuelle problemer, vil hun kanskje føle seg utilpass. Spørsmålene som ble stilt er hvordan sykepleierne kan tro at diskusjon og informasjon om seksuell helse vil gjøre pasienten utilpass, uten at sykepleieren har tatt opp dette temaet eller undersøkt hvilke holdninger pasienten har?

## **5.5 Hvilke kunnskaper bør sykepleieren ha?**

Den undervisende sykepleiefunksjonen omfatter informasjon og veiledning til pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter. Den informerende sykepleieren skal gi informasjon slik at det kan hjelpe pasienten til å bli trygg, forstå og mestre konsekvenser som sykdom og behandling kan gi (Nortvedt og Grønseth 2010). For å kunne gi korrekt veiledning, er det

viktig at sykepleieren holder seg oppdatert på kunnskap. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF 2011) krever at sykepleieren skal holde seg oppdatert på forskning innen fagområdet og bidra til at ny kunnskap blir benyttet. Derfor kreves det at sykepleiere på en kirurgisk avdeling har kunnskaper om seksualitet og eventuelle problemer stomien kan føre til. Danielsen m.fl. (2013) bekrefter dette, og legger til at sykepleieren må ha gode holdninger og ikke være dømmende ovenfor pasientens personlige ståsted. Derfor må sykepleieren informere og veilede ut fra pasientens ståsted og finne ut av eventuelle forventninger han måtte ha. På bakgrunn av dette må sykepleieren inneha et helhetlig menneskesyn, for å kunne gi god sykepleie til pasienten.

I følge Higgins m.fl. (2012) hadde helsepersonell nytte av en undervisningsdag rettet mot seksualitet hos de med ervervet fysiske funksjonshemninger. De fikk økt kunnskap og ferdigheter til bruk i sykepleien hos pasientene med seksuell problematikk. Resultatene av undervisningen førte til at sykepleiere ble dyktigere til å se pasientens behov for informasjon og veiledning. Dermed ble de også mer oppmerksomme på pasientens behov for informasjon i forhold til seksualitet. Sykepleieren kunne da lettere ta opp problematikken og hjelpe pasienten til å løse problemene. Dette kan ses i sammenheng med studien til Persson m.fl. (2005) der temaet utdanning drøftes. Studien viser at videreutdanning i seksualrådgivning og kommunikasjon kan bedre selvtilliten til sykepleieren. Dette kan vises gjennom at sykepleieren håndterer seksuelle problemer hos pasienten på riktig måte. Det vil ikke alltid være behov for videreutdanning. Det kan være tilstrekkelig at sykepleieren fordypet seg i temaet på eget initiativ ut fra behov i praksis. Studien viser også at pasienten hadde nytte av å møte en sykepleier som hadde ytterligere kunnskaper, for eksempel en stomisykepleier på poliklinikken. Det ble understreket at tverrfaglig samarbeid innen helsevesenet var viktig, slik at pasienten skulle få tilstrekkelig informasjon. Det var imidlertid ikke alltid at tverrfaglig samarbeid fungerte. En mulig årsak kunne være effektiviseringstiltak hvor hver enkelt fagperson fikk mindre til samarbeid og mindre tid med pasienten. Dette kan tyde på at godt samarbeid med klar oppgavefordeling mellom profesjonene er viktig, for at pasienten skal få best utnytte av behandlingen.

I Sinclairs artikkel (2009) kom det frem at sykepleierne må gi rom og tid for pasienterfaringer. Gjennom aktiv lytting til pasientenes historie, kan sykepleierne undersøke nærmere problemer som pasienten kanskje vegrer seg for å ta opp. Det kan også bli rom for å bekrefte stillhet fra pasienten og mulighet for å undersøke hva det kan bety. Det kan forsås slik at stillhet ikke alltid behøver å bety at pasienten ikke har noen spørsmål. Tvert i mot kan



stillhet forekomme dersom pasienten sitter inne med mange spørsmål. Stillhet kan være vanskelig å tolke, noe som gjør at det er viktig med nærmere undersøkelser, for å se om det har forekommet misforståelser. Videre kommer det frem i Junkin og Beitz (2005) at sykepleierne må oppfordre pasienten til å snakke om seksuelle bekymringer han kan ha. Dersom stillheten inntar, kan sykepleieren viser at hun er tilgjengelig og åpen for spørsmål rundt temaet gjennom å ta initiativ til å informere om de mest vanlige opplevelsene etter operasjon. Det kan være nyttig at sykepleieren informerer pasienten om at han ikke er alene om problemet. Å stille konkrete spørsmål kan være en invitasjon til samtale omkring vanskelige temaer og vise at det tارس på alvor. Det kan for eksempel være åpne spørsmål som; *hvordan er dette for deg?* Sykepleierne kan velge en annen innfallsvinkel ved å informere om hva pasienter vanligvis spør om for så å relatere dette til pasienten. Et spørsmål kan da være; *hva er dine tanker om dette?* Slike spørsmål kan vise tillatelse til å snakke om vanskelige temaer som seksualitet.

## **5.6 Hvordan benytte PLISSIT modellen i veiledning?**

PLISSIT modellen kan benyttes som et verktøy for å redusere bekymringer rundt seksualitet gjennom erkjennelse av følelser og tillatelse til å snakke ut om bekymringer rundt aktuelt tema. Ayaz og Kubilay (2009) hevder at modellen kan bidra til reduksjon av prestasjonsangst og fremme selvtillit i forhold til seksualytelse hos pasienter med stomi. I følge Junkin og Beitz (2005) kan det på den andre siden bli negativt for pasienten, hvis modellen blir brukt feil eller påtvunget pasienten.

For at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten er det nødvendig å vite hvilke trinn i PLISSIT modellen sykepleieren kan bruke. Dette handler om at det er visse krav til hva som skal gjøres på de ulike trinnene og hvilket nivå sykepleieren har av kompetanse. Almås og Benestad (2006) uttaler at første trinnet i modellen, altså å tillate å prate om seksualitet, er for alle og at det ikke behøves utdanning for å benytte dette trinnet. Dette samsvarer med Higgins m.fl. (2012) som hevder at alt av helsepersonell bør kunne håndtere trinn en av PLISSIT modellen. Dette er et trinn hvor pasienten skal kunne kontakte et hvilket som helst helsepersonell og få hjelp med sitt problem. Det er viktig at helsepersonell, ser an situasjonen for pasienten sin del, og tillater pasienten å snakke om temaet. Hvis helsepersonell ikke gir tillatelse til å snakke om seksualitet, kan pasienten ha et problem som ikke blir oppdaget. Junkin og Beitz (2005) understreker at sykepleieren må beherske trinn én, men at hun også må kunne mestres trinn to, begrenset informasjon. Videre skal også trinn tre mestres av sykepleieren med utvidet

kompetanse. Det kan og bør være stomisykepleier som har god kompetanse i forhold til pasienter med stomi. Det forventes at stomisykepleieren skal kunne gi stomiopererte spesifikke forslag til pasientens konkrete vansker. Dette kan være posetrekke for å skjule stomien, tips om å tømme posen før samleie eller forslag til andre som har mer kompetanse enn det stomisykepleieren mestrer. Det kan være behov for henvisning til spesialist ut i fra hvilket problem opplever. Dette kan være gynekolog for kvinnelige pasienter og urolog til mannlige pasienter. Ayaz og Kubilay (2009) kommer med ytterligere forslag, i trinn tre, til hvilke kunnskaper sykepleieren bør ha for å gi god sykepleie til pasienten. Sykepleieren trenger derfor kunnskap om kroppsbilde, selvfølelse og angst knyttet til å få stomi er nødvendig.

### **5.7 Betydning for sykepleie og videre forskning**

Oppgaven kan aktualisere hvor viktig behovet seksualitet er for alle pasienter, særlig stomiopererte, som kan oppleve svikt i seksuallivet. Oppgaven gir en innføring i forskning som finnes på området og forslag til tiltak. Dette kan øke kunnskapen til sykepleieren umiddelbart, men kan også skape interesse og nysgjerrighet slik at sykepleieren ønsker å sette seg inn i temaet. Sykepleieren kan også bevisstgjøres på eget behov for mer kunnskap. Da kan det være nyttig å sikre og formalisere kunnskapen gjennom en videreutdanning.

Videreutdanning kan for eksempel være en stomisykepleier på gastrokirurgisk avdeling. Det er av stor betydning at avdelingen har spisskompetanse innenfor områder som er aktuelle for pasientgruppene de behandler. Slik vil pasientene kunne oppleve god behandling og mestring. Ved at sykepleieren også tilegner seg mer kunnskap og erfaring vil hun kunne bli tryggere i sykepleieutøvelse rundt seksuell helse.

Gjennom søkene etter forskning er det funnet artikler som omhandler temaene, stomi, seksualitet, informasjon og veiledning enkeltvis. Det kan ses at oppgavens valgte temaer bør forskes på samlet. Dette for å kunne finne mer kunnskap om hvordan sykepleieren skal gå frem for å bedre seksuell helse hos den enkelte stomiopererte gjennom bedre informasjon og veiledning. Det er i tillegg viktig for sykepleieren slik at hun blir trygg og føler seg komfortabel i rollen, når hun informerer og veileder om seksualitet.

### **5.8 Kildekritikk**

I oppgaven er det benyttet pensumbøker der faktaopplysninger slik som stomi er belyst. Enkelte av pensumbøkene er sekundærkilder, der konkret fakta er benyttet i oppgave. Dette er

ikke optimalt, men ses på som fakta som er lik gjennom flere kilder. De inkluderte kildene er vurdert som troverdig og pålitelig. Primærkilde er den absolutt sikreste kilden. Det er derfor i størst mulig grad benyttet primærkilder ut fra geografisk tilgang og tidsmessig i forhold til hva som har vært hensiktsmessig. Oppgaven er bygget på litteratur som er nyere enn ti år, som er en akseptabel tidsperiode i forhold til oppgaven. Det er bevisst valgt nyeste oppdateringer med så ny informasjon som mulig. I litteraturlistene i de ulike bøkene og artiklene ble det igjen funnet andre aktuelle bøker og artikler som er tatt med i oppgaven. Det kan være en metode som kan egner seg for å finne ytterligere aktuell litteratur innen samme tema. Opplysninger fra Norilco er benyttet ut fra en antagelse om at en brukerorganisasjon holder seg oppdatert. Innhentet informasjon omkring forekomst av stomiopererte viste seg imidlertid ikke å ha blitt oppdatert de siste årene og kan dermed avvike fra dagens antall pasienter. I bakgrunnsdelen skulle det vises til tidligere forskning, om det er forsket på og hvilke resultater som foreligger på området. Det er gjennom oppgaveprosessen gjort få funn av dette. Det behøver ikke å bety at det ikke finnes, da aktuelt materiale kan uten hensikt ha blitt oversett.

Seks forskningsartikler ble valgt ut som relevante for problemstillingen. I oppgaven kunne det med fordel ha blitt benyttet flere artikler for å få et større spekter om temaet i oppgaven, for å underbygge teoretiske referanser og funn. Det gjelder også ved bruk av kun tre databaser, da tre databaser kan være noe snevert. Bakgrunnen til at kun tre databaser er benyttet handler om tidsaspekt, oppgavens begrensede omfang og at de benyttede databasene som er gode helsedatabaser, funnet gjennom biblioteket ved HIG (2014). Oversettelse av den originale engelsk teksten kan gi rom for feiltolkninger. Artiklene som er benyttet i oppgaven har ulike perspektiv som kan utvide forståelsen av temaet og dermed være positivt for oppgaven. De kvalitative artiklene bidrar til at en får vite noe om sykepleiere og pasienters personlige opplevelse. En av artiklene bygger på litteraturstudie som metode og er dermed en sekundærkilde. Men den er valgt med i oppgaven, fordi den viser resultater som er relevant for problemstillingen.

Antall deltakere i studiene i de utvalgte artiklene var lavt. Dette kan være negativt for resultatene fordi sikre funn som regel krever et visst antall deltakere. Resultatet dekker kun et utvalg av alle stomiopererte i befolkningen. Ved større undersøkelser kunne det kommet frem andre eller flere resultater. Artiklene som er brukt er hentet fra Europa og Amerika, noe som er overførbart til norske forhold. Ved at intervjuene ble gjort ved lydinnspilling, kan det mistenkes en viss vegring fra deltakerne. Dette kan ha fått innvirkning på betydningen av

resultatet. Ved transkripsjon av lydintervjuer finnes muligheter for at innholdet feiltolkes. En av studiene omtalte pasienter med fysiske funksjonshemninger, men det ble ikke nevnt spesifikt pasienter med stomi. Artikkelen kunne relateres til å være aktuell for oppgaven.

Etiske hensyn er gjort i alle studiene der pasienter er benyttet som informanter for å gjennomføre studien. Dette inkluderer ikke artikkelen som er basert på litteraturstudie som metode. De etiske hensynene som ble tatt var at pasientene skrev under på avtale etter gitt informasjon om studien. Alle fikk mulighet til enhver tid å trekke seg fra studien.

Informantene fikk muligheten til psykisk støtte hvis intervjuene utløste emosjonelle utfordringer. Alle spørsmål til intervjuene var gjennomgått av forskjellig etiske komiteer. Intervjuene var også anonymisert. Det er viktig for sikkerheten og tryggheten til informantene.

## 6 Konklusjon

Ut i fra oppgavens problemstilling; *Hvordan kan sykepleieren informere og veilede om seksualitet til stomiopererte?* er det kommet frem til denne konklusjonen som svar på problemstillingen.

Pasienter som har fått anlagt stomi er ikke en homogen gruppe. Det kan derfor være stor forskjell blant pasientene med stomi og hvilke problemer den enkelte opplever, der noen opplever å ikke ha noen problemer. I følge resultater i oppgaven ses stor enighet i opplevelser og meninger omkring hvordan sykepleieren informerer og veileder innen seksuell helse. Det fremgår at sykepleiere har mangelfulle kunnskaper, at sykepleieren ikke så behovet eller var motvillig til å ta opp og engasjere seg rundt problemet til pasienten. Dette til tross for at veiledning og informasjon er lovpålagt. Konkret undervisning til sykepleiere rundt ulike utfordringer i seksuallivet knyttet opp til pasientgrupper viser å ha effekt. Dette bør impliseres i avdelinger og innen sykepleieutdanninger.

Stomi kan påvirke seksuallivet til pasienten, uansett alder, både fysisk og psykisk. Med dette kan forskjellige behov oppstå hos pasientene. Hvis pasienten har et behov, er det helt nødvendig at sykepleieren tar opp temaet og legger til rette for at problemet blir løst. For å kunne opprettholde seksuell helse, er det avgjørende at pasienten selv og sykepleieren er åpne om temaet seksualitet. Åpne om temaet seksualitet knyttet til stomi og problemer som kan oppstå etter operasjon. For at sykepleiere skal ha forutsetninger for å informere og veilede om temaet, er det av betydning at den generelle kompetansen rundt seksualitet til stomiopererte økes.

Informasjonen bør gis preoperativt, gjennom skriftlig informasjon sammen med informasjonen rundt det praktiske med stomien. Den skriftlige informasjonen kan være en brosjyre, der informasjonen er kort og konkret. I informasjonen bør det komme tidlig frem at pasienter kan oppleve utfordringer med stomien knyttet til seksuallivet. Det bør tidlig åpnes for spørsmål og gi tillatelse til å ta opp seksuelle problemer. Tillatelse i seg selv kan gjøre at mange problemer blir løst. Det er viktig at sykepleieren formidler kunnskapsbasert og troverdig informasjon. Informasjon og veiledning kan gjennomføres individuelt eller i grupper med pasienter. Postoperativt bør pasienten få tilbud om oppfølging på poliklinikken etter utskrivelse fra avdeling. Oppgaven viser at det er gunstig å benytte PLISSIT modellen som verktøy i sykepleien, når den blir brukt på riktig måte. Modellen bør benyttes både i avdeling og videre poliklinisk.

## 7 Litteraturliste

- Almås, E. og E.E.P. Benestad (2006) *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ayaz, S. og G. Kubilay (2009) Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. I: *Journal of Clinical Nursing* [online]. 18 (1). URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010136069&site=ehost-live> (30.03.2014).
- Bjørk, I.T. og M. Solhaug (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie - en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Dallan, O. (2013) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal.
- Danielsen, A. K. m.fl. (2013) Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs. I: *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40 (4), s. 407-412.
- Eide, H. og T. Eide (2010) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal.
- Fjerstad, E. (2010) *Frisk og kronisk syk: et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal.
- Gamnes, S. (2011) Nærhet og seksualitet. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.3*. Oslo: Gyldendal, s. 71-102.
- Gynkreftforeningen (2014) *Skjedekreft* [online]. Oslo: Gynkreftforeningen. URL: <http://www.gynkreftforeningen.no/kreftformene/skjede-vagina/> (14.04.2014).
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell* [online]. Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (17.04.2014).
- HIG (2014) *Forskningsområde klinisk sykepleie* [online]. Gjøvik. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (16.04.14).
- Higgins, A. m.fl. (2012) Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability. I: *Journal of Advanced Nursing* [online]. 68 (11). URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=80235001&login.asp&site=ehost-live> (02.04.2014).
- Junkin, J. og J. M. Beitz. (2005) Sexuality and the Person With a Stoma: Implications for Comprehensive WOC Nursing Practice. I: *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32 (2) mars/april, s. 121-128.
- Kristoffersen, N. J. (2011a) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal, s. 207-280.
- Kristoffersen, N. J. (2011b) Den myndige pasienten. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.3*. Oslo: Gyldendal, s. 337-381.

- Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (2011) Om sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal, s. 15-29.
- NSD (2014) *Publiseringskanaler* [online]. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalSokDokumentasjon> (10.04.2014).
- Nilsen, C. (2010) Sykepleie til pasienter med stomi. I: Almås, H., D. G. Stubberud, R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal, s. 103-132.
- Norilco (2011) *Å leve med stomi eller reservoar* [online]. Oslo: Norilco. URL: <http://norilco.no/omstomi.asp?meny=3> (12.04.14).
- Nortvedt, P. og R. Grønseth (2010) Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar. I: Almås, H., D.-G., Stubberud og R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal, s.17-32.
- NRK (2012) *De flauere legene* [online] Oslo: NRK P3. URL: <http://p3.no/dokumentar/de-flauere-legene/> (16.04.14).
- NSF (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [Online]. URL: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) (23.04.2014).
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online]. Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven> (17.04.2014).
- Persson, E. m.fl. (2005) Ostomy patients' perceptions of quality of care. I: *Journal of Advanced Nursing* [online]. 49 (1), s. 51-58. URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2005040795&site=ehost-live> (02.04.2014).
- Polit, D.F. og C.T. Beck (2008) *Nuring researche - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Sinclair, L. G. (2009) Young adults with permanent ileostomies: experience during the first 4 years after surgery. I: *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 36 (3) mai/juni, s. 306-316.
- Turnbull, G. (2009) *Intimacy after ostomy surgery guide* [online]. Florida: United Ostomy Associations of America. URL: [http://www.ostomy.org/ostomy\\_info/pubs/uoa\\_sexuality\\_en.pdf](http://www.ostomy.org/ostomy_info/pubs/uoa_sexuality_en.pdf) (27.03.14.).
- Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2013) *Veiledning - mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget.
- WHO (2006) *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health* [online]. URL: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sh/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/) (08.04.14).
- WAS (1999) *Declaration of Sexual Rights* [online]. URL: <http://www.tc.umn.edu/~colem001/was/wdeclara.htm> (16.04.14).

## 8 Vedlegg 1 PICO-skjema

<b>Patients/population /problem HVEM?</b>	<b>Intervention/initi ativ/action HVA?</b>	<b>Comparison ALTERNATIVER?</b>	<b>Outcome RESULTAT/EFFEKT?</b>	↑ <b>O</b> ↓ <b>R</b>
<b>Beskriv typen pasienter</b>	Hvilke tiltak vurderes?	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?	
<b>Stomiopererte</b>	Informere Veilede	Ingen	Mestring Livskvalitet Normalisering Selvbilde Bedre seksuell helse	
←————— <b>AND</b> —————→				