



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Stomi og seksuell helse (Stoma and sexual health)

Innleveringsdato: 04.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10067

Antall ord: 8680

Sammendrag

Tittel

Stomi og seksuell helse.

Hensikt

Å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til å fremme seksuell helse hos stomiopererte kvinner på sengepost.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme seksuell helse hos stomiopererte på sengepost?

Metode

Litteraturstudie basert på sju forskningsartikler, både kvantitative og kvalitative, og en oversiktsartikkel. I tillegg benyttes annen faglitteratur og sykepleieteori, samt egne erfaringer.

Resultat

Stomiopererte opplever lavere selvbilde, endret kroppsbilde, smerter, frykt for å bli avvist, frykt for at stomien skal lukte, lekke og lage lyder. Alt dette bidrar til dårligere seksuell helse.

Konklusjon

Sykepleier kan gjennom kartlegging av seksuell helse, nyttig informasjon, god veiledning og tilrettelegging for støtte fra partner bidra til å fremme den seksuelle helsen hos disse pasientene.

Nøkkelord

Stomi, stomiopererte, seksuell helse, seksuelle utfordringer, seksualitet.

Abstract

Title

Stoma and sexual health.

Aim

To examine how nurses can contribute to promote sexual health in the hospital ward for female ostomates.

Topic question

How can nurses contribute to promote sexual health in the hospital ward for ostomates?

Method

Literature study based on seven research articles, both qualitative and quantitative studies, and one reviewarticle. In addition, other relevant literature and nursing theory are used, as well as my own experiences.

Results

Ostomates experience lower self-image, change in body image, pain, fear of being rejected, fear of smells and sounds coming from the stoma bag and fear of leakage. All of these factors contribute to lower sexual health.

Conclusion

Nurses can contribute to promote the sexual health of these patients through mapping sexual health, providing useful information, good counseling and facilitate support from the patients partner.

Key words

Stoma, ostomates, sexual health, sexual problems, sexuality.

Innhold

Tabeller	vi
1. Innledning.....	7
1.1 Introduksjon til tema	7
1.2 Bakgrunn for valg av tema	7
1.3 Definisjon av problemstillingens sentrale begreper	8
1.4 Avgrensning og presiseringer.....	8
1.5 Oppgavens kapitler	9
2. Metode	10
2.1 Beskrivelse av metode	10
2.2 Søkehistorikk og søketabell	10
2.3 Valg av litteratur og kildekritikk	13
2.4 Andre kilder.....	14
2.5 Etske overveielser	14
3. Empiri.....	15
3.1 Artikkelmatrise	15
3.2 Sammenfattet empiri.....	19
4. Teori	20
4.1 Stomi	20
4.2 Seksuell helse.....	20
4.2.1. Hva er seksualitet?	20
4.2.2. Seksuell helse og stomi	21
4.2.3. Sykepleiers holdninger til seksualitet.....	22
4.3 Sykepleiers pedagogiske funksjon og helsefremmende arbeid	22
4.4 PLISSIT-modellen	24
4.5 Sykepleieteori.....	25
4.5.1. Joyce Travelbee.....	25
4.6 De teoretiske begrepene sett i sammenheng	26
5. Diskusjon	27
5.1 Begrensninger for sykepleier på sengepost.....	27
5.2 Sykepleiehandlinger som fremmer seksuell helse	28
5.2.1. Kartlegging av seksuell helse	28
5.2.2. Informasjon og veiledning	28
5.2.2.1. PLISSIT-modellen som veiledningsverktøy	30
5.2.3. Tilrettelegging for støtte fra partner	31
6. Konklusjon	33

Referanser.....	34
Vedlegg.....	36

Tabeller

Tabell 2.2 Søketablell	11
Tabell 2.2.1 Håndsök.....	13
Tabell 3.1 Artikkelmatrise.....	15

1. Innledning

1.1 Introduksjon til tema

Flere mennesker lever med stomi, noen i en liten periode av livet sitt og andre store deler av det. Albuquerque mfl. (2016) refererer til tall fra International Ostomy Association som sier at 1 av 1000 innbyggere i utviklede land har stomi. Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft refererer til tall fra Helfo i 2016, som viser til at 17 052 personer hentet ut utstyr til stomi på blåresept i Norge dette året (Norilco, 2020).

Ordet *stomi* er gresk og betyr åpning eller munn. Ordet beskriver i medisinsk terminologi en kirurgisk konstruert åpning i kroppen. Åpningen går enten mellom to hulorganer eller fra et hulorgan og ut på huden. Denne åpningen kan være forskjellige steder på kroppen og avgjør navnet på stomien; ileostomi utgår fra tynntarmen, kolostomi utgår fra tykktarmen og urostomi utgår fra urinveiene (Nilsen, 2010). De bakenforliggende årsakene til at pasienter får stomi er blant annet ulcerøs kolitt og tarmkreft (Stubberud & Nilsen, 2010).

En stomi fører med seg mange endringer i et menneskes liv. Man må blant annet lære å stille stomien, sette seg inn i de forskjellige typene stomiutstyr og lære seg om stomi og kosthold. En stomi vil også føre til endringer i seksuell helse. Et godt forhold til ens egen seksualitet og gode relasjoner til andre mennesker er viktige faktorer for et godt seksuelt liv og for livskvalitet (Gamnes, 2011). Etter en stomioperasjon vil kroppsforandringene den fører med seg kunne føre til at pasienten opplever seg som en mindreverdige person og bidra til et dårligere selvbilde. Samtidig kan pasienten også få psykoseksuelle problemer som følge av at en føler seg mindre attraktiv overfor andre mennesker. Mange opplever en frykt for å bli avvist og for å bli ensomme. En slik operasjon kan derfor føre til at pasienten skyver sine seksuelle behov i bakgrunnen og at pasientens seksuelle helse blir dårligere (Nilsen, 2010).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om temaet stomi og seksuell helse i denne bacheloroppgaven. Når jeg leser om stomi i litteratur og forskning finner jeg mye informasjon om praktiske utfordringer ved å ha en stomi, men ikke like mye om seksuelle utfordringer. Seksuell helse er viktig, men kan ofte være vanskelig å snakke om. Etter en stomioperasjon er det mye nytt å forholde seg til og mye nytt som skal læres for å kunne håndtere det nye livet pasienten har fått. Seksuelle utfordringer pasienten kan møte i fremtiden blir kanskje derfor nedprioritert i denne perioden.

Som sykepleier skal man se *hele* pasienten, og man har derfor også et ansvar for at pasientens seksuelle helse blir ivaretatt. I praksis har jeg likevel opplevd at seksuell helse er et tema som sjeldent blir tatt opp, selv om det står som et eget punkt i innkomstjournal o.l. På grunn av at seksuell helse kan være et vanskelig tema å snakke om for mange, vil

det være viktig at sykepleier viser varsomhet og ikke overintervenerer – en slik samtale må skje på pasientens egne premisser.

Når det kommer til nyopererte stomipasienter, mener jeg det vil være hensiktsmessig å prioritere å ta opp dette temaet ettersom disse pasientene mest sannsynlig vil oppleve endringer i sin seksuelle helse. Jeg har derfor valgt å belyse følgende problemstilling i min oppgave: *Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme seksuell helse hos stomiopererte på sengepost?*

1.3 Definisjon av problemstillingens sentrale begreper

Seksuell helse

WHO definerer seksuell helse som:

[...] integrering av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksuell væren på en måte som er positivt berikende, og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet (WHO 1975 i Gamnes, 2011, s. 72).

Helsefremming

Helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål og omfatter tiltak rettet mot den enkelte pasient og dens omgivelser. Helsefremming og forebygging er begreper som brukes sammen, og er et av sykepleierens funksjonsområder. Helsefremming og forebygging er rettet mot både friske mennesker, personer som er spesielt utsatt for helsesvikt og mot mennesker som er utsatt for komplikasjoner av ulike grunner (Kristoffersen mfl., 2011).

1.4 Avgrensning og presiseringer

På grunn av oppgavens begrensede omfang har jeg valgt å avgrense oppgaven til å handle om kvinner over 18 år med stomi, enten kolostomi eller ileostomi, som nylig har blitt operert og befinner seg på sengepost. Ettersom tema for oppgaven er stomi og seksuell helse velger jeg å bare sette søkelys på de seksuelle utfordringene en stomi kan føre med seg, årsaken til disse utfordringene kan være både psykiske og fysiske og kan variere fra person til person. Jeg vil i teorikapittelet presentere både kolostomi og ileostomi. Jeg nevner de mest vanlige bakenforliggende årsakene til de ulike stomiene, men forklarer de ikke.

Ettersom jeg velger å avgrense oppgaven til å handle om kvinner postoperativt på sengepost, vil tiltakene jeg diskuterer bære preg av den begrensede tiden sykepleier vil ha med disse pasientene. Det vil kanskje være vanskelig å løse seksuelle utfordringer pasienten har på denne korte tiden, men jeg mener det likevel vil være mulig for sykepleier å bidra til å fremme pasientens seksuelle helse, og det er dette jeg vil fokusere på i min oppgave.

1.5 Oppgavens kapitler

Oppgaven består av seks kapitler; innledning, metode, empiri, teori, diskusjon og konklusjon. I metodekapittelet beskriver jeg den metodiske tilnærmingen til oppgaven. Jeg presenterer også her en oversikt over søkene jeg har gjort for å finne relevant litteratur til oppgaven, samt at jeg presenterer den valgte litteraturen og kildekritikk. I empirien presenterer jeg forskningsartiklene jeg har benyttet i oppgaven, og beskriver de i en sammenfattet empiri. I teorikapittelet presenterer jeg det teoretiske grunnlaget for oppgaven. I diskusjonen drøfter jeg funnene i forskningen og det teoretiske grunnlaget opp mot problemstillingen min. Oppgaven avsluttes med en konklusjon hvor jeg oppsummerer hovedfunnene og svarer på problemstillingen.

2. Metode

2.1 Beskrivelse av metode

Vilhelm Aubert omtaler metode slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2017).

Siden denne oppgaven er en litteraturstudie, er valg av metode gjort deretter. En litteraturstudie handler om å samle data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017). Fordelen ved en litteraturstudie er at man får en bred oversikt over tema, og får hentet inn informasjon om både helsepersonell og pasienters opplevelser av tema. Ulempene er at man må benytte seg av allerede eksisterende litteratur, og at man ikke alltid kan få en egen vinkling på denne litteraturen ettersom man er avhengig av den vinklingen forfatterne har brukt.

I denne litteraturstudien benyttes det både kvantitative og kvalitative forskningsartikler. I kvantitativ metode presenteres data i målbare enheter, mens det i kvalitative metoder handler om å presentere meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017). Jeg har i tillegg til forskningsartiklene benyttet meg av faglitteratur og sykepleieteori, og jeg har også hatt en ressurssamtale med sykepleier (sistnevnte redegjøres for i 2.4).

2.2 Søkehistorikk og søketabell

Jeg benyttet meg av databasene Cinahl og MedLine i mine søk. For å finne gode søkebegreper og gjøre søkene mine så strukturerte som mulig laget jeg et PICO-skjema. Et PICO-skjema kan bidra til å begrense tema og systematisere søk ved at man svarer på hvem pasientene man ønsker å finne ut mer om er, hvilke tiltak man er interessert i å finne ut om, evt. hvilke tiltak man kan sammenligne med, og til slutt hvilke effekter som er av særlig interesse.

Jeg benyttet meg både av emneord og nøkkelord når jeg utførte søkene mine. Emneord jeg søkte på var ileostomy, colostomy, ostomy, sexual health, sexuality, sexual behavior, attitude to sexuality. Nøkkelordene jeg søkte på var colostomy or stoma or ostomy or ileostomy, sexual health or sexuality or sexual wellbeing, attitude to sexuality.

Søketabellen viser hvordan jeg gikk frem for å finne litteratur. Tabellen viser hvor mange treff jeg fikk og hvor mange abstrakter og hele artikler jeg leste av disse treffene. Den viser også hvor mange artikler jeg valgte, og eventuelle avgrensninger. Jeg avgrenset søkene til artikler fra år 2009-2019 eller 2010-2020. Inklusjonskriterier var artikler skrevet på norsk, engelsk, svensk eller dansk og de måtte inneholde stomi og seksuell helse eller stomi og livskvalitet.

Jeg utførte også et håndسøk. I artikkelen «Sexual function after stoma formation in women with colorectal cancer» av Ciara Tripaldi (2019) refererer hun til en studie av de Paula mfl. som virket relevant for min oppgave. Jeg søkte opp tittelen på studien i Google, og fant den i fulltekst via Google Scholar. Håndسøket presenteres her under søketabellen.

Tabell 2.2 Søketablell

Database og dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Leste abstrakter	Leste artikler	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl 07.04.20	S1.	MH Ileostomy OR MH Colostomy OR MH Ostomy OR «colostomy or stoma or ostomy or ileostomy»				14708	
	S2.	MH Sexual Health OR «sexual health or sexuality or sexual wellbeing»				7171	
	S3.	S1 AND S2	Fra år 2009- 2019	7	2	14	2 (A, B)
MedLine 07.04.20	S1.	MH Ileostomy OR «ileostomy»				9628	
	S2.	MH Colostomy OR «colostomy »				12840	
	S3.	MH Ostomy OR «ostomy»				49183	
	S4.	MH Sexuality OR «sexuality»				52268	
	S5.	MH Sexual Behavior OR «attitude to sexuality»				105345	

	S6.	S1 OR S2 OR S3				55319	
	S7.	S4 OR S5				112375	
	S8.	S6 AND S7	Fra år 2010- 2020	10	3	52	4 (C, D, E, F)
Cinahl 08.04.20	S1.	MH Ileostomy OR MH Colostomy OR MH Ostomy OR «ostomy or colostomy or ileostomy or stoma»				14712	
	S2.	MH Sexual Health OR MH Attitude to Sexuality OR «sexual health or sexuality or sexual wellbeing»				13082	
	S3.	S1 AND S2	Fra år 2009- 2019	8	1	18	1 (G)

Inkluderte artikler:

- A. Ayaz, S. & Kubilay, G. (2008). Effectiveness of the PLISSIT model for solving sexual problems of patients with stoma. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 89-98.
- B. Albuquerque, A. F. L. L., Pinheiro, A. K. B., Linhares, F. M. P., Guedes, T. G. (2016). Technology for self-care for ostomized women's sexual and reproductive health. *Rev Bras Enferm*, 69(6), 1099-1106.
- C. Reese, J. B., Finan, P. H., Haythornthwaite, J. A., Kadan, M., Regan, K. R., Herman, J. M., ... Azad, N. S. (2013) Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status. *Support Care Cancer*, 22, 481-468.
- D. Sun, V., Grant, M., Wendel, C. S., McMullen, C. K., Bulkley, J. E., Herrinton, L. J., ... Krouse, R. S. (2016). Sexual Function and Health-Related Quality of Life in Long-Term Rectal Cancer Survivors. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1071-1079.
- E. Silva, A. L., Monteiro, P. S., Sousa, J. B., Vianna, A. L., Oliveira, P. G. (2014). Partners of patients having a permanent colostomy should also receive attention from the healthcare team. *Colorectal Disease*, 16, 431-434.
- F. **Oversiktsartikkel:** Ang, S. G. M., Chen, H.-C., Siah, R. J. C., He, H.-G., Klainin-Yobas, P. (2013). Stressors Relating to Patient Psychological Health Following

Stoma Surgery: An Integrated Literature Review. *Oncology Nursing Forum*, 40(6), 587-594.

G. Ramirez, M., McMullen, C., Grant, M., Altschuler, A., Hornbrook, M. C., Koruse, R. S. (2010). Figuring Out Sex in a Reconfigured Body: Experiences of Female Colorectal Cancer Survivors with Ostomies. *Women & Health*, 49(8), 608-624.

Tabell 2.2.1 Håndsök

Database og dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Leste abstrakter	Leste artikler	Antall treff	Valgte artikler
Google Scholar 25.03.20	S1.	Experiencing Sexuality After Intestinal Stoma		1	1	2	1
Inkluderte artikler:							
H. de Paula, M. A. B., Takahashi, R. F., de Paula, P. R. (2012). Experiencing Sexuality After Intestinal Stoma. <i>J. Coloproctal</i> , 32(2), 163-174.							

2.3 Valg av litteratur og kildekritikk

Oppgaven baserer seg på en oversiktsartikkel og sju forskningsartikler. Studiene som beskrives i forskningsartiklene er utført i Brasil, USA og Tyrkia. Alle artiklene er under ti år gamle, bortsett fra en. Artikkelen som omhandler effekten av PLISSIT-modellen, av Ayaz & Kubilay, er publisert i år 2008, men jeg velger likevel å ha den med i oppgaven ettersom jeg ikke har funnet noe nyere forskning på tema og mener det vil være viktig for oppgaven å referere til denne. Jeg har også med en artikkel av Silva mfl. (2014) som omhandler partnere av stomipasienter og deres opplevelser av seksualitet. Denne artikkelen viser viktigheten av å også inkludere en eventuell partner i veiledningen, og jeg mener derfor at den er relevant for oppgaven.

Jeg opplever at det har vært lite forskning på temaet det siste tiåret, derfor velger jeg å også ha med en oversiktsartikkel i oppgaven. Denne artikkelen gir et bredt overblikk av tema og bidrar til en bredere forståelse av tidligere forskning. I litteraturen jeg har funnet er det meste av forskningen gjort etter utskrivelse fra sykehus, men det refereres også til opplevelser pasientene har hatt postoperativt. Jeg mener derfor artiklene er relevante for min problemstilling.

Videre baserer oppgaven seg på relevant faglitteratur som pensumbøker og fagartikler, samt andre relevante fagbøker. Jeg har etterstrebet å bruke mest mulig primærlitteratur, men har også benyttet noe sekundærlitteratur som f.eks. den norske utgaven av Joyce Travelbee sin bok om sykepleieteori; Mellommenneskelige forhold i sykepleie (2001). Jeg valgte også å ha en ressursamtale med sykepleier for å få et innblikk i hvordan sykepleiere jobber med tema her i Norge, på den måten kan jeg knytte funnene fra forskning opp mot informasjonen jeg fikk gjennom samtalen.

2.4 Andre kilder

Jeg utførte som nevnt over en ressursamtale med sykepleier. Denne sykepleieren jobber til daglig på kirurgisk klinikk på et sykehus i Norge, og utdanner seg for tiden til stomisykepleier. Sykepleieren mottok spørsmål via epost ettersom personlige møter er frarådet på grunn av den pågående koronapandemien. Jeg sendte også samtykkeskjema (se vedlegg 2) via epost, dette signerte sykepleier og sendte tilbake til meg sammen med svar på spørsmålene. Jeg forfattet sju spørsmål (se vedlegg 1) som blant annet omhandlet hvordan sykepleiere prioriterer seksuell helse når det kommer til pasienter med stomi, benyttelsen av PLISSIT-modellen og hvordan kort liggetid eventuelt påvirker prioriteringer.

2.5 Etiske overveielser

I alt arbeid er det viktig å tenke over etiske utfordringer arbeidet fører med seg. I forskningen jeg benytter meg av i denne oppgaven innhentes det data om mennesker og deres liv. Ifølge Dalland (2017) er vi avhengige av tillitt for å kunne få denne kunnskapen, og derfor er det viktig at menneskene som deltar i forskningen opplever at de blir ordentlig ivaretatt. Forskningsetikk handler om å ivareta personvern og å sikre at forskningsdeltakerne ikke blir påført unødvendige belastninger eller skade.

Helsinkideklarasjonen, som ble utformet av Verdens legeforening etter de forskningsetiske overtrampene under andre verdenskrig, har som hensikt å styrke den forskningsetiske bevisstheten og legger føringer for hvordan forskningen skal utføres med tanke på etisk behandling av deltakerne (Førde, 2014). Det finnes også egne forskningsetiske komiteer som trekker opp retningslinjer for forskningsetiske vurderinger og som kan gi råd og veiledning i forskningsspørsmål (Dalland, 2017). For å sikre at forskningen jeg benytter i oppgaven svarer til god forskningsetikk har jeg valgt fagfellevurderte artikler som er godkjent av etisk komité.

Når det kommer til informasjonen jeg innhentet gjennom ressursamtalen, har jeg vært bevisst på å anonymisere sykepleieren som ga meg denne informasjonen. I forkant forklarte jeg hensikten med en slik ressursamtale, og sykepleieren skrev under på et samtykkeskjema som informerte om ressurspersonens rettigheter (se vedlegg 2). I oppgaven har jeg gjengitt den informasjonen jeg fikk uten å fortolke den, og sykepleieren omtales som «ressurssykepleier».

3. Empiri

I dette kapittelet presenteres de åtte forskningsartiklene oppgaven baserer seg på i en artikkelmatrise. Deretter presenteres en sammenfattet empiri, hvor innholdet i artiklene forklares og funnene oppsummeres.

3.1 Artikkelmatrise

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
A) Ayaz & Kubilay. (2008). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 18, 89-98.	Å undersøke om det å benytte PLISSIT-modellen kan bidra til å løse seksuelle utfordringer hos mennesker med stomi.	Kvantitativ studie med eksperimentell design, og bruk av spørreskjema. 60 deltakere: 30 i en forsknings-gruppe, 30 i en kontroll-gruppe. Deltakerne hadde nylig fått permanent stomi og midlertidig stomi (minst 6 måneder), de var ikke terminale og hadde et aktivt sexliv.	Man så en økning i gjennomsnitts-score på Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction før en evaluerte de seksuelle problemene ved å bruke PLISSIT-modellen. Når PLISSIT-modellen ble tatt i bruk så man at gjennomsnitts-scorene ble redusert.	Studien er over ti år gammel, men er likevel relevant ettersom den er den nyeste studien jeg har funnet om PLISSIT og stomi. Den konkluderer med at bruken av PLISSIT-modellen bidrar til å redusere de seksuelle problemene stomipasienter opplever.
B) Albuquerque mfl. (2016). Technology for self-care ostomized	Å validere en brosjyre for stomiopererte kvinners seksuelle og	Innholds-validering gjort av 11 spesial-sykepleiere ut i fra en Content Validity Index.	Brosjyren i sin helhet fikk en CVI på 0.87 (elementer med CVI på under 0.80 ble	En slik brosjyre kan fungere godt som et supplement til den muntlige informasjonen

women's sexual and reproductive health. <i>Rev Bras Enferm</i> , 69(6), 1099-1106.	reproduktive helse.	Brosjyrens anvendelighet ble deretter validert av ni kvinner med stomi.	forbedret). Videre var målgruppen 100% enige om at brosjyren var anvendelig med tanke på design og skriftlig innhold.	som gis av sykepleier.
C) Reese mfl. (2013). Gastrointestinal Ostomies and Sexual Outcomes: A Comparison of Colorectal Cancer Patients by Ostomy Status. <i>Support Care Cancer</i> , 22, 481-468.	Å sammenligne de seksuelle konsekvensene og kroppsbilde hos pasienter med kolorektal kreft ut ifra stomistatus. Studien sammenlignet også forskjeller i depresjon hos pasientene.	Kvantitativ metode med bruk av spørreskjema om seksuelle konsekvenser, kroppsbilde og depresjon blant 141 pasienter, bestående av menn og kvinner over 21 år rekruttert via klinikk og tumorregistre.	De med nåværende stomi og de som hadde hatt stomi hadde flere seksuelle problemer enn de som aldri hadde hatt stomi. Pasientene som hadde stomi under studien hadde dårligere kroppsbilde enn de uten stomi.	Stomi er assosiert med utfordringer knyttet til seksuell aktivitet, også etter reversering. Det er viktig å kartlegge utfordringene for å kunne forebygge problemer i fremtiden.
D) Sun mfl. (2016). Sexual Function and Health-Related Quality of Life in Long-Term Rectal Cancer Survivors. <i>The Journal of Sexual Medicine</i> , 13(7), 1071-1079.	Å beskrive endringer i seksuell funksjon og helse relatert livskvalitet basert på stomistatus hos mennesker som har overlevd rektal kreft.	Deltakerne ble kartlagt gjennom HRQOL-kartleggingsverktøy (health-related quality of life) og funksjonell status. Svarene ble sammenlignet ut ifra stomistatus. Kvalitative data fra et åpent spørsmål om deltakernes største	Personer med permanent stomi operert før år 2000 var mer seksuelt inaktive og hadde flere seksuelle utfordringer enn opererte etter 2000. Kvalitative funn: tap av og lavere seksuell aktivitet, psykiske og fysiske problemer	Artikkelen beskriver tap av seksuell aktivitet som et av de største problemene stomipasienter opplever.

		utfordringer ble analysert ut ifra seksualitet, symptomer og relasjoner.	med seksuell aktivitet, avvisning fra partner, stomien forstyrret seksuell aktivitet, positive opplevelser med seksualitet.	
E) Silva mfl. (2014). Partners of patients having a permanent colostomy should also receive attention from the healthcare team. <i>Colorectal Disease</i> , 16, 431-434.	Å undersøke hvordan partnere til stomipasienter opplever hverdagslivet, og spesielt de seksuelle aspektene ved det.	Kvantitativ studie. 108 personer inndelt i to grupper: partnere med stomi og uten stomi. Deltakerne svarte på spørreskjema som samlet inn data innenfor tre ulike bolker: demografisk informasjon, sosial informasjon og seksuell informasjon.	I gruppen uten stomi opplevde begge parter høyere seksuell ytelse enn i gruppen med stomi. Partnere til personer med stomi hadde et mindre aktivt sexliv. Det var ingen merkbart store forskjeller når det kom til sexlyst mellom de to gruppene.	Studien er relevant fordi den viser at personer som er i et forhold med en person som har stomi også i stor grad blir påvirket av stomien, og at også de trenger støtte og informasjon fra helsepersonell.
F) Ang mfl. (2013). Stressors Relating to Patient Psychological Health Following Stoma Surgery: An Integrated Literature Review. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 40(6), 587-594.	Å oppsummere empirisk bevis på stressfaktorer som påvirker pasienters psykososiale helse etter en kolostomi- eller ileostomi-operasjon under sykehusinnleggelse og etter utskrivelse.	Reviewartikkel basert på tre kvalitative og fem kvantitative studier. To analysemetoder ble brukt, QUARI (Quality Assessment and Review Instrument) for de kvalitative studiene og MASTARI (Meta-Analysis of Statistics	Vanlige stressfaktorer under sykehusinnleggelse var stomidanning, kreftdiagnose og forberedelsene til selvpleie. Stressfaktorer etter utskrivelse handlet om å tilpasse seg et endret	Gir en oversikt over stomipasienters opplevelser etter stomidannelse. Konkluderer med viktigheten av at sykepleier gir god veiledning pre- og postoperativt.

		Assessment and Review Instrument) for de kvantitative.	kroppsbilde, endret seksualitet, og endringer sosialt og i aktiviteter.	
<p>G) Ramirez mfl. (2010). Figuring Out Sex in a Reconfigured Body: Experiences of Female Colorectal Cancer Survivors. <i>Women & Health, 49(8)</i>, 608-624.</p>	<p>Å se på de seksuelle utfordringene kvinner møter etter å ha overlevd kolorektal kreft.</p>	<p>Kvalitativ studie utført gjennom semi-strukturerte, åpne intervju med 30 kvinner.</p>	<p>Resulterte i fire temaer: ingen langvarige seksuelle utfordringer, langvarige seksuelle utfordringer, aldersrelaterte endringer i seksualitet, og ingen seksuell aktivitet postoperativt. De seksuelle utfordringene var smerter etter operasjon, lavere selvbilde på grunn av stomien, frykt for lyder og lukt fra stomien, manglende støtte fra partner.</p>	<p>Beskriver kvinners opplevelse av seksuelle utfordringer, og konkluderer med viktigheten av å ha et mer nyansert bilde på seksualitet for å kunne veilede disse kvinnene.</p>
<p>H) de Paula mfl. (2012). Experiencing Sexuality After Intestinal Stoma. <i>J. Coloproctal, 32(2)</i>, 163-174.</p>	<p>Å utforske seksualitet etter en stomioperasjon, hos mennesker med ulik sosial bakgrunn.</p>	<p>Kvalitativ studie med bruk av dybdeintervju blant 15 personer (8 kvinner). «The Social Representation Theory” ble benyttet.</p>	<p>En stomi forstyrrer den seksuelle opplevelsen. Men betydningen av den er basert på den individuelle livshistorie, kvaliteten på personlige forhold og</p>	<p>Beskriver ulike menneskers opplevelse av sin seksualitet etter en stomioperasjon, både negative og positive.</p>

			oppfatning av seksualitet, uavhengig av stomien.	
--	--	--	--	--

3.2 Sammenfattet empiri

Litteraturstudiet bygger på sju forskningsartikler og en oversiktsartikkel. Alle artiklene belyser seksuelle utfordringer mennesker med stomi opplever. Flere av artiklene peker på at endret kroppsbilde og lavere selvbilde bidrar til dårligere seksuell helse (Albuquerque mfl., 2016; Ang mfl., 2013; de Paula mfl., 2012; Ramirez mfl., 2010; Reese mfl., 2013; Sun mfl., 2016). Frykt for at stomien skal lekke, at den skal lukte, at den skal lage lyd og at posen skal være i veien under sexakten, er bekymringer stomipasienter opplever og som påvirker sexlivet negativt (Ang mfl., 2013; Ayaz & Kubilay, 2008; de Paula mfl., 2012; Ramirez mfl., 2010; Sun mfl., 2016).

I studien til Ramirez mfl. (2010) forteller en av deltakerne at hun savnet mer informasjon om de langvarige konsekvensene etter operasjonen. I studien til de Paula mfl. (2012) påpekes det hvordan små instruksjoner kan hjelpe pasienter å håndtere utfordringer, og at det er viktig at helsepersonell er oppmerksomme og tar opp problemet når de ser at pasienten kan trenge det. Samtidig påpekes det at helsepersonell generelt er dårlige på å ta initiativ til å snakke om seksuelle utfordringer, og at mange ikke har nok erfaring til å hjelpe pasientene med de problemene de opplever. Flere av artiklene konkluderer med at det er viktig at veiledning og informasjon gis både per- og postoperativt, og at sykepleier må kartlegge pasienters bekymringer når det kommer til stomi og seksuell helse for å kunne bidra til å forebygge eventuelle utfordringer (Ang mfl., 2013; Ayaz & Kubilay, 2008; de Paula mfl., 2012; Reese mfl., 2013; Sun mfl., 2016).

Ayaz & Kubilay (2008) undersøkte betydningen av å bruke den sexologiske intervensjonsmodellen PLISSIT i møte med stomipasienter, og kom fram til at den bidro til å redusere de seksuelle problemene disse pasientene opplevde. I studien til Reese mfl. (2013) beskrives PLISSIT-modellen som et verktøy som kan fungere som en god veiledningsguide for å informere om seksuell helse og håndtere eventuelle bekymringer pasienter tar opp. Albuquerque mfl. (2016) undersøkte nytten av å bruke en brosjyre som inneholdt tilpasset informasjon om seksuell helse hos stomiopererte kvinner i veiledningen. De konkluderte med at en slik brosjyre var et godt verktøy for å tilegne seg nyttig informasjon.

Flere av artiklene belyser viktigheten av å ha en støttende partner og å involvere partneren i veiledning etter stomioperasjonen (Albuquerque mfl., 2016; Ayaz & Kubilay, 2008; de Paula mfl., 2012; Ramirez mfl., 2010; Sun mfl., 2016). I studien til Silva mfl. (2014) var det partnere av stomipasienter som var deltakere, og hensikten var å undersøke deres seksuelle helse. Studien viste at omtrent halvparten av deltakerne var misfornøyd med partnerens seksuelle ytelse, og at hyppigheten av samleie var redusert. Silva mfl. (2014) konkluderer med at helsepersonell også må være oppmerksomme på behovene til stomipasientenes partnere, ettersom de også opplever konsekvensene av stomien.

4. Teori

I dette kapitlet presenteres teori som er relevant for problemstillingen, og som legger det teoretiske grunnlaget for drøftingen sammen med funnene i empirien. Teorien er hentet fra pensumlitteratur, relevante fagbøker og fagartikler. I kapitlet presenterer jeg begrepene stomi, seksuell helse og sykepleiers pedagogiske og helsefremmende arbeid. Jeg presenterer også PLISSIT-modellen, før jeg til slutt presenterer Joyce Travelbees sykepleieteori.

4.1 Stomi

En stomi konstrueres ved å trekke tarmen ut gjennom en åpning i huden, deretter vrenses den og sys fast til huden. Det er altså innsiden av tarmen som blir liggende på huden. Tarmen har ikke viljestyrt muskulatur slik som lukkemusklene rundt endetarmsåpningen, derfor har ikke stomiopererte kontroll over avgang av tarmgass eller avføring. En stomi kan være permanent eller midlertidig. Ved en midlertidig stomi konstrueres stomien for at den syke delen av tarmen skal få avlastning og mulighet til å leges, før stomien reverseres og tarmen kan fungere som normalt igjen (Nilsen, 2010).

Permanent ileostomi er framlagt tynntarm. Ved anleggelse av denne typen stomi fjernes ofte tykktarmen. De vanligste årsakene til anleggelse av ileostomi er ulcerøs kolitt og Chrons sykdom. Andre årsaker kan være familiær polypose, fistler og skader. En ileostomi gir tyntflytende og grøtete avføring, som tømmes kontinuerlig. Avføringen inneholder proteolytiske fordøyelsesenzymmer som er svært irriterende for huden. En ileostomi konstrueres lengre enn en kolostomi på grunn av fare for lekkasje av tarminnhold på huden, og bør derfor måle 3-4 cm utenfor hudnivå (Nilsen, 2010).

Permanent kolostomi er framlagt tykktarm. Ved anleggelse av kolostomi er det sigmoideum som er lagt fram på huden, og den syke delen av tykktarmen fjernes. Den vanligste årsaken til kolostomi er kreft. Andre årsaker kan være akutt bukhinnebetennelse, skader, medfødte misdanninger, kronisk obstipasjon og stråleskader. En kolostomi gir avføring som er fast i formen, og det er lite risiko for lekkasje av tarminnhold på huden. Gassutslippet er som normalt, og avføringen kommer fra to til fire ganger per døgn. Kolostomien konstrueres til 1-2 cm utenfor hudnivå (Nilsen, 2010).

4.2 Seksuell helse

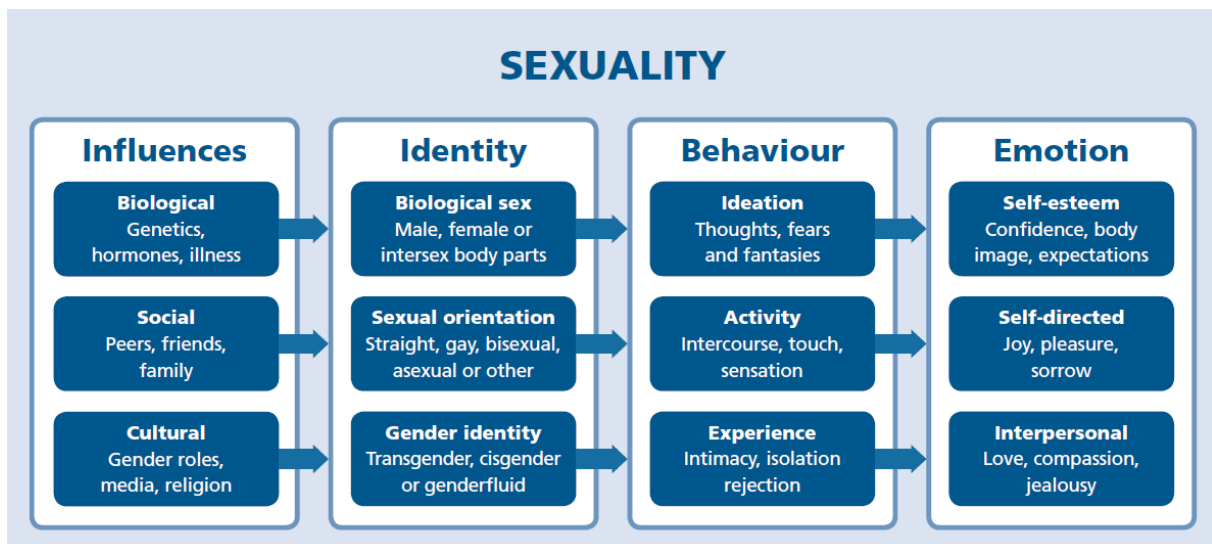
4.2.1. Hva er seksualitet?

Seksualitet stammer fra det latinske ordet *sexus*, som betyr kjønn. Kortformen *sex* brukes i dagligtalen om seksuell omgang som involverer kjønnsorganene, mens ordet *seksualitet* ofte har en bredere betydning. Seksualitet omhandler alle aspekter ved å være en seksuell person, og er ikke bare knyttet til erotiske aktiviteter. Det skilles mellom seksuelle handlinger og seksuell atferd. Seksuelle handlinger kan være onanering, kysning og

samleie, mens seksuell atferd i tillegg til å omfatte seksuelle handlinger også innebærer ting som flørting, å kle seg sexy og å nyte pornografi (Gamnes, 2011).

Det finnes ulike meninger om hvilken betydning seksuell aktivitet har for et menneskes liv. Noen mener seksuell aktivitet i form av å ha regelmessig samleie er nødvendig både for den fysiske og psykiske helsen, mens andre mener at man kan klare seg fint uten sex i en slik begrenset betydning og fremdeles leve et godt liv. Dessuten oppleves og håndteres den seksuelle lysten forskjellig hos hver enkelt, samtidig som den kan variere fra én livsfase til en annen. I dagens vestlige kultur omfatter seksualitet et bredt spekter av seksuell tilhørighet, atferd og handlinger en kan definere seg innenfor. Seksualitet er en stor del av et menneskes identitet, og hva denne seksualiteten innebærer for hver enkelt vil i stor grad variere fra person til person (Gamnes, 2011).

Seksualitet er altså et sammensatt fenomen som er forankret i både psykiske, fysiske, åndelige, sosiale og kulturelle forhold, og som uttrykkes gjennom handlinger og ideer som kan føre til sterke følelser av alt fra glede og medlidenhet til redsel og isolasjon (se figur 1) (Gamnes, 2011; Bird, 2019).



Figur 1: ulike aspekter ved seksualitet (Bird, 2019).

4.2.2. Seksuell helse og stomi

En stomi kan påvirke pasientens seksuelle helse både psykisk og fysisk. Endret kroppsbilde, frykt for å skade stomien, frykt for lukt og lekkasje, og frykt for å bli avvist og ensom er noen av de psykiske årsakene til redusert seksuell helse (Indrebø, 2008; Nilsen, 2010). De fysiske konsekvensene for kvinner etter en stomioperasjon er manglende orgasme, vaginal utflod og smerter ved samleie. Smertene kommer av de anatomiske forandringene en stomioperasjon kan føre med seg. Ved rektumamputasjon kan livmoren vippe bakover og trekke vagina med seg, slik at den blir stående horisontalt. Vaginaen kan da feste seg til korsbenet, og føre til støtsmerter under samleie for både kvinnen og mannen. Ved behandling av langt kommet kreft i rektum kan man måtte fjerne bakre vaginalvegg, noe som kan gjøre samleie ugjennomførbart. En annen årsak til smerter under samleie og mangel på orgasme, er tørrhet i skjeden og manglende oppsvulming av klitoris og kjønnslepper på grunn av nedsatt østrogenproduksjon eller nerveskade. Den

vaginale utfloden kommer av at det innerst i vaginaen danner seg en «kulp» som samler sekret, dette sekretet gir god grobunn for sopp og bakterier, og resultatet blir illeluktende utflod som kan tømme seg ved endringer i sexstilling (Indrebø, 2008).

På sykehuset vil helsepersonell informere pasienten om hvilke fysiologiske og anatomiske konsekvenser stomien får for seksuallivet. Under innleggelsen og senere ved poliklinisk oppfølging gis det mulighet for å informere om praktiske råd når det kommer til behandling av stomien og stomiposen under samleie. Slike praktiske råd kan være muligheten for å benytte seg av mindre poser ved seksuell aktivitet, tømning eller skift av pose før samleie, og informasjon om ulike sexstillinger og utvalg av undertøy og posetrekk som kan flytte fokus bort fra posen (Indrebø, 2008; Nilsen, 2010).

4.2.3. Sykepleiers holdninger til seksualitet

I møte med pasienter med seksuelle problemer må sykepleier være bevisst sine egne holdninger til seksualitet, og det er viktig at man er klar over at myter, religion, oppvekstmiljø og gruppetilhørighet setter preg på disse holdningene. Sykepleieren må ha en tanke om hva en selv vurderer som vanlig og uvanlig eller rett og galt når det kommer til seksualitet. Sykepleieren må være trygg i sin rolle og vite hva en kan og ikke kan gjøre, og hva som er tillatt og ikke når det gjelder ord og handlinger som omhandler seksualitet. Om sykepleieren har et problematisk forhold til egen seksualitet er det viktig å ta tak i det og finne ut hva årsaken er. Holdninger kan være basert på feilinformasjon og fordommer (Gamnes, 2011).

4.3 Sykepleiers pedagogiske funksjon og helsefremmende arbeid

Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer å tilrettelegge for informasjon, veiledning og undervisning slik at pasienters og pårørendes kompetanse heves tilstrekkelig til å kunne ta mest mulig kontroll over årsaker som påvirker helse og mestring (Tveiten, 2018). Veiledning defineres av Tveiten (2006) på denne måten:

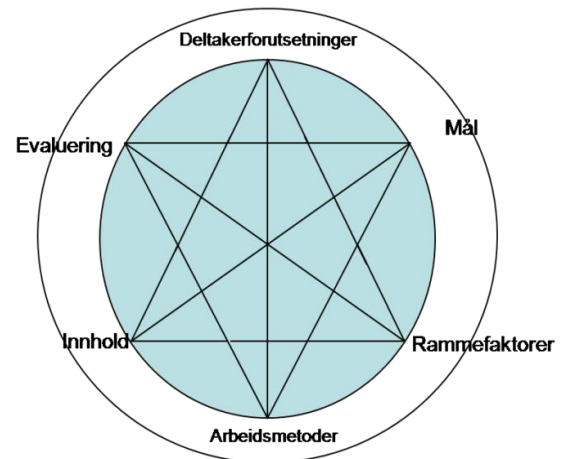
En formell og relasjonell istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier (Tveiten 2006 i Tveiten, 2019, s. 11).

Veiledningen bidrar altså til å sette i stand noe, og sier noe om at pasienten blir i stand til å mestre. For at det skal skje må begge parter i veiledningen bidra. Ansvaret er delt mellom sykepleier og pasient, sykepleier har ansvaret for å tilrettelegge istandsettingen mens pasienten har ansvaret for å gå videre med det hun er i stand til. Det kan være å endre tanker eller handlinger (Tveiten, 2019, 2018). Kvaliteten på veiledningen avhenger av den relasjonelle kvaliteten mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren, som er veilederen, har hovedansvaret for å opprettholde den gode kvaliteten på relasjonen og må være bevisst den og ivareta den. Gjennom den gode relasjonen kan tillitt og trygghet i veiledningen oppnås (Tveiten, 2019). Pasienten har de beste forutsetningene for å finne den riktige veien for seg selv, og det er sykepleierens oppgave å tilrettelegge for at det kan skje. Det er derfor viktig at pasienten selv har en aktiv rolle i læringen og utviklingen slik at mestringskompetansen styrkes og pasienten selv kan komme frem til «svaret» (Tveiten, 2019).

God veiledning kan oppnås ved å bruke den didaktiske relasjonsmodellen. Modellen ble utviklet av pedagogene Bjørndal og Lieberg i 1978, og inneholder seks faktorer som inngår i en undervisningssituasjon (se figur 2). *Deltakerforutsetninger* handler om de forutsetningene sykepleieren og pasienten har for å kunne undervise og lære. Sykepleieren må ta disse til etterretning i planleggingen og utførelsen av veiledningen. Sykepleier og pasient må sammen komme frem til *målene* for veiledningen, og sykepleier må være bevisst de ulike *rammefaktorene* som tid, sted og lokaler. Det er viktig at en så langt det lar seg gjøre utfører veiledningen under rammer som ikke fører til forstyrrelser.

Arbeidsmåtene som velges må samsvare med målene for veiledningen. Skal den være individuell eller sammen med partner? Skal skriftlig materiale benyttes? *Innholdet* i veiledningen springer ut fra målene som er satt. Hvor omfattende innholdet blir avhenger av målene, og det er viktig at det er individualisert og tilpasset pasienten. *Vurderingen* handler om å kontrollere hva pasienten har lært, og gir sykepleieren en tilbakemelding på om veiledningen var vellykket eller ikke (Kristoffersen, 2011).

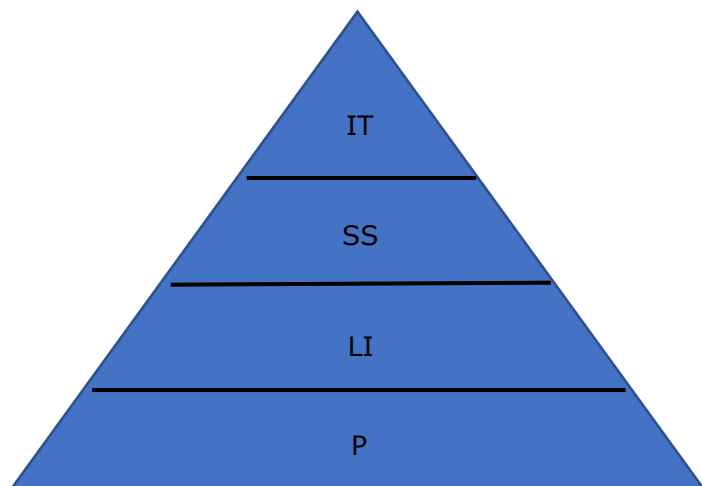
Helsefremmende sykepleie handler om tiltak som bidrar til at mennesket oppnår mestring i forhold til egen helse slik at sykdom kan forebygges eller at helseproblemer kan reduseres, eller slik at mennesket hjelpes til å på best mulig måte kunne mestre langvarige helseproblemer (Lerdal & Fagermoen i Tveiten, 2018). I helsefremmende arbeid står begrepet empowerment sentralt, og fungerer som en ramme for arbeidet. Begrepet handler om å ha eller ta mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse, og fokuserer på pasienters rett til medvirkning i egen behandling. Videre bidrar empowerment til at sykepleier anerkjenner pasientens egen kompetanse på seg selv og til at det skjer en maktfordeling mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren er ekspert på sitt fag og pasienten er ekspert på sitt liv. Veiledning handler også om disse tingene, og fungerer derfor som et middel i empowermentprosessen (Tveiten, 2018).



Figur 2: den didaktiske relasjonsmodellen (Bjørndal & Lieberg, 1978).

4.4 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er en sexologisk intervensjonsmodell utviklet av psykologen Jack Annon i 1976 (se figur 3). Modellen symboliserer de ulike nivåene mennesker befinner seg på når det kommer til behov for informasjon eller hjelp til seksuelle problemer. Det første nivået, P, står for «permission» (tillatelse); det andre nivået, LI, står for «limited edition» (begrenset informasjon); det tredje nivået, SS, står for «special suggestions» (spesifikke forslag); og det fjerde nivået, IT, står for «intensive therapy (intensiv terapi)» (Gamnes, 2011).



Figur 3: PLISSIT-modellen, gjengitt fra Gamnes, 2011.

P (tillatelse)

På dette nivået gis det rom for å snakke om seksualitet i sin alminnelighet. Det kreves ingen utdanning for å utøve veiledning på dette nivået, men det er viktig at det skapes trygghet og tillit slik at pasienten forstår at det er tillatt å snakke om seksualitet. På dette nivået kreves det heller ikke noe spesifikt behandlingssted (Gamnes, 2011).

LI (begrenset informasjon)

Dette nivået er for pasienter som trenger enkel og saklig informasjon om seksualitet på generelt grunnlag. Gamnes (2011) kommer med eksempler på hva slik informasjon kan være, blant annet informasjon om kondombruk og ulike kondomtyper, seksuelle hjelpemidler, seksuelle legninger eller kjønnssykdommer. På dette nivået kan informasjonen være både muntlig og skriftlig. Informasjonen på dette nivået gis i institusjoner, hos fastlegen og helsesøster, på rådgivningsklinikker og hos psykolog (Gamnes, 2011).

SS (spesifikke forslag)

På dette nivået kreves det av behandler at en har kunnskap om rådgivning og at en kjenner til ulike forslag og løsninger, ettersom man her møter pasienter som trenger spesifikke forslag angående sin situasjon. Eksempler her kan være en pasient som har behov for informasjon om hensiktsmessige samleiestillinger eller alternative samværsmetoder. Veiledning på dette nivået gis i sykehus, av allmennpraktiserende leger, i institusjoner, på rådgivningsklinikker og på poliklinikk (Gamnes, 2011).

IT (intensiv terapi)

Her kreves det at behandleren har spesialkompetanse i psykoterapi og sexologi. Her møter man pasienter som har behov for et spesialisert behandlingstilbud, slik som psykoterapi, kirurgi og hormonbehandling. Disse pasientene kan ha spesielle seksuelle dysfunksjoner, kjønnsidentitetsproblematikk eller være seksuelle overgripere. På dette nivået vil ikke sykepleier kunne bidra (Gamnes, 2011).

4.5 Sykepleieteori

4.5.1. Joyce Travelbee

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (2001) definerer sykepleie slik:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s. 29).

De mest sentrale begrepene i Travelbees teori er mennesket som individ og menneske-til-menneske-forhold. Travelbee ser på hvert menneske som absolutt unikt. Hun mener at denne unikheten er et resultat av menneskets ulike livserfaringer og dets reaksjoner på og forståelser av disse erfaringene (Travelbee, 2001). Hun er opptatt av at forholdet mellom sykepleier og pasient ikke skal bære preg av de fastsatte rollene, men at det skal være et forhold mellom *menneske* og *menneske*. Hun sier at kjennetegnet til et menneske-til-menneske-forhold er at man forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer. Dette forholdet er en gjensidig prosess som bidrar til at sykepleiers mål og hensikt oppnås, nemlig å hjelpe den syke til å mestre sin sykdom og å eventuelt finne mening i den. Det er sykepleierens oppgave at forholdet skapes, og hun er derfor ansvarlig for å planlegge, tilrettelegge og lede interaksjonen slik at det skjer. Travelbee sier at forholdet oppnås etter at de involverte har gått gjennom fire faser: det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, og sympati og medfølelse. Disse fasene resulterer i et forhold bestående av gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001).

Det innledende møtet handler om førsteinntrykk, og danner grunnlaget for det interaksjonsmønsteret som utvikles videre. Travelbee mener at man i denne fasen ser på hverandre som «sykepleier» og «pasient» fordi man enda ikke kjenner hverandre og derfor baserer seg på stereotypiske forestillinger. For at forholdet kan gå inn i neste fase må sykepleieren se forbi disse forestillingene – og pasienten må respondere deretter (Travelbee, 2001).

Framvekst av identiteter er fasen hvor man i større grad betrakter hverandre i lys av sin egen identitet, og hvor man er i stand til å se den andre som et unikt menneske. Forskjeller og ulikheter blir avdekket og anerkjent, og sykepleieren og pasienten begynner å knytte seg til hverandre. I denne fasen er det sykepleierens oppgave å vurdere disse forskjellene og ulikhetene for å kunne bidra til fremveksten av empati (Travelbee, 2001).

Empati handler ifølge Travelbee om å ta del i den andres sinnstilstand, men samtidig å stå utenfor objektet for empatien. For å utøve empati må man ha evnen til å leve seg inn i og forstå den andres psykiske tilstand. I empatifasen blir det unike i mennesket anerkjent og klarere oppfattet, og ved å ha empati kan man forutse den andres atferd (Travelbee, 2001). Travelbee mener at en forutsetning for å kunne føle empati for noen er at man opplever likheter til den man har empati for, og at sykepleieren derfor ikke har mulighet til å føle empati ovenfor alle hun møter. Det er likevel mulig for sykepleieren å utvide sitt eget empatiområde, og dermed også utvide omfanget av hvem hun føler empati for. En annen forutsetning for å føle empati er ønsket om å forstå den andre (Travelbee, 2001).

Sympati og medfølelse gjør sykepleieren i stand til å forstå pasientens plager, og gir et ønske om å lindre disse. Ved å vise sympati og medfølelse vil sykepleieren ta del i pasientens plager, og på den måten avlaste ham for den byrden det er å bære disse alene. Sykepleierens oppgave i denne fasen er å omsette denne medfølelsen til

sykepleiehandlinger som kan hjelpe pasienten til å forebygge eller mestre plagene (Travelbee, 2001).

4.6 De teoretiske begrepene sett i sammenheng

De teoretiske begrepene i kapittel 4.3, 4.4 og 4.5 har alle til felles at de omhandler mestring, veiledning, relasjon og helsefremming. Joyce Travelbees teori om et menneske-til-menneske-forhold har mange likhetstrekk ved Tveitens definisjon på veiledning og PLISSIT-modellens hensikt, de er alle en prosess som krever en god relasjon mellom sykepleier og pasient og kan bidra til at sykepleier når sitt mål om å hjelpe pasienten til å oppleve mestring. Et menneske-til-menneske-forhold og god veiledning kan begge bidra til helsefremming. Samtidig fungerer alle kapitlene i teorien hver for seg som relevant bakgrunnskunnskap i å fremme seksuell helse.

5. Diskusjon

I dette kapitlet drøfter jeg problemstillingen «hvordan kan sykepleier bidra til å fremme seksuell helse hos stomiopererte på sengepost?». Kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom empirien og teorien danner sammen med egne erfaringer og informasjon innhentet i forbindelse med ressursamtalen grunnlaget for diskusjonen. Jeg starter med å drøfte de begrensningene sykepleier kan oppleve på sengepost i forbindelse med problemstillingen, før jeg til slutt drøfter ulike sykepleiehandlinger som kan bidra til å fremme seksuell helse hos stomiopererte sett i sammenheng med de utfordringene denne pasientgruppen opplever.

5.1 Begrensninger for sykepleier på sengepost

I følge ressursykepleier er seksuell helse lite prioritert på sengepost. Hun forteller at det informeres i noen grad om de seksuelle utfordringene som kan oppstå etter en stomioperasjon i forbindelse med den generelle preoperative informasjonen som gis til denne pasientgruppen, men at sykepleierne i liten grad tar initiativ til å snakke om seksuell helse postoperativt på sengepost. Videre forteller hun at pasientene ofte tenker på seksuell helse, men at de ikke tør å nevne det den første postoperative tiden. Dette støttes av de Paula mfl. (2012) som i sin studie påpeker at helsepersonell bare tar opp temaet seksualitet dersom de blir spurt om det.

Hvorfor har det seg slik at seksualitet blir så lite prioritert på sengepost, når man er klar over de store konsekvensene seksuelle utfordringer kan ha for pasientene? Studien til de Paula mfl. (2012) hevder at helsepersonell generelt har lite kunnskap om hvordan de skal håndtere de seksuelle utfordringene pasientene opplever. Likevel har sykepleier kunnskap om hva de seksuelle utfordringene innebærer for pasienten, og ettersom sykepleieren er det helsepersonellet som har mest kontakt med pasienten gjennom forløpet kan man anta at hun har mulighet til å informere om utfordringene pasienten kan oppleve. På den andre siden er den postoperative tiden preget av opplæring i å håndtere det praktiske rundt stomien, og med den korte tiden pasientene er innlagt tar dette opp mye av pasientenes og sykepleiernes fokus (Ang mfl., 2013).

I følge Travelbee (2001) er det sykepleierens oppgave å sørge for at det gode forholdet mellom sykepleier og pasient skapes. Dette underbygger viktigheten av at sykepleieren er trygg i sin rolle og har et avklart forhold til sin egen seksualitet, slik at hun kan gi pasienten muligheten til å snakke om seksuell helse (Gamnes, 2011). Om det ikke er tilfellet kan relasjonen dem imellom svekkes. Samtidig kan den korte liggetiden føre til at relasjonen mellom pasient og sykepleier ikke blir god nok og at pasienten derfor vegrer seg i enda større grad når det gjelder å ta opp problemer vedrørende seksualitet. Seksualitet er fremdeles et tabubelagt tema for mange, noe som kan være en årsak til at sykepleier ikke tar initiativ til å snakke om det og at pasienten ikke tør å stille spørsmål.

5.2 Sykepleiehandlinger som fremmer seksuell helse

5.2.1. Kartlegging av seksuell helse

Å kartlegge den stomioperertes seksuelle helse vil være hensiktsmessig ettersom det vil avdekke hvilke behov pasienten har for informasjon og veiledning, og med det gi sykepleieren en pekepinn på hvilke tiltak hun kan igangsette for å bidra til å fremme pasientens seksuelle helse. I følge Gamnes (2011) omfatter seksualitet et bredt spekter av seksuell tilhørighet, atferd og handlinger. For noen er seksuell aktivitet i form av samleie nødvendig for både den fysiske og psykiske helsen, mens for andre er det ikke det. Den seksuelle lysten oppleves og håndteres også forskjellig hos hver enkelt. Det synes viktig at sykepleier har et bevisst forhold til og kunnskap om dette, og at hun erkjenner seksualitet som en del av menneskets identitet. Ettersom seksualiteten innebærer ulike ting for hver enkelt, kan det gjennom kartleggingen avdekkes hva disse tingene er.

Kartleggingen bør skje både preoperativt og postoperativt for å sikre at alle behov pasienten måtte ha blir gjort kjent (de Paula mfl., 2012). Dette støttes også av Reese mfl. (2013) som i sin studie konkluderer med at kartlegging av seksuell helse er nødvendig for å identifisere de pasientene som har bekymringer eller problemer. Ayaz & Kubilay (2008) poengterer at man må kartlegge seksuell interesse og viktigheten av seksuell aktivitet hos hver enkelt pasient for å kunne avgjøre mulige seksuelle endringer etter operasjonen. Det synes hensiktsmessig å vite noe om pasientens seksuelle helse før anleggelsen av stomi for å kunne vite noe om den veiledningen pasienten trenger etter operasjonen. Dette underbygges i studien til Ramirez mfl. (2010) hvor det kom fram at for noen pasienter var ikke seksuell aktivitet særlig viktig før stomidannelsen, noe som betydde at de utfordringene og endringene stomien førte med seg i forbindelse med seksuell helse ikke var av stor betydning.

5.2.2. Informasjon og veiledning

For at sykepleier skal kunne bidra til å fremme seksuell helse hos den stomiopererte må sykepleier gi nyttig informasjon og god veiledning til pasienten. En forutsetning for god veiledning er en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Ifølge Tveiten (2019) har sykepleieren hovedansvaret for å opprettholde kvaliteten på relasjonen, og må være bevisst den og ivareta den. Om pasienten føler trygghet og tillitt til sykepleieren vil det være lettere for henne å ta opp utfordringer og problemer hun tenker på. Travelbee (2001) er opptatt av at sykepleier og pasient skal oppnå det hun kaller et menneske-til-menneske-forhold, som innebærer at de involverte ser på hverandre som unike individer og opplever gjensidig forståelse og kontakt. Hun mener i likhet med Tveiten at det er sykepleierens oppgave å legge til rette for at et slikt forhold skapes. Forholdet utvikles gjennom flere faser hvor sykepleier og pasient blir gradvis mer kjent med hverandre og knytter seg til hverandre. Sykepleier vil etter hvert føle empati, sympati og medfølelse med pasienten og vil dermed kunne forstå pasientens plager og få et behov for å lindre disse (Travelbee, 2001). Det kan synes hensiktsmessig at sykepleier etterstreber å oppnå et slikt forhold, ettersom det kan bidra til en god relasjon mellom henne og pasienten. Travelbees (2001) meninger om å se hver enkelt pasient som et unikt individ kan være en god grunntanke for sykepleieren å ha i møte med sine pasienter; alle mennesker er ulike og vil derfor også oppleve lidelse på ulike måter.

Empiri og teori benyttet i denne oppgaven viser at stomiopererte opplever lavere selvbilde, endret kroppsbilde, smerter, frykt for å bli ensomme, frykt for at stomiposen skal lekke,

lukte og lage lyder. Alle disse faktorene kan spille inn på den seksuelle helsen; Ang mfl. (2013) hevder at tilstedeværelsen av en stomipose og en stomi som lager lyder, lukter eller lekker vil påvirke intimiteten i et forhold og ha innvirkning på en persons seksualitet. I studien til Ramirez mfl. (2010) forteller en av deltakerne at hun og mannen hennes ikke lenger har penetrerende samleie ettersom det er for smertefullt for henne. Hun forteller at å miste den delen av samlivet har vært en stor sorg for både henne og mannen hennes fordi det var en så stor del av livet deres før operasjonen. En av deltakerne i studien til Sun mfl. (2016) forteller at hun på grunn av smertene ikke lenger tenker på å ha sex engang, og at det er problematisk for henne og får henne til å føle seg elendig. Ettersom man vet at dette er utfordringer pasienter opplever etter stomidannelse kan det å informere om disse utfordringene og hvilke konsekvenser de kan ha for den seksuelle helsen være hensiktsmessig. For sykepleieren på sengepost kan det være vanskelig å skulle hjelpe pasienten med sitt endrede selvilde, men å gi god informasjon om hva pasienten kan forvente av følelser og utfordringer etter operasjonen kan kanskje bidra til at pasienten blir mer forberedt på det hun har i vente. Dette underbygges i studien til Ramirez mfl. (2010) hvor en deltaker fortalte at hun savnet informasjon om de langvarige konsekvensene etter stomioperasjonen og at slik informasjon ville gjort henne mer forberedt.

I studien til Ramirez mfl. (2010) fortalte flere av deltakerne at de aldri hadde sex uten at de først forsikret seg om at stomiposen var godt nok festet, slik at de unngikk lekkasje. Det var også avgjørende for disse kvinnene å ha en ny stomipose eller å tømme den rett før samleie. De brukte også alltid å dekke til stomiposen med f.eks. et håndkle eller en nattkjole slik at friksjonen mot posen ble redusert og muligheten for lekkasje ble ytterligere forhindret. At sykepleier gir informasjon om ulike tiltak for å håndtere stomien under samleie, kan være hensiktsmessig ettersom det kan gi pasienten mestringsstrategier.

Gjennom sykehusoppholdet vil sykepleier og pasient lære hverandre å kjenne i en viss grad, og det er viktig at sykepleieren tilpasser informasjon og veiledning ut ifra forutsetningene til hver enkelt pasient. Å gi informasjon åpner opp for spørsmål og det kan virke hensiktsmessig at sykepleieren viser at hun er åpen og tilgjengelig for disse, men at hun samtidig er varsom og ikke overintervenerer. Tveiten (2019) sier at det er sykepleierens ansvar å veilede slik at pasienten selv kommer frem til «svaret». For at det skal skje må pasienten ha en aktiv rolle i læringen. Veiledningen innebærer også begrepet empowerment; sykepleieren må anerkjenne pasientens kompetanse og legge til rette for at hun bruker denne for å finne dette «svaret». Det er viktig at sykepleieren husker på at hun er ekspert på sitt fag, men at det er pasienten som er ekspert på sitt liv – og at veiledningen må tilrettelegges ut ifra det (Tveiten, 2018).

For å oppnå god veiledning hvor pasienten har en aktiv rolle er det viktig at den er planlagt og skjer i de riktige rammene. Det er viktig at sykepleier setter av nok tid til veiledningen, og at sykepleier og pasient sammen bestemmer målene for veiledningen og derav også innholdet i den. Veiledningen må som nevnt skje ut ifra pasientens forutsetninger, og må skje på en tid der pasienten er mottakelig for den. Dette er i tråd med den didaktiske relasjonsmodellen, og det kan derfor være hensiktsmessig for sykepleier å følge den i en veiledningssituasjon (Kristoffersen, 2011). Ved å bruke et slikt veiledningsverktøy sikrer sykepleieren seg ved at rammene for veiledningen blir ordentlig fastsatt, og at planen for veiledningen blir konkret. Samtidig har sykepleier en mulighet til å validere veiledningen etterpå, og kan med det gjøre eventuelle tiltak for at veiledningen videre blir så god som mulig. Når det gjelder arbeidsmetodene i veiledningen kan det hos denne pasientgruppen være hensiktsmessig å involvere den stomioperertes partner også. Om pasienten ønsker dette, må sykepleier legge til rette for at partneren kan delta og planlegge veiledningen ut ifra de forutsetningene både pasient og partner har.

5.2.2.1. PLISSIT-modellen som veiledningsverktøy

I tillegg til å tenke over de ulike faktorene i den didaktiske relasjonsmodellen vil PLISSIT-modellen kunne fungere som et godt veiledningsverktøy i forbindelse med seksuelle problemer. Ayaz & Kubilay (2008) konkluderte i sin studie med at bruken av PLISSIT-modellen i veiledning av stomiopererte bidro til å redusere de seksuelle utfordringene disse menneskene opplevde. Ressurssykepleier forteller at modellen i liten grad blir benyttet bevisst på sengepost, men at stomisykepleierne bruker den i samhandling med pasientene. Reese mfl. (2013) mener modellen kan fungere som et godt verktøy for sykepleieren i å veilede pasienter med seksuelle problemer, og at den kan identifisere de pasientene som har så store utfordringer at de må ha oppfølging videre. Derfor synes det hensiktsmessig å ta i bruk PLISSIT-modellen på sengepost slik at disse pasientene blir henvist videre og får den oppfølgingen de trenger. Det er de tre første nivåene av modellen sykepleier på sengepost kan jobbe ut ifra.

De tre første nivåene handler om å gi tillatelse til å snakke om seksuelle problemer, gi begrenset informasjon og spesifikke forslag (Gamnes, 2011). Det viser seg som nevnt i kapittel 5.1 at pasientene ofte ikke tør å nevne seksuell helse den første postoperative tiden, selv om de tenker på det. Det kan da være hensiktsmessig at sykepleieren viser at hun er mottakelig for spørsmål om seksualitet og seksuell helse og dermed åpner opp for at dette er et tema det er greit å snakke om, og noe pasienten ikke trenger å være redd for å ta opp. Sykepleieren kan f.eks. si følgende til pasienten: «mange stomiopererte har spørsmål og tanker om seksuell helse etter operasjonen, er dette noe du har lyst til å snakke om?». Ved å stille dette enkle spørsmålet gir sykepleieren tillatelse til at pasienten kan ta opp eventuelle problemer, og viser samtidig at pasienten ikke er alene om å ha disse problemene. På den andre siden kan pasienten likevel velge å ikke åpne seg opp for sykepleieren, ettersom ikke alle mennesker ønsker å snakke om seksuell helse. En dårlig relasjon mellom sykepleier og pasient kan også være en årsaksfaktor til at pasienten ikke åpner seg opp selv om det gis tillatelse til det.

Den begrensede informasjonen kan være informasjon om hvordan kroppen har endret seg etter operasjonen og hvilke konsekvenser det kan ha for seksuell aktivitet. Her kan brosjyrer være et godt supplement til den muntlige informasjonen. Albuquerque mfl. (2016) konkluderer i sin studie med at bruken av en brosjyre med informasjon om seksuell og reproduktiv helse for stomiopererte kvinner ga ekstra kvalitet i veiledningen og at informasjonen opplevdes mer pålitelig når den også kom fra skriftlige kilder. Ressurssykepleier forteller at det eksisterer brosjyrer som kun inneholder informasjon om seksuell helse, men at disse bare er tilgjengelige på kirurgisk poliklinikk, og benyttes av stomisykepleierne av og til. Hun forteller videre at pasienter med stomi får generelle brosjyrer om stomi, og at de også inneholder noe informasjon om seksuell helse. Det synes hensiktsmessig at også de spesifikke brosjyrene finnes på sengepost slik at pasienter som har utfordringer som også krever spesifikke forslag har tilgang til disse.

Om pasienten f.eks. har bekymringer for at stomiposen kommer til å være i veien under samleie kan sykepleier foreslå spesifikke forslag som hindrer dette. Forslag her kan være å bruke magebelte for å skjule stomiposen og holde den på plass, og å gi forslag om spesifikke stillinger hvor stomiposen ikke vil være i veien. Her kan også partneren til den stomiopererte involveres. Det er dog viktig at sykepleier på dette nivået har nok kunnskap om det hun formidler og er bevisst sine egne begrensninger. Om sykepleier er usikker på noe må hun henvise pasienten til noen med mer kunnskap.

Ayaz & Kubilay (2008) sin studie foregikk over seks uker, og kan derfor ikke i sin helhet overføres til veiledning på sengepost. Studien viser dog den effekten bruken av modellen kan ha på denne pasientgruppen, og det kan derfor synes hensiktsmessig at sykepleier på sengepost har et bevisst forhold til den selv om man har begrenset tid med pasientene. Det kan se ut som om PLISSIT-modellen hever kvaliteten på veiledningen og at den også kan gjøre det på sengepost, og dermed bidra til å gjøre det lettere for sykepleier å ta opp seksuell helse. Bruken av PLISSIT-modellen krever på den andre siden at sykepleier er godt forberedt og har nok kunnskap om temaet, når det gjelder å gi veiledning på nivå to og tre. Bruken av PLISSIT-modellen kan virke mot sin hensikt om sykepleieren ikke har kunnskapen på plass.

5.2.3. Tilrettelegging for støtte fra partner

Studien til Silva mfl. (2014) setter søkelys på partnere til stomiopererte. I studien kommer det frem at omtrent halvparten av deltakerne var utilfreds med partnerens seksuelle ytelse etter stomidannelse. Den seksuelle aktiviteten ble redusert etter operasjonen, men for flertallet var sexlysten der i like stor grad som før. I studien konkluderes det med at partnernes liv også i stor grad blir påvirket av stomidannelsen og at de også trenger å bli inkludert i informasjon og veiledning fra helsepersonell (Silva mfl., 2014). Par som klarer å finne spesifikke mestringsstrategier og har en spesiell type forhold til hverandre klarer også å gjenoppta samleie (Ramirez mfl., 2010). Dette underbygger viktigheten av å åpne opp for at partneren også kan bli med i veiledningen om pasienten ønsker dette, og at det å gi god informasjon også til partneren til den stomiopererte kan bidra til å fremme seksuell helse. Sykepleier kan i forbindelse med veiledningen bidra til å tilrettelegge for at pasienten og hennes partner finner sine teknikker for å opprettholde en tilfredsstillende seksuell aktivitet, og det kan tyde på at bruken av PLISSIT-modellen i slik veiledning kan være hensiktsmessig.

I følge Ayaz & Kubilay (2008) vil nemlig et stabilt og godt forhold kunne bidra til å redusere negative følelser som ensomhet, frustrasjon, sinne og skuffelse. Og det å ha en støttende og forståelsesfull partner viser seg å ha stor betydning for hvordan den stomiopererte takler seksuelle utfordringer. I studien til Sun mfl. (2016) viser det seg at det å være gift eller i et forhold er assosiert med lavere sannsynlighet for å være seksuelt inaktiv. Flere av kvinnene i studien til Ramirez mfl. (2010) mente det var takket være sin støttende partner at de klarte å gjenoppta seksuell aktivitet etter stomioperasjonen. En av kvinnene sa at det å vite at noen fremdeles syns hun var attraktiv betydde svært mye for henne.

Redselen for å bli avvist av partneren sin er noe som går igjen hos de stomiopererte i empirien. Mange er bekymret for hvordan partneren vil håndtere de endringene stomien fører med seg inn i samlivet. De føler seg ikke lenger attraktive, og er redde for at partneren skal føle det samme. For noen er dette tilfellet, i studien til Ang mfl. (2013) viste det seg at i noen forhold var ikke partneren til den stomiopererte lenger tiltrukket av henne. De seksuelle problemene kan hos noen medføre samlivsbrudd, ettersom den stomiopererte ikke kan opprettholde det samme nivået av seksuell aktivitet som før operasjonen, enten på grunn av endret kroppsbilde og selvfølelse eller på grunn av smerter som følge av bekkenkirurgi (Sun mfl., 2016). Det å ha en lite støttende partner kan få store konsekvenser for samlivet etter en stomioperasjon, og kan også ha innvirkning på sykepleiers mulighet til å fremme seksuell helse for den stomiopererte ved at den ekstra tryggheten en støttende partner gir uteblir. Studien til Silva mfl. (2014) tyder på at å også

fokusere på partnerens behov kan bidra til at han blir en støtte for den stomiopererte i tiden etter operasjonen, noe som kan være hensiktsmessig for sykepleier å være bevisst.

6. Konklusjon

Hensikten med denne bacheloroppgaven var å belyse følgende problemstilling: hvordan kan sykepleier bidra til å fremme seksuell helse hos stomiopererte på sengepost?

Forskning og teori viser at stomiopererte opplever endret seksuell helse postoperativt, og at dette kommer av både fysiske og psykiske faktorer slik som lavere selvbilde og endret kroppsbilde, smerter i forbindelse med seksuell aktivitet, frykt for å bli avvist av partner, og frykt for at stomien skal lage lyd eller lukt, eller at den skal lekke.

Det viser seg at pasienter som er i stabile og gode forhold har større sannsynlighet for å gjenoppta seksuell aktivitet etter en stomioperasjon, og at en støttende partner har mye å si for hvordan pasienten takler de seksuelle utfordringene hun opplever.

Seksuell helse blir i liten grad prioritert på sengepost, selv om helsepersonell er klar over de konsekvensene seksuelle utfordringer kan ha for stomiopererte. Hva dette kommer av er ikke helt sikkert, men kort liggetid etter operasjon kan være en av grunnene. Tiden på sengepost går i hovedsak med til opplæring når det kommer til å mestre det praktiske ved en stomi. En annen grunn til at seksuell helse ikke blir prioritert kan være at det for mange fremdeles er et tabubelagt tema og at helsepersonell har lite kunnskap i å håndtere seksuelle utfordringer. Det viser seg at helsepersonell ikke tar initiativ til å snakke om temaet, og at mange pasienter ikke tør å spørre.

For å kunne fremme seksuell helse hos stomiopererte vil en kartlegging av pasientens seksuelle helse både per- og postoperativt være hensiktsmessig. Forskning viser at for å kunne avdekke pasientens utfordringer må man vite noe om hennes seksuelle helse også før operasjonen. Kartleggingen bidrar til å avdekke hvilke behov for informasjon og veiledning pasienten har. Videre viser det seg at å planlegge veiledningen godt og benytte veiledningsverktøyet PLISSIT kan bidra til å redusere pasientens seksuelle utfordringer. Det å opparbeide en god relasjon mellom sykepleier og pasient er også svært hensiktsmessig. Det samme gjelder å involvere pasientens partner i veiledningen, ettersom partneren også i stor grad vil påvirkes av stomien.

Den korte liggetiden kan gjøre det utfordrende for sykepleier å hjelpe pasienten med å løse de seksuelle utfordringene hun opplever, men ved å følge tiltakene nevnt ovenfor vil sykepleier kunne bidra til å fremme pasientens seksuelle helse slik at hun vil være bedre rustet til å takle de seksuelle utfordringene hun vil møte etter utskrivelse.

I arbeidet med denne oppgaven opplevde jeg at det finnes lite forskning rundt seksuell helse hos stomiopererte, og at det i hovedsak forskes på mennesker som er utskrevet fra sykehus. Det vil derfor være hensiktsmessig å forske mer på hva sykepleier kan bidra med i tiden pasienten er innlagt på sengepost. Uansett er det viktig at sykepleier tør å ta opp seksuell helse hos denne pasientgruppen selv om det er begrenset hvor mye tid sykepleier har med pasienten. Ved å ta opp seksuell helse viser sykepleier at det er tillatt å ha spørsmål og tanker om seksualitet og at det å ha god seksuell helse også er viktig for å kunne leve et godt liv.

Referanser

- Albuquerque, A. F. L. L., Pinheiro, A. K. B., Linhares, F. M. P., Guedes, T. G. (2016). Technology for self-care for ostomized women's sexual and reproductive health. *Rev Bras Enferm*, 69(6), 1099-1106. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0302>
- Ang, S. G. M., Chen, H.C., Siah, R. J. C., He, H.-G., Klainin-Yobas, P. (2013). Stressors Relating to Patient Psychological Health Following Stoma Surgery: An Integrated Literature Review. *Oncology Nursing Forum*, 40(6), 587-594. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.587-594>
- Ayaz, S. & Kubilay, G. (2008). Effectiveness of the PLISSIT model for solving sexual problems of patients with stoma. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 89-98. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02282.x>
- Bird, A. (2019). Mentioning the unmentionable: a stoma care nurse's journey to discussing sexuality comfortably with ostomates. *Gastrointestinal Nursing*, 17(3), 24-28. Hentet fra <https://magonlinelibrary.com>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- de Paula, M. A. B., Takahashi, R. F., de Paula, P. R. (2012). Experiencing Sexuality After Intestinal Stoma. *J. Coloproctal*, 32(2), 163-174. <https://doi.org/10.1590/S2237-93632012000200012>
- Førde, R. (2014, 10. oktober). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Garnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utg., s. 72-104). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Indrebø, K. L. (2008). Sykepleie til pasienter med stomi. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3: Klinisk sykepleie* (1. utg., s. 327-356). Oslo: Akribe AS.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 16-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utg., s. 338-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Nilsen, C. (2010). Sykepleie til pasienter med stomi. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: 2* (4. utg., s. 103-131). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norilco. (2020). Livet med stomi eller reservoar. Hentet fra <http://www.norilco.no/informasjon/om-stomi-og-reservoar>
- Ramirez, M., McMullen, C., Grant, M., Altschuler, A., Hornbrook, M. C., Krouse, R. S. (2010). Figuring Out Sex in a Reconfigured Body: Experiences of Female Colorectal Cancer Survivors with Ostomies. *Women & Health, 49*(8), 608-624. <https://doi.org/10.1080/03630240903496093>
- Reese, J. B., Finan, P. H., Haythornthwaite, J. A., Kadan, M., Regan, K. R., Herman, J. M., ... Azad, N. S. (2013). Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status. *Support Care Cancer, 22*, 461-468. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1998-x>
- Silva, A. L., Monteiro, P. S., Sousa, J. B., Vianna, A. L., Oliveira, P. G. (2014). Partners of patients having a permanent colostomy should also receive attention from the healthcare team. *Colorectal Disease, 16*, 431-434. <https://doi.org/10.1111/codi.12737>
- Stubberud, D.-G., & Nilsen, C. (2010). Sykepleie ved sykdommer i mage-tarm-kanalen. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (4. utg., s. 430-450). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sun, V., Grant, M., Wendel, C. S., McMullen, C. K., Bulkley, J. E., Herrinton, L. J., ... Krouse, R. S. (2016). Sexual Function and Health-Related Quality of Life in Long-Term Rectal Cancer Survivors. *The Journal of Sexual Medicine, 13*(7), 1071-1079. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.005>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Bognes Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2. utg., s. 237-256). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning – mer enn ord* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: samtaleguide

Ressurssamtale i forbindelse med bacheloroppgave

Spørsmål til sykepleier om stomi og seksuell helse

1. Hva er liggetiden etter en kolostomi- og ileostomioperasjon?
2. Opplever du at seksuell helse prioriteres på sengepost?
3. Informeres det om seksuelle utfordringer som kan oppstå på grunn av en stomi?
4. Tar sykepleier initiativ til å snakke om seksuell helse om pasienten ikke nevner dette selv?
5. Benyttes PLISSIT-modellen blant sykepleiere?
6. Fører kort liggetid til at seksuell helse kan bli prioritert bort?
7. Finnes det egne brosjyrer som omhandler seksuell helse hos stomiopererte? Eller finnes det brosjyrer om stomi som *også* inneholder informasjon om seksuell helse? Brukes evt. disse brosjyrene aktivt?

Vedlegg 2: samtykkeskjema



NTNU, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

INFORMERT SAMTYKKE I FORBINDELSE MED RESSURSSAMTALE

Samtalens innhold skal brukes i forbindelse med bacheloroppgave i sykepleie, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Ressurspersonen

- er kjent med at samtalen er frivillig og at vedkommende når som helst kan trekke seg fra å delta
- velger selv grad av anonymitet
- kan be om å få lese det skriftlige materialet før det benyttes i oppgaven

Samtalen

- tas ikke opp som lydopptak underveis
- vil bli gjengitt som fortalt, uten endring eller tilføyelse i innholdet

Ved behov for kontakt med bachelorstudent etter samtalen kan ressursperson henvende seg til

Navn:

Mailadresse:

Mobil:

Jeg bekrefter med dette at jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon som nevnt over og samtykker i å være ressursperson i forbindelse med en bachelor-oppgave i sykepleie.

Navn

Dato/sted