

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Kjersti Dalen og Frida Huse

Veileder: Gunilla Fredheim

Bacheloroppgave

Hvordan kan jeg ligge med noen da?

"How can I have sex with someone then?"

Antall ord: 11 279

Basy2015

2018

**” Det er deg du vil noen skal begjære og elske, ikke den du kunne vært
om du var høyere, lavere, slankere – eller uten de merker livet
og sykdommen har gitt deg ”
(Kreftforeningen, 2012)**

Norsk sammendrag

Tittel: Hvordan kan jeg ligge med noen da?

Hensikt: Hensikten med denne bacheloroppgaven er å vise hvordan sykepleiere kan bidra til å bevare unge stomioperertes seksualitet, og på hvilken måte en kan fremme mestring og veilede en pasient igjennom dette.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere veilede og fremme mestring hos unge stomiopererte i forhold til deres seksualitet?

Teori: Her vil vi utdype relevante temaer knyttet til vår problemstilling. Temaene vi utdyper er inflammatorisk tarmsykdom, stomi, seksualitet, selvbilde og kroppsbilde, mestring, sykepleierens undervisende og veiledende funksjon.

Metode: Bacheloroppgaven er en litteraturstudie der det blir tatt i bruk pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, praksiserfaringer og forskningsartikler.

Konklusjon: Opplevelsen av det å få stomi er svært individuelt, og det er en faktor som forandrer pasientens liv på mange måter. Tapet av en kroppsdel eller kroppsfunksjon påvirker pasientens selvbilde og evnen til å leve ut sin seksualitet. Sykepleiere trenger mer kompetanse rundt seksualitet for å kunne bevare pasienters seksuelle selvbilde etter en stomioperasjon.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| Norsk sammendrag | 3 |
| 1.0 Innledning..... | 6 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans..... | 6 |
| 1.2 Hensikt med oppgaven | 7 |
| 1.3 Problemstilling | 7 |
| 1.4 Avgrensing..... | 7 |
| 2.0 Teori..... | 9 |
| 2.1 Inflammatorisk tarmsykdom | 9 |
| 2.1.1 Crohns sykdom..... | 9 |
| 2.1.2 Ulcerøs Kolitt..... | 9 |
| 2.2 Stomi | 9 |
| 2.2.1 Ileostomi | 10 |
| 2.2.2 Colostomi | 10 |
| 2.2.3 Stomimarkering | 10 |
| 2.2.4 Stomistell | 10 |
| 2.3 Seksualitet..... | 11 |
| 2.3.1. Selvbilde og kroppsbilde | 12 |
| 2.3.2 Utfordringer og bekymringer knyttet til seksualitet | 13 |
| 2.3.3 Fysiske forhold som påvirker seksualitet etter en stomioperasjon | 14 |
| 2.4 Mestring..... | 14 |
| 2.4.1 Mestringsstrategier | 15 |
| 2.5 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon | 15 |
| 2.5.1 PLISSIT- modellen | 16 |
| 2.6 Dorothea Orems sykepleieteori | 17 |
| 3.0 Metode..... | 18 |
| 3.1 Litteratursøk..... | 18 |
| 3.2 Kildekritikk..... | 19 |
| 3.3 Etske overveielser | 21 |
| 4.0 Presentasjon av funn | 22 |
| 4.1 Påvirkes seksualiteten? | 22 |
| 4.2 Påvirkes selv- og kroppsbildet?..... | 23 |
| 4.3 Er god informasjon viktig for å kunne mestre livet med stomi? | 25 |

| | |
|---|-----------|
| 4.4 Er veiledning og opplæring viktig? | 25 |
| 4.5 Hvilke tiltak kan iverksettes for å redusere bekymringer knyttet til seksualitet? | 26 |
| 5.0 Diskusjon | 27 |
| 5.1 Seksualitet..... | 27 |
| 5.1.1 Sykepleie i samtale om seksualitet | 29 |
| 5.2 Hvordan fremme mestring..... | 30 |
| 5.2.1 Mestringsstrategier | 32 |
| 5.3 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon | 33 |
| 5.3.1 Hvordan kan sykepleiere benytte seg av PLISSIT modellen?..... | 34 |
| 6.0 Konklusjon | 37 |
| Litteraturliste | 39 |
| Vedlegg 1: PICO-skjema | 42 |
| Vedlegg 2: Databasesøk | 43 |
| Vedlegg 3 : PLISSIT-MODELLEN..... | 44 |

1.0 Innledning

I følge Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft, er det omlag 14.000 mennesker i Norge med stomi (NORILCO, 2015). Det er flere ulike årsaker til hvorfor en må få stomi, men kreft i mage-tarm regionen er den vanligste årsaken til anleggelse av stomi i Norge. En anleggelse av stomi kan også komme av en inflammatorisk tilstand, slik som ulcerøs kolitt og crohns (Ørn & Bach-Gansmo, 2016).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans

I praksis møtte vi en ung pasient med ulcerøs kolitt, som måtte få stomi på grunn av omfattende kirurgi. Pasientens første reaksjon på beskjeden om at de måtte anlegge stomi var “hvordan kan jeg ligge med noen da?”. Dette møtet gjorde inntrykk på oss, og gjorde oss interesserte i hvordan en stomi påvirker unge pasienters seksuelle selvbylde. I nordisk standard for stomipleie (2004) står det skrevet at “alle pasienter skal før og etter stomioperasjonene ha fått individuelt tilpasset informasjon om faktorer som kan ha betydning for seksualiteten”.

Teamet er av svært sykepleiefaglig relevans, da det både omhandler sykepleieres veiledende og undervisende funksjon, og det at seksualitet er et grunnleggende behov. Mange pasienter kan ha spørsmål rundt dette med seksualitet, men kvier seg for å ta opp disse spørsmålene selv. Derfor er dette et tema det er viktig å sette fokus på, da det ikke bare innebærer stell av selve stomien men også opplevelsen av det å måtte lære seg å leve med en pose på magen. Seksualitet er som sagt et grunnleggende behov, men hvor flinke er egentlig sykepleiere til å snakke med pasienter om dette? Dette skal vi se nærmere på i vår oppgave. Vi har vært på en poliklinikk og snakket med både stomisykepleier og sexolog. I møtene fikk vi deres erfaringer og kunnskap om denne pasientgruppen i forhold til seksualitet som vi ser nærmere på i diskusjonskapittelet.

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å vise hvordan sykepleiere kan bidra til å bevare unge pasienters seksualitet, og på hvilken måte vi kan fremme mestring og veilede en pasient gjennom dette.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere veilede og fremme mestring hos unge stomiopererte i forhold til deres seksualitet?

1.4 Avgrensing

Vårt tema er unge voksne med stomi og deres seksualitet. Oppgaven omhandler unge voksne, og med unge voksne mener vi pasienter i aldersgruppen 20 til 30 år (Gamnes, 2016). I oppgaven vil tar for oss inflammatorisk tarmsykdom, da dette er den vanligste årsaken til at unge voksne får stomi. Pasientgruppen vi tar for oss er elektive på sykehus, både pre og postoperativt. Dette fordi informasjonen som blir gitt preoperativt gjerne gjetas postoperativt. Fokuset vil være på de fysiske og psykiske forandringene som kan oppstå etter operasjonen som kan påvirke seksualitet. I oppgaven benytter vi for oss av sykepleieteoretikeren Dorothea Orem, da hun ser på sykepleierens rolle som støttende og undervisende. Orem har fem hjelpemetoder. Disse er å handle for eller gjøre for, å rettlede, å støtte fysisk eller psykisk, å sørge for et utviklende miljø og å undervise (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Vi velger da å ta i bruk to av hennes hjelpemetoder, nemlig å støtte fysisk eller psykisk og å undervise. Dette er svært relevant for vår oppgave. I forhold til sykepleierens åtte ansvarsområder, fokuseres det på undervisning og veiledning. Dette vil si sykepleierens funksjon til å bidra til læring, utvikling og mestring (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016).

Pasienter med midlertidig stomi, transversostomi, urostomi og appendicostomi vil ikke bli nevnt i oppgaven, da vi velger å ta for oss permanente ileo- og colostomier. Dette for å avgrense et stort tema. De ulike postoperative komplikasjonene som kan oppstå i forbindelse

med en stomioperasjon vil ikke bli nevnt. Vi velger å bruke begrepet “pasient” i stedet for “han/hun” eller “personen”, for å gjøre oppgaven mer oversiktlig.

2.0 Teori

2.1 Inflammatorisk tarmsykdom

Inflammatorisk tarmsykdom er en fellesbetegnelse på kroniske betennelsestilstander i tarmen, og deles inn i crohns sykdom, heretter kalt crohns og ulcerøs kolitt (Ørn & Bach-Gansmo, 2016).

2.1.1 Crohns sykdom

Crohns er en kronisk betennelsestilstand som kan ramme alle deler av mage-tarm-kanalen og som angriper alle lagene i tarmen. Det er ca. 5 av 100 000 personer som får diagnosen årlig i Norge, og den forekommer oftest i ung voksen alder. Symptomene på crohns varierer ut ifra hvor utbredt sykdommen er, men det er vanligst at siste del av tynntarmen er rammet.

Pasientene kan oppleve magesmerter, diaré og obstipasjon (Ørn og Bach-Gansmo, 2016).

2.1.2 Ulcerøs Kolitt

Ulcerøs kolitt er en kronisk betennelsestilstand i tarmen, men i motsetning til crohns rammer ulcerøs kolitt kun tykktarmen og tykktarmens slimhinner. Det er ca. 15 av 100 000 personer som får som får diagnosen årlig i Norge, og den forekommer ofte i ung alder. Symptomene på ulcerøs kolitt varierer ut ifra hvor utbredt sykdommen er i colon, og ut ifra hvor alvorlig inflammasjonen er. Hovedsymptomene er diaré og blod fra rectum (Ørn & Bach-Gansmo, 2016).

2.2 Stomi

Ordet stomi kommer fra det greske ordet stoma som betyr åpning. En stomi kan legges ut enten midlertidig eller permanent. En stomi er følelsesløs, noe som vil si at en ikke kjenner berøring, trykk eller smerte. Stomien kan heller ikke sende ut signaler som muliggjør en kontrollerbar tømning, noe som vil si at stomien er inkontinent. Avføringen blir løsere jo høyere opp på tarmen stomien er plassert, og fastere jo lenger ned den sitter (Persson, 2008).

2.2.1 Ileostomi

En stomi på tynntarmen kalles ileostomi, og er vanligvis plassert på høyre side av buken. Når tynntarmen blir lagt ut er som regel tykktarmen fjernet, noe som medfører at konsistensen på avføringen blir løs. En ileostomi legges ofte ut ved ulcerøs kolitt (Persson, 2008).

2.2.2 Colostomi

En stomi på tykktarmen kalles colostomi, og er vanligvis plassert på venstre side av buken. Den vanligste årsaken til å legge ut colostomi, er cancer recti. I og med at det er tykktarm som legges ut, vil konsistensen på avføringen være fast. (Persson, 2008).

2.2.3 Stomimarkering

Preoperativt må en markere hvor stomien skal plasseres. Dette er en oppgave for stomisykepleier. En stomi som er godt plassert har mye å si for pasientens liv etter operasjonen. Dersom stomien ikke plasseres godt, kan dette føre til lekkasjer av avføring, noe som igjen kan føre til hudskader. På sykehus er det som oftest stomisykepleier som gjennomfører stomimarkeringen. Målet med stomimarkeringen er å plassere stomien slik at pasienten kan stelle den selv. Under markeringen er det viktig å se pasienten både liggende, sittende, stående og i bevegelser, for å se magen i forskjellige stillinger og for å kunne vurdere hvilken plassering som er hensiktsmessig riktig for pasienten. Faktorer som har betydning for stomiplasseringen er at stomien plasseres innenfor riktig bukmuskel, at stomien i minst mulig grad skal påvirke beklledning og at stomien og platen plasseres slik at den ikke kommer i konflikt med hudfolder, arr, navle og eventuelt brokk (Persson, Berndtsson & Carlsson, 2008).

2.2.4 Stomistell

Første stell av stomien skjer gjerne tredje postoperative dag, eller tidligere dersom det er lekkasje (Kreftlex, 2018). Det er stomisykepleieren sitt ansvar å foreta første stell, og

gjennomføre stomiopplæring. Etter at stomisykepleier har funnet riktig og tilpasset utstyr til pasienten, kan sykepleiere på post foreta daglig opplæring (Persson, Berndtsson & Carlsson, 2008). Mange pasienter kan finne lukten utfordrende i starten. Lukten kan enkelt lindres ved å påføre litt tigerbalsam under nesen. Ved de første stomistellene ligger gjerne pasienten i sengen. For at pasienten skal få full oversikt over hva som skjer, kan en tilby et lite speil som vedkommende kan holde for å kunne se godt (Persson, Berndtsson & Carlsson, 2008). En nyutlagt stomi er gjerne hoven og rød og det kan sive litt blod. Her er det viktig at sykepleier informerer pasienten om at dette er helt normalt. Ved stell av stomi, kan det enten brukes et todelt system, dette vil si plate og pose hver for seg, eller ett system der pose og plate er festet til hverandre. Det er også mulig med både tømbar og lukket pose (Persson, Berndtsson & Carlsson, 2008). Selve platen bør gjerne varmes litt opp før bruk. Dette kan enkelt gjøres ved å legge den under armen eller bruke en hårføner. Platen må klippes til slik at den tilpasses pasientens stomi. Ved ileostomi skal platen klippes til slik at den akkurat passer da avføringen er svært tynnflytende, mens ved colostomi skal den gjerne klippes 1 mm større enn stomien, da det gjerne er fast avføring. Den første måneden kan pasienten i tillegg bruke en tetningsring for å forebygge separasjoner. En tetningsring suger til seg fuktighet, noe som kan holde huden rundt stomien tørr. Det er viktig at huden rundt stomien er tørr før en setter på nytt utstyr slik at platen kan feste seg godt. Målet er å ha daglig opplæring og veiledning slik at pasienten mestrer stellet selv før hjemreise. Pasienten følges opp på poliklinikk av stomisykepleier etter endt sykehusopphold (Persson, Berndtsson & Carlsson, 2008).

2.3 Seksualitet

Ordet seksualitet har en bred betydning i følge Gamnes (2016). Seksualitet i vårt samfunn refererer ikke bare til menneskets erotiske aktiviteter, men til alle aspekter ved det å være en seksuell person. Verdens helseorganisasjon, WHO (2010) definerte seksualitet slik:

Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet. Den er et grunnleggende behov og et aspekt ved det å være menneske..... Seksualitet er ikke det samme som samleie. Det er det som driver oss til å søke kjærlighet, varme og intimitet..... seksualiteten har innflytelse på våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker, og derved på vår mentale og fysiske helse.

Seksualitet oppleves veldig individuelt, og den seksuelle lysten vil håndteres forskjellig fra person til person. Den vil konstant påvirkes og endres ut i fra de forutsetningene vi har rundt

oss i løpet av livet. Noen hevder at seksuell aktivitet i form av samleie er nødvendig både for fysisk og psykisk helse og velvære, mens andre mener at en kan leve et godt liv uten sex, enten i korte eller lengre perioder av livet (Gamnes, 2016). Det som trolig kan påvirke seksualitet er religion, og enkeltes lands lovverk. Samfunnets normer har også en innvirkning. Ut ifra de forventningene og vurderingene som er i samfunnet skapes det sosiale holdninger omkring seksuell atferd (Gamnes, 2016).

2.3.1. Selvbilde og kroppsbilde

Persson (2008) skriver at:

Gjennom sykdom og smerte blir man plutselig oppmerksom på at kroppen normalt tas for gitt. Konsekvensene av sykdom, ulykke, operasjon eller forandring i eliminasjonsmønsteret kan forandre en persons følelse av sin kropp og påvirke selvbildet.

Selvbildet er ifølge Håkonsen (2014) en beskrivelse på hvordan vi vurderer oss selv både på en positiv eller negativ måte. Det å ha et godt forhold til seg selv og sin kropp er avgjørende for et positivt selvbilde. Selvbildet vil være viktig for seksualiteten. Det å føle seg attraktiv, ha en kropp som en selv liker og aksepterer, er en forutsetning for å tro at andre også kan akseptere og like den. Det at en har en kropp man kjenner til og aksepterer, og som fungerer, har også en stor betydning for selvbildet (Jacobsen, 2014).

Jacobsen (2014) ser på selvbilde som noe komplekst fordi det omfatter både utseendet, kroppen og dens funksjon, og opplevelsen av å ha en verdi. For at selvtiliten skal opprettholdes er det å kunne mestre en ny og endret livssituasjon, kunne fungere sosialt og inneha forskjellige roller viktig.

Borg (2017) mener at kroppsbilde er en viktig bestanddel i selvbildet. Schilder definerer kroppsbilde som “det bilde av kroppen som vi skaper i vårt indre, det vil si slik kroppen fremstår for oss selv” (referert i Schjølberg, 2017). Gjennom livet helt fra spedbarnsalder påvirkes kroppsbilde av biologiske forandringer men også av sosialisering, mote og massemedier. På samme måte som vi blir sosialisert til å respektere visse normer for moral, religion og atferd, utvikler vi normer for hva som er et normalt kroppsbilde. Price (referert i Bjørk & Breievne, 2016) ser også på at personen gjerne gjennom livet vil prøve å oppnå en balanse mellom kroppsideal, kropprealitet og kroppspresentasjon i gjennom livet. Et kroppsideal er ens idealstandard for hvordan en ønsker at kroppen skal se ut og fungere

optimalt (Bjørk & Breievne, 2016). Det kan enten være negativt eller positivt, og er i stadig forandring. Kroppspresentasjonen bestemmes ut ifra hvordan klær, sminke en går med og hvilket kroppsspråk personen har, og dermed blir kroppsrealiteten noe om hvordan man selv oppfatter og føler kroppen sin (Bjørk & Breievne, 2016).

Etter en operasjon opplever pasienten endret kroppsbilde (Jacobsen, 2014). Kroppen kan da oppleves som mer sårbar, fremmed og problematisk. Her i denne oppgaven kan det å få anlagt en stomi skape endret kroppsbilde hos pasienten. Et endret kroppsbilde kan ha innvirkning på pasientens selvbilde og betydningen av vår selvfølelse, og kan ha innvirkning på de sosiale forholdene til familie, venner og arbeid (Schjølberg, 2017). En sykepleier kan påvirke hvordan pasienten tilpasser seg sitt nye selvbilde. Dette kan skje gjennom undervisning og veiledning. Vi går nærmere inn på dette senere i oppgaven.

2.3.2 Utfordringer og bekymringer knyttet til seksualitet

Etter en stomioperasjon kan pasienten få en annen oppfatning av egen kropp og sitt selvbilde, noe som kan ha negativ innvirkning på livskvaliteten. I vår kultur, er idealet at en skal være attraktiv og ha en perfekt kropp. Dette presset kan være vanskelig for en som er stomioperert. Det er ikke unormalt at stomiopererte føler seg skitne, lite attraktive og frastøtende (Nordisk standard for stomipleie, 2004). Galt (2005) skriver at *“Det tar tid å venne seg til denne endringen. Det er helt naturlig å oppleve nedstemthet og sorg mens du tilpasser deg ditt nye jeg, selv om du tross alt ikke er så annerledes enn det du var før”*.

En kan føle seg annerledes og hemmet da en ikke har kontroll over avføring, gass og lyd lenger. Dette kan som sagt føre til at en får svekket selvtillit og selvbilde, noe som kan påvirke pasientens kontakt med andre og seksuallivet deres. Vanlige bekymringer hos pasienter som er stomioperert, er usikkerheten og redsel for lukt, lekkasje og lyd. Mange pasienter forteller at de føler seg mindre attraktive etter at stomien ble en del av de. Det å ha et dårlig selvbilde og følelsen av å være lite attraktiv kan være et hinder i intime situasjoner (Persson, 2008).

2.3.3 Fysiske forhold som påvirker seksualitet etter en stomioperasjon

Hos en del pasienter kan det oppstå fysiske forandringer etter en stomioperasjon. Omfanget av forandringene kommer ann på hvilket inngrep som utføres. Hos menn kan det oppstå seksuelle dysfunksjoner slik som manglende evne til ereksjon. Prognosen er bedre for menn som gjennomgår kirurgi i forbindelse med inflammatorisk tarmsykdom enn de som opereres for kreft. Likevel er det en risiko for bortfall av ejakulasjon, noe som er problematisk da disse pasientene ofte er unge og kan tenke seg å bli far en dag. Dette er viktig å informere om før inngrepet, slik at pasienten har muligheten til å fryse ned sæd (Nordisk standard for stomipleie, 2004).

Hos kvinner kan det oppstå seksuelle dysfunksjoner slik som smerte under samleie eller vanskeligheter for å gjennomføre samleie og mangel på lubrikasjon i skjeden. Prognosen er bedre hos kvinner som opereres for inflammatorisk tarmsykdom enn de som opereres for kreft. Likevel er det risiko for seksuelle dysfunksjoner. Dersom hele rektum fjernes, blir det romsligere i bekkenet. Dette kan føre til at uterus vipper bakover og drar med seg vagina, som da får en horisontal stilling. Selve inntrengningen i skjeden kan derfor bli vanskelig og smertefull. Under samleie vil da penis støte mot halebeinet, som nå ligger i vaginas slutt. En annen årsak til at samleie kan blir smertefullt, er på grunn av manglende lubrikasjon. Det vil rett og slett være for tørt i skjeden, noe som kan føre til at en erigert penis blir for stor (Nordisk standard for stomipleie, 2004).

2.4 Mestring

Mestring er et vidt begrep som er noe vanskelig å definere. Det kan brukes som en generell betegnelse for forskjellige måter å forholde seg til helsebelastninger og utfordrende endringer i livet på. Dette innebærer strategier slik som å beherske, tolerere og redusere ytre eller indre påkjenninger og følger av disse påkjenningene. I denne oppgaven kan vi knytte mestring opp mot det å få stomi som en utfordrende endring i livet (Eide & Eide, 2017).

Lazarus og Folkman definerer mestring som: “kontinuerlig og skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velværet” (referert i Reitan, 2017).

2.4.1 Mestringsstrategier

Anne Marie Reitan (2017) skriver at:

Alle mestringsstrategier en person bruker, har som formål å hjelpe vedkommende til å bevare sitt selvbylde, regulere følelser, finne mestring og opprettholde personlig kontroll over de problemer og ytre og indre krav vedkommende står ovenfor, samt styrke evnen til behandling.

Mestringsstrategier kan være så mangt, slik som for eksempel unngåelse eller benektelse. To mestringsstrategier som egner seg godt i stressende og påkjennende situasjoner, er problemorientert og emosjonsorientert mestring. Problemorientert mestring vil si å løse et problem eller en vanskelig situasjon. Her vil pasienten rette seg direkte til problemet eller den vanskelige situasjonen som gjelder. Emosjonsorientert mestring vil si at en innstiller seg på å endre opplevelsen en har av situasjonen, i stede for å fokusere på å endre selve situasjonen (Reitan, 2017). Disse strategiene går ut på å endre ubehaget en kan føle på i situasjonen, i denne oppgavens tilfelle, å anlegge en stomi. Ved å anvende en slik strategi, kan pasienten få kontroll både over seg selv, følelser og situasjonen (Reitan, 2017). Til tross for dette kan pasienter med ulcerøs kolitt og crohns være noe mer forberedt på å få stomi enn pasienter med kreft, da de blir informert om at dette kan bli et utfall tidlig i sykdomsforløpet. Dette kan føre til at de kan mestre situasjonen bedre (Nilsen, Indrebø & Stubberud, 2016).

2.5 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon

I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer står det at ”sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon, og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (Norsk sykepleieforbund, NSF, 2016). Borg (2016) belyser at det er mange sykepleiere som unngår å snakke om seksualitet med pasientene fordi de i hovedsak synes det er tabubelagt og vanskelig å snakke om. Nilsson (2012) mener pasienter har en lovfestet rett til å få informasjon om eventuelle konsekvenser av den behandlingen de får. Det gjelder selvsagt også hvilken konsekvens det kan ha for seksuallivet (referert i Gamnes, 2016). Både legen og sykepleieren har like stor informasjonsplikt. Gamnes (2016) mener det innebærer å gi informasjon uten at pasienten selv må ta initiativ for å bli informert. Under sykepleierens åtte ansvarsområder står

undervisning og veiledning som et eget punkt. Funksjonen til undervisning og veiledning er at de bidrar til læring, utvikling og mestring for pasienten. Sykepleierens ansvar er at pasienten og eventuelt pårørende får det behovet de har for kunnskap og forståelse dekket slik at de selv kan ivareta egen helse (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). Før en sykepleier kan gi veiledning og informasjon, er det viktig å kartlegge hva pasienten trenger hjelp til, vite hvilke tanker pasienten måtte ha og hvilken forestillinger pasienten selv, og eventuelt pasientens partner, har til seksualitet og seksualfunksjon i tiden fremover (Borg, 2016). Dette kommer frem gjennom en god relasjon. Den gode relasjonen skapes hvis veileder bruker tid på å etablere et trygt og en anerkjennende relasjon til den som skal få veiledning (Kristoffersen, 2016). Det er viktig å finne ut om informasjonen som er gitt er tilfredsstillende, og om den er forstått. Hvis det har oppstått misforståelse må disse besvares (Borg, 2016).

2.5.1 PLISSIT- modellen

PLISSIT- modellen er en av mange kommunikasjonsmodeller som det er nyttig å kjenne til når en skal veilede i seksuelle spørsmål (Borg, 2014). Den pyramideformede modellen PLISSIT står for ” permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy”, altså tillatelse, begrenset informasjon, konkrete forslag og intensiv terapi (vedlegg 3). En sykepleier burde ha kompetanse til å kunne føre en samtale med pasienten på de to nederste trinnene av modellen. Hvis en pasienten har et mer komplekst problem burde sykepleieren henvise pasienten videre til mer spesialiserte fagpersoner innenfor området.

Det første steget i modellen, altså tillatelse skal sykepleieren gi rom for å ha samtale med pasienten om seksualitet (Borg, 2014). I pyramidens andre steg som omhandler begrenset informasjon, er det samtalen som skal formes. Her kan samtalen starte med at sykepleieren gir pasienten den informasjonen som vi er forpliktet til å gi pasientene, alt det generelle rundt konsekvenser av stomioperasjon og seksualitet (Borg, 2014). En kan også få en spesialisert sykepleier, en stomisykepleier, til å snakke med pasienten, eller man kan gi ut informasjon om den norske foreningen for stomi, reservoar og mage - og tarmkreft (NORILCO), slik at pasienten kan komme i kontakt med likepersoner.

2.6 Dorothea Orems sykepleieteori

Dorothea Orems behovsteori ble for første gang presentert i 1971. Hun mener at mennesket er naturlig motivert til å ta vare på seg selv og andre som det har ansvaret for, for eksempel barn og andre som er avhengig av omsorg. Orems teori er basert på hva som karakteriserer en person som har behov for kvalifisert sykepleie. Hun mener sykepleiens problemområde er å identifisere ulike typer omsorgssvikt. I sin teori setter hun sentralt at sykepleierens rolle er å støtte pasienten fysisk og psykisk, og etter hvert undervise pasienten slik at den øker sin evne til egenomsorg. Det er altså sykepleierens oppgave å kompensere for pasientens svikt i egenomsorg, vesentlig for sykepleieren er å hjelpe. Formålet med teorien er at pasienten selv skal bli mest mulig uavhengig i egenomsorgsaktivitetene ved hjelp av sykepleieren (referert i Kirkevold, 2012).

Orems egen definisjon av en pasient tar utgangspunkt i mennesker som har en ubalanse mellom egenomsorgskapasiteten og de terapeutiske egenomsorgskravene. Det er dette Orem mener er egenomsorgssvikt, og den kan være delvis eller fullstendig. Hun har derfor i sin behovsteori lagt vekt på tre systemer hun mener skal gi strukturerte sykepleiesituasjoner. Der rolleforholdet mellom sykepleier og pasient er klargjort, og hvilke hjelpemetoder som skal benyttes. Det helt kompenserende system, det delvis kompenserende system og det støttende og undervisende sykepleiesystem er de tre systemene (referert i Kirkevold, 2012).

Det helt kompenserende system er knyttet til pasienter som ikke er i stand til å utføre egenomsorgshandlinger på eget initiativ, eller har manglende evne til å utføre selvstendige og kontrollerende bevegelser. Det delvis kompenserende system blir brukt i sykepleiesituasjoner der både pasienten og sykepleier er med på pleiebehandlingen. Det støttende og undervisende systemet er i hovedsak relevant først når pasienten selv skal utføre de nødvendige tiltakene for å oppfylle sitt terapeutiske egenomsorgskrav (referert i Kirkevold, 2012). Sykepleieren kan bruke hjelpemetoder som å støtte, rettlede og å sørge for et utviklende miljø med undervisning.

3.0 Metode

Metode er et verktøy og hjelpemiddel for å løse problemer og tilegne oss ny kunnskap (Dalland, 2017). Ved å anvende metode, vil en kunne samle inn relevant data og informasjon. Denne oppgaven er en litteraturstudie der vi har tatt i bruk både kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativ metode omhandler det å få frem mening og opplevelse, og kan ikke tallfestes eller måles. Kvantitativ metode gir data i form av tall (Dalland, 2017).

3.1 Litteratursøk

Gjennom oppgaven har vi anvendt relevant pensumlitteratur fra vår bachelorutdanning i sykepleie. I tillegg har vi tatt for oss selvvalgt litteratur og forskningsartikler som er relevante for vår problemstillingen. Forskning som er av størst relevans for oppgaven er kvalitativ forskningsmetode da den tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser til få intervjuobjekter, med ingen faste svaralternativer (Dalland, 2017).

I søkeprosessen har vi sett på betydningen av det at sykepleiere skal jobbe kunnskapsbasert. Vi har derfor jobbet etter kunnskapspyramiden eller S-pyramiden som Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart (2012) kaller det. S-pyramiden er bygd opp etter at jo lengre opp i pyramiden man kommer, desto mer kvalitetsvurdert, anvendbar og lettlest er forskningen. I søket etter artikler har vi søkt etter mest up to date artikler som er øverst i pyramiden, men vi fant ikke noen artikler som vi synes svarte på vår problemstilling. Vi valgte derfor å gjennomføre våre søk i pyramidens nederste trinn, enkeltstudier. Enkeltstudier er publiserte forskningsartikler med originalresultater (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart 2012).

I søket etter forskning valgte vi å bruke databasene SveMed+, Cinhal, PubMed. Vi har anvendt disse databasene da de har forskningsartikler rettet mot helsepersonell, og de er anbefalte søkedatabaser fra Høgskolen i Innlandet. Vi startet søket i SveMed+, der søkte vi med søkeordene “stomi” AND “seksualitet”, utfallet der ble en artikkel, som vi ikke fant relevant for oppgaven, istedenfor konsentrerte vi oss om de tilhørende engelske MeSH termene, som vi fant svært relevant for våre videre søk. Vi utarbeidet oss et PICO-skjema (vedlegg 1) med MeSH termer fra SveMed+, slik at vi fikk et systematisk søk. Søkeordene

vi har brukt er: nursing/nurse, ostomy/stoma, body image, self- esteem, sexuality, sexual health, everyday living og impact.

Inklusjonskriteriene vi bestemte oss for i søket etter forskningsartikler var kvalitative studier fra Europa gjennomført og publisert i tidsperioden 2008-2018, permanent stomi, seksualitet, selvbilde, pasienters og sykepleieres erfaringer og engelsk språk. Eksklusjonskriterier vi tok for oss var forskning som omhandlet barn eller eldre, artikler som var eldre enn fra 2008 og midlertidig stomi. Vi bestemte oss for disse kriteriene for å begrense søket.

I søket etter forskningsartikler så vi etter om artiklene var innen for våre inklusjonskriterier. Ved å gjøre dette avgrenset vi søket i de ulike databasene. Vi valgte å se nærmere på de artiklene med overskrifter som virket relevant for problemstillingen vår, og leste sammendraget for å få et innblikk. Dersom sammendraget virket relevant leste vi artikkelen hver for oss og bestemte oss for om vi skulle bruke den i oppgaven eller ikke. Vi kvalitetssikret artiklene ved bruk av sjekklister for vurdering av forskningsartikler (Folkehelseinstituttet, 2014) og så om artiklene var basert på IMRaD-modellen. IMRaD-struktur er en fast og gjennomtenkt struktur, slik at resultater av forskning lett kan gjøres kjent for fagfolk og andre (Dalland, 2017).

3.2 Kildekritikk

I følge Dalland (2017) er kildekritikk en metode som brukes for å fastslå, vurdere og karakterisere om de kildene man har funnet er sanne og kan benyttes. Av kildekritikk er det to sider. Den første omhandler hjelp til å finne frem til den litteraturen som best mulig belyser problemstillingen, og den andre gjør rede for litteraturen man har anvendt i oppgaven. I følge Leth og Thußen (2000) er kildekritikk brukt for skille å verifiserte opplysninger fra spekulasjoner (referert i Dalland, 2017).

Gjennom søket fant vi artikler som ikke var innenfor våre inklusjonskriterier, men vi har likevel valgt å benytte oss av disse da de er relevante for problemstillingen. Studien til Manderson valgte vi å ta i bruk selv om den er fra 2005 og ikke fra Europa som inklusjonskriteriene våre tilsier. Studien tar utgangspunkt i at en stomi kan være et hinder i intime situasjoner, noe som er svært relevant for problemstillingen. Grunnen til at vi har valgt å ta med studien til Kimura, Kamada, Guilhem & Fortes (2013) selv om den kun fokuserer på kvinner er at den går i dybden i hvor stor grad seksuallivet påvirker

livskvaliteten til stomiopererte kvinner. Vi har ikke funnet en artikkel som kun fokuserer på menn, noe som er en svakhet i oppgaven.

I søkeprosessen fant vi artikler i databasene som vi måtte artikkelbestille gjennom biblioteket. Vi ble derfor avhengige av at artiklene hadde et godt sammendrag som vi kunne lese oss opp på, slik at vi fant ut om artikkelen var av relevant forskning. Vi bestilte opp noen artikler, men gjennom leseprosessen og kvalitetssikring av artiklene valgte vi å ikke ta de med i oppgaven. Vi tilføyet derfor i våre eksklusjonskriterier at artiklene ikke skulle være artikkelbestillinger.

Før vi bestemte oss for å anvende artiklene vi hadde funnet sjekket vi opp artikkelens gyldighet, holdbarhet og relevans for vår problemstilling. Disse tre momentene er helt sentrale i følge Dalland (2017) når en skal hente ut det viktigste for temaet. Artikkelens gyldighet og holdbarhet sier noe om hvor troverdig og hvilken kvalitet den har (Dalland, 2017). Vi har ut ifra dette sett på hvem som skrev artiklene vi hadde funnet, og om det i artikkelen kom frem hvem artikkelen var skrevet for, og om artikkelen treffer målgruppen. Relevans tar for seg hvilken verdi kilden har i forbindelse med spørsmålene vi ønsket å undersøke i vår oppgave (Dalland, 2017). Vi så deretter om de var vitenskapelige artikler gjennom å se om de var oppbygd etter IMRaD-struktur. Videre brukte vi folkehelseinstituttet (2014) sine sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Sjekklisterne benyttet vi for å kvalitetssikre artiklene og for å se om de dekker kriteriene for en kvalitativ studie. Ved å anvende disse sjekklisterne kunne vi på en systematisk måte vurdere om forskningsartiklene var av kvalitet.

Gjennom oppgaven har vi både brukt primær- og sekundærkilder. Dalland (2017) beskriver en primærkilde som hovedkilden til et verk, mens sekundærkilden gjengir kilder fra en primærkilde. Vi er klar over at dette kan være en svakhet i oppgaven, da teksten kan ha blitt feiltolket av en annen forfatter. Vi ser likevel at bøkene vi har bruk som sekundærkilde er relevante inn i mot vår oppgave. Forskningsartiklene vi har valgt å benytte oss av er hentet fra internasjonale tidsskrifter, og alle seks artiklene er engelskspråklige. Da vi har valgt å benytte oss av artikler fra utenfor Europa, tar vi høyde for at det kan være svakheter i artiklene med tanke på ulikheter i helsesystemet i landene forskningen er utført. I og med at artiklene vi har funnet er skrevet på engelsk kan dette gi noen annerledes fortolkning enn originalmaterialet da vi har oversatt de til norsk.

3.3 Ethiske overveielser

Ethiske overveielser tar for seg hvordan studier kan utføres på en forsvarlig måte.

Forskningsetikk omhandler det å ivareta personvernet til deltagerne og sikre troverdighet av forskningsresultater. Etikken belyser områdene som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre (Dalland, 2017). I oppgaven vår drar vi inn egne erfaringer fra praksis og erfaringer vi sitter igjen med etter møter med stomisykepleier og sexolog for å svare på oppgavens problemstilling. Taushetsplikten har vi da sørget for at blir ivaretatt ved at personer og steder ikke kan identifiseres. Ved valg av forskningsartikler så vi etter om personene i studiene fikk holde sin identitet anonym, vi så også etter om hvordan deltagere hadde mottatt informasjon om studiene og om informasjon hadde vært tilstrekkelig, slik at det skapes en ivaretagelse av de involverte.

4.0 Presentasjon av funn

Her vil vi presentere de ulike forskningsartiklene vi har tatt for oss, belyse deres hovedfunn knyttet opp mot hverandre. Det vil også belyses hvorfor akkurat disse artiklene er relevante for vår problemstilling. Vi har tatt for oss fire kvalitative og to kvantitative forskningsartikler som vi vil benytte oss av i drøftingen.

4.1 Påvirkes seksualiteten?

Salles, Becker & Faria (2013) belyser at pasienter følte at seksuallivet ble en utfordring etter å ha fått stomi. Det kom det frem at så mye som 40% av deltakerne var misfornøyde med seksuallivet etter operasjonen, og at de var redde for hva partner eller eventuell partner tenkte om stomien. Studiet belyser at negative følelser i forhold til seksuallivet kunne påvirke selvbildet. Pasientene uttrykket at de hadde mange spørsmål rundt seksualitet og seksuallivet, men at de kviet seg for å ta opp disse spørsmålene selv. Da de ikke hadde nok kunnskap rundt stomi og samliv, førte det til at de ble usikre og gjerne unngikk å ta initiativ til seksuelle aktiviteter. Studiet belyser at helsepersonell ikke er flinke nok til å ta opp seksualitet med pasientene, til tross for at dette er noe av det viktigste for livskvaliteten (Salles, Becker & Faria, 2013).

I forskning gjort av Azay & Kubilay (2008), har de sett nærmere på hvordan PLISSIT modellen kan anvendes for å redusere seksuelle problemer hos stomiopererte. Det kommer det frem at pasientene var redde for å bli avvist i intime settinger grunnet stomien. De følte seg lite attraktive, og redsel knyttet seg til seksuell presentasjon. Pasientene hadde mange bekymringer knyttet til lukt, lyd og lekkasje, da de ikke lenger kunne kontrollere dette etter å ha fått stomi. Studien konkluderte med at stomien påvirket seksuallivet, da pasientene ikke var trygge i sin situasjon og hadde mangel på kunnskap (Ayaz & Kubilay, 2008).

Kimura, Kamanda, Guilhem & Fortes (2013) forsket på i hvilken grad seksuallivet påvirket livskvaliteten til stomiopererte kvinner. Her ble også bekymringene knyttet til tap av kontroll over avføring, gass og lekkasje belyst. Flere av kvinnene i studien var usikre på om de skulle holde stomien hemmelig eller ei, da de var redde for å bli avvist. Det kom frem at seksuelle aktiviteter var en utfordring for flere av kvinnene, basert på redsel for å bli avvist, lukt, lyd

og lekkasje. Flere var også redde for hva partner eller en eventuell partner tenkte om stomien, og at de brukte lang tid på å gjenoppta seksuell aktivitet. Dette fordi de syntes det var vanskelig og ubehagelig å være intim med noen når de var svært kroppslig usikre (Kimura, Kamanda, Guilhem & Fortes 2013).

Manderson (2008) har i sin forskningsartikkel sett nærmere på mangfoldet av erfaringer og oppfatninger med en stomi når det kommer til sex og seksualitet etter en stomioperasjon. Både menn og kvinner i studien rapporterte at partneren var avslappet i forhold til utslipp og lekkasje, men at det ikke var mindre flaut av den grunn. Under sex sa deltakerne at de var svært urolige for at stomiposen skulle falle av, at partner kunne kjenne lukt, lyd og posens innhold under samleie. Både menn og kvinner i studien satt igjen med følelsen av at de selv var seksuelt lite attraktive, og at de fant det vanskelig å se på kroppen som en seksuell kropp da den ikke hadde kontroll over det grunnleggende behovet, eliminasjon. Deltakerne uten partner følte en stor kroppslig usikkerhet når de skulle ha samleie med ny partner, og at de alltid var mer kroppslige bevisst første gangen de hadde samleie (Manderson, 2008).

I forskning gjort av Saunamäki, Andersson & Engström (2010) har de undersøkt sykepleieres holdninger og meninger om å diskutere seksualitet med pasienter. Et av hovedfunnene i studien er at sykepleiere ikke er flinke nok til å ta opp seksualitet. Pasienten kvier seg gjerne for å ta opp seksuelle problemer og spørsmål selv, og det er derfor viktig at sykepleieren gjør det. Videre i forskningsartikkelen kommer det frem at sykepleierne mener det er deres ansvar å oppmuntre pasienter til å snakke om seksualitet, men til tross for dette tok flertallet seg likevel ikke tid til å bringe det opp på banen. Dette fordi de selv føler at de ikke har nok kompetanse til det. Det blir også belyst at eldre sykepleiere med mer erfaring, var med komfortable med å ta opp seksualitet med pasientene (Saunamäki, Andersson & Engström, 2010).

4.2 Påvirkes selv- og kroppsbildet?

Danielsen, Sorensen, Burcharth & Rosenberg (2013) hadde som formål å undersøke hvilken innvirkning en stomi har på hverdagen og hvilket kunnskapsbehov pasientene trenger. Deltakerne i studien forteller at de følte seg annerledes og hadde vanskeligheter med å lære seg å leve med stomi. Med det å føle seg annerledes mente deltakerne at de hadde vanskeligheter med å finne tilbake til seg selv, den de var før operasjonen. De følte at de

hadde mistet både kontrollen og satte grenser for seg selv som gikk på sosialt samvær. Deltakerne begynte å begrense sine daglige aktiviteter fordi de følte at andre kunne kjenne lukten av stomien og at de brukte klær som ikke var tettsittende for å skjule stomien. I studien belyses det også at deltakerne syntes det å snakke med andre med stomi, og høre deres erfaringer, hjalp de å innse at de ikke var alene om sine følelser og daglige utfordringer (Danielsen, Sorensen, Burcharth & Rosenberg, 2013).

Kimura, Kamanda, Guilhem & Fortes (2013) belyser at stomiopererte står ovenfor flere utfordringer, inkludert tap av kontroll over avføring, gass og lekkasje. Dette kan føre til at en isolerer seg, og kan få svekket kropps- og selvbilde basert på negative følelser. Dette kan gå utover personlige forhold på en negativ måte. Kvinnene i studien uttrykker at de har mange bekymringer knyttet til det å være lite attraktiv, og at de unngikk tettsittende klær den første tiden etter operasjonen for å skjule stomien for andre. Studien kom også frem til at kvinnene hadde vanskeligheter med å akseptere eget utseende, og at de følte at stomien ikke var en del av de (Kimura, Kamanda, Guilhem & Fortes, 2013).

I studien til Manderson (2005) fortalte flere av deltakerne at de følte seg lite seksuelt attraktive. Studien belyser at pasientene ikke bare skal lære seg stomistell, forhindre sår i huden rundt stomien og sjenansen ovenfor lukt og lyd, men de skal også tilpasse seg ett forandret selvbilde som kan ha stor innvirkning på deres psykologiske velvære og sosiale og seksuelle identitet. Tap av kontroll over eliminasjon kan sette individuell identitet og menneskelig verdighet på prøve. Selv om operasjonen kan være positiv i forhold til sykdom, kan den være negativ for pasientens autonomi og hemme deres evne til å leve et produktivt og fullkomment liv. I studien kommer det frem at deltakerne mente at det å alltid måtte lokalisere nærmeste toalett eller skifterom, skapte en sosial byrde. Deltakerne rapporterte at de hadde problemer med å venne seg til stomien og kroppsforandringene. Det kom også frem at det var vanskelig å skulle ha samleie igjen, og at det ikke var partner som satte en stopper for seksuallivet, men at det ofte var deres usikkerhet omkring stomien (Manderson, 2005).

4.3 Er god informasjon viktig for å kunne mestre livet med stomi?

Kimura, Kamanda, Guilhem & Fortes (2013) kom frem til at deltakere som hadde fått lite informasjon, var svært usikre i sin situasjon og følte tap av mestringsfølelse. I forskning gjort av Salles, Becker og Faria (2013) blir det belyst at støtte, informasjon og et godt seksuelt selvbilde har mye å si for livskvaliteten. Danielsen, Sorensen, Burcharth & Rosenberg (2013) kom frem til at god informasjon, både pre og postoperativt kan hjelpe for at pasienten skal kunne mestre sin situasjon best mulig etter utskrivelse fra sykehus. Også det å snakke med andre stomiopererte hadde et positivt utfall for flere av deltakerne. I forskning gjort av Manderson (2005) kom det frem at deltakerne var svært usikre rundt stomien og sin nye situasjon, noe som belyser viktigheten av god informasjon fra helsepersonell (2005). Ayaz & Kubilay (2008) mente at pasienter trenger god informasjon både pre og postoperativt, for å kunne bli trygge og mestre stomistell og andre utfordringer knyttet til stomien. I flere av forskningsartiklene konkluderes det med at pasientene ikke får god nok informasjon, noe som fører til usikkerhet og vanskeligheter med å mestre livet med stomi.

4.4 Er veiledning og opplæring viktig?

I forskning gjort av Kimura, Kamanda, Guilhem & Fortes (2013) kommer det frem at støtte og undervisning fra helsepersonell er utrolig viktig for at pasientene skal kunne tilpasse seg sin nye situasjon. Flere av kvinnene i studien rapporterte at de ikke fikk god opplæring i stomistell av sykepleierne. Flertallet av deltakerne gikk bare delvis eller ikke tilbake i jobb, og unngikk ulike fritidsaktiviteter på grunn av usikkerhet rundt bruk av stomiutstyr. Dette resulterte i at de isolerte seg sosialt da de var redde for å bli dømt på grunn av stomien. Deltakerne rapporterte også at de hadde fått svært lite veiledning og konkrete forslag i forhold til seksualitet, og hvordan de kunne føle seg bedre i intime settinger. I studien kommer de frem til at sykepleiere kan bidra til økt livskvalitet og kunnskap ved å undervise og veilede pasienter i forhold til seksualitet og stell av stomien. Dette kan føre til at pasientene føler seg tryggere i sin situasjon (Kimura, Kamanda, Guilhem & Fortes (2013).

4.5 Hvilke tiltak kan iverksettes for å redusere bekymringer knyttet til seksualitet?

Saunamäki, Andersson & Engström (2010) kommer frem til at 80% av deltakerne ikke tar seg tid til å snakke om og diskutere seksualitet med pasientene. Dette til tross for at 90% av deltakerne mente at de forsto hvordan pasienters sykdom og behandling kunne påvirke seksualiteten. Deltakerne følte seg ukomfortable med å ta opp dette temaet da de mente de ikke hadde nok kompetanse til det. De som var ukomfortable mente også at seksualitet og samliv var altfor privat, og tabubelagt. I studien konkluderer med at sykepleiestudiet burde lære studentene hvordan en skal ta opp og snakke om seksualitet med pasientene, og gjøre det til et grunnleggende element i sykepleie. På denne måten vil ikke dette temaet bli sett på som tabu, men et grunnleggende og viktig fundament (Saunamäki, Andersson & Engström, 2010).

Ayaz & Kubilay (2008) kommer frem til at PLISSIT modellen (vedlegg 3) er viktig å ta i bruk hos stomiopererte pasienter da dette kan føre til avtagende seksuelle problemer. I studiet har bekymringer knyttet til det å føle seg lite attraktiv, redsel i forhold til seksuell presentasjon, usikkerhet rundt lukt, lyd og lekkasje blitt observert. Det kommer frem at en stomi påvirker pasienters seksualliv, og at mange bekymringer rundt både stomistell og seksualitet blir redusert dersom en anvender PLISSIT modellen (Ayaz & Kubilay, 2008).

5.0 Diskusjon

Diskusjonsdelen skal omhandle teori og forskning fra tidligere i oppgaven, hvor vi trekker inn erfaringer fra praksis og erfaringer fra stomisykepleier og sexolog slik at vi får besvart vår problemstilling:

“Hvordan kan sykepleiere veilede og fremme mestring hos unge stomiopererte i forhold til deres seksualitet?”

Temaene vi tar for oss i diskusjonsdelen er hvordan pasientens seksualitet og selvbilde blir hindret gjennom sykdom. Videre diskuteres sykepleierens rolle som veileder, slik at pasienten mestrer sin nye situasjon. Her vil vi trekke inn PLISSIT –modellen som kan anvendes som et hjelpemiddel når en skal ha samtale om seksualitet med en pasient.

5.1 Seksualitet

Manderson (2005) belyser at en stomi kan for mange være et hinder når de skal ha sex. De føler seg lite seksuelt attraktive og finner det vanskelig å se på kroppen som en voksen seksuell kropp da en ikke har kontroll over det grunnleggende behovet, eliminasjon. I aldersgruppen vi har tatt for oss er det vanlig at en etablerer et fast og stabilt parforhold og finner en måte å leve ut sin seksualitet på (Gamnes, 2016). En stomioperasjon kan som sagt føre til endret kroppsbilde noe som kan ha negativ innvirkning på selvbilde. Vårt inntrykk er at dersom en har et godt selvbilde og forhold til kroppen sin fra før, kan overgangen til livet med stomi være enklere, enn for de som ikke har det. Dette bekreftes av Kimura, Kamada, Guilhem & Fortes (2013), da det kommer frem i artikkelen at opplevelsen av en endret kropp og forandringer som følge av stomioperasjon er kompleks og svært individuelt.

I følge Schjølberg (2017) vil et endret kroppsbilde både ha en innvirkning på selvbilde og betydningen for vår selvfølelse. En stomioperasjon går inn på personens opplevelse av seg selv, da en mister en kroppsdel, får en ny åpning på magen, og kroppens utseende endrer seg. Dette kan medføre negative konsekvenser for pasientens livsutfoldelse og livskvalitet. I forskning gjort av Danielsen, Sorensen, Burcharth & Rosenberg (2013) belyses det at stomien ga pasientene et positivt utfall når det kom til symptomlindring, men at pasienten selv ikke synes det positive utfallet hadde så mye å si når de selv satt igjen med et negativ

selvbilde. Våre erfaringer er at det er flere pasienter som sliter med sin nye tilværelse. Det å ha fått en pose på magen er en stor overgang. Problemer kan oppstå og vise seg i form av psykiske eller seksuelle problemer. Med bakgrunn i dette ser man at pasienter har sagt at de valgte å isolere seg den første tiden etter operasjonen fordi de hadde store vansker med å akseptere kroppens nye funksjon og det forandrede kroppsbilde som fulgte med (Danielsen, Sorensen, Burcharth & Rosenberg, 2013).

I henhold til Mandersons (2005) artikkel, forteller pasientene at de tenkte på stomien over halvparten av tiden de hadde samleie, og at de bekymret seg for at partner skulle lukte stomiens innhold. De vanligste bekymringene som kommer frem i teorien er lukt, lyd, lekkasje og redsel for at posen skal falle av under samleie (Persson, 2008). Stomisykepleier fortalte at unge voksne med stomi ofte var bekymret for hva de skulle si dersom de møtte noen de følte seg tiltrukket av, og om noen ville ha samleie med de. Forskning belyser at pasienter kan ha problemer med å vende seg til kroppsforandringen, og at det ofte ikke er partner som setter stopper for seksualiteten, men en selv på grunn av usikkerhet rundt stomien. I artikkelen kom det også frem at pasientene syntes det var vanskelig å fortelle om stomien til partner eller eventuell partner (Manderson, 2005). Her belyses viktigheten av å være trygg på situasjonen, og stomisykepleier forteller at det ikke bare går på de fysiske forandringene, men like mye de psykiske. De må være trygge og mestre situasjonen for å kunne ha samleie. I artikkelen til Kimura, Kamada, Guilhem & Fortes (2013) kommer det frem at pasientene ofte var usikre på om de skulle holde stomien hemmelig eller ei, og syntes at seksuelle aktiviteter var en utfordring. Dette fordi de var redde for å bli avvist på grunn av stomien. Stomisykepleier fortalte at hun alltid pleide å si at første gang er det lurt å ha informert om posen i forkant, og dersom vedkommende avviser deg på grunn av posen, er ikke han/hun noe å samle på. Dersom pasienter føler at stomien setter en stopper for seksuallivet, kan sykepleier komme med tips om sexy undertøy som kan skjule posen i intime settinger, eller annet tilbehør (Nordisk standard for stomipleie, 2004).

Det er flere faktorer som kan påvirke seksualiteten. Pasienten kan også få fysiske forandringer etter inngrepet. Det kan oppstå skader på bekkenets nerver og etter operasjonen kan det oppstå seksuelle dysfunksjoner både hos menn og kvinner (Nilsen, Indrebø & Stubberud, 2016). Hos menn ville nerveskaden gi problemer som manglende evne til ereksjon og smertefull ejakulasjon, hos kvinner ville nerveskaden kunne gi tørre vaginale slimhinner. De tørre vaginale slimhinnene vil føre til at kvinnen kan ha vanskeligheter med å

kunne gjennomføre et samleie uten smerter og orgasmen kan utebli. Som nevnt tidligere blir det romsligere i bekkenet hvis hele rectum fjernes. Vagina vil få en annen stilling og innføringen av penis blir smertefull for kvinnen (Nilsen, Indrebø & Stubberud, 2016). Ved slike fysiske forandringer i kroppens mest intime del, kan det oppstå psykoseksuelle problemer hos pasientene. De kan føle seg mindre attraktive ovenfor det andre kjønn, og det negative selvbilde gjør til at de kan få vanskeligheter med å ville innlede et seksuelt samleie (Nilsen, Indrebø & Stubberud, 2016). Likeledes sier Borg (2016) at menn som mister evne til ereksjon, lyst og orgasme, føler at han ”mister noe av seg selv”. Det samme gjelder kvinner som mister sin seksuelle lyst og fertilitet. På bakgrunn av dette sa sexologen at god informasjon preoperativt kan hjelpe pasienten postoperativt slik at usikkerheten, stresset og angsten blir dempet. Ut i fra dette hevder vi at hvis pasientene får en god samtale om seksualitet med sykepleier, kan pasienten blir mer klar over at de fysiske forandringene kan føre til ubehag slik at de er mer mentalt forberedt før de eventuelt står i situasjonen alene, og får en veldig ubehagelig opplevelse.

5.1.1 Sykepleie i samtale om seksualitet

Pasienter kan finne det ubehagelig og vanskelig å ta opp og snakke om seksualitet, selv om en har behov for informasjon om dette (Nordisk standard for stomipleie, 2004). Dette belyses av stomisykepleieren, som fortalte at jenter gjerne trengte litt hjelp til å ta opp temaet, mens unge gutter ofte var veldig flinke til å ta opp seksualitet selv. I forskning kommer det frem at selv sykepleierne synes dette er en utfordring, da mange føler at de ikke har nok kompetanse (Saunamäki, Andersson & Engström, 2010). Dette kommer også frem i litteraturen. Helsepersonell kan ofte ha for lite kunnskap og informerer derfor ikke om seksualitet (Nordisk standard for stomipleie, 2004). I artikkelen til Saunamäki, Andersson & Engström (2010), belyses det at sykepleierne var enige i at det var deres ansvar å oppmuntre pasientene til å snakke om seksualitet og deres bekymringer knyttet til dette. Likevel svarte flertallet at de ikke tok seg tid til det. Dette belyses også i artikkelen til Kimura, Kamada, Guilhem & Fortes (2013), der pasientene forteller at de ikke fikk god nok informasjon, som medførte usikkerhet i intime situasjoner. Liggetiden i sykehus er gjerne kort etter operasjonen, og det er mye informasjon på kort tid. En skal både komme seg etter inngrepet og også lære hvordan en skal stelle stomien. Derfor kan det være vanskelig å finne en anledning som passer for å snakke med pasienten og seksualitet. Selv om en ikke har et aktivt seksualliv eller fast partner, har alle en seksualitet og det er derfor viktig at pasienten

for informasjon om hvordan operasjonen og stomien kan påvirke seksualiteten (Nilsen, Indrebø & Stubberud, 2016).

Dersom sykepleieren synes det er vanskelig og ikke tar seg tid til å snakke om dette, vil en ikke fremme pasientens seksualitet. Pasienter kan ha mange spørsmål og tanker rundt hvordan seksuallivet blir etter en stomioperasjon. Derfor er det viktig at helsepersonell tar opp dette og tillater samtale om seksuallivet. Sykepleieren må være trygg på sin egen seksualitet og stole på seg selv, og ta det opp helt og ikke halvveis (Nordisk standard for stomipleie, 2004). I forskning kommer det frem at desto eldre sykepleierne var, jo mer komfortable var de med å diskutere seksualitet med pasienter (Saunamäki, Andersson & Engström, 2010).

I praksis har vi erfart at dersom helsepersonell tar opp seksualitet og veileder i stomistell, kan det føre til at pasientene blir tryggere i sin situasjon. Sykepleiere skal ivareta alle pasienters behov, også de seksuelle. Dette støttes opp av forskning, da det kommer frem at helsepersonell kan bidra til bedre livskvalitet og trygghet dersom de underviser og veileder pasienter om seksualitet og stell av stomien (Kimura, Kamada, Guilhem & Fortes, 2013). Sykepleiere kan gi praktisk informasjon for å gjøre pasientene tryggere i sin situasjon. Det kan være informasjon slik som at samleie ikke skader stomien, at en kan bruke alternative sexstillinger for å få stomien ut av fokus, at stomien er mest aktiv etter måltider og at alkohol gjerne fører til tynnere avføring (Nordisk standard for stomipleie, 2004). Stomisykepleieren fortalte at hun pleide å anbefale pasientene med ileostomi å tømme posen før samleie, mens hun anbefalte pasientene med colostomi å bytte pose. Hun sa også at en kunne bruke undertøy som skjuler posen eller tilbehør slik som silke overtrekk for å gjøre posen mer flatterende. På grunnlag av dette tenker vi at ved å komme med konkrete forslag til hva en kan gjøre for å føle seg bedre under samleie, kan en hjelpe pasienten til å føle seg tryggere og mer komfortabel i intime situasjoner.

5.2 Hvordan fremme mestring

Mestring er som sagt et vidt begrep, og kan brukes som en generell betegnelse for ulike måter å forholde seg til helsebelastninger og utfordrende endringer i livet på (Eide & Eide,

2017). I forskning gjort av Kimura, Kamada, Guilhem & Fortes (2013) kommer det frem at pasientene opplevde mangel på god nok informasjon, noe som gjorde de utrygge og usikre i sin situasjon. Dersom pasienten får tilstrekkelig med informasjon kan dette bidra til at pasienten får økt kontroll over situasjonen noe som fører til en mestringsfølelse. Dette belyses også i artikkelen til Danielsen, Sorensen, Burcharth & Rosenberg (2013), der det kommer frem at den pre- og postoperative informasjonen hadde mye å si for både livskvalitet og mestring. Målet etter endt sykehusopphold er at pasienten skal kunne stelle sin egen stomi, men i forskning belyses det at pasientene opplevde at sykepleierne ikke tok seg tid til å gi de ordentlig opplæring. Dette førte til at pasientene ikke var trygge på å stelle stomien sin selv når de kom hjem (Kimura, Kamada, Guilhem & Fortes, 2013). Vi mener at dersom vi som sykepleiere ikke tar oss god tid til å veilede og undervise pasienter i stomistell, vil vi ikke fremme mestring hos pasienten.

I praksis har vi erfart at stomimarkering kan være en god situasjon for å fremme mestring, da det faktisk går opp for pasienten at det skal anlegges stomi. En godt plassert stomi har mye å si for livet til pasienten. Ved stomimarkering skal en som tidligere nevnt se pasienten i forskjellige stillinger for å se hva som er best for pasienten, og det skal også tilpasses etter klesbruk (Persson, Berndtsson & Carlsson, 2008). Her kan en inkludere pasienten, da pasienten har noe å si i forhold til dette. Dette mener vi kan være med på å fremme mestring, da pasienten deltar i avgjørelsen for hvor stomien skal plasseres.

I stomistell kan også mestring fremmes. Det er viktig at sykepleier gradvis inkluderer pasienten i stellet, og motiverer pasienten til å ta i bruk egne ressurser slik at en mestrer situasjonen. Hvis sykepleieren velger å ta del i oppgaven i for stor grad, vil ikke pasienten få tatt i bruk egne ressurser, noe som kan føre til svekket mestringsfølelse (Persson, Berndtsson & Carlsson, 2008). Stomisykepleieren fortalte at hun sammen med pasienten satte delmål for stomistellet, slik som at pasienten skulle klippe og tilpasse platen selv en dag, og fortsette å delta i små doser frem til pasienten tilslutt mestret stellet selv. Stomisykepleieren la også til at det handler om å mestre livet med stomi først og fremst, og bli trygg på situasjonen. Med bakgrunn i dette mener vi at sykepleiere kan fremme mestring i denne situasjonen, ved å tilegne pasienten kunnskap, gi tilstrekkelig med informasjon og motivere pasienten til å delta i stell av stomien.

Som nevnt tidligere kan pasienter med inflammatorisk tarmsykdom være bedre forberedt på å få stomi i motsetning til pasienter med kreft, der anleggelsen av stomi kan oppstå akutt under operasjon uten at det er forutsatt. Dette fordi pasienter med inflammatorisk tarmsykdom gjerne blir informert tidlig i sykdomsforløpet om at anleggelse av stomi kan være et utfall i forbindelse med den kroniske sykdommen (Nilsen, Indrebø & Stubberud, 2016). Med bakgrunn i dette mener vi at pasientene kan være noe mer psykisk forberedt enn kreftpasientene, men det er vanskelig å si om de mestrer situasjonen bedre av den grunn, da forskning viser at opplevelsen av det å få stomi er svært komplekst og oppleves individuelt (Kimura, Kamanda, Guilhem & Fortes, 2013).

5.2.1 Mestringsstrategier

Som nevnt i teorien har vi tatt for oss problemorientert mestring og emosjonsorientert mestring som mestringsstrategier. Disse egner seg godt i stressende og påkjennende situasjoner, og er gode alternativer for stomiopererte å ta i bruk (Reitan, 2017). Ved emosjonsorientert mestring, handler det om at pasienten innstiller seg på å endre opplevelsen den har av situasjonen. I denne oppgavens tilfelle, i stedet for å kun fokusere på stomien og det negative rundt den (Reitan, 2017). I praksis har vi erfart at dersom pasienten veiledes og mestrer stomistell på egenhånd før endt sykehusopphold, vil dette føle til mestringsfølelse og trygghet hos pasienten. Dette blir også belyst i forskning da det kommer frem at pasienter som ikke mestret stomistell før endt sykehusopphold, følte ineffektiv mestring, mens de som mestret det før de ble sendt hjem var tryggere i sin situasjon. Pasientene som mestret dette hadde også positiv fremgang i forhold til å tilpasse seg sin nye kropp (Ayaz & Kuilay, 2008). Den andre strategien som blir nevnt, er problemorientert mestring som tar for seg å løse ett problem eller en vanskelig situasjon (Eide & Eide, 2017). Dersom pasienten anvender denne mestringsstrategien, kan en tilpasse seg stressende situasjoner som kan oppstå med stomien. Et eksempel på dette kan være å lokalisere nærmeste toalett, slik at man er forberedt dersom en lekkasje skulle oppstå. På denne måten vil pasienten være forberedt dersom noe skulle skje, noe som kan føre til at en føler kontroll og kan klare å mestre situasjonen.

5.3 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon

Det å gjennomgå en stomioperasjon vil ut ifra Orem's behovsteori gripe inn i det hun kaller de universelle egenomsorgskravene da det blir en endring i eliminasjonsprosessen (Nordisk standard for stomipleie, 2002). Resultatet av dette vil være at pasienten får manglende evne til å ivareta egne grunnleggende eller helserelaterte behov grunnet sykdom, kalt egenomsorgssvikt i følge Orem (referert i Kirkevold, 2012). Pasienten vil i en slik situasjon ha behov for sykepleie slik at en igjen skal kunne beherske sine grunnleggende behov. Hvor mye hjelp pasienten vil trenge er svært individuelt. Som sykepleier mener Orem at plikten er å kompensere for pasientens svikt i egenomsorg. Sykepleieren skal dekke de områder som personen selv ikke kan make å dekke (Nordisk standard for stomipleie, 2002). Det vil si at sykepleierens rolle er å støtte pasienten både fysisk og psykisk, og etterhvert kunne veilede og undervise slik at pasienten igjen øker sin evne til egenomsorg. Tveiten (2016) setter veiledningen inn i en pedagogisk sammenheng der han mener målet med praksisen er å styrke personens egne ressurser og kunne bidra slik at personen mestrer sitt eget liv. Veiledning er derfor en godt egnet metode når målet er å styrke personens egne ressurser (referert i Kristoffersen, 2016). For at en sykepleier skal kunne støtte pasienten må en ha tilstrekkelig med kunnskap om hvor mye hjelp den andre personen trenger, vite når behovet for sin kunnskap kan komme til gode for pasienten slik at en finner frem til riktig hjelpemetode (Nilsen, Indrebø & Stubberud, 2016). Undervisningssituasjonen skal tilpasses pasientens forutsetninger og dermed stimulere pasientens egne ressurser og muligheter.

Pasientens nye situasjon som stomioperert kan for noen av pasientene være så utfordrende at de for en periode er helt ute av stand til å utføre egenomsorgshandlinger. Konsekvenser av det er at en sykepleier må gå inn i en helt kompenserende rolle der sykepleier tar hånd om både generelle handlinger og stell av stomien (Nordisk standard for stomipleie, 2004). Gjennom vår praksis hadde vi hendelser der vi erfarte dette. Sykepleieren gikk fra å stelle stomien for pasienten til at den ble en støtte gjennom stellet. Sykepleieren vil i starten være den aktive formidleren, den vil utføre det meste av stomistellet, mens pasienten ser på, stiller spørsmål og får forklaringer (Nilsen, Indrebø & Stubberud, 2013). Utover i det postoperative forløpet er målet at pasienten får mer forståelse, og kan aktiviseres mer i stellet slik at stomisykepleier/ sykepleier trekker seg mer tilbake. De får da en kontrollerende funksjon til slutt. Det er her vi mener at sykepleieren har oppnådd det Orem mener er sykepleierens støttende og veiledende rolle. Orem nevner også at det å kunne bevare sin evne til

egenomsorg er essensielt for livet, helsen og den personlige følelsen av velbefinnende (Nordisk standard for stomipleie, 2002).

En pasient vil aldri bli fullstendig klar for en stomioperasjon, men å gi informasjon og rådgivning før operasjonen kan hjelpe (Nilsen, Indrebø & Stubberud, 2016). I forskning gjort av Danielsen, Sorensen, Burcharth & Rosenberg (2013) blir det støttet oppunder dette. Deltakerne i studien nevnte at god informasjon pre- og postoperativt hadde mye å si for hvordan utfallet ville bli for de etter operasjonen. Det belyses videre at hvis pasienten får svar på de spørsmålene som opptar en mest, vil det hjelpe pasienten til å bli godt psykisk forberedt. Det vil igjen ha en positiv innvirkning på mestringen og aksepteringen av den nye livssituasjonen. Stomisykepleier sa at noen av pasientene kunne bruke lang tid på å venne seg til kroppsforandringene, men at stomien ikke skulle hindre pasienten i å ha sosial kontakt på samme måte som før operasjonen. Derfor mente hun at pasienter kan ha god nytte av å møte en annen person med stomi i rehabiliteringsprosessen. Videre sa hun at uansett hvor god informasjon de hadde fått på forhånd, er det fortsatt ikke lett å våkne etter operasjon med den nye og ukjente delen av kroppen synlig på magen. Likeledes i forskning gjort av Danielsen, Sorensen, Burcharth & Rosenberg (2013) viser det til at deltakerne satt pris på det når de fikk snakke med andre pasienter med stomi. Det å se at personen var velfungerende i dagliglivet etter stomioperasjonen, fikk den nyopererte til å føle seg likesinnet og følte at noen forsto hva som var problematisk i situasjonen, hjalp den nyopererte til å bli mer trygg på sin nye livssituasjon.

5.3.1 Hvordan kan sykepleiere benytte seg av PLISSIT modellen?

Som det blir nevnt i teoridelen er PLISSIT- modellen (vedlegg 3) en kommunikasjonsmodell som kan ha nytteverdi når en skal veilede pasienten i seksuelle spørsmål. Modellen har fire nivåer der Borg (2016) mener at en sykepleier burde ha nok kompetanse til å hjelpe pasienten på de nederste trinnene. Modellen blir også anbefalt å bruke i forskningsartikkelen skrevet av Ayaz & Kubilay (2008). Derfor mener vi at PLISSIT- modellen er egnet når sykepleiere skal veilede pasienter om seksuelle bekymringer og problemer.

Gjennom det første trinnet i modellen, tillatelse, skaper sykepleieren rom for å ha samtale om seksualitet. Det er her viktig at sykepleieren har en aksepterende og lyttende holdning slik at pasienten får mulighet til å sette ord på tanker rundt sin seksualitet. En stomioperert pasient kan i denne situasjonen ha en rekke spørsmål rettet mot hvordan en noen gang kan

vise seg frem for et annet menneske igjen (Borg, 2016). Sexologen ga uttrykk for at det var vanlig at pasientene trengte tid til å reflektere over sin nye situasjon, men at det var viktig å begynne å nevne seksualitet så raskt etter operasjonen som mulig for å gjøre pasientene bevisste. Samtidig nevnte stomisykepleier at det var noen av pasientene som ikke ønsket å snakke om seksualitet den første tiden, og det måtte aksepteres, men hun sa det var viktig at pasientene hadde fått tilbudet. Hun hadde erfart at med å begynne og snakke om seksualitet med pasientene i en tidlig fase etter operasjon, ble det lettere for pasienten å ta opp dette tabubelagte temaet på et senere tidspunkt når pasienten var klar for det.

Ayaz & Kubilay (2008) belyser i sin forskning at helsepersonell som benytter seg av PLISSIT-modellen kan redusere mange av pasientens bekymringer rundt stomien og seksualitet. Videre kom det også frem at pasientene klarte å gjenoppta sine seksuelle aktiviteter allerede etter seks uker etter operasjonen. Med bakgrunn i dette mener vi at PLISSIT-modellen er egnet når en skal veilede stomipasienter rundt problemer og bekymringer knyttet til seksualitet. På den andre siden mener vi at helsepersonell må for å kunne anvende modellen være trygge på seg selv og sin seksualitet. Det er først da en får et helthetlig resultat som kan fremme pasientens følelser rundt stomien og seksualiteten. Også Borg (2016) er inne på det at en sykepleier må selv vite sitt kompetansenivå slik at en selv ser når det er riktig å kunne henvise pasientene videre til mer spesialiserte fagfolk. Samtidig sa sexologen at en sykepleier burde ha kunnskap til å kunne veilede pasienter gjennom seksuelle spørsmål, men at det er mange som er så usikre at de heller velger å la temaet ligge. Gamnes (2016) skriver at det under samtalen er viktig at sykepleieren gir pasienten den informasjonen en sitter med rundt de generelle konsekvenser av stomioperasjonen og seksualitet. Det at sykepleien er åpen rundt temaet vil trygge pasienten i situasjonen, i motsetning til hvis vi lar det ligge vil det fremprovosere at seksualitet for denne pasientgruppen er en avsluttende affære mener Borg (2016). I praksis opplevde vi at pasienter selv vegrer seg for å ta opp seksualitet, og at de heller vil snakke om alt mulig annet. Sykepleieren kan skape en samtale med pasienten ved å stille direkte spørsmål, det kan være ”hva tenker du om stomien du har fått på magen?”. Det at situasjonen er trygg og sykepleieren viker lyttende og engasjert kan åpne for betydningsfulle samtaler med pasienten. Under samtalen er det viktig at sykepleieren og pasienten kommer frem til løsninger som kan fremme pasientens seksuelle helse (Borg, 2016). Gjennom all forskning vi har funnet til vår oppgave har det at pasienten finner det svært krevende å skulle klare å være naken foran en annen person igjen vært et gjennomgående tema. Også

stomisykepleieren nevnte at pasienter var svært bekymret for å ikke skulle klare å gjenvinne sin seksualitet, hun nevnte videre at en sykepleier kunne informere pasienter om at flere andre pasienter fant det nyttig å bruke forskjellige tilbehør som ville holde posen trygt på plass og at den ble skjult under samleie.

6.0 Konklusjon

Gjennom denne litteraturstudien ønsket vi å finne ut hva sykepleiere kan gjøre for å veilede og fremme mestring hos unge stomiopererte i forhold til deres seksualitet. I begynnelsen av arbeidet med oppgaven, møtte vi en sexolog og en stomisykepleier som delte sine erfaringer med oss. De opplevde begge at pasientene, særlig de uten partner, hadde vanskeligheter med egen seksualitet, og gjerne hadde et svekket selvbilde i tiden etter operasjonen. De uttrykket begge at det var svært individuelt. Noen slet imens andre taklet det meget bra. Vi satte dermed i gang med søket etter forskning for å se om erfaringene stemte overens med forskning.

Etter gjennomføring av vår bacheloroppgave har vi erfart at opplevelsen av det å få stomi er svært individuell. Det å bli operert og få anlagt en stomi er en faktor som forandrer pasientens liv på mange måter. Blant annet vil tapet av en kroppsdel eller kroppsfunksjon påvirke pasientens selvbilde og evne til å leve ut sin seksualitet. Pasientens forandrede kroppsbylde viser seg å treffe pasienter ulikt. Pasienter som har et godt kroppsbylde og god selvtillit i utgangspunktet vil kunne komme lettere tilbake til seg selv etter operasjonen, enn pasienter som fra før av har dårlig selvbilde. Gjennom vår oppgave og praksis, har vi erfart at seksualitet er et tema som er vanskelig for både helsepersonell og pasienter å ta opp og snakke om. Dette fordi noen kan se på det som tabubelagt. Vi har også sett at sykepleiere mener de har for lite kompetanse omkring seksualitet, og at de med dette velger å ikke snakke om det med pasienter. Det er svært viktig at sykepleieren tar opp dette temaet da en slik operasjon kan påvirke seksuallivet, og da sykepleiere har som plikt å informere pasienten om disse. På denne måten vil sykepleieren tillate pasienten å snakke om dette og dersom seksualitet blir tatt opp tidlig av sykepleier, vil det skape en trygghet for pasienten ved at hun/han kan ta opp dette temaet selv senere. Det er viktig at en ikke snakker utover sin kompetanse, og henviser videre til enten sexolog eller stomisykepleier dersom det er behov.

Vi sier at det kan være utfordrende for en sykepleier å skulle fremme mestring hos en nyoperert stomipasient når pasienten selv kanskje ikke er komfortabel med posen den har fått på magen. Her ser vi at det vil være lønnsomt om sykepleiere har god kunnskap om inflammatorisk tarmsykdom og behandlingen, og om hvordan den nye eliminasjonsprosessen og stomien vil kunne prege seksualiteten. Vi har ikke opplevd at

PLISSIT-modellen har blitt brukt i praksis, men vi ser en mulighet for at denne modellen kan brukes som et hjelpemiddel i denne prosessen. Dette for at de seksuelle problemene og bekymringene kan bli mindre hos pasienten.

For å kunne veilede og fremme mestring hos den unge voksne stomiopererte er en god relasjon viktig for å skape trygghet og tillit mellom sykepleier og pasient. Vi har her sett viktigheten med at en sykepleier tar seg tid til å skape en god relasjon. Den gode relasjonen skapes ved at sykepleieren tar seg tid til å sette seg inn pasientens situasjon, slik at informasjonen om hvilke konsekvenser operasjonen kan ha for pasientens seksualitet blir individuelt tilpasset hver enkelt pasient. Gjennom en god relasjon skaper sykepleieren og pasienten et godt miljø der det føles trygt å snakke om problemer som kan oppstå. Siden liggetiden på sykehus er kort etter operasjonen er det desto viktigere med informasjon og veiledning som kan hjelpe pasienten i det daglige liv. Det vil være nødvendig at sykepleieren er med på å hjelpe pasienten til å sette seg kortsiktige og langsiktige mål for få opplevelsen av mestring. Målet før pasienten reiser hjem fra sykehus vil være at han/hun mestrer stomistell. På denne måten vil pasienten bli tryggere i sin situasjon.

Litteraturliste

Almås, H., Grønseth, R. & Stubberud, D.- G. (Red.). (2016). *Klinisk sykepleie: Bind 1*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ayas, S. & Kubilay, G. (2008). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *Journal of clinical nursing*. Hentet fra: [10.1111/j.1365-2702.2008.02282.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02282.x)

Berndtsson, I., Palselius, I., Olsen, T., Alstad, B., Thomsen, L. & Bach, K. (2004). *Nordisk standard for stomipleie - seksualitet ved stomioperasjon*. [s.1].

Berndtsson, I., Palselius, I., Olsen, T., Alstad, B., Thomsen, L. & Bach, K. (2002). *Nordisk standard for stomipleie - postoperative standarder*. [s.1].

Berndtsson, I. (2008). Sexualitet och fertilitet. I I. Berndtsson., E. Persson & E. Carlsson (Red.), *Stomi- och tarmopererad - ett helhetsperspektiv*. (1.utg., s.187-208). Polen: Studentlitteratur.

Bjørk, I.T., Breievne, G.(2016). Kropp og velvære. I N, J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2- Grunnleggende behov* (3.utg., s. 13-43). Oslo: Gyldendal akademisk

Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.) *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring – Handling* (4.utg., s. 120-131). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Carlsson, E., Berndtsson, I., Persson, E. (2008). Stomibandagering. I I. Berndtsson., E. Persson & E. Carlsson (Red.), *Stomi- och tarmopererad - ett helhetsperspektiv*. (1.utg., s.69-82). Polen: Studentlitteratur.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Danielsen, A.K., Soerensen, E.E., Burcharth, K. & Rosenberg, J. (2013). Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs. *Wound, Ostomy and continence nurses society*. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0b013e3182987e0e>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Galt, E. & Hill, H. (2005). Hva med sex? For stomiopererte og partnere deres. Hentet fra: http://www.no.dansacimage.com/files/e16-75-200_ny_hva_med_sex.pdf

Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N, J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2- Grunnleggende behov* (3.utg., s. 374-407). Oslo: Gyldendal akademisk.

Håkonsen, K. M (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Indrebø, K.L (2013). Sykepleie til pasienter med stomi. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie – Sykepleieboken 3* (2.utg., s. 443- 486). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Jacobsen, A.M.L. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring – Handling* (4.utg., s. 604-613). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Kimura, C.A., Kamada, I., Guilhem, D. & Costa Fortes, R. (2013). Perception of sexual activities and the care process in ostomized women. *Journal of coloproctology*. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2013.05.004>

Kreftlex. (2018). *Anleggelse av ulike stoma*. Hentet fra: <http://kreftlex.no/Tykk-og-endetarmskreft/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Operasjoner/Tykk-og-endetarm-Anleggelse-av-stomi?lg=ks&CancerType=Tykktarm&containsFaq=False>

Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J (2016) Å stryke pasientens ressurser. I N,J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2- Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3.utg., s. 349- 406) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Manderson, L. (2005). Boundary breaches: The body, sex and sexuality after stoma surgery. *Social Science & Medicine*. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.051>

NORILCO. (2015). Norilco jubilerer!. Hentet fra: <http://www.norilco.no/aktuelt/norilco-jubilerer>

Norsk Sykepleierforbund (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok* (2.utg.). Oslo: Akribe.

Paulsen, V. (2015). Sykdommer i fordøyelsessystemet. I S. Ørn., J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. (1.utg., 243-288). Oslo: Gyldendal akademisk.

Persson, E. (2008). Psykosociala aspekter på en förändrad livssituation. I I. Berndtsson., E. Persson & E. Carlsson (Red.), *Stomi- och tarmopererad - ett helhetsperspektiv*. (1.utg., 175-186). Polen: Studentlitteratur.

Persson, E. (2008). Stomier. I I. Berndtsson., E. Persson & E. Carlsson (Red.), *Stomi- och tarmopererad - ett helhetsperspektiv*. (1.utg., s.59-68). Polen: Studentlitteratur.

Reitan, A.M. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A.M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring- Handling* (4.utg., s.82-103). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Salles, V., Becker, C. & Faria, G. (2013). The influence of time on the quality of life of patients with intestinal stoma. *Journal of coloproctology*. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2014.02.007>

Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitude and beliefs. *Journal of advanced nursing*. Hentet fra: [10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x)

Schjølberg, T.K. (2017). Endret kroppsbilde. I A.M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring – Handling* (4.utg., s. 132-143). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

WHO (2017). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258738/1/9789241512886-eng.pdf?ua=1>

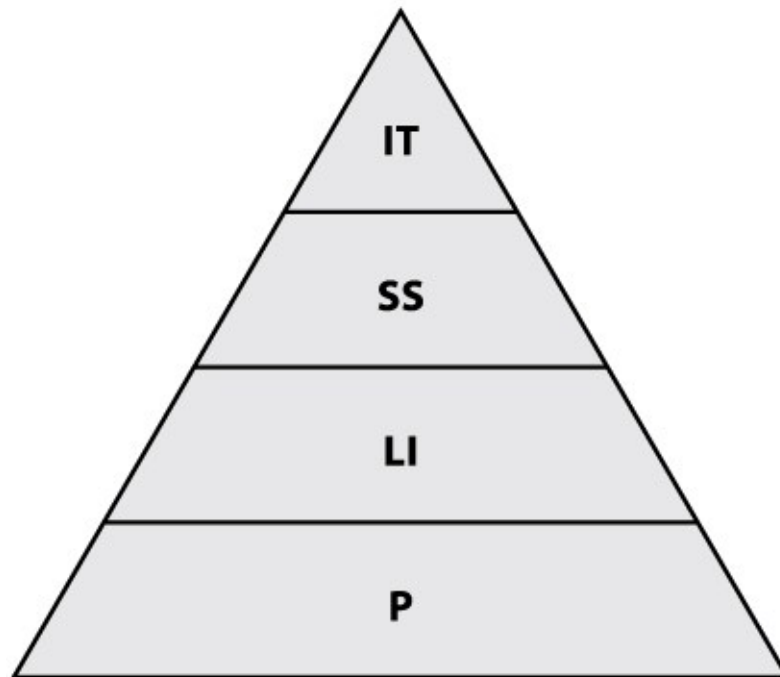
Vedlegg 1: PICO-skjema

| P | I | C | O |
|------------------|--------------|---------------|-----------------|
| Pasient, problem | Intervensjon | Sammenligning | Utfall |
| Ostomy/stoma | Impact | | Impact |
| Body image | Infomration | | Coping |
| Self-esteem | | | Everyday living |
| Sexuality | | | |
| Sexual health | | | |

Vedlegg 2: Databasesøk

| Databaser | Søkeord | Funn | Tittel |
|--------------|------------------------------------|------|---|
| 1) PubMed | PLISSIT Stoma | 1 | Effectiveness of the PLISST model for solving the sexual problem of patients with stoma |
| 2) Cinhal | Quality of life Stoma | 11 | The influence of time on the quality of patients with intestinal stoma |
| 3) PubMed | Self-esteem Sexuality Ostomy | 8 | Perception of sexual activities and the care process in ostomized women |
| 4) PubMed | Stoma Impact Everyday living | 3 | Learning to live with a permanent intestinal ostomy |
| 5) PubMed | Sexuality Discussing Nures | 63 | Discussing sexuality with patients: nurses attitude beliefs |
| 6) Cinahl | Stoma Self- esteem Ostomy | 10 | Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery |

Vedlegg 3 : PLISSIT-MODELLEN



Hentet fra: <https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/>