

[Kandidatnummer: 6259 & 6126]

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvordan kan sykepleiere hjelpe pasienter å ivareta sin seksualitet etter å ha fått anlagt en tarmstomi?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 12. mai 2021

Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Bakgrunn for valg av tema er vårt interesseområde rundt temaet seksualitet. Etter våre erfaringer fra praksisperioder har vi fått inntrykk av at pasienters seksuelle helse i etterkant av å få anlagt stomi ikke får nok oppmerksomhet. Grunnene til dette kan være mange, og det er noe vi ønsker å undersøke nærmere i oppgaven.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere hjelpe pasienter i å ivareta sin seksualitet etter å ha fått anlagt en tarmstomi?

Hensikt: Hensikten med bacheloroppgaven er å undersøke behovet for undervisning og veiledning til pasienter med tarmstomi, basert på en forståelse av hvilke konsekvenser stomi kan ha for menneskets seksualitet og dets kroppsbilde.

Metode: Vi har tatt i bruk en litteraturstudie og har valgt å fordype oss i tre vitenskapelige forskningsartikler, faglitteratur innen emnet og pensum fra bachelorstudiet som vi mener er relevant i forhold til vår oppgave. Deretter vil vi trekke linjer opp mot praksisfeltet. Det er dermed ingen ny vitenskap som blir presentert i vår bacheloroppgave.

Resultater: Resultatene viser at de fleste pasienters seksualliv blir negativt påvirket etter å ha fått anlagt stomi. Det viser seg at sykepleier ikke informerer og veileder pasientgruppen i en tilstrekkelig grad. Det finnes flere ulike årsaker til at seksualitet blir neglisjert i et behandlingsforløp. Deltakerne i studiene peker på at tarmstomien fører til forskjellige utfordringer angående normal seksuell utfoldelse, og at prosessen ved å gjenoppta deres seksualitet krever veiledning og informasjon fra sykepleiere og annet helsepersonell. Kunnskap om seksualitet etter å ha fått anlagt stomi og de utfordringer det medfører er helt essensielt for pasientgruppen å ha i bunn for å tilfredsstille deres behov på best mulig måte.

Konklusjon: Vi konkluderer med at sykepleiere har behov for økt kompetanse gjennom ulike hjelpemetoder for å bevare seksualitet i pasientomsorgen. Sykepleier har et hovedansvar i å informere og veilede pasienter om mulige komplikasjoner og utfordringer for å ivareta deres seksualitet. Basert på våre funn bør retten til et velfungerende seksualliv vurderes på lik linje med retten til å få dekket andre helt grunnleggende behov.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	5
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2	PROBLEMFOMULERING	5
1.3	HENSIKT MED OPPGAVEN	6
2	TEORI.....	7
2.1	HVA ER STOMI?.....	7
2.2	HVA ER SEKSUALITET?.....	7
2.3	HVA ER KROPPSBILDE?.....	8
2.4	PROBLEMER SOM KAN OPPSTÅ HOS PASIENTER ETTER ANLAGT TARMSTOMI	8
2.5	SYKEPLEIERENS FUNKSJON.....	9
	2.5.1 <i>PLISSIT-modellen</i>	9
	2.5.2 <i>Joyce Travelbee: et menneske-til-menneske-forhold</i>	10
3	METODE	13
3.1	VALG AV METODE.....	13
3.2	LITTERATURSØK OG VALG AV LITTERATUR.....	13
	3.2.1 <i>Valg av søkeord, databaser og artikler</i>	13
	3.2.2 <i>Kriterier og utfordringer</i>	14
3.3	ANALYSE.....	15
4	RESULTAT.....	16
4.1	PASIENTENS ERFARINGER I SEKSUALLIVET ETTER Å HA FÅTT ANLAGT TARMSTOMI....	16
	4.1.1 <i>Tilpasning til det nye</i>	16
	4.1.2 <i>Psykologisk innvirkning</i>	18
4.2	SYKEPLEIERS ROLLE	19
	4.2.1 <i>Forventninger til sykepleiers veiledning angående seksualitet</i>	19
	4.2.2 <i>Sykepleiers utfordringer</i>	20
5	DISKUSJON	21
5.1	METODEDISKUSJON	21
	5.1.1 <i>Kildekritikk</i>	22
	5.1.1.1 <i>Vitenskapelige artikler og deres forfattere</i>	22

5.1.1.2	Studienes deltakere: pasienter og sykepleiere	22
5.1.1.3	Språk og geografisk tilnærming	23
5.2	RESULTATDISKUSJON.....	24
5.2.1	<i>Pasientene sine erfaringer med tarmstomi i forhold til seksualitet, og stomiens påvirkning på kroppsbildet.....</i>	24
5.2.2	<i>Forventninger til sykepleierens veiledning angående seksualitet.....</i>	26
5.2.3	<i>Sykepleierens rolle og hvordan PLISSIT-modellen benyttes i møte med tarmstomipasienter.....</i>	27
6	ANVENDELSE I PRAKSIS.....	31
	LITTERATURLISTE.....	33
	VEDLEGG	37
	VEDLEGG 1: SØK TIL FUNN AV AKTUELLE ARTIKLER.....	37
	VEDLEGG 2: OVERSIKT OVER ANALYSERTE ARTIKLER	38

Antall ord: 9447

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge Norilco (Norsk Forening for stomi, reservoar og mage- tarmkreft) var det cirka 20 000 personer i Norge som levde med *tarmstomi* (utlagt tarm) i 2019 (Norilco, 2019). Disse pasientene møter vi mange steder innenfor sykepleieryrket, fra sengepost til hjemmesykepleien. Samtidig finner vi temaet seksualitet interessant, og opplever at vi har lært svært lite om dette i løpet av studiet vårt. Vår oppfatning er at seksualitet kan være et utfordrende og nærmest for intimt tema å snakke om både for sykepleier og pasient. I løpet av praksis under sykepleierutdanningen har vi begge opplevd svært lite fokus på pasientens seksualliv ved sykdom til tross for at vi har lært at det er et av menneskets grunnleggende behov (Gamnes, 2017, s. 373). Samtidig er vi nysgjerrige på kompleksiteten av stomi relatert til seksualliv. Vi har observert at stomi påvirker pasientens liv og seksualitet, og dermed er dette et tema vi ønsker å se nærmere på.

1.2 Problemformulering

I denne bacheloroppgaven velger vi å avgrense tema til pasienter med tarmstomi. Vi velger å ikke spesifisere oppgaven etter diagnose, alder eller kjønn. Det kan hende en mer spesifikk problemstilling ville gitt et mer konkret svar, men vi ønsker å se en helhet innenfor seksualitet hos pasienter med tarmstomi. Vårt hovedprinsipp og interesseområde ligger i å se på den generelle seksualiteten hos pasientgruppen denne gangen.

Pasienter som får anlagt stomi går gjennom en stor endring i sin livssituasjon. Dette kan medføre en belastning og utfordring i pasientens liv relatert til deres selvbylde og seksuelle helse. Den seksuelle helsen er en viktig del av menneskets grunnleggende behov, og til tross for økt kunnskap opplever vi at temaet fremstår nærmest tabubelagt for både sykepleier og pasient (Gamnes, 2017, s. 373). Vi opplever at selve prosedyren rundt stomien er hovedfokuset som kan føre til at de andre underliggende utfordringene til pasienten ofte blir underkommunisert. Utfordringene omfatter flere aspekter der psykisk helse, sosiale relasjoner, kroppsbylde og selvbylde kan bli påvirket. Dette kan påvirke pasienten direkte på mange områder, og mer konkret deres evne til å være intim sammen med andre (Nilsen et al., 2017, s 523-525).

Basert på egne opplevelser i praksis mener vi problemet er for lite fokus på pasientens seksuelle helse i etterkant av å få anlagt tarmstomi. Vi tror pasienten har et behov for tilstrekkelig oppfølging i form av veiledning og informasjon. Sykepleier bør øke sin bevissthet rundt å se hele mennesket og dets behov i lys av psykiske utfordringer med tarmstomi.

Vi ønsker derfor å fokusere på problemstillingen: *hvordan kan sykepleiere hjelpe pasienter i å ivareta sin seksualitet etter å ha fått anlagt en tarmstomi?* Her vil vi se på denne pasientgruppens opplevelser i forhold til seksuell funksjon, kroppsbilde og deres forventninger til sykepleiere angående veiledning og undervisning i etterkant av å få anlagt stomi. Ved hjelp av ny kunnskap håper vi dette kan bidra til at sykepleier møter denne pasientgruppen på en trygg måte som får den enkelte til å føle seg ivaretatt. Videre håper vi sykepleier kan hjelpe pasienter med deres tanker, følelser og spørsmål, og at det blir en naturlig del av sykepleieprosessen.

1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med bacheloroppgaven er å undersøke behovet for undervisning og veiledning til pasienter med tarmstomi, basert på en forståelse av hvilke konsekvenser stomi kan ha for menneskets seksualitet og dets kroppsbilde.

2 TEORI

I bacheloroppgavens teoretiske del skal vi ved bruk av eksisterende litteratur definere hva stomi og seksualitet er, samt presentere seksuelle problemer som kan forekomme hos denne pasientgruppen. Videre legger vi frem sykepleiers funksjon, der vi trekker inn PLISSIT-modellen og beskriver nødvendigheten av å bruke den som et verktøy under en samtale med pasienter knyttet til seksualitet. Avslutningsvis vil vi gjøre rede for Joyce Travelbee sin kommunikasjonsteori og dens viktighet i forholdet mellom sykepleier og pasient.

2.1 Hva er stomi?

“Ordet *stomi* er gresk og betyr åpning eller munn” (Nilsen et al., 2017, s. 519). I medisinsk praksis blir ordet brukt som en kirurgisk konstruert åpning i kroppen, enten mellom to hulorganer eller fra et hulorgan og ut på huden. Ordet i seg selv forteller ingenting om hvor åpningen ligger. Derfor blir organnavnet satt foran ordet stomi for å fortelle oss hva slags åpning som beskrives; *kolostomi* (tykktarm), *ileostomi* (tynntarm) og *urostomi* (urinveier). Stomiene har mange fellestrekk, men forskjellige funksjoner. Disse ulike stomitypene kan bli anlagt midlertidig ved for eksempel avlastning av tarmen, eller bli anlagt permanent der pasienten er avhengig av å ha stomi resten av livet ved å erstatte eliminasjonsprosessen på grunn av en alvorlig sykdom (Nilsen et al., 2017, s. 519). Som tidligere nevnt velger vi å fokusere på tarmstomi i denne oppgaven, herunder både kolostomi og ileostomi, men vi definerer med begrepene tarmstomi og stomi.

2.2 Hva er seksualitet?

Seksualitet angår alle mennesker, uansett alder og livssituasjon. Den blir ofte sett på som en kroppslig relasjon mellom to mennesker, men seksualitet omhandler så mye mer. Den er et viktig element ved det å være et helt og fullt menneske, og er definert som et grunnleggende behov. Seksualitet kan både nytes alene eller med andre (Gamnes, 2017, s. 373).

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksualitet slik:

En kjernedimensjon ved det å være menneske, som inkluderer seksuelle handlinger, kjønnsroller, kjønnsidentitet, seksuell orientering, erotikk, intimitet, nærhet, bekreftelse, kjærlighet og reproduksjon. Seksualitet oppleves eller uttrykkes i tanker, følelser, lengsler, ønsker, tro, holdninger, verdier, aktiviteter, handlinger, roller og forhold, og er en kilde til glede og selvrealisering så vel som til helseutfordringer og vanskeligheter som rammer både kvinner og menn. (World Health Organization, 2006)

Seksualitet betyr så mye mer enn det en vanligvis tenker på når en snakker om sex. Den omhandler ikke bare samleie og kjønnsorganenes funksjon, men den påvirker også vår psykiske, fysiske, kulturelle, sosiale og åndelige sider ved det å være menneske (Aars, 2021, s. 26). Lege og sexolog Graugaard hevder at seksualitet er en viktig helsefremmende faktor som kan være et viktig aspekt av tilværelsen (Graugaard, 2017). Vi har alle behov for bekreftelse på vår seksualitet, og det er grunnleggende for vår oppfatning av oss selv. For mange kan seksualitet oppleves som et motsetningsforhold, men seksualitet er nødvendig for reproduksjon, og knyttes opp mot intimitet, følelser og identitet. Samtidig knyttes ofte egen seksualitet opp mot skam, usikkerhet og skyld (Jerpseth, 2016, s. 140).

2.3 Hva er kroppsbilde?

“Kroppsbilde er et begrep som omhandler en persons forestilling om og opplevelser av egen kropp. Kroppsbilde er nært knyttet til selvfølelse og trygghet på egen identitet” (Malt, 2020). Det er en del av vårt selvbilde som utvikles over tid og formes av kultur og samfunn (Bjørk & Breievne, 2017, s. 18). Selvbildet er den oppfatningen en har av seg selv, ofte påvirket av andres oppfatning slik den kommer til uttrykk (Kristoffersen, 2016, s. 46).

Den synlige delen av mennesket er kroppen, og dens utseende kan endres som et resultat av en rekke sykdommer eller skader. Noen endringer er svært tydelige mens andre er mindre synlige, uansett kan de oppleves som en belastning for personen det gjelder. I tillegg kan endringer i kroppens funksjon påvirke vårt selvbilde og gjøre dagliglivet tyngre. Personens grunnleggende opplevelse av egenverd trues, og kan få en negativ innvirkning på livet og opplevelsen av velvære (Solvoll, 2016, s. 115).

2.4 Problemer som kan oppstå hos pasienter etter anlagt tarmstomi

Etter å få anlagt stomi kan det være vanskelig for mange å omstille seg til en ny tilværelse. Det er normalt at det brukes en del tid på å håndtere det praktiske i den nye livssituasjonen. Det kan oppleves svært belastende for den enkelte. Generelt sett skal ikke tarmstomi være en hindring i å ha et godt seksualliv. På en annen side oppstår det store kroppslige endringer og tap av en naturlig funksjon ved anleggelse av stomi. En mister kontrollen over luft og avføring, og resultatet av dette kan sette selvbildet på prøve. Et stort flertall føler seg mindre attraktive eller opplever bekymring for reaksjoner fra partner og omgivelser (Bach et al., 2016, s. 6).

Den kvinnelige stomiopererte kan oppleve ubehag og smerter ved samleie som både kan relateres til et fysisk og psykisk aspekt. Dette kan skyldes for eksempel tørrhet i skjeden og slimhinner, endringer i nervebaner relatert til smerter eller punkter for nytelse samt anatomiske endringer etter operasjonen (Bach et al., 2016, s. 13-14). På en annen side kan også den mannlige stomiopererte oppleve vanskeligheter i seksuallivet. Dette kan for eksempel utspille seg i mangelfull ereksjon eller ejakulasjon. Hos menn kan også endringer i nervebaner eller anatomiske endringer oppleves vanskelig (Bach et al., 2016, s. 17). Endringer som oppstår etter stomioperasjon trenger veiledning, råd og det finnes gode hjelpemidler.

2.5 Sykepleierens funksjon

I følge helsepersonelloven (1999) kapittel 2 §10 har helsepersonell plikt til å informere om eventuelle utfall av behandling som blir gitt. På den annen side har pasient og brukere rett til å få informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §§ 3-2 til 3-4. Dette innebærer at sykepleier har plikt til å informere pasienten om konsekvenser uansett om pasienten velger å ta initiativ til det eller ikke. Konsekvenser som går utover seksuallivet til pasienter går inn under denne informasjonen (Gamnes, 2017, s. 401).

Å føle seg vel går inn under menneskets grunnleggende behov, og dermed er det viktig at sykepleier er klar over hvor sentralt velvære og kroppsbilde er for selvbildet og det å være attraktiv (Gamnes, 2017, s. 403). Sykepleier har ansvar for å kartlegge pasientens individuelle behov for informasjon og veiledning, samt deres situasjon relatert til hva pasienten trenger hjelp med for å bevare sin seksualitet. For å kunne skape en åpen samtale med pasienten er det grunnleggende at sykepleier skaper trygghet, viser forståelse og åpner opp for å snakke inngående også om seksualitet. Herunder vil PLISSIT-modellen være et godt verktøy.

2.5.1 *PLISSIT-modellen*

PLISSIT-modellen er en sentral modell som brukes ved seksuell veiledning og rådgivning. Modellen ble utviklet i 1976 av den amerikanske psykologen J. Annon, og ble videre bearbeidet i samarbeid med Robinson i 1978. PLISSIT-modellen er formet som en pyramide og den omhandler ulike nivåer en kan bruke for å behandle seksuelle utfordringer. Modellen illustrerer en gradert og terapeutisk tilnæringsmåte. På pyramidens første nivå kan de enkleste

problemene løses, men jo vanskeligere spørsmål blir jo høyere opp i pyramiden befinner en seg (Gamnes, 2017, s. 399).

PLISSIT- modellen er delt inn i fire nivåer:

P: Permission (tillatelse). Dette nivået gir mulighet for å snakke om seksualitet. Utdanning er ikke nødvendig for å ta i bruk denne delen av modellen og det krever heller ikke noe spesielt behandlingssted (Gamnes, 2017, s. 400). Her gjelder det å signalisere tydelig, tillate pasienten å være seksuell og til å snakke om seksualitet (Langhelle et al., 2021 s.36).

LI: Limited Information (begrenset informasjon). Dette er et nivå der en har behov for enkel og saklig informasjon om seksualitet på generell basis. For eksempel informasjon om prevensjon og kjønnssykdommer (Gamnes, 2017, s. 400). På dette nivået er det heller ikke nødvendig at behandleren har en spesialkompetanse for å veilede pasienten. God og begrenset informasjon kan under dette nivået være tilstrekkelig for å hjelpe pasienten med et seksuelt spørsmål (Langhelle et al., 2021 s.37).

SS: Specific Suggestions (spesifikke forslag). På dette nivået kreves det kunnskap om rådgivning og ulik løsningsorientert kunnskap. Her skal behandleren gi spesifikke råd og veiledning som er faglig begrunnet. Det er ikke mange utdanninger som dekker dette nivået. Det vil si at behandleren her burde tilegne seg mer kunnskap enn det grunnutdanningen har gitt dem (Gamnes, 2017, s. 400).

IT: Intensive Therapy (intensiv terapi). På det fjerde nivået har man behov for et spesialisert behandlingstilbud i forhold til seksuell problematikk, som for eksempel kjønnsidentitetsproblematikk og seksuelle dysfunksjoner. Det kreves spesialkompetanse i psykoterapi og sexologi for å ivareta pasienter med dette behovet (Gamnes, 2017, s. 400).

2.5.2 *Joyce Travelbee: et menneske-til-menneske-forhold*

Joyce Travelbee definerer termen et menneske-til-menneske-forhold slik; *“Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt”* (Travelbee, 2001, s. 177).

God relasjon mellom pleier og pasient er nødvendig for å kunne kommunisere godt om intime temaer som seksualitet, derfor anser vi Travelbee sin teori som svært relevant i denne besvarelsen. Travelbee (2001, s. 171) mente sykepleierens mål og hensikt kunne nås gjennom å etablere et menneske-til-menneske forhold. Et slikt forhold kjennetegnes av at sykepleier og pasient ser hverandre og forholder seg til hverandre som unike individer.

Et menneske-til-menneske-forhold etableres ifølge Travelbee gjennom en interaksjonsprosess som har fem ulike faser:

Den første fasen er det innledende møtet med pasienten. Her skal sykepleier og pasient møtes for første gang der de etablerer et førsteinntrykk av hverandre som personer. Sykepleierens oppgave her er å fri seg fra å definere pasienten ut fra sammenligninger med andre liknende pasienter. Ofte så baserer de seg på stereotypiske forestillinger av den andre, og målet er derfor at sykepleieren bryter disse (Travelbee, 2001, s. 186-187).

Videre som interaksjonen mellom sykepleier og pasienten utvikler seg trer en inn i den andre fasen som tar for seg fremvekst av identiteter. Her baserer fasen seg på å etablere et kontaktforhold der en ser den enkelte som et unikt menneskelig individ. En tilknytning etableres (Travelbee, 2001, s. 188-189).

Den tredje fasen handler om *empati*. “Empati betyr innlevelse, evne til å identifisere, forstå og anerkjenne gyldigheten av andres følelsesmessige tilstand og reaksjoner” (Malt, 2020). Empati er ikke en kontinuerlig prosess, men noe som kan oppleves i enkeltsituasjoner, i glimt eller i et øyeblikk. Det vil si at det gir en evne til å forstå den andre personens indre opplevelser og ytre atferd. Evnen til empati må utvikles kontinuerlig, både på grunnlag av sykepleierens samlede livserfaring og gjennom erfaringer fra møter med ulike pasienter (Travelbee, 2001, s. 193).

Sympati er den fjerde fasen, og er et resultat av den empatiske prosessen. “Sympati betyr samfølelse, medfølelse (med) eller velvillig interesse (for en, for noe)” (Gundersen, 2018). I denne fasen skapes det et ønske om å hjelpe pasienten og bidra til å lindre hans plager. Sykepleier formidler at en ser pasienten og viser et engasjement i han som person (Travelbee, 2001, s. 200). Det fører til at pasienten begynner å skape tillit til sykepleieren (Travelbee, 2001, s. 209).

[Kandidatnummer: 6259 & 6126]

I den siste fasen etableres det *gjensidig forståelse og kontakt* basert på de tidligere fasene. Sykepleieren vil kunne bruke sine kunnskaper og ferdigheter til å iverksette sykepleietiltak som er i samsvar med pasientens behov (Travelbee, 2001, s. 211). Partene vil her forholde seg *menneske til menneske*, og ikke *sykepleier til pasient* (Travelbee, 2001, s. 213).

3 METODE

Metoden forteller oss hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe kunnskap (Dalland, 2014, s. 111). Valget av metode vil hjelpe oss med å samle inn gode data og den informasjon vi trenger til å besvare oppgaven vår på en faglig og interessant måte.

3.1 Valg av metode

Etter å ha startet på arbeidet med temaet seksualitet og stomi erfarte vi at en hovedvekt på kvalitativ metode passer best for vår oppgave. Dette er fordi kvalitativ metode går ut på å avdekke personlige erfaringer og opplevelser som ikke kan tallfestes (Dalland, 2014, s. 112). Dermed valgte vi to kvalitative artikler (Cardoso et al., 2015; Vural et al. 2016) der tema er sett fra et pasientperspektiv. Disse ser vi hensiktsmessige i denne sammenheng der vi ønsker å se pasientens personlige tanker, følelser og hvordan dette påvirker dem på et dypere nivå. I tillegg valgte vi å bruke en kvantitativ artikkel (Evcili & Demirel, 2018) i vår oppgave for å få et bredere perspektiv der data kan måles og få fram et godt oversiktsbilde sett fra sykepleierens perspektiv (Dalland, 2014, s. 112-113).

3.2 Litteratursøk og valg av litteratur

Vår bacheloroppgave er en litteraturbasert oppgave der vi fordyper oss i tre vitenskapelige forskningsartikler, faglitteratur innen emnet og pensum fra bachelorstudiet som vi mener er relevant for vår oppgave. Deretter vil vi trekke linjer opp mot praksisfeltet. Det er dermed ingen ny vitenskap som blir presentert i denne bacheloroppgaven. Forskningsmetoden av størst relevans for denne oppgaven er som nevnt kvalitativ forskningsmetode, men vi har også med kvantitativ forskningsmetode.

3.2.1 Valg av søkeord, databaser og artikler

For å finne fram til relevante vitenskapelige forskningsartikler har vi brukt universitetsbiblioteket sine nettsider og benyttet oss av databasene som ligger listet opp under helsefag. Vi endte opp med å ta i bruk databasene Cinhal og Medline. Ifølge Oria, ved Universitetsbiblioteket, er Cinhal den største databasen med artikler innenfor sykepleie og annet helsefag, og Medline er den største innen det medisinske. Begge databasene har et likt design og oppsett, samt fremstår ryddige og oversiktlige.

Søkeordene vi i hovedsak brukte var: *stoma, sexuality, nurse, plissit, ostomy, sexual health, sexual problems* og *relationship*. Dette er begrep vi mener er sentrale og relevante for vårt valg av tema. Underveis i søkeprosessen ble de satt sammen på ulike måter for å utvide søkeresultatene.

Det ble benyttet samme fremgangsmåte gjennom søkeprosessen. Etter gjennomførte søk leste vi gjennom artiklenes overskrifter på de første sidene med resultater. Vi så om artiklene hadde brukt IMRaD-strukturen som er den mest brukte formen for oppbygging og struktur (Dalland, 2014, s. 79). Vi sorterte ut og leste sammendraget til valgte artikler som fanget vår interesse, samt virket godt egnet til vårt problemområde. Etter å ha lest sammendraget og fått en dypere forståelse for artikkelen samt flere detaljer i forskningen, tok vi en avgjørelse på å lese hele artikkelen. Videre ble det besluttet om artikkelen var passende i henhold til hensikten med oppgaven. Vedlagt (vedlegg 1) ligger en tabell som viser de manuelle søkene som ble gjort til hver artikkel som ble valgt.

3.2.2 Kriterier og utfordringer

Underveis i den manuelle søkingen vår fikk vi opp svært mange artikler og mye litteratur. Dermed måtte vi spisse søket vårt etter inklusjons- og eksklusjonskriterier for å avgrense mengden litteratur. Inklusjonskriterier kan beskrives som å avgrense søket til kriterier som er ønsket i søket, mens eksklusjonskriterier blir resultater man ikke ønsker å ta med (Thidemann, 2019, s. 84).

Det første inklusjonskriteriet vi valgte var å inkludere vitenskapelige artikler som er blitt fagfellevurderte, altså “peer reviewed”. Dette betyr at artikkelen har blitt vurdert og godkjent av eksperter innenfor dette fagområdet (Dalland, 2014, s. 78). Videre valgte vi å inkludere søket til resultater med engelske artikler fordi den aller største delen av vitenskapelig publisering er på engelsk (Östlundh, 2018, s. 79). Samtidig valgte vi å inkludere søket til Europa fordi det kan finnes store kulturforskjeller i deler av verden og vi ønsket artikler med relevans til Norge. Eksklusjonskriterien vi bestemte oss for var studier publisert i tidsperioden 2011 til 2021. Vi ønsket ferskt vitenskapelig materiale og hadde ingen interesse av eldre vitenskap (Östlundh 2018, s. 77). Valget av de ovennevnte kriteriene blir diskutert nærmere i *kapittel 5.1 Metodediskusjon*.

3.3 Analyse

“Analyse er et granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle” (Dalland, 2014, s. 144). Friberg (2018, s. 148-150) tar for seg relevante steg i en analyseringsprosess. Vi valgte å følge disse stegene i vår analyse av valgte artikler. Analysen startet på steg én med å sette oss inn i hver enkelt av de utvalgte artiklene for å forstå innhold og sammenheng. Dette ble utført samtidig som vi hadde vår problemstilling foran oss. Artiklene ble lest flere ganger slik at vi fikk en større forståelse over innholdet, samt at vi kunne gjensjette hovedtrekkene. Videre dokumenterte vi perspektiv, problem, hensikt, metode og resultat inn i en oversiktstabell etter steg to i prosessen. En oversikt over analysene ligger som Vedlegg 2. I neste steg identifiserte vi likheter og/eller forskjeller ut fra analysen som ble gjort i forrige steg. Deretter ble de ulike delene fra hver artikkel satt sammen til en ny helhet som kunne anvendes til å svare på vår problemstilling. To av artiklene er sett fra pasientperspektiv, samt at de er utført i kvalitativ metode (Cardoso et al., 2015; Vural et al. 2016). Dette er hensiktsmessig da vi ønsker å se pasientens opplevelse av problemet. Videre fant vi én kvantitativ artikkel fra sykepleieperspektiv (Evcili & Demirel, 2018) som passet godt opp mot de to andre artiklene som er sett fra et pasientperspektiv.

4 RESULTAT

Hensikten med dette kapittelet er å legge frem funn fra de vitenskapelige artiklene for å besvare best mulig hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter med anlagt stomi til å mestre sine utfordringer knyttet til sin seksualitet. Vi velger å presentere funnene i en tabell for å trekke relevante sammenhenger mellom resultatene.

Tabell 1. Oversikt over hoved- og underkategorier

Hovedkategori	Underkategori
Pasientens erfaringer i seksuallivet etter å ha fått anlagt tarmstomi (4.1)	Tilpasning til det nye (4.1.1) Psykologisk innvirkning (4.1.2)
Sykepleiers rolle (4.2)	Forventninger til sykepleiers veiledning angående seksualitet (4.2.1) Sykepleiers utfordringer (4.2.2)

4.1 Pasientens erfaringer i seksuallivet etter å ha fått anlagt tarmstomi

Deltakerne i begge studiene med pasientperspektiv, Cardoso et al., (2015) og Vural et al., (2016) beskriver betydelige endringer i sine seksualliv som følge av stomioperasjonen. Disse endringene viser seg å være både fysiske og psykososiale, og kan relateres til utfordringer under samleie, i relasjoner og psykiske problemer som videre påvirker deres seksuelle lyst og nytelse (Vural et al., 2016, s. 382). Det kommer også frem at ens selvtillit påvirkes av seksualitet ved å være sterkt knyttet til kroppsbildet, og dette vil oppleves ulikt ut fra den enkelte persons forventninger til egen kropp (Cardoso et al., 2015, s. 577).

4.1.1 *Tilpasning til det nye*

Pasienter som har fått anlagt stomi går ofte gjennom en ny oppfatning av egen seksualitet. De går gjennom en prosess der de gjenopptar seksuallivet på en ny måte. I en slik prosess vil kreativitet spille en stor rolle på veien. Tilpasningen til seksuelt samvær etter operasjonen kan være svært krevende der noen ser på dette som en større utfordring enn andre. Støtte fra både

helsepersonell og en eventuell partner vil være nødvendig og avgjørende (Cardoso et al., 2015, s. 579).

Cardoso et al. (2015, s. 580-581) beskriver at fysiologiske og kroppslige endringer hos pasientgruppen kan medføre tap av integritet, mangel på kontroll og brudd på sosiale regler som blant annet omhandler hygiene. Avføringen skal nå ut gjennom en åpning på magen. Sett fra et anatomisk perspektiv oppleves dette fremmed fra den normale funksjonen en er vant til. I tillegg til endret kroppsfunksjon må pasienten venne seg til utstyr, stell og rutiner som medfølger tarmstomien. Det kommer tydelig frem i studiene at deltakerne har vært preget av frykt for lekkasje eller ødeleggelse av stomiposen under samleie. Vural et al. (2016, s. 382-383) peker på at flere deltakere mener stomien påvirker deres vane ved å sove med sin partner, både under kortere og lengre perioder. Én deltaker forteller at han og ektefellen sover i separate senger grunnet frykten for at posen skal sprekke ved kroppskontakt. En stor del av prosessen ved å gjenoppta sin seksualitet er å finne nye alternativer for å unngå slike hendelser eller tanker. Å finne nye, behagelige stillinger under samleie kan være et eksempel på tiltak (Cardoso et al., 2015, s. 580).

Det viser seg at en betydelig endring i kroppsbildet hindrer prosessen ved å gjenoppdage det nye. I denne prosessen viser det seg at skjønnhetsidealet i det moderne samfunnet påvirker deltakerne. For å bli akseptert av samfunnet gir deltakerne opp hobbyer, endrer måten å kle seg på og prøver å skjule stomien. Et eksempel blir illustrert i Cardoso et al. (2015, s. 579) der én av deltakerne forteller at han har endret måten å kle seg på. Før brukte han tettsittende klær hver dag. Etter å ha fått anlagt stomi bruker han løse klær og spiser mindre for å bruke en tilsvarende pose så han kan usynliggjøre stomien.

Det viser seg at flere av deltakerne opplever fysiske ettervirkninger som følge av operasjonen. Flere menn rapporterte i Cardoso et al. (2015, s. 579) om ereksjons- og ejakulasjonsproblemer. Det kommer frem et eksempel fra en mannlig deltaker i studien til Vural et al. (2016, s. 383) der han forteller om utfordringer med erektil dysfunksjon etter stomioperasjon. Han oppgir en seksuell lyst, og satt igjen med et spørsmål om musklene hans var ødelagt etter operasjonen og forstod ikke hva som var galt. Samtidig forteller én deltaker at han tidligere hadde et normalt seksuelt forhold, mens i dag foreligger det ingen seksuell aktivitet på grunn av smerter (Cardoso et al., 2015, s. 580). På en annen side oppgis det at flere kvinner i Cardoso et al. (2015, s. 579)

føler seg ukomfortable, samt opplever nedsatt elastisitet i skjeden. Slike komplikasjoner kan skyldes en psykologisk innvirkning og medfører behov for råd og veiledning.

4.1.2 *Psykologisk innvirkning*

I alle tre studiene (Cardoso et al., 2015; Evcili & Demirel, 2018; Vural et al., 2016), viser det tydelige psykologiske innvirkninger på deltakernes seksualitet etter å ha fått anlagt tarmstomi. Evcili & Demirel (2018, s. 1282) beskriver at seksuelle dysfunksjoner fører til problemer som senker selvsikkerhet, selvtillit og kan svekke deres forhold i relasjoner. Det belyses av Pinar (2010) at dette kan utvikle en sekundær tilstand i tillegg til den opprinnelige sykdom eller behandlingsforløp de går gjennom, og føre til et større helseproblem enn utgangspunktet. Det krever kompetent helsepersonell med psykologiske og psykososiale ferdigheter til å forebygge en slik tilstand (Cardoso et al. 2015, s. 576).

Seksualitet er en menneskelig opplevelse som innebærer følelser, nytelse, kommunikasjon og kjærlighet. Seksualiteten er mer enn et psykologisk behov og lyst. Den kan ikke bare relatere til de fysiske aspekter, men også den mer meningsfulle og komplekse delen av livet. (Cardoso et al., 2015, s. 577)

Sitatet fra Cardoso et al. (2015) belyser essensen ved at seksualitet er en stor del av livet som menneske. Den psykiske belastningen etter å ha fått anlagt stomi ligger så dypt hos noen av deltakerne at de mister libido og opplever andre seksuelle komplikasjoner. Flere deltakere i Vural et al. (2016, s. 383) oppgir at manglende libido har sammenheng med at de føler seg lite attraktive med stomi relatert til et svekket selvilde. En kvinnelig deltaker forteller: “jeg føler meg ikke attraktiv, og så lenge stomien er der ønsker jeg ikke å ha sex”. En mannlig deltaker forteller at han aldri kommer til å bli den samme som før. Han får verken til å tilfredsstille sin kone eller seg selv. Han legger skylden på at det er hans eget ansvar. Flere gjengir at den psykiske belastningen, for eksempel depresjon, ikke gir plass til den seksuelle akt. Samtidig uttrykte de angst rundt deres seksuelle ferdigheter som resulterte i en psykologisk påkjenning.

Cardoso et al. (2015, s. 579) peker på et dilemma der deltakernes individuelle opplevelser fører til bruk av ulike strategier for å håndtere de psykologiske reaksjonene i etterkant av å ha fått anlagt en stomi. Et eksempel er å isolere seg grunnet deres egne negative selvilde og frykten for å bli avvist. Særlig viser det seg at dette påvirker deres holdninger til menneskene rundt. Dette illustreres der en deltaker forteller om hennes treårige isolasjon grunnet frykt for at andre

skulle se hennes sårbare situasjon. En annen deltaker delte en lignende historie der han holdt seg hjemme i to år av samme årsak.

Cardoso et al. (2015, s. 582) beskriver at følelsen av glede og nytelse oppleves forskjellig for menn og kvinner i et intimt parforhold. Noen forteller at kjærlighet og tilknytning er det som forsterker følelsene, mens andre oppgir at det er den seksuelle akten. Uansett hvordan en blir tilfredsstilt i et forhold viser det seg at dersom det seksuelle behovet ikke blir oppfylt, kan det føre til misnøye, angst eller depresjon, og også følelser av ensomhet og utilstrekkelighet hos begge parter uansett kjønn.

4.2 Sykepleiers rolle

Som tidligere nevnt har mange i denne pasientgruppen et grunnleggende behov for å gjenoppta deres seksualliv på en ny måte. En veiledning av denne typen krever profesjonell kunnskap og ferdigheter for å oppnå optimal støtte (Vural et al., 2016, s. 381). Som det kommer frem i Cardoso et al. (2015, s. 582-583) burde sykepleier inkludere en introduksjon til pasientens seksualitet i deres behandlingsforløp som en del av pasientomsorgen. Sykepleier er den profesjonelle med størst pasientkontakt gjennom deres behandling. Dermed bør en ha mulighet til å diskutere seksualitet og eventuelle utfordringer relatert til deres sykdom. Det viser seg at seksualitet ofte blir diskutert på en overfladisk måte på grunn av en frykt for å komme i en ubehagelig eller flau situasjon. I Evcili & Demirel (2018, s. 1285) viser det seg at 75% av sykepleierne er enige i at det er deres ansvar å invitere til samtale om seksuelle problemer.

4.2.1 Forventninger til sykepleiers veiledning angående seksualitet

Seksualitet fremstår som et ubehagelig og tabubelagt tema å snakke om både for pasient og sykepleier (Evcili & Demirel 2018, s. 1284). Det kommer frem i Cardoso et al (2015, s. 582) at deltakerne kan oppleve ubehag og forlegenhet ved å snakke om seksuell helse. Samtidig presiserer de at det er en nødvendig del av behandlingen og pasientomsorgen. Vural et al. (2016, s. 383) viser likevel at deltakerne ønsket hjelp til å normalisere deres seksuelle samvær av et faglig kompetent helsepersonell. Det er derfor viktig å skape en trygg og behagelig veiledning, slik at pasientene føler seg ivaretatt. Pasientene ønsker å bli informert i behandlingsforløpet slik at de føler seg forberedt på eventuelle komplikasjoner som kan oppstå, samt for gjenopptakelse av deres seksualliv (Cardoso et al., s. 582).

4.2.2 Sykepleiers utfordringer

I studien til Vural et al. (2016, s. 383) blir det påpekt at det er sykepleierens ansvar å hjelpe pasienter med å takle og håndtere deres problemer etter å ha fått anlagt stomi. Dette inkluderer også ved endringer i deres seksualliv. Evcili & Demirel (2018, s. 1284) belyser videre at et stort antall av sykepleiere i studien unngår å snakke om seksualitet, til tross for at seksualitet er en del av den helhetlige sykepleien.

Evcili & Demirel (2018, s. 1283-1284) resulterer med at 79,8% av sykepleierne i studien bekrefter at det finnes faktorer som forhindrer dem i å diskutere seksuell helse med sine pasienter. Temaet fremstår som tabubelagt, og det kan være et hinder i seg selv. Studien bekrefter at 94% av sykepleierne er enige i dette, og 86,6% oppgir at de skammer seg over å diskutere temaet seksualitet. Andre sentrale faktorer som oppleves hindrende i å diskutere seksuell helse er mangel på tid og kunnskap. Det kommer videre frem at opplæringen i faget knyttet til seksualitet er mangelfullt og lite fokusert på i utdanningen.

5 DISKUSJON

I dette kapitlet vil vi diskutere funnene våre ved bruk av argumenter med faglitteratur, teori og egne synspunkter. Kapitlet er delt i én del med metodediskusjon og én del med resultatdiskusjon. I metodedelen vil vi drøfte og diskutere valget av metode, samt se kritisk på våre kilder. I resultatdelen vil vi drøfte våre resultater sett opp mot hensikt, teori og vår valgte problemformulering. Samtidig vil vi trekke inn egne refleksjoner og anvendelse av veiledning og informasjon i sykepleiepraksis for å få en helhetlig forståelse.

5.1 Metodediskusjon

Ved å bruke en litteraturbasert metode har vi skaffet oss mer kunnskap rundt valgt problemstilling basert på eksisterende forskning. Under søkeprosessen opplevde vi det noe krevende å finne fagfelleverdert forskning innen stomi og seksualitet, som samtidig fylte våre kriterier med utgivelsesår, språk, verdensdel og svar på problemstilling. Vi fant det utfordrende å finne relevant data på MedLine, og dermed ble Cinahl den databasen som resulterte i funn av våre vitenskapelige artikler. Likevel er vi fornøyde med valget av artikler da vi mener de sammenstiller et svar på vår problemstilling. Dette diskuteres nærmere i *underkapitlet 5.1.1 Kildekritikk*.

Våre retningslinjer for oppgaveskriving gir oss frihet til å velge mellom tre til seks vitenskapelige artikler. Vi har valgt å bruke tre artikler fordi vi mener de valgte artiklene svarer på vår problemstilling, samt at det finnes begrensede mengder forskning på temaet. Likevel har vi lært mye om sykepleiers utfordringer, holdninger og metoder til å diskutere seksualitet med stomipasienter gjennom arbeidet. På en annen side er vi bevisst på at vi kan ha utelatt relevant forskning som kunne ha svart mer helhetlig på vår problemstilling.

I hovedsak ønsket vi å basere oppgaven vår på kvalitative studier fordi det gir en dybde i erfaringer fra både pasient og sykepleier. Dessverre fant vi ingen kvalitative studier fra sykepleiers erfaring ved å diskutere seksualitet med pasienter, og dermed valgte vi en kvantitativ studie. Likevel mener vi denne gir et bredt perspektiv på sykepleiers opplevelser, samtidig som den passet godt sammen med de to kvalitative studiene fra et pasientperspektiv.

5.1.1 Kildekritikk

Kildekritikk blir brukt som en metode for å bekrefte om en kilde er sann. Dette gjøres ved å karakterisere og vurdere kildene (Dalland, 2014, s. 67). I dette delkapittelet skal vi se på våre vitenskapelige artikler med et kritisk blikk. Først vil vi se på våre valgte artiklers grad av relevans. For å se på deres relevans må vi se om de svarer på problemstillingen vår; *Hvordan kan sykepleiere hjelpe pasienter i å ivareta sin seksualitet etter å ha fått anlagt en tarmstomi?* Som tidligere nevnt er en større del av vår hensikt med oppgaven å basere svaret vårt på pasienterfaringer. Cardoso et. al (2015) og Vural et al. (2016) har en hovedvekt på pasientens erfaringer. Videre i studiene kommer det frem hva sykepleierne kunne gjort annerledes eller hva som bør forbedres. Evcili & Demirel (2018) peker på konkrete forbedringer til sykepleier basert på resultatene i studien. Dermed ser vi på valgte artikler som hensiktsmessige i forhold til vår problemstilling.

5.1.1.1 Vitenskapelige artikler og deres forfattere

Det ble valgt å inkludere søket etter vitenskapelige artikler som er blitt fagfellevurderte (Dalland, 2014, s. 78). I og med at artiklene er vitenskapelige ville vi finne ut graden av relevans hos forfatterne. Vi foretok et sekundærsøk og fant ut at artiklene er skrevet av forfattere som har doktorgrad, er professorer og arbeider på sengeposter med relevante erfaringer fra praksis. Dermed anser vi forfatterne som relevante.

5.1.1.2 Studienes deltakere: pasienter og sykepleiere

Videre ønsker vi å se på deltakernes pålitelighet i studiene. Som tidligere nevnt er studiet til Vural et al (2016) sett fra et pasientperspektiv. Deltakerne bestod av 14 personer som hadde hatt anlagt stomi i to måneder eller mer, og som hadde fått oppfølging fra samme stomiklinikk på et sykehus i Tyrkia. Deltakerne var av begge kjønn i alderen 28 til 56 år. Dette ser vi hensiktsmessig da det gir et perspektiv fra begge kjønn. 92,9% av deltakerne var gift. Det kan trolig gi en bedre forståelse av de menneskene som er i et forhold kontra de som er enslige.

Studien til Cardoso et al. (2015) bestod av 10 deltakere, hvorav 4 kvinner og 6 menn med ulike sivilstatus der 4 av dem var gift. Deltakerne hadde hatt stomi i minst ett år og hadde vært under behandling på samme sykehus i Brasil. Det oppgis at de fleste deltakerne var 60 år eller eldre.

I Evcili & Demirel (2018) var det 188 sykepleiere som deltok i studiet, hvorav 73,9% var kvinner. Alderen til deltakerne ble delt inn i ulike grupper: 19-25 år: 22,9%, 26-35 år: 47,3%, 36 år eller eldre: 29,8%. Dermed ser vi en bred fordeling i alder med en overvekt på 26-35 år. Det kommer frem at 40,4% av sykepleierne er single, samt at ens egne seksuelle usikkerhet kan være en negativ faktor i kartlegging av andres seksualitet (Evcili & Demirel 2018, s. 1284-1286). Vår oppfatning er at trygghet i egen seksualitet er noe som forekommer jo eldre en er, samt styrkes videre dersom en er i en stabil relasjon. Dermed kan dette være en mulig svakhet som påvirker den manglende seksuelle veiledningen i studien. Samtidig vil vi understreke at ved å arbeide profesjonelt bør en ha en hovedvekt på å legge bort slike personlige erfaringer, og at de dermed ikke bør spille en rolle.

5.1.1.3 Språk og geografisk tilnærming

Videre i søkene våre valgte vi å kun inkludere artikler som er skrevet på engelsk. Dette er fordi den største delen av vitenskapelige artikler publiseres på engelsk (Östlundh, 2018, s. 79). Vi vil også se på sammenhengen mellom språk og hensikt av artiklene. Først er de oversatt fra originalspråk til engelsk, og deretter har vi tolket artiklene etter vårt engelske ordforråd samt bruk av oversetter. Dermed risikerer en å miste noen gode poeng. Vi mener at hovedbudskapene har nådd frem gjennom vår oversettelse, men i en slik prosess er det alltid mulighet for at relevante poeng går tapt.

Et annet inklusjonskriterie var at vi i utgangspunktet valgte å kun inkludere søket til Europa. Dette begrunnes med at det kan foreligge store kulturforskjeller i deler av verden, og ønsket vårt er en relevans til Norge. Dessverre resulterte søkene våre i mangel på direkte europeisk opprinnelse. To av artiklene vi valgte å bruke er basert på studier gjort i Tyrkia. Kun én liten del av Tyrkia tilhører Europa, og studiet til Vural et al. (2016) er utført i denne delen. Evcili & Demirel (2018) er basert på sykepleiers opplevelser på et sykehus i Tyrkia. Vi kjenner lite til generell forskning gjort i det Tyrkiske helsevesen, men basert på egne opplevelser i praksisfeltet kan vi likevel kjenne oss igjen i resultatene som forekommer i studien. Seksualitet fremstår som tabu både i Norge og Tyrkia. Dette belyses i Gamnes et al. (2017, s. 375-376) der det beskrives en seksuell frihet i Norge til tross for en tradisjon der benektelse og undertrykkelse av seksualiteten stiller sterkt. På en annen side fremkommer det i Vural et al. (2016) at nyopererte pasienter med stomi ikke har tilgang til stomisykepleier. Etter våre opplevelser i praksisfeltet

fremstår dette forskjellig i forhold til behandling ved norske sykehus. Dette ser vi på en mulig svakhet i studiens relevans til Norge.

Studiet til Cardoso et al. (2015) er utført i en større by i Brasil. Til tross for kulturforskjeller mellom Norge og Brasil ser vi likevel studien som relevant. Fra et fysiologisk perspektiv foregår anleggelse av stomi på en lik måte i store deler av verden. I tillegg mener vi at de psykologiske resultatene i studien likevel kan relateres til Norge grunnet den stadig voksende globaliseringen. For eksempel foreligger det skjønnhetsideal både i Brasil og Norge, noe som viser seg i Cardoso et al. (2015). Dette mener vi også er like aktuelt for deltakerne i Tyrkia og studien til Vural et al. (2016). Vi mener at den subjektive opplevelsen og reaksjonen ved større kroppslige endringer kan erfares likt. På en annen side har vi forståelse for at det likevel finnes ulike faktorer som påvirker både opplevelsen og reaksjonen, for eksempel religiøse eller kulturelle faktorer. Avslutningsvis vil vi si at det kan være en svakhet at studiene er utført i land med store kulturforskjeller sett i sammenheng med Norge. Det kan dermed foreligge ulik tilgjengelighet med tanke på ressurser, som for eksempel stomisykepleiere. Likevel ser vi på kulturforskjellene som en styrke med et variert bilde både hos pasient og sykepleiers utfordringer og opplevelser i forhold til seksualitet og tarmstomi.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet skal vi diskutere resultatene vi har fått sammen med litteratur vi finner relevant og våre egne refleksjoner. Dette knytter vi opp mot vår problemstilling til oppgaven, som er å beskrive hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter i å ivareta sin seksualitet etter å ha fått anlagt en tarmstomi.

5.2.1 Pasientene sine erfaringer med tarmstomi i forhold til seksualitet, og stomiens påvirkning på kroppsbildet

Som tidligere nevnt i oppgaven skaper det utfordringer hos pasienter med anlagt stomi relatert til psykiske, fysiske, emosjonelle og sosiokulturelle endringer (Cardoso et al., 2015, s.576).

Utlagt tarm og synet av en pose på magen endrer kroppens «normale» utseende. Det gjør det vanskelig å venne seg til det nye og godta det «unormale». Det påvirker deres kroppsbilde og fører til at de skyver deres seksuelle behov til side (Nilsen et al., 2017 s. 543).

“Seksualiteten er grunnleggende for selvbildet og oppfatningen av oss selv” (Jerpseth, 2016, s. 140). Dette kommer fram i studien til Cardoso et al. (2015, s. 577) der den illustrerer at seksualitet påvirkes av selvfølelsen på grunn av at det er så nært knyttet til kroppsbildet. Pasientene erfarer frykt og angst av den nye situasjonen samt redusert opplevelse av egenverd som kan skape en negativ innvirkning på livskvalitet og følelse av velvære (Solvoll, 2017, s. 115). Følelse av angst og frykt blir bekreftet i studien til Vural et al. (2016), der det synliggjøres ved at flere deltakere trekker seg tilbake fra dagliglivets aktiviteter, som blant annet det seksuelle.

Svinndal belyser hvordan det er å leve med stomi:

Det å lære seg å leve med ... tarm på magen kan være en stor endring mentalt så vel som kroppslig. Vi hører om mange som isolerer seg med et knust selvbilde, fordi de er av den oppfatning at de er ekle. Mange er bekymret for både lukter og lyder i intime situasjoner. (Svinndal, 2021, s. 57)

Pasientens selvfølelse blir påvirket negativt og deres problemer blir undergravd. Den nye kroppslige endringen oppleves synlig og lager arr i deres kroppsbilde. Både media og skjønnhetsindustrien har en stor påvirkning ved det voksende skjønnhetsideal og jaget etter den perfekte kropp. Dette kan ha stor påvirkning hos pasienter med stomi og deres selvbilde (Cardoso et al. 2015, s. 577). De klarer ikke å overse samfunnets illustrasjon på normal og akseptert kropp. Endringene oppleves så store at deres seksuelle behov blir bortprioritert (Cardoso et al., 2015, s. 579-580). Dette bekrefter Vural et al. (2016, s. 381) der det rapporteres om unngåelser av samleie som følge av frykt for negativ respons fra deres partner. Det kan forstås at mange med stomi opplever det slik, der de opplever en følelse av urenslighet og å være lite attraktive. Deres frykt for lekkasje og for at deres partner skal trekke seg unna fører til at mange avskriver seksualiteten i parforholdet (Gamnes, 2016, s. 397). Deltakerne i Vural et al. (2016) rapporterer liknende opplevelser der de beskriver seg selv mindre attraktive og en følelse av skittenhet under seksuell aktivitet.

Pasienten har mistet kontroll over en funksjon som oppleves svært privat og erfarer følelse av hjelpeløshet over sin nye situasjon (Nilsen et al., 2017, s. 541). Som tidligere nevnt i oppgaven gir deltakerne opp deres behov og interesser for å gjøre seg mer akseptert av samfunnet. For eksempel det å endre måten og kle seg på for å skjule stomien (Cardoso et al. 2015, s. 579). Slike reaksjoner forbindes til prosessen ved å bygge opp og forsterke deres selvbilde, og det er nødvendig med veiledning og støtte for å møte dagliglivets utfordringer. Det handler i første

omgang at pasienter skal akseptere sin stomi og leve et liv med den og ikke av den (Bach et al., 2016, s. 8).

5.2.2 *Forventninger til sykepleierens veiledning angående seksualitet*

Det viser seg at pasienter ofte er misfornøyde over helsepersonellens unnvikende holdning til å ta opp seksuelle problemer (Latif & Diamond 2013). Det er vanskelig å forstå hvorfor det snakkes lite om seksualitet når det snakkes om så mye annet i helsevesenet som både er intimt og vanskelig (Almås & Benestad, 2017, s. 15). Selv om pasienter ofte kjenner til ubehag når de blir stilt spørsmål om intimitet og seksualitet, ønsker de som regel at temaet blir tatt opp og diskutert, men de foretrekker at helsepersonell tar det første steget (Langhelle et al., 2021, s. 35).

I Vural et al. (2016, s. 383) erfarte flere deltakere liknende opplevelser om sykepleierens rolle. De hadde større forventninger til en seksuell veiledning og rådgivning enn det som faktisk ble gjennomført. Én deltaker forteller at ingen hadde pratet med henne om seksualitet før hun ble med i dette studiet. Dette kommer godt frem i en spørreundersøkelse utarbeidet av Norilco (Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft) i 2018 der 67% av deltakere med stomi svarte at de ikke har snakket noe særlig om stomiens konsekvens for seksualitet og samliv, og 74% oppga at de ikke har hatt samtale om stomien og selvbildet (Svinndal, 2021, s. 57). En annen deltaker i Cardoso et al. (2015, s. 581) forteller at hun hadde følt seg tryggere dersom noen hadde informert om hva hun kunne forvente i etterkant av å få anlagt en stomi. Hun påpeker at det er nødvendig å få rådgivning og veiledning for at prosessen ved å gjenoppta seksualitet oppleves på en trygg måte.

Seksualitet er et sammensatt fenomen som har holdepunkter i både fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og kulturelle forhold. Det beskrives at et godt forhold til andre mennesker er sentrale betingelser for et godt seksuelt liv og for livskvaliteten (Gamnes, 2017, s. 375). For noen er seksuell aktivitet i form av samleie nødvendig for både fysisk og psykisk helse, men andre hevder at en kan leve et godt liv uten sex, enten i korte eller lengre perioder av livet (Gamnes, 2017, s. 374). Å ha stomi på magen vil ikke si at en må være inaktiv. Det er viktig å få fram at både stomien og operasjonssåret tåler en gjenopptakelse av seksuallivet. Samleie kan kreve noe planlegging, og det kan ofte ta tid å bli kjent med kroppen sin igjen. Det anbefales derfor å ta det rolig, samt bruke tid på nærhet og ømhet (Bach et al. 2016, s. 6).

Pasientene har et ønske om mer informasjon angående veien tilbake til seksuallivet etter å få anlagt stomi. Det etterspørres tverrfaglig støtte slik at deres behov knyttet til seksualitet blir tilfredsstilt. For å sikre tilstrekkelig ivaretagelse av pasientens seksualitet bør en prøve å standardisere temaet på lik linje som sykepleier kartlegger pasientens ernæring og avføringsmønster (Vural et al., 2016, s. 383). I resultatene til Evcili & Demirel (2018, s. 1285) viser det seg at 34% av sykepleierne i studien mente at seksualitet ikke er en del av sykepleien, og at 25% mente at det er pasienten sitt ansvar å initiere til samtale. Samtidig kommer det frem at 75% av sykepleierne hevder at det er sykepleierens hovedansvar til å ta initiativ til rådgivning og veiledningen. Uansett hvem som tar initiativ til diskusjon foreligger det forventninger til seksuell veiledning fra pasientens side. Det forventes at helsepersonell skal hjelpe pasienten med å gjenoppdage deres seksualitet, og det krever dermed at sykepleier skaper en emosjonell støtte for å trygge pasienten og for å minske frykten for det ukjente (Cardoso et al., 2015, s. 582).

5.2.3 Sykepleierens rolle og hvordan PLISSIT-modellen benyttes i møte med tarmstomipasienter

Som sykepleier skal en hjelpe pasienter med å ivareta sine grunnleggende behov i situasjoner der pasienten ikke strekker til (Kristoffersen et al., 2017, s. 24). Seksualitet er en del av vårt grunnleggende behov (Gamnes, 2017, s. 373), og som de understreker i Evcili & Demirel (2018) har sykepleiere et ansvar om å styrke pasientens seksuelle helse. PLISSIT-modellen kan i denne sammenheng brukes som et verktøy i møte med pasienten for å hjelpe til å åpne opp for å invitere til samtale om temaet (Langhelle et al., 2021, s. 34). Evcili & Demirel (2018) belyser videre at det er nødvendig at sykepleiere har relevant kompetanse for å kunne evaluere pasientens seksualitet.

Det er forventet at sykepleier skal ha en profesjonell kompetanse (Brataas, 2014, s. 21), men det er ikke et krav om at sykepleier skal ha svar på alle spørsmålene pasienten stiller. Som sykepleier er viktig at en også fungerer som en samtalepartner der en lytter og normaliserer det tabubelagte temaet. Det kan være med på å skape en god relasjon mellom pleier og pasient, og være med på å signalisere trygghet overfor pasienten der en føler seg komfortabel nok til å formidle egne opplevelser og spørsmål om sin seksuelle helse (Eriksen et al., 2021, s. 22). En god relasjon er en av de viktigste momentene for at sykepleier og pasient skal kunne

kommunisere om et så intimt tema som seksualitet. I teorikapittelet illustrerte vi Joyce Travelbees kommunikasjonsteori: et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet er grunnleggende for at sykepleier skal være i stand til å se individets behov (Travelbee, 2001, s. 171). Det krever tid og samhandling mellom sykepleier og pasient for at et slikt forhold skal opprettes. Studien til Evcili & Demirel (2018, s. 1286) viser at flere sykepleiere mener det er for lite tid til å evaluere pasientens seksualitet, og artikkelen bekrefter dette med at flere studier viser at mangel på tid er en av de største utfordringene i hverdagen som sykepleier. Dersom sykepleier ikke har nok tid hos hver enkelt pasient og har lite kontakt med pasienten, kan det skape vanskeligheter og åpne opp for at sykepleier og pasient går vekk fra de innsatte rollene (Travelbee, 2001, s. 183).

Det skal oppstå en såkalt pedagogisk samtale hvor sykepleier skal være innstilt på å bruke sine faglige kunnskaper og sin pedagogiske kompetanse for å kunne stille seg til rådighet (Kristoffersen, 2017, s. 366-367). Den samtalen sykepleier har med pasienten om temaet seksualitet skal foregå profesjonelt og etter de *Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere* (2019). I helsepersonelloven § 10 og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 forfekter lovverket at sykepleier skal fremme pasientens selvbestemmelse, verne pasientens integritet og sikre at pasienten får nødvendig og tilstrekkelig informasjon for å kunne ta avgjørelser selv. Det innebærer at sykepleiere skal gi informasjon uten at pasienten selv må ta initiativ til å bli informert (Gamnes, 2017, s. 401). I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 peker loven på at pasienter har rett til informasjon angående deres behandling og mulige konsekvenser og komplikasjoner det kan avstedkomme. Det betyr at pasienten alltid skal få tilbud om slik informasjon, men har samtidig rett til å nekte informasjon om både behandling og mulige konsekvenser. Dette kommer også fram i helsepersonelloven §10 der helsepersonell har en plikt til å tilby informasjon til pasient og bruker som ønsker å bli informert. Ved å gi informasjon og veiledning etter pasientens behov vil det skape trygghet for at pasienten snakker fritt om sin seksualitet og det kan også bidra til å skape rom for at spørsmål, tanker og følelser blir delt i trygge omgivelser (Gamnes, 2017, s. 400). For at sykepleier skal kunne gi den omsorgen pasienten har rett på, er det viktig at sykepleier har kunnskap om endringer og konsekvenser som en pasient med tarmstomi kan erfare og leve med. Det viser seg at en del sykepleiere har lite erfaring når det kommer til å samle informasjon om forhold som er knyttet til seksualitet (Gamnes, 2017, s. 401). Dette bekrefter Evcili & Demirel (2018, s. 1286) ved å illustrere at omtrent 83,3% av sykepleierne opplevde mangel på kunnskap som en av de viktigste

utfordringene for evaluering av pasientens seksuelle helse. Sykepleierne avslørte at de fleste ikke følte seg kompetent nok til å snakke om de aktuelle spørsmålene, og at de fryktet med å starte samtalen.

I teorikapittelet har vi beskrevet PLISSIT-modellen som verktøy når en skal kartlegge hvilket nivå pasienten ligger på, hvor i sykdomsforløpet de er og dermed hvilket behov pasienten har i forhold til seksuell informasjon og veiledning (Gamnes, 2017, s. 399). Ofte har pasienter med tarmstomi behov for mer spesifikk informasjon og veiledning tilpasset deres unike situasjon, og derfor viser det seg at de fleste som får anlagt tarmstomi ofte ligger på SS- eller IT-nivået. Pasienter som befinner seg på det tredje nivået, SS-nivået vil ofte ha behov for forslag til intervensjoner og veiledning angående deres seksuelle utfordring (Gamnes, 2017, s. 400). Dette kan for eksempel omhandle stillingsendringer ved samleie som blir påpekt i studien til Cardoso et al (2015, s. 580) som gjør samleie mer komfortabelt i tillegg til å kunne gi seksuell tilfredsstillelse. Nivået har fokus på problemløsning og ivaretagelse av pasienten og deres partner. Svært få pasienter befinner seg på IT-nivået, men det er fortsatt viktig at sykepleier streber etter at færrest mulig har behov for behandling på dette nivået. Pasienter som befinner seg på IT-nivået vil ofte ha behov for spesialiserte behandlingstilbud i forhold til deres seksuelle problematikk. Dersom sykepleier ikke følger pasienten tilstrekkelig opp i de første nivåene kan pasientens spørsmål utvikles til å bli problematisk, som for eksempel kan være mangel på libido samt andre dysfunksjoner, som *dyspareuni* (smerte under samleie), som kan være årsaker til at pasienten ender opp på dette nivået. Disse to nivåene kan kreve spesialistkompetanse i form av psykolog, sexolog og gynekolog. Ved å legge større vekt på forebygging av seksuelle komplikasjoner allerede i den postoperative fasen kan en tidlig oppdage eventuelle problemer før de oppstår (Gamnes, 2017, s. 400). Dette understrekes av Evcili & Demirel (2018, s. 1287) der den får frem viktigheten av å inkludere bruk av PLISSIT-modellen allerede i sykepleierutdanningen for å danne et grunnlag til å gi helhetlig sykepleie som kan forebygge disse problemene i en tidlig fase. Dette er for å danne et godt grunnlag slik at seksualitet skal oppleves som en naturlig del av sykepleieomsorgen.

Som tidligere nevnt under *Resultat delkapittel 4.2.2* kan konsekvensene omhandle endret kroppsbilde, følelse av skam og frykt for avvisning, samt fysiske forandringer i kroppen som kan medføre tap av integritet, dynamikk og autonomi. Dette kan både føre til personlige og sosiale utfordringer, med tanke på relasjoner til partner, familie og annet sosialt nettverk

(Cardoso et al., 2015, s. 577). I mange tilfeller vil sykepleier kunne gi de rådene og den hjelpen pasienten trenger (Gamnes, 2017, s. 399), men det krever faglig vurdering og utvikling av strategier som passer den enkelte pasienten. Sykepleier er den som opprettholder størst kontakt med pasienten i alle behandlingsfaser og dermed har sykepleier en sentral rolle i deres pasientforløp. Det innebærer at sykepleier har ansvar for å gi informasjon og veiledning, samt identifisere deres problem eller komplikasjoner som kan oppstå og oppfordre til videre henvisning til kvalifisert behandling og evaluering (Cardoso et al., 2015, s. 583). Tverrfaglig samarbeid er i følge helsepersonelloven §4 en lovpålagt plikt ethvert helsepersonell har. Det innebærer at flere yrkesgrupper samarbeider strukturert i form av dialog og felles beslutningspunkter mellom pleier og pasient (Helsedirektoratet, 2017). Ved dårlig kommunikasjon mellom yrkesgruppene kan det raskt oppstå konflikter og misforståelser. Det kan bli mangelfullt på et godt tverrfaglig samarbeid, og føre til en dårlig arbeidsfordeling. Det kan påvirke behandlingens resultat negativt og risikere at pasientens grunnleggende behov ikke blir dekket. Et godt tverrfaglig samarbeid der alle opplever et kollektivt ansvar vil behandlingen som pasienten får oppleves som mer fullverdig og komplett (Helsedirektoratet, 2017).

6 ANVENDELSE I PRAKSIS

Basert på vårt arbeid med denne oppgaven, samt litteratur og forskning, er det tydelig at sykepleier har en viktig rolle i veiledning av pasienter med tarmstomi. Vi mener at det er sykepleiers ansvar å ta initiativ til pasientveiledningen, og vår oppfatning er at det kan være utfordrende for sykepleiere å åpne opp for samtale om seksualitet. Videre i dette kapittelet ønsker vi å komme med konkrete forslag til hvordan dette kan forbedres.

Vi har kommet frem til at bruk av hjelpemidler som blant annet PLISSIT-modellen kan føre til at samtaler rundt seksualitet sikres og holdes profesjonelle, i tillegg til at modellen veileder og hjelper sykepleier i å gjøre rede for pasientens informasjonsbehov. Sykepleiers rolle er å bistå pasienten i å bli trygg og komfortabel med egen kropp, herunder deres kroppsbilde. Deres prosess ved å gjenoppta deres seksualitet kan ta tid, men krever tålmodighet, kompetanse og forståelse fra sykepleiers side ettersom pasienten skal ivaretas følelsesmessig.

Viktige funn viser at sykepleier må bli trygg på egen seksualitet for å kunne diskutere temaet med pasient. Vi mener samtidig at et betydelig økt fokus på å normalisere seksualitet både i forhold til sykdom, men også seksualitet som helhet og et menneskelig behov, allerede tidlig i utdanningen er et kriterie. Dette vil forhåpentligvis gjøre sykepleier forberedt på å bryte barrierer i forhold til seksualitet i sin tidlige karriere. Samtidig viser vi til at mer forskning og jevnlig undervisning på relevante arbeidsplasser om dette emnet er viktig for å skape holdningsendringer og minske tabuet blant sykepleiere.

Samtidig mener vi at ny kunnskap kan bidra til tettere oppfølging i forhold til seksualitet og kroppsbilde hos pasienter med stomi. Deres psykososiale og psykiske behov er viktig for å ivareta pasienten på en mer helhetlig måte. Målet er at sykepleier øker kunnskap om pasientens utfordringer og konsekvenser av å få anlagt stomi slik at pasientene kan få den oppfølgingen og veiledningen de trenger for å ivareta deres egen seksualitet og kroppsbilde.

Våre funn viser at gode relasjoner legger grunnlaget for at sykepleier skal kunne ivareta pasienter med tarmstomi ved å åpne samtaler rundt seksualitet. Sykepleiere bør jevnlig oppdatere seg på nyere kunnskap relatert til både seksuelle dysfunksjoner og komplikasjoner i etterkant av anlagt tarmstomi. Kunnskapen bør inneholde god innsikt i tiltak som stillingsendringer, ulike stomiposer til bruk under samleie og oppfordre pasient til å åpne samtaleemnet med sin partner, eventuelt en felles veiledning om seksualitet sammen med både pasient og partner. Dette vil forhåpentligvis hjelpe pasienten til å få tilstrekkelig veiledning og

råd, slik at de kan møte de eventuelle utfordringene de står ovenfor med bakgrunnskunnskap. Videre kan dette sikre tilstrekkelig ivaretagelse av den enkeltes seksualitet og forebygge fremtidige utfordringer hos pasienten.

Avslutningsvis mener vi at vår analyse viser at spørsmål angående seksualitet bør være en selvklar og grunnleggende del av pasientomsorgen på lik linje med andre grunnleggende behov. Det viser seg å være ubehagelige konsekvenser for pasienten som trolig kunne vært redusert i en betydelig grad.

LITTERATURLISTE

- Almås, E., & Benestad, E. (2017). *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforelaget.
- Aars, H. (2021, 03 11). Hva er seksualitet? *Sykepleien*(01), s. 26-31.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83165>
- Bach, A., Hansen, G., Aveborn, E., & Brendtsson, I. (2016). *Stomi og seksualitet (Hefte)*
Hentet fra Coloplast:
<https://www.coloplast.no/Global/Norway/OC%20brosjyrer/Stomi%20og%20seksualitet%20okt%2016.pdf>.
- Bjørk, I. T., & Breievne, G. (2017). Kropp og velvære. I G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 2*. (s. 13-43). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brataas, H. (2014). *Sykepleiepedagogisk praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cardoso, D. R., Almeida, C. E., de Santana, M. E., de Carvalho, D. S., Sonobe, H. M., & Sawada, N. O. (2015, 07 08). Sexuality of people with intestinal ostomy. (4), s. 576-585. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000400015>
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, S., Gjessing, R., & Sellevold, G. S. (2021, Mars 13). Sykepleiere kan ikke overse seksualiteten. *Sykepleien: det glemte primærbehovet*, s. 18-23.
- Evcili, F., & Demirel, G. (2018, Mai-August). Patients Sexual Health and Nursing: A Neglected Area. *International Journal of Caring Sciences*, s. 1282-1288.
- Friberg (red.), F., & Östlundh, L. (2018). Dags För Uppsats. I F. Friberg (Red.). Francisco Ortega: Studentlitteratur AB.
- Gamnes, S. (2017). Seksualitet og helse. I G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 2* (s. 373-407). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Graugaard, C. (2017, 07 18). Sexuality as a health-promoting factor - theoretical and clinical considerations. *Nature Reviews Urology*(14), s. 577-578.
<https://doi.org/10.1038/nrurol.2017.117>

Gundersen, D. (2018, 05 08). *Sympati*. Hentet fra Store norske leksikon:

<https://snl.no/sympati>

Helsedirektoratet. (2017). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester [nettdokument]*. Hentet fra

Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 17. januar 2018, lest 06. mai 2021):

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om Helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet fra

Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>

Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R.

Grønseth, & H. Almås (red.), *Klinisk Sykepleie Bind 2*. (s. 133-168). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I G. H. Grimsbø (red.),

Grunnleggende Sykepleie: Bind 3 (s. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017). Å styrke pasientens ressurser. I G. H. Grimsbø (red.),

Grunnleggende Sykepleie: bind 3 (s. 349-406). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2017). Hva er sykepleie? I

G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende Sykepleie: bind 1* (s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K., & Tveit Sekse, R. J. (2021, 03 09). *Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse*.

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

Latif, E., & Diamond, M. (2013). Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction.

Fertil Steril, s. 898-904.

- Malt, U. (2020, 02 06). *Empati*. Hentet 27. april 2021 fra Store Norske Leksikon:
<https://snl.no/empati>
- Malt, U. (2020, 08 14). *Kroppsbilde*. Hentet 27. april 2021 fra Store Norske Leksikon:
<https://snl.no/kroppsbilde>
- Nilsen, C., Indrebø, M., & Stubberud, D.-G. (2017). Sykepleie til pasienter med stomi. I H. Almås (red.), *Blinisk sykepleie Bind 1* (s. 519-549). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norilco. (2019, 01 14). *Informasjon*. Hentet 7. april 2021 fra Norilco: norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft: <http://www.norilco.no/informasjon>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra Norsk sykepleierforbund: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og Brukerrettighetsloven. (1999). *Lov for pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Pinar, G. (2010). Kanser Tedavisi Alan Hastalarda Cinsel Disfonksiyon ve Danismanliga Iliskin Hemsirelik Yaklasimlari. *Gülhane Tip Dergisi*, s. 241-247.
- Solvoll, S.-A. (2017). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie Bind. 3* (s. 105-140). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Svinndal, M. (2021, Januar). Stomi: påvirker selvbildet. *Sykepleien: Det glemte primærbehovet*, s. 57.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). Menneske-til-menneske-forholdet. I *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (s. 169-217). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Universitetsbiblioteket. (u.d.). *Universitetsbiblioteket*. Hentet 26. mars 2021 fra Databaser:
<https://bibliotek.uis.no/>

Vural, F., Harputlu, D., Karayurt, O., Suler, G., Edeer, A. D., Ucer, C., & Onay, D. C. (2016).
The Impact of an Ostomy on the Sexual Lives of Persons With Stomas. *J Wound
Ostomy Continence Nurs*(4), s. 381-384.
<https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000236>

World Health Organization. (2021). *Defining sexual health*. Hentet 5. april 2021 fra World
Health Organization: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

VEDLEGG

Vedlegg 1: Søk til funn av aktuelle artikler

Søkeord	Database	Avgrensninger i søket	Antall treff	Artikkel funnet
Ostomy+ AND nurse AND sexual	Cinahl	Language: english Europe Year: 2011-2021 Peer reviewed	Antall treff: 1058	“The Impact of an Ostomy on the sexual lives of persons with stomas: a phenomenological study”
nurse* and plissit	Cinahl	Age: 19-44 Language: english Europe Year: 2011-2021 Peer reviewed	Antall treff: 3	“Patients sexual health and nursing: a neglected area”
Funnet under kilder i en oversiktsartikkel og søkt den opp via Cinahl. Oversiktsartikkel: <i>(Humphreys, N. (2017). Sexual health and sexuality in people with a stoma: a litterature review. Gastrointestinal Nursing , ss. 18-26.)</i>	Cinahl	Peer reviewed Language: english Year: 2011-2021	Antall treff: 1	“Sexuality of people with intestinal ostomy”

Vedlegg 2: Oversikt over analyserte artikler

Artikkel 1	
Tittel	The impact of an Ostomy on the Sexual Lives of Persons With Stomas (Tyrkia)
Tidsskrift/årstall	J Wound Ostomy and Continence Nurs. (2016)
Forfattere	Fatma Vural, Deniz Harputlu, Ozgul Karayurt, Gulseren Suler, Aylin Durmaz Edeer, Ceylanim Ucer og Deniz Cenan Onay
Perspektiv	Pasientperspektiv: pasienter som lever med stomi
Problem	Å leve med stomi påvirker seksualliv og seksuell funksjon samt selvbilde og kroppsbildet.
Hensikt	Hensikten med studiet var å beskrive opplevelser til pasienter som lever med stomi og deres seksuelle funksjon og frykt for dette, samt kroppsbilde, og deres forventninger av sykepleiere angående veiledning og informasjon.
Metode	Kvalitativ metode. Data ble samlet inn ved bruk av dybdeintervju for å få frem tanker, følelser og opplevelser hos pasientene. Deltakerne i studiet var 14 personer mellom 28 og 56 år som har levd med stomi i minst 2 måneder, hvorav kjønn var likestilt. Alle deltakerne hadde fått behandling på samme sykehuset i Tyrkia. Intervjuene varte fra 20 til 60 minutter og ble tatt opp på bånd. Alle intervjuene startet med et direkte, åpent spørsmål som "How has your stoma affected your sexual life?" slik at deltakerne blir oppfordret til å svare utfyllende på spørsmålet. Videre ble de stilt oppfølgingsspørsmål relatert til hvilke utfordringer de har møtt i forhold til stomien, partner og frykt, og hva den enkelte føler om dette. Spørsmålene som ble stilt i intervjuet har på forhånd blitt evaluert og godkjent av 2 sykepleiere, 2 frivillige som selv har stomi, 2 assisterende professorer med ekspertise i kvalitativ metode, samt 2 stomisykepleiere.
Resultat	Studiefunn viser at pasienter står fremfor utfordringer når de skal gjenoppta sin seksuelle funksjon og intime relasjon i etterkant av en stomioperasjon, samt deres behov for undervisning og veiledning fra en stomisykepleier. Sykepleier har et ansvar i å veilede pasienter i å takle utfordringer som følger av stomioperasjon, dette inkluderer å bidra til at pasient klarer å takle forandringer i deres seksualliv. Funnt viser at seksuell veiledning burde starte innen de 3 første månedene etter operasjon og bør fortsette til pasienten opplever et normalt liv med stomi, inkludert seksuallivet.

Artikkel 2	
Tittel	Patient's Sexual Health and Nursing: A Neglected Area (Tyrkia)
Tidsskrit/årstall	International Journal of Caring Sciences (2018)
Forfattere	Funda Evcili og Gulbahtiyar Demirel.
Perspektiv	Sykepleierens perspektiv relatert til evaluering av pasientens seksuelle helse.
Problem	Problemet er at seksualitet ikke ofte blir betraktet som et problem i sykepleieprosessen. helsepersonell har ikke vært i stand til å vurdere den enkelte pasient på en annen måte bortsett fra den fysiologiske dimensjonen. og betydelig antall av sykepleiere i dag overser eller ignorerer evalueringen av pasientens seksuelle helse på grunn av ulike faktorer
Hensikt	Hensikten med denne studien er å definere sykepleierens synspunkter om evalueringen av pasientens seksuelle helse og utfordringer de opplevde under evalueringen av seksuell helse.
Metode	Kvantitativ metode. Studien ble utført i 2016 på et universitetssykehus i Tyrkia. Det ble totalt 188 sykepleiere som deltok i undersøkelsen der forskningsdata ble samlet inn ved hjelp av spørreskjema. Forskningsdata ble analysert ved hjelp av SPSS 16.0-programvare, og beskrivende statistiske tester ble brukt under evalueringsprosessen.
Resultat	35,1% av sykepleierne opplevde at deres kunnskapsnivå om emnene knyttet til seksualitet var utilstrekkelig. 66% av sykepleierne vurderte evalueringen av pasientens seksualitet som en del av den helhetlige omsorgen, men bare 58,5% av sykepleierne ga seksuell rådgivning i pasientforløpet. Bare 13,8% av dem visste at det var modeller tilgjengelig for evaluering av seksuell helse. 79,8% av sykepleierne rapporterte at det var flere utfordringer for å evaluere pasienters seksualitet i klinisk praksis. Den største utfordringen for evaluering av pasientens seksualitet er at seksualitet blir sett som et tabu (% 94,0%).

Artikkel 3	
Tittel	Sexuality of People with intestinal ostomy (Brasil)
Tidsskrit/årstall	Rev Rene, (Juli/august 2015)
Forfattere	Danyelle Braga Rodrigues Cardaso, Camilo Eduardo Almeida, Mary Elizabeth de Santana, Dione Seabra de Carvalho, Helena Megumi Sonobe, Namie Okino Sawada.
Perspektiv	Pasienter som lever med stomi.
Problem	Å leve med stomi påvirker pasienters seksualitet og de opplever at de ikke får den oppfølgingen de har behov for.
Hensikt	Hensikten med denne studien er å beskrive opplevelsen av seksualitet og utfordringer relatert til hverdagslige aspekter for personer med tarmstomi.
Metode	Kvalitativ metode. En beskrivende studie med 10 deltakere som ble utviklet ved Health Specialized Reference Unit Presidente Getúlio Vargas i byen Belém do Pará i Brasil. Kriterier av deltakerne var at de måtte ha permanent stomi i minst ett år eller mer. Studien inkluderte begge kjønn (4 menn og 6 kvinner), voksne, både personer med- og personer uten partner. Data ble samlet inn mellom April og Juli 2014. Det ble holdt individuelle intervjuer over 30 minutter som ble tatt opp på bånd.
Resultat	Det kommer frem at etter anleggelse av stomi opplever pasientene en tilpasningsprosess der det kreves et dyktig tverrfaglig team som skal være med på å gjøre denne overgangen så behagelig som mulig.