



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling
(Bacheloroppgåve)

Vurderingsform: Prosjektoppgåve

Kandidatnr: 63

Leveringsfrist: 21.02.2014.

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Vegleiar: Åse Renole



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

STOMI, SEKSUALITET OG MEISTRING

«Må jeg ha en stomi, kan dere jo like gjerne si at jeg skal dø»

(Christiansen, 2001, s. 675)

Bacheloroppgåve i sjukepleie

Stord, 2014,

Kull 2011

Antal ord: 8993

Samandrag

Tittel: Stomi, seksualitet og meistring

Bakgrunn for val av tema: I Noreg har mellom 8 – 10.000 personar stomi. Studiar peikar på at pasientar opplev problem knytt til seksualitet etter ein stomioperasjon. Tidlegare studiar viser også at sjukepleiarar og anna helsepersonell unnlet å snakke om seksualitet i forbindelse med rehabilitering etter stomioperasjonar.

Problemstilling: «Kva utfordringar opplever den stomiopererte pasienten knytt til eiga seksualitet, og korleis kan sjukepleiar bidra til å fremje meistring hjå desse pasientane?»

Oppgåvas hensikt: Hensikta med oppgåva er å belysa kva utfordringar den stomiopererte pasienten møter knytt til si eiga seksualitet, og kva rolle sjukepleiar kan spele i forhold til å meistra desse utfordringane. I tillegg ynskjer oppgåva å retta fokus på eit tema som er relevant for sjukepleieyrket, men som ofte ikkje vert prioritert, eller vert oversett.

Metode: Oppgåva er eit litteraturstudie. Dei helsefaglege databasene CINAHL og Ovid Nursing er nytta i søket etter relevant forskning. Det er lagt vekt på søkjeorda «ostomy», «stoma», «sexuality», «coping» og «nursing». Fem aktuelle forskingsartiklar, samt ein fagartikkel er funne i søket. Alle artikkelane er frå etter 2005.

Resultat: Studiar visar at stomi har ei negativ innverknad på livet og påverkar på fleire områder. Seksuelle utfordringar er knytt til både psykiske og fysiske faktorar, og vert påverka mellom anna av eit endra kropps- og sjølvbilete. Fleire stomipasientar saknar informasjon og mogelegheit til å diskutere seksuelle problemstillingar med sjukepleiarar. Funn visar at det å diskutere seksualitet med pasienten framleis er utfordrande og vanskeleg for sjukepleiarar.

Oppsummering: Fleire pasientar har bekymringar kring seksualitet og seksualliv etter ein stomioperasjon. Pasientane kjenner seg uattraktive og fryktar for lekkasje, lukt og lyd frå posen, noko som påverkar seksualiteten. Forskinga peikar på at sjukepleiarar opplever ei ansvarskjensle når det gjeld å diskutere seksualitet med pasienten, likevel visar det seg at dei fleste sjukepleiarane ikkje tek seg tid til å samtale med pasienten om emnet. Sjukepleiarane uttrykkjer at dei har for lite kunnskapar, at dei ikkje kjenner seg komfortable til å ta opp temaet og at tabuførestillingar gjer det vanskeleg å diskutere seksualitet med pasienten.

Nøkkelord: Stomi, seksualitet, meistring, sjukepleie

Abstract

Title: Ostomy, sexuality and coping

Background: Between 8 – 10.000 people in Norway have ostomy. Studies show that patients experience difficulties related to sexuality after an ostomy surgery. Previous studies also show that nurses and other health professionals avoid talking about this issue during rehabilitation after ostomy surgery.

Research question: «what kind of challenges does the stoma patient experience related to their own sexuality, and how could nurses contribute in order for the patient to cope with these challenges?»

Intent: The intent of this thesis is to identify the challenges that the stoma patient encounters related to their own sexuality, and the role nurses could assume in relation to coping with these challenges. In addition, this thesis aim is to highlight a topic that is relevant to the nursing profession, but that is often not prioritized.

Method: This thesis is a literary study. The health professional databases CINAHL and Ovid Nursing have been utilized in exploration for appropriate research. The emphasis has been on terms such as "ostomy", "stoma", "sexuality", "coping" and "nursing". Five current research articles, as well as an academic article, were found in the search. All articles are from after the year of 2005.

Results: Studies show that ostomy has negative impacts on the patient's life and influences several other areas as well. Sexual challenges are related to both mental and physical factors, and are influenced by, inter alia, a changing body image and self-esteem. Many stoma patients desire more information about the topic, and want the opportunity to discuss sexual issues with their nurses. Findings also show that nurses still find it difficult and challenging to discuss sexuality with patients.

Summary: Several patients have concerns surrounding sexuality and their sexual life after an ostomy surgery. The patients feel unattractive, and fear leakage, smells, and sounds from the bag, thus affecting their sexuality. The research presented in this thesis emphasizes the responsibility that nurses feel concerning talking about sexuality with patients. However, it turns out that most nurses do not take the time to talk with patients about the subject. The nurses express that they

have insufficient knowledge about this, and that they feel uncomfortable addressing the topic, and that taboos makes it difficult to discuss sexuality with patients.

Key words: Ostomy, sexuality, coping, nursing

INNHALDSLISLE

1	INNLEIING	1
1.1	Bakgrunn for val av tema.....	1
1.2	Presentasjon av valt problemstilling.....	1
1.3	Avgrensingar og presisering	2
1.4	Begrepsavklaring.....	2
1.4.1	Stomi – Kva er det?.....	2
1.4.2	Seksualitet	2
1.4.3	Meistring	2
1.5	Hensikt og mål for oppgåva.....	3
2	TEORI.....	4
2.1	Presentasjon av sjukepleiefagleg perspektiv – Patricia Benner og Judith Wrubel	4
2.1.1	Omsorg	4
2.1.2	Stress.....	4
2.1.3	Meistring	5
2.2	Stomi.....	5
2.2.1	Ulike typar Stomi	5
2.2.2	Årsakar til stomi	6
2.2.3	Konsekvensar for pasienten	6
2.3	Sjølvbilete og kroppsbilete – endring av betydning	6
2.4	Seksualitet	7
2.4.1	Seksualitet og sjukdom.....	8
2.4.2	Seksualitet og stomi.....	8
2.4.3	Seksualitet og sjukepleie.....	9
2.4.4	Plissit modellen	10
2.5	Stress og meistring	11
2.5.1	Stress.....	11
2.5.2	Meistring	11
3	METODE.....	13
3.1	Litteraturstudie som metode.....	13
3.2	Framgangsmåte – litteratursøk, kriteriar og utfordringar	14

3.3	Kjeldekritikk	15
3.4	Vurdering av forskinga	16
4	RESULTAT	18
4.1	Ostomys pasients` perceptions of quality of care (2005)	18
4.2	Effectivness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma (2009).....	18
4.3	Living with a stoma: a review of the literature (2005)	19
4.4	Discussig sexuality with patients: nurses` attidues and beliefs (2010)	20
4.5	Registered nurses reflections on discussing sexualiy with patients: responsibilities, doubts and fears (2013).....	20
5	DRØFTING.....	22
5.1	Seksuelle utfordringar hos stomipasientar, fysiske og psykiske aspekt	22
5.2	Kva støtte treng stomipasienten for å meistra sine seksuelle utfordringar	24
5.3	Seksuelle problem og sjukepleiar: frykt og tabu	25
5.4	Sjukepleiar si rolle i møte med stomipasienten og seksuelle problem	27
6	AVSLUTTING.....	30
	KJELDER	31

VEDLEGG 1 – TABELLOVERSIKT

VEDLEGG 2 - RESULTATTABELLAR

1 INNLEIING

I Noreg vert det kvart år utført om lag 1000 stomioperasjonar, og ein antek at om lag 8000-10 000 lev med stomi (Indrebø, 2013). Fleire studiar peikar på at stomiopererte pasientar får problem med seksuallivet, og at det påverker livskvaliteten deira negativt. Ifølgje Indrebø (2013) viser òg studiar at helsepersonell unnlèt å snakke om seksualitet i forbindelse med rehabilitering etter stomioperasjonar. Yrkesetiske retningsliner slår fast at sjukepleiar skal ivareta kvar enkelt pasient sitt behov for heilskapleg omsorg. I tillegg skal sjukepleiar understøtte meistring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.8). Sidan seksualitet vert sett på som eit grunnleggjande behov, er det difor tankevekkjande at området vert så lite behandla i sjukepleia til kvar enkelt stomipasient.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Denne fordjupningsoppgava omhandlar stomi, seksualitet og meistring. Bakgrunnen for valte tema er at eg vil setje fokus på korleis sjukepleiar kan hjelpa pasientar med tankar, kjensler og utfordringar kring dei ulike aspektene ved seksualiteten etter å ha fått ein stomi. Som sjukepleiarstudent har eg ved fleire høve tenkt og undrast på korleis det må vere for ein pasient med stomi å takle kvardagen og dei utfordringane som kan oppstå med det å ha ein stomi, og særleg med tanke på seksualiteten som for mange er noko intimt, privat og ofte svært tabubelagt.

1.2 Presentasjon av valt problemstilling

Problemstillinga eg har valt er som følgjer:

«Kva utfordringar opplever den stomiopererte pasienten knytt til eiga seksualitet, og korleis kan sjukepleiar bidra til å fremje meistring hjå desse pasientane?»

1.3 Avgrensingar og presisering

Det å få ein stomi inneber ein endra kvardag med endra fysiske funksjonar. Når eg skal avgrense oppgåva mi veljar eg å utelate det praktiske rundt det å få ein stomi. Oppgåva tek utgangspunkt i dei pasientane som har permanent stomi, og vil omhandle kjensler, tankar og utfordringar kring aspekta ved seksualiteten og meistring av desse utfordringane. Det vert lagd vekt på vaksne personar, både menn og kvinner.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Stomi – Kva er det?

Stomi er eit gresk ord som tydar opning eller munn. Ein nyttar begrepet stomi om ein kirurgisk konstruert opning i kroppen – enten mellom to holorgan, eller frå eit holorgan og ut på huda (Nilsen, 2011, s.103).

1.4.2 Seksualitet

Seksualitet angår menneske i alle aldrar og livssituasjonar, og vert ofte sett på som ein kroppsleg relasjon mellom to personar. Seksualitet er eit omgrep med ei brei betyding og ein kan sei at seksualiteten omfattar både fysiske, psykiske, andeleg, sosiale og kulturelle sider ved det å vere eit menneskje (Gannes, 2011 s. 71).

1.4.3 Meistring

Omgrepet meistring består av et breitt spekter av tilnærmingar og strategiar retta mot å kontrollere både ytre og indre krav og konflikhtar. Meistringsstrategiar er det ein gjer for å takle desse krava eller utfordringane (Reitan, 2010, s.79).

1.5 Hensikt og mål for oppgåva

Hensikta og målet med oppgåva er å belysa kva utfordringar den stomiopererte pasienten møter knytt til si eiga seksualitet, og kva rolle sjukepleiar kan spele i forhold til å meistra desse utfordringane. I tillegg ynskjer eg å setta fokus på seksualitet som eit tema med høg relevans for sjukepleieyrket, og som eg føler vert nedprioritert både i forhold til mi eiga utdanning og i praksis.

2 TEORI

2.1 Presentasjon av sjukepleiefagleg perspektiv – Patricia Benner og Judith Wrubel

Omsorg, person, situasjon, kontekst, stress, meistring, sjukdom, symptomar, livslaup, helse og helsefremming er begrep som Patricia Benner og Judith Wrubel har trekt fram og omdefinert, og som er sentrale i deira sjukepleieteori (Kirkevold, 2001, s. 199).

2.1.1 Omsorg

Benner og Wrubel hevdar at omsorg er det primære i alt menneskeleg liv. Dei definerer omsorg slik (Benner og Wrubel, 2001, s. 14):

Omsorg er ein grunnleggjende måte at være i verden på – omsorg er primærkilden til både stress og meistring i menneskets opplevelse af sundhed og sygdom.

Vidare meiner dei at sjukepleie vert betrakta som ein omsorgspraksis dersom vitenskap er styrt av omsorga og ansvarlegheita si moralske kunst og etikk. Sjukepleiarar viser omsorg for friske menneske, menneske med smerter, tap, frykt, lemlesting, død, sorg, utfordring, vekst, og ved fødsel og kjem difor nært innpå pasienten (Benner og Wrubel, 2001, s. 14).

2.1.2 Stress

Benner og Wrubel (2001) meiner at stress er personens fysiske, emosjonelle og intellektuelle oppleving av at ein elles ubesværa funksjon, del av livet, har vorte forstyrra. Dei definerar stress som:

Forstyrrelsen af meninger, forståelse og normal funktion, med oplevelse af skade, tab eller utfordringer som følge, og der kræves sorg, fortolkning eller erhvervelse af nye færdigheder (sitert i Benner og Wrubel, 2001, s. 83)

Ein vesentleg kjelde til stress kan ifølgje Benner og Wrubel (2001) vere opplevinga av sjukdom. Sjølv om ein kan verte frisk og fri av sjukdommen, vert ein ikkje fri frå opplevinga av den.

Sjukepleiarar kan her gjere ein forskjell. Sidan sjukepleiarar står i ein unik posisjon og kan vere istand til å forstå både sjukdomsopplevinga og å sjå på kva måte pasienten bidreg til opplevinga. Vidare kan sjukepleiarar hjelpe pasienten til å forme sjukdomsopplevinga ved vegleiing, informasjon, fortolking og trening. Sjukepleiarar kurerer dermed ikkje stresset for pasienten, men dei kan vere med å hjelpe pasienten til å overleve den stressande situasjonen (Benner og Wrubel, 2001, s, 86).

2.1.3 Meistring

Meistring er ikkje noko form for motgift mot stress. Der stress er opplevinga av forstyrning av meiningar, betydingar og forståing, er meistring det ein møter forstyrringa med. Ved meistring gjer ein ofte direkte handlingar for å takle stress og situasjonar, men det kan likevel vere ei form for meistring å ikkje foreta seg noko som helst. Å søkje etter relevant informasjon for situasjonen, å endre tankegangen og å prøve å få det betre kan vere andre formar for meistring (Benner og Wrubel, 2001, s. 86).

2.2 Stomi

2.2.1 Ulike typar Stomi

Stomi er eit felles uttrykk for ein tilstand der det er ein kunstig kroppsopning kor tarm eller urinveg er ført ut til overflata av huda, og er på folkemunne det me kallar for «utlagt tarm» (Nilsen, 2011, s. 103). Føremålet med ein stomi er å erstatte eller avlaste eit sjukt organ, til dømes å leie avføring ut når endetarmen er fjerna eller angrepen av sjukdom (NORILCO, 2008, s.3). Ein stomi kan anleggjast midlertidig eller permanent og det vert konstruert ulike typar. Å anleggje ein stomi midlertidig vil sei at den kan leggjast tilbake, medan ein permanent stomi må ein ha resten av livet (Indrebø, 2013, s. 448). Stomien vert anlagt på pasienten sin mage, plasseringa på magen er avhengig av type stomi og kroppsbygninga til pasienten. Colostomi og ileostomi er tjukktarmen (colon) og tynntarmen (ileum), medan det heiter urostomi når det gjeld urinvegane som er lagt ut (NORILCO, 2008, s. 3).

2.2.2 Årsakar til stomi

Dei ulike årsakene til at det vert konstruert ein stomi er mange. Kreft i tarmkanalen, endetarm eller urinblære er blant dei vanlegaste årsakene til stomi. Andre vanlege årsakar kan vere divertikulitt med perforasjon til tarm, kolonpolypose og inflammatorisk tarmsjukdom som til dømes Chrons sjukdom eller Ulcerøs kolitt (Indrebø, 2013, s. 444). Misdanningar, blæreekstrofi (open blære), ryggmergsbrokk, analresi (manglande endetarmsopning) og Hirschsprungs sjukdom er andre årsakar (NORILCO, 2008, s. 4). Ulykker, kirurgiske inngrep og strålebehandling mot kreft som kan føre til skadar over urinveggar eller tarm, kan òg vere årsakar til at stomi er naudsynt. (NORILCO, 2008, s. 4).

2.2.3 Konsekvensar for pasienten

Det å få ein stomi vil for dei fleste opplevast som skremmande og noko som inneber mykje usikkerheit (Nilsen, 2011, s. 107.) Å ha kontroll over avføringa og urin er noko med lærer som små born, og dette er viktig for personlegheitsutviklinga, og for utviklinga av sjølvbiletet vårt. At ein held lydar og luktar for oss sjølv, og at ein held seg «reinsleg» er noko som er forventa frå omgjevnadane våre.

2.3 Sjølvbiletet og kroppsbiletet – endring av betyding

Sjølvbiletet handlar om korleis ein oppfattar og evaluerer seg sjølv, og kan vere både positivt og negativt (Renolen, 2008, s. 121). Som eit viktig aspekt ved sjølvbiletet og identiteten vår, har me kroppsbiletet som er vår subjektive oppleving av kroppen (Renolen, 2008, s.122). Noko me mennesker er opptekne av er å ha ein normal og velfungerande kropp. Når me vert sjuke opplever mange at kroppen vert endra til dømes ved symptomar på sjukdommen eller behandling som kirurgiske inngrep. Desse endringane kan påverke både utsjånad og funksjonsnivå. Tap av kroppsdelar og/eller kroppsfunksjonar kan opplevast forskjellig av ulike personar. Korleis omgjevnadane reagerer på endringane vil påverke personens kroppsoppfatning. Det at ein partner har ei positiv innstilling til stomien til dømes, vil ha stor betyding for korleis sjølvoppfattinga til personen og til meistring av den nye situasjonen vil vere (Renolen, 2008, s. 126-127).

Kroppsbilete vert forklart med korleis ein person oppfattar kroppen sin. Den er ein viktig del av sjølvbilete då den gjeld både kroppsfunksjonar og utsjånad (Schjølberg, 2013, s 143). Ein kan dele kroppsbilete inn i tre komponentar: kroppsrealitet, kroppsrepresentasjon og kroppsideal. Kroppsrealitet forklarar mellom anna måten me oppfattar og føler kroppen på. Kroppsrepresentasjon seier noko om korleis me visar kroppen fram gjennom klede, sminke og kroppspråk. Kroppsidealet vert sett på som ei slags indre standard for bedømming. Med desse tre komponentane prøver me heile tida å oppnå ein balanse. Oppstår det endringar med ein av komponentane, vil me prøve å kompensere for det gjennom dei andre, til dømes gjennom meistringsstrategiar og vårt sosiale nettverk (Schjølberg, 2013, s. 143).

2.4 Seksualitet

Den menneskelege seksualiteten er samansett av eit nettverk av kjensler, eit nettverk som er unikt for kvar enkelt individ, bygd av individuelle erfaringar og ibuande eigenskapar (Almås og Benestad, 2006, s. 43). Seksualitet er eit komplekst begrep. Thore Langfeldt og Mary Porter har i 1986 beskrive seksualitet slik:

Seksualitet er en integrert del av det å være mann, kvinne eller barn. Det er et grunnleggende behov og et aspekt ved menneskelig væren som ikke kan skilles fra andre deler av livet. Seksualitet er ikke synonymt med samleie, det handler ikke om å ha orgasme eller ikke, og det er heller ikke summen av våre erotiske liv. Disse kan være deler av vår seksualitet, men trenger ikke å være det. Seksualitet er mye mer: Det er en energi som motiverer oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og intimitet. Seksualitet uttrykkes i hvordan vi føler, beveger oss, berører og blir berørt. Det handler om å være sensuell så vel som seksuell. Seksualitet påvirker tanker, følelser, handlinger og samspill, og derigjennom også vår mentale og fysiske helse. (siteret i Almås og Benestad, 2006, s. 44)

Ein slik vid definisjon på seksualitet er med på å antyde at seksualitet både har kroppslege, personlege og relasjonelle aspekt, og at menneskets seksualitet er noko anna og meir enn det å ha eit seksualliv (Laursen, 2011, s. 705).

2.4.1 Seksualitet og sjukdom

Det er naudsynt å kjenne til dei anatomiske og fysiologiske forholda som inngår i seksualitetens biologiske dimensjon om ein skal kunne forstå og hjelpe menneske med problem av seksuell art (Laursen, 2011, s. 705). Sjukdommar og behandlingsformar kan påverke kroppen og gå ut over seksualiteten (Laursen, 2011, s. 705). Almås (2004, s. 50) hevdar at seksuelle problem kan vere tidlege symptomar på somatisk sjukdom, resultat av medisinerer eller eit kirurgisk inngrep. Når eit menneske vert råka av sjukdom, og særleg kronisk sjukdom, påverkar det både identiteten og seksualiteten deira. Laursen (2011, s. 705) skriv at kirurgiske inngrep til dømes i underlivet, blæra eller endetarmen, kan skade nervebanane til det vesle bekkenet og til kjønnsorgana. Dette kan føre til seksuell dysfunksjon. Forstyringar i hormonbalansen samt ein del medisinsk behandling kan og vere med å påverke menneske sin seksualitet.

2.4.2 Seksualitet og stomi

Berndtsson (2008, s. 194) seier at eit fleirtal studiar viser at stomi påverkar pasientars seksualliv både fysisk og psykisk. Det er ein lang prosess det å akseptere at ein skal leve med stomien, nokre gjer det heller aldri. At kroppen er forandra kan knytast opp mot seksualiteten og pasienten kan kjenne seg fråstøytande og uattraktiv noko som automatisk påverkar seksuallivet negativt. Dette er delar av psykiske problem som kan oppstå og inneber tankar og kjensler kring sjølvbilete som er vesentleg og heng nært saman med seksualitet. Frykt for lukt, lekkasje og lyd frå stomiposen gjer det vanskeleg og utfordrande (Junkin og Beitz, 2005). Stomipasienten sin seksualitet vert påverka av ei rekkje både mekaniske og psykologiske faktorar (Christiansen, 2001, s.686). Dei mekaniske faktorane inneber blant anna angst for at posen ikkje held seg på plass under samleie, eller at posen er synleg, er i vegen, eller verkar fråstøytande på partner. Dei psykologiske faktorane har fokus på reaksjonen på sjukdom og behandling, til dømes reaksjonar som depresjon, dødsangst og sorgarbeid. Hindringane dei psykologiske faktorane utgjør spelar ei stor rolle, i tillegg gjeld det tilbakegang av personleg utvikling og endringar i kroppssopfatninga (Christiansen, 2001, s. 686). Dei fysiologiske skadane er i hovudsakleg knytt til endringar i

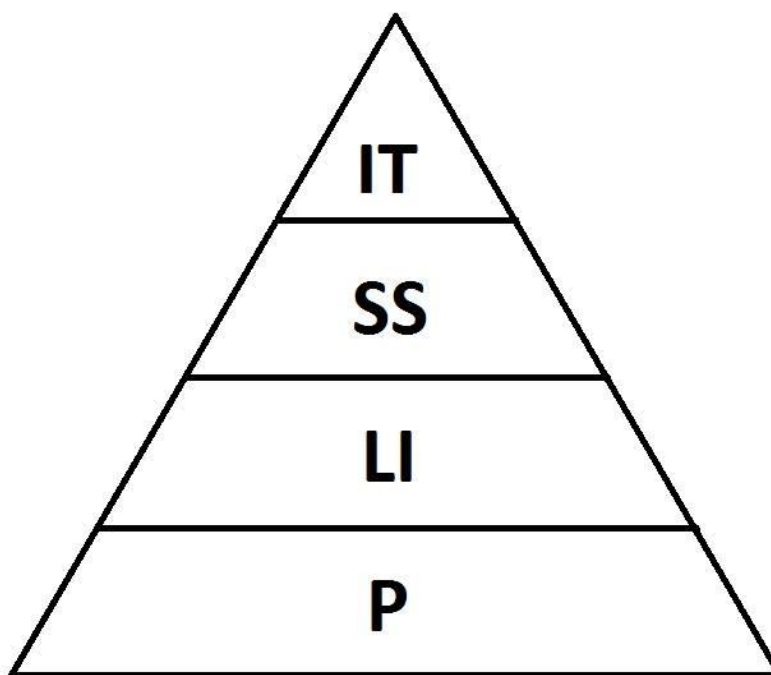
styringa av blodtilstrømming til penis og klitoris, og kan innebere inkomplett eller manglande ereksjon, sterilitet hos mannen ved sædavgang til blæra, manglande blodfylling av klitoris, manglande smørjing av skjeden og manglande kontroll over urinen hos kvinna. Anatomiske faktorar som kan innverke på seksualiteten kan vere arrvevdanning og bakoverbøygde livmor som kan gje smerter og utflod (Christiansen, 2001, s. 686).

2.4.3 Seksualitet og sjukepleie

Det er viktig at sjukepleiar har kunnskap om og forståing for menneske si seksuelle utvikling og seksualitetens betydning i ulike livsfasar. Seksualiteten ser ein på som ein integrert del av mennesket si identitet og personlegdom og er difor alltid eit aspekt ved mellommenneskelege relasjonar, òg i relasjonen pasient og sjukepleiar. At ein sjukepleiar har kunnskap og forståing om emnet vil gjere at sjukepleiaren taklar eventuelle seksuelle problemstillingar dei møter i det praktiske arbeidet (Laurson, 2011, s. 704-705). Den sjukepleiefaglege oppgåva knytt til pasienten si seksualitet er å gi informasjon, råd og vegleiing i den grad dei har naudsynt og tilstrekkeleg kunnskap, og samstundes vite kor pasienten kan få hjelp vidare (Laurson, 2011, s. 714).

2.4.4 *Plissit modellen*

PLISSIT-modellen vart utvikla av den amerikanske psykologen Jack Annon i 1976 (Almås og Benestad, 2006, s. 67). Modellen beskriv ulike nivå ein kan forholde seg til og behandle seksuelle problem på, og er godt eigna som eit utgangspunkt når ein arbeider med seksuelle problem.



1

PLISSIT står for permission, limited information, specific suggestions and intensive therapy. Me seier på norsk tillating, begrensa informasjon, spesifikke forslag og intensiv terapi (Nilsen, 2011, s. 125). Tillating er det nedste nivået i modellen. Der skal gjevast rom for alle til å prate om seksualitet. Sjukepleiar gjev her tillating til å prate om temaet, og det einaste som krevs er tryggleik i forhold til samtale om seksualitet (Laursen, 2011, s 716) Nivået for begrensa informasjon omhandlar enkel og sakleg informasjon om seksualitet på generell basis. Det kan til dømes gjelde informasjon om seksuelle hjelpemidlar, eller informasjon om korleis ein eventuell

¹PLISSIT modellen. Bilete henta frå www.google.com 17.01.2014. Tilgjengeleg frå:

<http://www.mssiden.no/images/stories/ms-handbok/kap5/figur2.gif>

medisinsk behandling kan påverke seksuallivet (Laursen, 2011, s. 716). Spesifikke forslag er nivået som gjeld for dei som treng å få stille spørsmål om sin eigen situasjon og få spesifikke forslag til løysingar. Sjukepleiar kan gå meir i djupna og kommunisere med pasienten om den situasjonen han er i (Laursen, 2011, s. 716). Intensiv terapi er eit nivå der yttarst få personar befinn seg. Dette trinnet krev behandlingstilbod med spesialistar og sexologar. Det krev tid, spesialkunnskap og kan innebere samlivsterapi (Laursen, 2011, s.716).

2.5 Stress og meistring

2.5.1 Stress

Stress er gjerne noko me forbinder med ubehag, og noko som til og med kan gjere oss sjuke. Stress er ein prosess som er ein belastning på personens ressursar. Me snakkar gjerne om det me kallar stressorar, altså ytre påkjenningar som vert oppfatta av sanseapparatet og som utløyser ein emosjonell stressrespons, til dømes frykt, angst og sinne (Reitan, 2010, s.75). Alvorleg og livstruande sjukdom og kronisk sjukdom er hendingar som kan føre til stress. Det er viktig å understreke at stress i seg sjølv ikkje er ein sjukdom (Renolen, 2008, s. 138). Lazarus og Folkman (sitert i Reitan, 2010, s. 77) definerer psykisk stress som «et forhold mellom den enkelte og omgivelsene som ut frå personens oppfattning tærer på eller overskrider vedkommendes ressurser og setter hans eller hennes velvære i fare».

2.5.2 Meistring

Livet handlar om meistring i den grad me utviklar oss, tilpassar oss og lærar oss nye ferdigheter. Det betyr på mange måtar det same som å beherske, ha tak på, greie eller å vere herre over situasjonen (Hopen, 2010, s. 299). Ofte forbind me det med å klare noko eller prestere, og ein kan gjerne kople det til konkrete ferdigheter. Men for ein som til dømes får ein kronisk sjukdom vert bilete noko heilt anna. Då kan vedkommande sitte inne med tankar, kjensler og band til ein tidlegare livssituasjon. Meistring og forventningar vert knytt til den situasjonen. Meistring er eit omdiskutert begrep då mange forbind det berre med strategiar som har eit vellukka utfall. I

forbindelse med helsepsykologi vert derimot alle forsøk på handtering av stress og kriser, både dei vellukka og mindre vellukka resultata, rekna som meistring (Renolen, 2008, s. 142). Lazarus og Folkman definerer meistring som:

kontinuerlig 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 (sitert i Reitan, 2010, s 78).

Meistring inneber å hensiktsmessig forhalde seg til situasjonen og eigne reaksjonar (Eide og Eide, 2011, s. 176). Lazarus og Folkman (Eide og Eide, 2011, s.172) illustrerer forholdet mellom vurderingar, meistring og kjensler i ein firetrinnsmodell. Første trinn vert utløyst av situasjonen, andre trinn omhandlar dei reaksjonane som oppstår, tredje trinn består av dei meistringsstrategiane som vert tredd i kraft og i fjerde trinn revurderer ein situasjonen på bakgrunn av meistringsforsøka. Denne modellen peikar på vurderingar, kjensler og handlingar som moglege punkt for påverknad og bearbeiding frå utsida, til dømes sjukepleiar. Alle meistringsstrategiane ein person nyttar, har som formål å hjelpe vedkommande til å bevare sitt sjølvbilete, finne meaning og oppretthalde personleg kontroll over dei problema og ytre og indre krav personen står ovanfor (Reitan, 2010, s. 79). Lazarus og Folkman (Reitan, 2010, s. 80) meiner det er to hovudmåtar ein møter stressfylte reaksjonar på. Desse er problemorientert meistring og emosjonsorientert meistring. Ved problemorientert meistring handlar det om ulike strategiar som vert nytta for å løyse eit problem eller ta hand om ein vanskeleg situasjon. Medan emosjonsorientert meistring omfattar strategiar som tek sikte på å endre opplevinga av situasjonen meir enn å endra sjølve situasjonen. Dei fleste vil velje ein kombinasjon av emosjonsorienterte og problemorienterte meistringsstrategiar når dei står ovanfor ein situasjon som vert opplevd som stressande (Reitan, 2010, s. 78).

3 METODE

Sjuepleie som fagområde er komplekst på mange måtar, blant anna fordi det krevs stor fleksibilitet i bruk av kunnskap (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart, 2012, s.15). Ein kallar det kunnskapsbasert praksis når ein fagutøvar bevisst nyttar ulike kunnskapskjelder i praksis (Nortvedt et al., 2012, s.16).

Kunnskapsbasert praksis består av ein prosess i fleire trinn, og modellen beskriv seks ulike trinn. Desse er refleksjon, spørsmålsformulering, litteratursøk, kritisk vurdering, bruk og evaluering. Ved å nytte kunnskapsbasert praksis får sjukepleiarar reiskapar til å utvikle praksis gjennom ein systematisk og reflektert bruk av ulike kunnskapskjelder (Nortvedt, et al., 2012, s. 21-22).

Ein metode fortel oss om korleis ein bør gå fram for å skaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012, s. 111). Det at me velgjer å bruke ein bestemt metode er begrunna med at me meiner den vil gje oss gode data og belyse spørsmålet me har stilt oss sjølv på ein fagleg interessant måte (Dalland, 2012, s.111). Sosiologen Vilhelm Aubert definerer metode slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilken som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (sitert i Dalland, 2012, s. 111).

3.1 Litteraturstudie som metode

Forsberg og Wengström (2013, s. 30) seier at eit litteraturstudie inneber å søkje systematisk etter forskning, kritisk vurdering av søket og at ein sett saman litteratur innafor eit valt tema eller problemstilling. Den systematiske litteraturstudien bør fokusera på aktuell forskning innafor det valte temaet og bør vera realistisk å setje i verk i klinisk praksis.

Det er ingen grenser for kor mange studiar som kan inngå i eit litteraturstudie. Antalet studiar baserer seg på kva forfattaren finn om temaet sitt, og om dei er aktuelle, relevante og oppfyller krava for å inkluderas med i litteraturstudien (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s. 30-31).

3.2 Framgangsmåte – litteratursøk, kriteriar og utfordringar

I denne fordjupningsoppgåva har eg nytta høgskulen sine helsefaglege databaser for å søkje etter relevant forskingslitteratur. I søkjet valte eg å bruka CINAHL og Ovid Nursing. Før søket starta valte eg å bruka SveMed + for å finna relevante søkeord. Eg søkte først med norske søkjeord, og fekk opp alternative søkjeord på engelsk. Søkjeorda eg har nytta er «stoma», «ostomy», som eg har kombinert med orda «sexuality», «coping» og «nursing». Eg valte å kombinera søkjeorda med AND for å få mest mogeleg relevante treff. Ved å bruka AND avgrensa eg søket slik at eg fekk treff på artiklar der alle søkjeorda var tilstade (Nortvedt et al., 2012, s. 55). For å vurdere og velje ut artiklane valte eg å lese overskrifta, samandraget og deretter å lesa den i fulltekst der det var mogeleg. I søket fann eg 5 artiklar eg valte å ta med, som eg meiner har god relevans for oppgåva. Har lagt ved søkjetabellar, sjå VEDLEGG 1.

Før eg byrja søket lista eg opp nokre kriteriar for val av forskingsartiklane. Desse var at dei helst ikkje skulle vere eldre enn 10 år gamle, ha eit pasientperspektiv, vera engelskspråkelege og innehalda ein tydeleg metodedel. Eg ynskja at artiklane skulle vere bygd opp etter IMRAD-prinsippet². Eg ynskja òg at artiklane skulle vere godkjende av etiske komitèar, eller innehalde informasjon som tilsa at etiske retningsliner var fylgd.

Den største utfordringa ved søk etter forskingslitteratur for oppgåva var å finne relevant kvalitativ forskning med eit pasientperspektiv frå nyare dato. Dei få eg fann var alle frå tidleg 90-talet og eg tykte difor at desse vart for gamle til å inkluderas med i litteraturstudiet. Mange artiklar vart difor ekskludert. I tillegg var det sparsommeleg litteratur å finne der det er samstundes forska på stomi, seksualitet, meistring og sjukepleie.

² Dei fleste vitenskaplege artiklane er bygd opp etter denne struktura, og IMRAD er forkorting for introduksjon, metode, resultat, og diskusjon (Nortvedt et al., 2012, s. 69).

3.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er dei metodane ein nyttar for å fastslå om ei kjelde er truverdig. Det vil sei at ein vurderer kritisk dei kjeldene som er nytta (Dalland, 2012, s. 67). Eg visste tidleg kva for tema eg ville skrive om, men hadde ikkje heilt klart for meg problemstillinga. Det førte til at eg brukte lang tid på søkje etter aktuell forskning, noko som kunne vore spart om eg tidleg hadde hatt klar ei problemstilling. Det eg saknar er ei kvalitativ studie med pasientperspektiv. Hadde eg funne ein slik forskingsartikkel, kunne utfallet av oppgåva vore annleis. Eg er likevel nøgd med dei artiklane som er presentert, og eg meiner dei svarar godt på problemstillinga mi.

I arbeidet med systematiske litteraturstudiar er det viktig å kjenne til dei viktigaste forskingsetiske retningslinene. Den viktigaste norma er at omsynet til forsøkspersonane skal kome framføre omsynet til forskinga og samfunnet (Slettebø, 2010, s. 218). Ifølgje Forsberg og Wengström (2013, s.69-70) bør ein velja artiklar og studiar som er godkjende av etisk komité, eller som tydeleg viser at etiske omsyn er teken. Ein skal gjere greie for alle artiklane som er teken med i litteraturstudia og alle resultat skal presenterast. Det er uetisk om ein berre tek med artiklar som støttar forskaren si meining (Forsberg og Wengström, 2013. s. 70). Ein skal vedgå seg dei kjeldene ein har nytta i oppgåva. Behandlar ein kjeldene sine nøye og med respekt, kan ingen skulde deg for plagiat (Dalland, 2012, s. 83).

3.4 Vurdering av forskinga

For å kritisk vurdere forskinga eg har funne og valt å støtte meg til, har eg nytta sjekklister som eg fann på kunnskapssenteret sine heimesider³. Eg har ikkje direkte fylt ut sjekklisene, men på bakgrunn av dei krava sjekklisene stiller har det har gjort arbeidet med den kritiske vurderinga lettare.

Persson, Gustavsson, Hellström, Lappas og Hultèn (2005) har skrive den kvantitative artikkelen om stomipasientars oppfatting av livskvalitet. Eg meiner studia held god kvalitet og er relevant for mi problemstilling. Spørjeskjema er brukt som metode i studia, men kanskje ei kvalitativ tilnærming med til dømes bruk av intervju hadde gitt oss eit klarare bilete på opplevinga til pasientane. Eg stiller meg kritisk til fråfallet av deltakarar då det viser seg at berre 72 % av ileostomipasientane og 55 % av colostomipasientane fullførte spørjeskjemaet, noko som resulterer i ein låg svarprosent. Spørjeskjemaet var valid og kvalitetssikra. Studia er godkjend av etisk komité.

Ayaz og Kubilay (2009) er forfattarane bak den kvantitative artikkelen om kor effektiv PLISSIT-modellen er for løysing av seksuelle problem hos pasientar med stomi. Hensikta og metode i studia kjem klart fram. Interessegruppa og kontrollgruppa i undersøkinga følgjer ulike opplegg, og eg stiller meg difor kritisk til om resultatata då vert gyldige. Dette var den einaste artikkelen eg fann som omhandla PLISSIT-modellen, og valte difor å ta den med sjølv om eg er kritisk til innhaldet og gyldigheta av resultatet. Studia er etisk godkjend.

Artikkelen til Brown og Randle (2005) vurderer eg som relevant for oppgåva. Det er ei systematisk oversikt der forfattarane gjennomgår sjukepleielitteratur. Metode og hensikt kjem klart fram. Kva litteratur, kva databasar som er nytta i søket og kva for søkjeord som er brukt er skildra av forfattarane. Kvaliteten på oversikta kan gjerne diskuteras, men eg valte å ta den med då eg tykte den innehaldt relevant stoff for mi fordjupningsoppgåve.

3

<http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklister-for-vurdering-av-forskingsartikler;jsessionid=1108B3C80FAF17FCF25AE914E16BF7FF>

Den kvantitative forskingsartikkelen til Saunamäki, Andersson og Engström (2010) vurderer eg som god. Hensikta og metoden kjem godt fram. Spørjeskjema var nytta i studia, og var analysert og samanlikna. Studia har fylgd etiske retningsliner. Eg vurderer artikkelen som relevant for mi problemstilling.

Saunamäki og Engström (2013) er forfattarane bak den kvalitativ studia som tek for seg tankane og opplevingane til sjukepleiarar. Hensikta og metoden kjem godt fram. Ei kvalitativ tilnærming er hensiktsmessig på det grunnlag av at det er eit behov å forstå kva sjukepleiarar tenkjer om det å inkludere seksualitet i sjukepleia. Funna kjem tydeleg fram og beskriv refleksjonane til sjukepleiarane på ein god måte. Studia er ikkje etisk godkjend, då svensk lov tilseier at det ikkje er naudsynt sidan forskinga er gjort på sjukepleiarar sine refleksjonar kring deira opplevingar om å diskutere seksualitet med pasientar, og ikkje omhandlar deira eiga helse eller seksualitet. Det viser at etiske refleksjonar er tatt høgde for. Eg meiner artikkelen held god kvalitet og at den har relevans for mi problemstilling.

4 RESULTAT

I denne delen av oppgåva vert 5 forskingsartiklar presentert. Tre kvantitative artiklar, ein oppsummert forskning og ein kvalitativ artikkel utgjer resultatet. Det ligg kortfatta samandrag av hensikt, metode, utval og resultat av alle artiklane presentert i ein resultattabell, sjå VEDLEGG 2.

4.1 Ostomys pasients` perceptions of quality of care (2005)

Persson et al. er forfatarane bak denne kvantitative artikkelen og er gitt ut i år 2005. Bakgrunnen for studia er at ein stomioperasjon inneber drastiske endringar i pasienten sitt liv, grunna fysiske påkjenningar, tap av kroppsleg funksjon og endring i den personlege hygienen. Ofte er slike endringar skuld i store bekymringar for pasientane, og det er difor viktig å måle kvaliteten på pleia som vert gitt. Resultata i studia viser at majoriteten av pasientane i begge gruppene meinte at alle punkta i spørjeskjemaet var viktig, men dei fleste meinte at fleire aspekt ved kvaliteten på pleia var utilfredsstillande. Det viste seg at ein tredjedel av colostomi-pasientane og halvparten av ileostomy-pasientane var misfornøgde med informasjonen som omhandla undersøkingar og testar. Eit større antal pasientar var òg misfornøgde med moglegheitene til å delta i avgjersler og moglegheitene til å diskutere seksuelle problem. Konklusjonen i studia var at informasjon og vegleing til stomipasientane, både frå sjukepleiarar og legar, verkar å vere manglande og dårleg. Dette seier noko om at standaren for kvaliteten på pleia til desse pasientane bør utviklast og forbedrast.

4.2 Effectivness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma (2009)

Hensikta med denne studia av Ayaz og Kubilay var å vurdere effektiviteten av PLISSIT modellen for å løyse seksuelle problem hos personar med stomi. Bakgrunnen for studia er at det å gjennomgå ein stomioperasjon og det å få ein stomi inneber store endringar i livssituasjonen. Desse endringane kan gå ut over forhold, sosialliv og seksualliv. Intervensjonen som vart nytta i studia var PLISSIT-modellen. Pasientane i interessegruppa vart besøkt åtte gongar. I løpet av

besøka vart det diskutert seksuelle problem i forbindelse med stomi og korleis desse problema kunne løysast ved hjelp av PLISSIT-modellen. Konklusjonen fastslår at bekymringar kring seksualitet er knytt til kjensla av å føle seg uattraktiv, seksuell yting, angst, og nokre fysiske og emosjonelle funksjonar, som til dømes frykt for lekkasje, lyd og lykt frå stomiposen. Forfattarane hevdar at å finne ei løysing på seksuelle problem ved å bruke PLISSIT-modellen er mogeleg.

4.3 Living with a stoma: a review of the literature (2005)

Brown, og Randle er forfattarane bak denne litteraturoversikta frå 2005. Funna i litteraturen artikkelen har gjennomgått antydar at det å få ein stomi har ei negativ innverknad på livet til pasienten. Stomien påverker fleire området som endra livskvalitet, endra sjølvbilete og kroppsbilete, seksualitet, praktiske problem, og psykisk tilpassing og meistring. Negative kjensler er knytt til det å få ein stomi og inneber blant anna nedsett sjølvrespekt og sjølvtilitt, sjokk, avsky og sjenanse. I forhold til praktiske problem er frykta for lekkasje stor og fører til at mange av pasientane unngår jobb og arbeid og sosialt samver med vener og bekjente. Opplevinga av eit endra kroppsbilete og kjensler kring aksept og meistring av stomi er sentrale. Seksualiteten heng saman med kroppsbilete, og mange pasientar har bekymringar av seksuell karakter. Den seksuelle aktiviteten ser ut til å verte nedsett etter ein stomioperasjon. Pasientane kjenner seg mindre seksuelt attraktive, sjølv om partnarane ikkje deler samme meining. Sjukepleiarar må kjenne til desse opplevingane, og vere bevisst på at ulike reaksjonar kan oppstå hos pasientane, og at dei kan endra seg over tid. Støtte frå sjukepleiar er viktig og funna peiker på at om pasienten vil kjenna seg trygg på å spørje og søkje hjelp, er det naudsynt for han å ha ein god relasjon til sjukepleiar, samstundes kjenne på opplevinga av aksept. Om sjukepleiar sørgjer for mogelegheit for generell og open kommunikasjon, vert det det lettare for pasienten å akseptere seg sjølv og positive kjensler kan verte styrka. Resultata av studien framhevar viktigheta av støtte og hjelp tidleg i pasientforløpet. Litteraturen meiner at stomipasientar er i faresonen for å utvikle psykososiale problem, difor bør sjukepleiarar vurdere å setje i verk intervensjonar tidleg i behandlinga. Alle sjukepleiarar står i ein unik posisjon til å hjelpe pasientane til å akseptere sitt eige kroppsbilete og til å tilpasse seg ei tilvære med stomi. Eit tilstrekkeleg kunnskapsgrunnlag må vere på plass for at sjukepleiarar skal kunne gje denne støtta til stomipasientar.

4.4 Discussig sexuality with patients: nurses` attitudes and beliefs (2010)

Saunmäki, Andersson og Engström (2010) har skrive denne forskingsartikkelen. Resultata forskarane fann peika på at over 90 prosent av deltakarane svarte på at dei kunne forstå at sjukdom og behandling kan ha innverknad på pasienten sin seksualitet. Om lag to tredjedelar følte seg komfortable med å diskutere seksuelle problem med pasienten og var einig om at det er sjukepleiar sitt ansvar å oppfordre pasienten til å snakke om dei seksuelle bekymringane sine. Likevel viste det seg at dei fleste ikkje tok seg tid til å diskutere dei seksuelle bekymringane pasienten hadde, og om lag to tredjedelar av sjukepleiarane følte seg ikkje trygge på sine egne kunnskapar til å ta opp pasienten sine seksuelle bekymringar. Hovedfunna i studia peika på at sjukepleiarar var einig om og forstod at sjukdom kunne ha innverknad på seksualiteten, og at det var sjukepleiars ansvar å ta opp desse problema med pasienten. Likevel viste det seg at 80 prosent av deltakarane ikkje tok seg tid til å ta opp seksuelle problem med pasienten, og at 60 prosent følte dei ikkje hadde gode nok evner til å ta det opp. Forfattarane konkluderte difor med at utdanninga spelar ei viktig rolle og ein må betre sjukepleiarane si kunnskap og evne til å utøve heilskapleg omsorg som pasienten har krav på.

4.5 Registered nurses reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears (2013)

Saunmäki og Engström er forfattarane bak denne forskingsartikkelen frå 2013. Det er ein kvalitativ artikkel, der sjukepleiarars syn på det å diskutere seksualitet med pasienten er undersøkt.. Deltakarane vart oppfordra til å fortelje om deira tankar og refleksjonar kring det å diskutere seksualitet med pasientar. I resultatdelen kjem det fram at sjukepleiarane følte at det var deira ansvar å ta opp seksuelle problem med pasienten, då dei samstundes hevda at seksualitet òg er ein viktig del av livet til pasienten og kan påverkast ved sjukdom. Nokre sjukepleiarar svarte òg at dei trudde pasientane håpa på at sjukepleiarane skulle spørje dei om seksuallivet, då pasientane kanskje var for sjenerte til å ta det opp sjølv. Ved bruk av ei humoristisk framtoning kunne dei få informasjon om eventuelle seksuelle problem utan å direkte spørje pasienten om det. Dette førte ofte til ein tillating til å snakke om seksuelle utfordringar. Sjølv om ansvarskjensla var sterkt tilstade, følte sjukepleiarar på kjensler som ubehag, tabu og fordommar. Nokre sjukepleiarar meinte også at psykologar og andre spesialistar hadde meir tid og erfaring til å prate

med pasientane om seksualitet. Til dømes trudde dei at stomisjukepleiarar var flinkare til å ta opp seksuelle problemstillingar med stomipasientar, enn «vanlege» sjukepleiarar var. Hovudfunna i artikkelen peikar på det å diskutere seksualitet med pasientar framleis er utfordrande og vanskeleg for sjukepleiarar. Dei kjenner eit visst ansvar fordi dei har ei viss kunnskap om emne, men temaet førar med seg kjensle som frykt og forlegenheit. Dårleg tid, fordommar, tabuområde og at det var andre sitt ansvar å ta opp seksualitet med pasientar, vart uttrykt som grunnlag for å ikkje ta opp seksualitet med pasientar. Forfattarane konkluderte med at pasienten sin seksualitet framleis er omringa av stillhet blant sjukepleiarar, og sjukepleiarar må vere bevisste på at dei innehar kunnskapar om seksualitet som kan vere til nytte for pasienten.

5 DRØFTING

I denne delen av oppgåva vil eg drøfte problemstillinga mi: «Kva utfordringar opplever den stomiopererte pasienten knytt til eiga seksualitet, og korleis kan sjukepleiar bidra til å fremje meistring hjå desse pasientane» i lys av funna i forskningslitteratur og litteratur frå teoridel.

5.1 Seksuelle utfordringar hos stomipasientar, fysiske og psykiske aspekt

Det å få ein stomi påverkar kroppen både fysisk, psykisk, sosialt og ikkje minst seksuelt. Brown og Randle (2005) framhevar at negative kjensler er knytt til det å få ein stomi. Det påverker fleire områder i livet til ein person, og sentrale kjensler kan vere nedsett sjølvrespekt, nedsett sjølvtilitt, sjenanse og avsky. Junkin og Beitz (2005) og Ayaz og Kubilay (2009) framhevar seksuelle problem som kan vere aktuelle hjå ein stomi-pasient. Sjølv om litteraturen på området er sparsommeleg, seier dei artiklane og publikasjonane som finnes blant anna at både menn og kvinner har bekymringar kring sjølve stomiposen, det vere seg lukt, lyd, lekkasje og avvising frå sine næraste. Dette kan påverke pasienten sin sjølvtilitt, kroppsbilete og seksualitet. Vidare visar Ayaz og Kubilay (2009) at dette ofte er ein grunn til eit nedsett seksualliv, då desse bekymringane får pasienten til å unngå seksuell aktivitet.

Ifølgje Junkin og Beitz (2005) og Christiansen (2001) kan både menn og kvinner ha ulike fysiske bekymringar og utfordringar kring si seksuelle helse etter ein stomioperasjon. Kvinner som har gjennomgått operasjon i bekkenet kan oppleve smertefullt samleie, og manglande orgasme. Yngre kvinner kan ha problem med fertilitet, graviditet og normal vaginal fødsel. For menn, kan komplikasjonar etter kirurgi i endetarmen føre til parasympatiske nerveskadar. I tillegg kan den mannlege pasienten oppleve problem med utløyning og ereksjon. Inkomplett eller manglande ereksjon hos mannen, og manglande smøring i skjeden og smerter ved samleie hos kvinner. Ein kan lett forstå at slike fysiske problem kan vere med å hindre pasienten til å vere så seksuell aktiv som han kan ynskjer, og ein kan forstå at dette er eit problem og ei utfordring hos stomipasienten.

Brown og Randle (2005) meiner det er godt dokumentert i litteraturen at stomipasientar opplever endra sjølvkjensle og eit endra sjølvbilete som eit direkte resultat av stomioperasjonen. Dei viser

vidare til at kvinner, oftare enn menn opplever eit endra sjølvbilete og kjenner seg mindre attraktive ovanfor det motsette kjønn etter å ha fått anlagt ein stomi. Det at seksualitet og sjølvbilete heng nært saman, er ikkje vanskeleg for oss å forstå. Dette underbyggjer Nilsen (2011) då ho hevdar at det å føle seg mindre attraktiv kan føre til seksuelle problem. Ayaz og Kubilay (2008) skriv at dei fysiske endringane kroppen er utsett for etter ein stomioperasjon, kan føre til at ein finn kroppen sin mindre attraktiv enn før, at ein trur at ein ikkje lenger fungerer seksuelt og at ein trur stomiutstyret og sjølve stomien verkar lite tiltrekkande på andre. Sjølvkjensla kan verta hemma av eit negativt kroppsbilete. Sjølvkjensla kan også verte endra om pasienten mist evna til å vere seksuelt aktiv som før, hevdar Junkin og Beitz (2005). Den manglande evna til eller frykta for å ta opp att seksuell aktivitet kan føre til at pasienter med stomi opplever nedsett libido. Tap av betydelege kroppsdelar som endetarm eller urinvegar, og tap av fruktbarhet og nedsett seksuell lyst kan føre til kjensler som tristheit, sinne, fortvilning, fornektning og skuld. Desse kjenslene kan vera meistrinsstrategiar som pasientane benyttar seg av. Nilsen (2011) peiker på at opplevinga som ein mindreverdige person og eit dårleg sjølvbilete kan vere resultat av den endra kroppen. Psykoseksuelle problem til dømes ved at pasienten kjenner seg mindre attraktiv ovanfor det motsette kjønn kan oppstå. Det negative sjølvbilete kan i tillegg vere ei årsak til at pasienten ikkje maktar å ta opp att eller innleie eit nytt seksuelt forhold (Nilsen, 2011, s. 108).

Ut frå desse argumenta og påstandane ser ein tydeleg at pasientar med stomi og utfordringar kring sin eigen seksualitet har behov for hjelp og vegleiing til å meistra desse utfordringane. Persson et. al. (2005) framhevar at stomipasientar ikkje berre treng praktisk hjelp til stomien, men også psykisk støtte til å meistra den innverknaden stomien har på seksualiteten hans eller hennar. Dette underbyggjer også studia til Brown og Randle (2005) då deira funn konkluderer med at mange stomipasientar opplever seksuelle problem, anten av psykisk eller fysisk slag, og at dei treng hjelp for å meistra desse utfordringane.

5.2 Kva støtte treng stomipasienten for å meistra sine seksuelle utfordringar

Det å få ein stomi kan føre til frustrasjon og usikkerheit. På eine sida veit pasienten at sjukdommen som har plaga han lenge, eller er av så alvorleg grad gjer det livsnødvendig med ein stomi. Medan på den andre sida kjem tankane og usikkerheita rundt korleis det vil bli med eit endra levesett, eit endra kropps -og sjølvbilete og endra seksualitet (Nilsen, 2011, Junkin og Beitz, 2005, Brown og Randle, 2005, Ayaz og Kubilay, 2009). Frykta for å lukte eller lekkasje er der, og han er redd for å føle seg skiten og er usikker på korleis omgjevnadane vil møte han. Opplevinga som ein mindreverdige person og eit dårleg sjølvbilete kan vere resultatet av den endra kroppen som ein gjennomført operasjon har med seg. Har ein frå før eit dårleg sjølvbilete, vil det verte ekstra belastande for personen no, og kanskje særleg med tanke på seksuallivet (Nilsen, 2011). Nilsen (2011) påpeiker òg det at pasienten gjennomgår ei krise og har sorgreaksjonar er lett for oss å forstå. Normale og naudsynte forsvarsmekanismar er noko alle menneske er utstyrt med, og dei inneber ubevisste teknikkar som er til hjelp når me skal forsone oss med ei konflikt. Forsvarsmekanismane er med å forsvare sjølvbilete vårt og beskyttar oss mot angsten som følgjer trusselen om tap av sjølvbilete. At sjukepleiar forstår kva for rolle desse ubevisste mekanismane spelar, har stor betydning for arbeidet med stomipasientar. Blant anna kan dei redusere pasienten si mottakelegheit for informasjon, og nokre neglisjerer stomien i kortare eller lengre tid. Brown og Randle (2005) framhevar at det verkar som dei fleste stomipasientar opplever negative kjensler knytt til det å få ein stomi. Sjukepleiarar bør vere klar over pasientane vil reagere ulikt og at desse reaksjonane kan endre seg over tid. Desse reaksjonane kan uttrykkest i kjensler, og det er ein nær samanheng mellom kjensler og meistring. Eide og Eide (2011) peiker på at det òg er ei samanheng mellom vurderinga av situasjonen ein befinn seg i og dei kjenslemessige reaksjonane. Folkman og Lazarus (Eide og Eide, 2011) illustrerer forholdet mellom vurderingar, meistring og kjensler i ein firetrinnsmodell. Modellen peikar på vurderingar, kjensler og handlingar som moglege punktar for påverknad og bearbeiding frå utsida, til dømes sjukepleiar. Ein må forstå pasienten sine vurderingar for å hjelpe han til å meistre utfordringane situasjonen har gitt han.

Persson et al. (2005) framhevar at påverknaden ein stomi vil ha på seksuallivet er godt kjend. Ein treng å gje desse pasientane både tid og moglegheit til å diskutere eit slikt problem og dette er noko som har vore vektlagd i mange tidlegare studiar (Berndtsson, 2008, Ayaz og Kubilay, 2009,

Junkin og Beitz, 2005, og Brown og Randle, 2005). Den endra kroppen er knytt særleg til seksualiteten og pasientane tykkjer ofte det er vanskeleg å ta opp spørsmål kring seksualiteten.

I Brown og Randle (2005) si litteraturoversikt vert det framheva kva utfordringar ein som sjukepleiar må reflektere over og vurdere, knytt til sjukepleia ein ska gje til stomipasienten. Vidare kjem det fram at om pasientane opplever eit endra kroppsbilete etter ein stomioperasjon, er det viktig at han vert støtta slik at han kan meistre utfordringane. Sær viktig vert det om det viser seg at om pasienten opplever psyksosiale problem som ikkje berre pregar seksualiteten, men òg fleire område i livet hans. Berndtsson (2008) påpeiker at det å få kontakt med pasientforeningar og det å få prate med andre som er stomiopererte kan vere til hjelp og støtte for mange. Det å få prate med andre stomiopererte kan hjelpe pasienten til å leve eit godt liv, med eit normalt seksualliv, og kan kanskje gjere det enklare for pasienten å akseptere og meistre sin eigen situasjon. Berndtsson (2008) hevdar også at pasientane har rett på informasjon i forhold til endra seksualitet som kan oppstå etter ein stomioperasjon. Laursen (2011) peikar på at sjukepleiarar ikkje skal ha ekspertkunnskap om sexologi, men bør vere merksame på pasientane si seksualitet knytt til sjukdom og det å få ein stomi. Oppgåva til sjukepleiarane vert å gje informasjon, råd og vegleiing, samstundes vite kor pasienten kan få vidare hjelp dersom naudsynt. Sjukepleiarar kan henvise pasientane vidare til psykologar, sexologar, lækjarar eller andre med meir kunnskap og kompetanse på området.

5.3 Seksuelle problem og sjukepleiar: frykt og tabu

Ifølgje Indrebø (2013) visar studiar at sjukepleiarar ikkje snakkar om seksualitet med pasientane etter stomioperasjonar. I studia til Persson et al. (2005) kjem det fram at pasientane er misnøgde med mogelegheitene til å ta opp seksuelle problem med sjukepleiarar og anna helsepersonell. Forskinga peiker på at over 80 % av sjukepleiarar ikkje tek seg tid til å diskutere seksualitet med pasientar, og 60 % svarar at dei ikkje er sjølvsikre nok til å ta opp eit slikt tema. Dei meiner at seksualitet er eit for privat anleggjande tema til å kunne diskuterast med pasientane (Saunamäki et al., 2010). På ei anna side, svarar dei at dei har eit ansvar når det gjeld å ta opp seksuelle problem og utfordringar med pasientane. Saunamäki og Engström (2013) seier at dei fleste sjukepleiarane er klar over at det er deira ansvar å bringe seksualitet «på bana», slik at pasienten

får den hjelpa og pleia han både treng og ynskjer. I tillegg seier sjukepleiarane at seksualitet er ei viktig del av pasientane sine liv, og kan verte påverka ved sjukdom, som til dømes ved å få ein stomi. Desse påstandane vert bekrefta av Saunamäki et al. (2010), der det viser seg at over 90 % av sjukepleiarane forstår at sjukdom og behandling påverkar pasienten si seksualitet. Laursen (2011) hevdar at usikkerheit, manglande kunnskapar og tabuførestillingar fører til at sjukepleiarar ikkje prioriterer pasienten si seksualitet i sjukepleia som vert ytt. Christiansen (2001) peiker på at det er tankevekkjande at sjukepleiarar snakkar varmt om at seksualitet er eit grunnleggjande behov, medan dei samstundes behandlar og arbeider med området for lite i sjukepleia til kvar enkelt. At det ikkje er nok tid, at pasientane ikkje kjem å spør, andre helsepersonell tek seg av slikt og at ein ikkje ska trø for langt inn i privatlivet til pasienten vert forklart som grunnane til at dei ikkje prioriterer seksualitet i sjukepleia. Eg stiller meg undrande til kva det er som gjer at sjukepleiarar kan sei at dei ikkje har tid til å famna om eit av dei grunnleggjande behova eit menneskje har, i sjukepleia ein gir til pasienten. Er det verkeleg slik at ein rett og slett ikkje har tid, eller ligg det noko anna bak? Til dømes at ein ikkje kjenner seg trygg nok på å ta opp eit slikt tabubelagt tema, som kanskje samfunnet påpeiker at det er, eller at ein ikkje kjenner seg trygg nok på si eiga seksualitet til å kunne drøfte det med pasienten? Saunmäki og Engström (2013) stiller seg òg kritisk til at sjukepleiarar nyttar mangel på tid som eit argument til å ikkje diskutere seksualitet med pasientar, og foreslår at vidare forskning på dette er høgst aktuelt.

I studia til Saunmäki og Engström (2013) kjem det fram at omtrent alle sjukepleiarane på eit tidspunkt nemnte ordet «tabu» når dei reflekterte over kvifor dei ikkje prata om seksualitet med pasientane. Sjølv om dei hadde kunnskap og evne til å diskutere seksualitet, unngjekk dei å gjere det. Ein kan kanskje sjå det i samanheng med det Saunmäki og Engström (2013) framhevar at sjølv ikkje eingong helsepersonell kan unngå å verte påverka av kva resten av samfunnet meiner er passende tema å diskutere. I studia til Saunmäki et al. (2010) skriv dei i konklusjonen at sjukepleiarar bør spørje seg sjølv: kva er det som gjer at det i det 20 århundre framleis er slik at seksualitet er eit tabu-område og at ein i praksis unngår å inkludera det i sjukepleia til pasientane? Som ei profesjonell yrkesgruppe, må sjukepleiarar kunne opne opp for diskusjon og spørsmål som er av betydning for pasienten si helse og velvere, om det så er å diskutere seksualiteten (Saunmäki og Engström, 2013).

5.4 Sjukepleiar si rolle i møte med stomipasienten og seksuelle problem

Seksualitet er ein del av det å vere menneske, og det er høgst aktuelt å trekkje det inn relasjon til mange sjukdommar og tilstandar som det å få ein stomi. Til tross for at mange er klar over at seksualitet er eit av dei grunnleggjande behova, visar fleire studiar og litteratur at sjukepleiarar nedprioriterer dette i sjukepleia til pasientane. Når det gjeld stomisjukepleie framhevar Nordisk standard for stomipleie – seksualitet ved stomioperasjon (Indrebø, 2013, s. 474), at alle pasientar har rett på å få tilpassa informasjon som kan ha betydning for seksuallivet. Denne informasjon kan mellom anna omhandle endringar i kropps-og sjølvbilette, fysiske og psykiske endringar som gjer det utfordrande å ta opp att eit seksualliv. Benner og Wrubel (Kirkevold, 2001) understrekar at sjukepleiar sitt overordna mål er å hjelpe pasienten og å styrka han til å verte det han ynskjer å vera. Dei hevdar at sjukepleiaren må ta utgangspunkt i pasienten si oppleving av situasjonen og hans ressursar for å hjelpe pasienten til å meistra sjukdomsrelaterte og stressfylte situasjonar. Sjukepleiar må vere aktivt tilstade og få ei djup forståing for korleis kvar enkelt pasient opplever situasjonen. Vidare meiner Benner og Wrubel (Kirkevold, 2001) at sjukepleiar si rolle og oppgåve er å støtte pasienten i å skape mening i situasjonen. Det vil sei at sjukepleiar må vera tilstades og tolke dei aspekta som er av betydning i situasjonen. Til dømes ved å informere pasienten om ulike seksuelle utfordringar som kan oppstå etter ein stomioperasjon, utvikling og korleis han kan få hjelp.

Persson et al. (2005) konkluderar i si studie med at sjukepleiarar treng meir kunnskapar i grunnutdanninga om korleis ein handterer spørsmål, informasjon og praktisk vegleiing knytt til seksualitet hos pasientar. Funna peikar på at stomipasientane saknar informasjon og mogelegheit til å få lov til å ta opp seksuelle problem med sjukepleiarar, og at dei er misnøgde med tilbodet. Ein viktig meistringsstrategi for pasientar som opplev stressfylte situasjonar, er ifølgje Benner og Wrubel (2001) å skaffe seg så mykje informasjon som mogeleg. Reitan (2010) seier at me brukar ulike sider av oss sjølve for å få kontroll over dei spesielle meistringsutfordringane ein møter til dømes ved det å få ein stomi. Tankar, kjensler og reaksjonar kan innebere kva me vil ha kontroll over. Tilgong til informasjon som gjer opplevinga av situasjonen meir forutsett, kva konsekvensar som kan oppstå og kva situasjonen kan krevje av deg, er også delar av kva kontroll

inneber. Både i studia til Brown og Randle (2005) og Persson et al. (2005) kjem det fram at når pasienten har fått god informasjon på førehand, er han istand til og klarar å ta opp seksuelle problem med sjukepleiar. Brown og Randle (2005) understrekar at pasientane får god informasjon når sjukepleiar og pasient talar «same språk». Med det forstår eg det som at god informasjon vert gitt til pasienten om sjukepleiar unnlèt å bruke eit medisinsk språk når han eller ho informerer pasienten. Det viser seg at pasientar som opplev høg grad av støtte tidleg i forlaupet sitt, har mindre utfordringar seinare. Sjukepleiarar står i unike posisjonar til å hjelpe pasientar til å akseptere og meistre eit liv med stomi, men sjukepleiarar treng meir trening, erfaring og kunnskap for å få dette til. Persson et. al. underbyggjer også dette då dei meiner sjukepleiarar treng meir utdanning til å handtere seksualiteten til pasienten, både når det gjeld å gi informasjon, støtte og praktiske råd. Saunamäki et al. (2010) viser til at meir utdanning er naudsynt for å forbetra sjukepleiarars evne til å gje pasienten den heilskaplege sjukepleia som han har krav på.

I studia til Saunamäki og Engström (2013) går det fram at dei fleste sjukepleiarane kjende på ansvaret dei hadde til pasienten, om å hjelpa han med seksuelle problemstillingar, og dei såg på seksualitet som ein viktig del av pasienten sitt liv. Nokre sjukepleiarar meinte og trudde at pasientane innerst inne håpa på å verte spurd om seksualiteten og eventuelle problem knytt til den. I tillegg meinte dei og at pasientane kanskje forventar at sjukepleiarane bringa temaet på bana. Eit utsagn frå ein av sjukepleiarane i studia var at det er «me som er pasienten sin talsperson. Om ein ikkje tek seksualiteten opp med pasienten, veit me heller ingenting om den» (Saunamäki og Engström, 2013, s. 534). Junkin og Beitz (2005) hevdar det finnes mange innsiktsfulle forslag til korleis sjukepleiar kan gå fram for å kartleggja eventuelle seksuelle problem hos pasientar med stomi. Mellom anna at ein gir informasjon og vegleiing om seksualitet, at ein normaliserer seksualitet som eit tema, undervisar om seksuell funksjon og eventuelle sjukdomsprosessar som kan endra den funksjonen, og gje råd og henvise pasientar til spesialistar for intensiv behandling for dei seksuelle utfordringane. Ayaz og Kubilay (2009) understrekar at dei seksuelle behova inngår som ein del av dei grunnleggande menneskelege behova, og kan verte påverka av ein stomioperasjon. Det at pasienten sjølv meistrar endringa av den kjenslemessige tilstanden og er i stand til å uttrykkje kjensler om stomien er viktig for å kunne løyse dei seksuelle problema. Christiansen (2001) peikar på at som eit første ledd til å

hjelpa stomipasienten til å meistra seksuelle utfordringar må informasjon og vegleing til pasienten vere individualisert og målretta. Her kan PLISSIT-modellen takast i bruk. Modellen skapar rom til å arbeida på ulike nivå. Ifølgje Nilsen (2011) bør sjukepleiaren som arbeider med stomipasientar ha kompetanse til å kunne gje tilstrekkeleg hjelp på dei to nedste nivåa i pyramiden. Det er ikkje naudsynt å vere sexolog for å kunne gje vegleing og råd i spørsmål knytt til seksualitet. Sjukepleiaren kan gje god hjelp ved å berre formidle tillating til samtale ved å sjølv vere lyttande, ha kunnskap, empatisk evne og sjølvinnstikk. Ofte er det nok for pasienten å få setje ord på vanskelege tema. Sjukepleiar må også vidare kunne gje begrensa informasjon om kva ein stomioperasjon inneber både fysisk og psykisk, og om den eventuelt kan påverke seksuallivet. Ein erfaren sjukepleiar eller stomisjukepleiar kan ta steget opp til neste nivå, der spesifikke forslag vert belyst. Ein må da kjenne både si eiga styrke og begrensing og ein må forstå kortid det vert rett å henvise vidare til andre med meir erfaring og betre kunnskap (Nilsen, 2011, s. 126).

Ayaz og Kubilay (2009) og Junkin og Beitz (2005) foreslår at å nytta PLISSIT-modellen aktivt kan vere ein god start for meistring av seksuelle problem. Sjukepleiarar kan gje tillating og gje informasjon om at seksualitet og seksuelle bekymringar er aktuelle tema stomipasientar kan og bør diskutere. Slik Benner og Wrubel (2001) meiner det kan sjukepleiarar hjelpe pasienten til meistring med å forme sjukdomsopplevinga. Det som krevs er vegleing, informasjon, fortolking og trening. Sjukepleiarar kurerer ikkje pasienten, men kan vere til hjelp for pasienten til å overleva og meistra ein vanskeleg situasjon.

6 AVSLUTTING

Denne fordjupningsoppgåva har gjeve meg som sjukepleiarstudent ei større forståing av kva for seksuelle utfordringar stomipasientane opplever og kva støtte dei treng frå sjukepleiar til å meistre desse utfordringane. Pasientane opplev at eit endra sjølvbilete, endra kroppsbilete, og psykisk tilpassing og meistring av seksualiteten kan vere utfordrande. Utfordringane knytt til seksualitet kan ha fysiske eller psykiske årsakar. Det viser seg at informasjon er ei god forutsetting for meistring hjå pasienten, men studiar peikar på at informasjon om og mogelegheit til å diskutere seksualitet med sjukepleiarar verkar å vere manglande og for dårleg. Pasientane treng støtte, informasjon og oppfølging frå sjukepleiar for å meistra utfordringane knytt til seksualiteten. For at sjukepleiar skal verte betre rusta til å møte stomipasienten sine seksuelle problemstillingar, treng dei kunnskap og evner til å våge å ta det opp. Tankane og refleksjonane eg sitt att med i slutten av oppgåva, er at sjukepleiarane treng meir kunnskapar om seksualitet, kanskje gjennom grunnutdanninga, for å kunne gje meir heilskapleg sjukepleie til stomipasienten.

KJELDER

- Almås, E. (2004). *Sex & sexologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Almås, E. & Benestad, P., E., E. (2006). *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ayaz, S. & Kubilay, G. (2009). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *Journal of Clinical Nursing*, 18(1), 89-98. doi. 10.1111/j.1365-2702.2008.02282.x
- Benner, P. & Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sygepleie – stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard Danmark
- Berndtsson, I. (2008). Sexualitet och fertilitet. I E. Persson, I. Berndtsson og E. Carlsson (Red.) *Stomi- och tarmopererad – ett helhetsperspektiv*. (s. 187-203) Författarna och Studentlitteratur 2008.
- Brown, H. & Randle, J. (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 74-81. Henta 31.10.2013 frå:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=76ac28e8-4c3e-4670-a053-b88fd7106179%40sessionmgr112&hid=124>
- Christiansen, A. (2001). Sykepleie til pasienter med stomi. I E. Gjengedal og R. Jakobsen (Red.) *Sykepleie 2 – praksis og utvikling*. (s. 674-691) Oslo: J.W. Cappelens forlag as
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3.utg.). Stockholm: Natur och kultur.

- Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N., J., Kristoffersen, F., Nortvedt, E-A., Skaug (Red.) *Grunnlegende sykepleie bind 3 – pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utg. s. 71-104.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hopen, L. (2010). Læring og mestring ved langvarig sykdom. I U. Knutstad (Red). *Sentrale begreper I klinisk sykepleie, Sykepleieboken 2*. (s. 284-307). Oslo: Akribe.
- Indrebø, L., K.. (2013). Sykepleie til pasienter med stomi. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie, Sykepleieboken 3*. (2. utg. s. 443-486.) Oslo: Cappelen Damm AS.
- Junkin, J. & Beitz, J.M. (2005). Sexuality and the Person with a stoma. Implications for Comprehensive WOC Nursing Practice. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 32(2), 121-128.
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Laursen, S., B. (2011). Seksualitet. I I.M. Holter og T.E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (4. utg. s.704-720.) Oslo: Akribe.
- Nilsen, C. (2011). Sykepleie til pasienter med stomi. I H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (4. utg., s. 103-132.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- NORILCO, Norsk Forening for Stomi-og reservoaropererte. (2008). *STOMI/RESERVOAR - informasjon om colostomi, ileostomi, urostomi og reservoar for pasienter, pårørende og andre interesserte*. [Brosjyre]. Oslo: NORILCO.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. [Brosjyre] Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinar, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2. utg.). Oslo: Akribe.
- Persson, E., Gustavsson, B., Hellström, A-L., Lappas, G. & Hultèn, L. (2005). Ostomy perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 51-58. Henta 21.01.2014.frå:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=76ac28e8-4c3e-4670-a053-b88fd7106179%40sessionmgr112&hid=124>
- Reitan, A.M. (2010). Mestring. I U. Knutstad.(Red.). *Sentrale begreper I klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (s.74-104). Oslo: Akribe.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker. Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses` attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-1316. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x
- Saunamäki, N. & Engström, M. (2013). Registered nurses` reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3/4), 531-540. doi: 10.1111/jocn.12155
- Schjølberg, T.K. (2013). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad (Red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie. Sykepleieboken 3*. (2 utg. s.104-158).
- Slettebø, Å. (2010). Forskningsetikk. I B.S. Brinchmann.(Red.). *Etikk i sykepleien*. (2. utg. s. 207-222). Oslo: Gyldendal Akademisk.

VEDLEGG 1

TABELLOVERSIKT

Tabell 1 – CINAHL

Søk i CINAHL 31.10.2013			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antal)
S1	Stoma		1 177
S2	Sexuality		16 517
S3	Nursing		451 988
S4	S1 AND S2		58
S5	S3 AND S4		33
S6	S5	Abstract available	24
S7	S6	Full text	4

Resultat: Fann her i søk 6 artikkelen til Brown og Randle (2005) “Living with a stoma: a review of the literature”.

Tabell 2 – CINAHL

Søk i CINAHL 21.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antal)
S1	Ostomy		3834
S2	Sexuality		16 558
S3	Nursing		452 161

S4	S1 AND S2		105
S5	S4	Linked Full Text	22
S6	S5	Abstract available	14
S7	Ostomy AND Sexual health		28

Resultat: Fann i søk 6 artikkelen til Ayaz og Kubilay (2008) “Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma” . I søk 7 fann eg artikkelen til Persson et. al. (2005) “Ostomy patients` perceptions of quality of care”.

Tabell 3 - Ovid Nursing

Søk i Ovid Nursing 21.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antal)
S1	Nursing Care		233 735
S2	Sexuality		4782
S3	S1 AND S2		1038
S4	S3	English Language, Abstract available, Full text	480
S5	S4	Last 10 years	241

Resultat: Til tross for høgt antal treff, fann eg her artikkelen “Registered nurses reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears” (2013) av Saunamäki og Engström.

Tabell 4 – CINAHL

Søk i CINAHL 03.02.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antal)
S1	Nurses		220 594
S2	Sexuality		16 558
S3	Discussing Sexuality		204
S4	S1 AND S3		50
S5	S4	Full text	19
S6	S5	Abstract available	18
S7	S6	Published date: 2004-2013	15

Resultat: I søk 7: “Discussing sexuality with patients: nurses’ attitudes and beliefs” (2010) av Saunamäki, Andersson og Engström.

VEDLEGG 2

RESULTATTABELLAR

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
Person, E., Gustavson, B., Hellström, A.L., Lappas, G. & Hultèn, L (2005) «Ostomy patients` perceptions of quality of care»	Målet og hensikta med denne studia er å sjå på og vurdere kvaliteta på omsorga og pleia til stomipasientar, sett frå eit pasientperspektiv	Spørjeskjema vart nytta i undersøkinga, og vart sendt til pasientar ved ein stomiklinikk Göteborg i Sverige. Spørsmåla i skjemaet gjekk på pasienten si oppleving av informasjon, deltaking, haldningar og behandling .	Utvalet i studia bestod av 49 colostomipasientar og 42 ileostomipasientar.	Dei fleste pasientane såg ut til å vere misnøgde med informasjon, og rådgevinga gitt i frå sjukepleiarar og lækjar. Av dette kjem det fram at kvaliteta på omsorgen gitt til desse pasientane bør utviklast og betrast for å verte optimal.
Brown & Randle (2005) “Living with a stoma: a review of the literature”	Hensikta med denne studia er å sjå på kva litteraturen fortel om korleis det å få ein stomi påverkar fysisk, psykisk og sosialt på livet til pasienten, og kva for konsekvensar dette kan ha for sjukepleia.	Dette er ei systematisk oversikt der det er søkt etter, vurdert og oppsummert fleire enkeltsudiar.	Litteraturen som er brukt i studia er sjukepleielitteratur frå 1990 – 2005. Hovudfokuset på litteraturen som er studert er korleis pasientane sin livstil er påverka etter ein stomioperasjon. I oversiktsartikkelen er det nytta 14 artiklar med både	Resultata peiker på at det å få ein stomi har negativ innverknad på livet til pasienten. Det påverker livskvaliteten, sjølvoppfatinga og sjølvbiletet, seksualiteten, psykologisk tilpassing og meistring, og den

			kvalitativt og kvantitativt design.	praktiske tilpassinga.
--	--	--	-------------------------------------	------------------------

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
Ayaz, S og Kubilay, G. (2008) «Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma»	Hensikta med denne kvantitative studia er å undersøkje kor effektiv bruk av PLISSIT-modellen kan vere for å løyse seksuelle problem hos pasientar med stomi.	Designet på studia er eksperimentell, og innehaldt spørjeskjema der ein intervensjonsplan for PLISSIT-modellen og Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) var nytta.	Deltakarane var 60 pasientar, der 30 av desse utgjorde interessegruppa, medan dei 30 andre utgjorde kontrollgruppa. Alle deltakarane kom frå Tyrkia, kor studia er gjennomført.	Resultata peiker på at ved bruk av PLISSIT-modellen kan seksuelle problem hos stomipasientar verte løyst.
Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström M. (2010) “Discussing sexuality with	Målet og hensikta med denne studia er å undersøkje kva oppfatningar og haldningar sjukepleiarar har til det å diskutere seksualitet med pasientar.	Studia har eit samsvarande og samanliknansde design, og metoden som er nytta er spørjeskjema. Det var frivillig å delta, og	88 sjukepleiarar frå 5 medisinske og 5 kirurgiske avdelingar ved eit sjukehus i Sverige deltok i undersøkinga.	Det viser seg at nesten alle sjukepleiarar forstår at sjukdom og behandling kan påverke seksualiteten til pasienten, likevel

<p>patients: nurses` attitudes and beliefs”</p>		<p>deltakarane fekk munnleg og skriftleg informasjon om studia. For å samle data vart «Sexual Attitudes and Beliefs Survey (SABS)» nytta, der skjemaet inneheldt tolv påstandar med seks svaralternativ og poengsum 1-6.</p>		<p>svarar 80 % at dei ikkje tek temaet opp med pasientane. Grunnane til det vert argumentert med for lite kunnskap, at dei ikkje kjenner seg trygge nok på å diskutere slike tema, og at ein ikkje tek seg tid. Sjukepleiarar med lang arbeidserfaring uttrykkjer at dei er meir positive og opne for å diskutere seksualitet med pasientar.</p>
--	--	--	--	--

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
<p>Saunamäki, N & Engström, M. (2013)</p> <p>“Registered nurses` reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears”</p>	<p>Dette er ei kvalitativ studie der hensikta er å beskrive kva for refleksjonar sjukepleiarar har til det å diskutere seksualitet med pasientar, då det viser seg at sjukepleiarar ofte ikkje tek opp dette temaet med pasientane.</p>	<p>Intervju med 10 sjukepleiarar med ei kvalitativ tilnærming og eit beskrivande design er nytta i studia.</p> <p>Intervjuet inneheldt 8 spørsmål der det var rom for å beskrive utdjupande kva tankar ein hadde om dei ulike problemstillingane. Intervjua vara mellom 20-57 minutt, og vart teken opp på tape.</p>	<p>10 sjukepleiarar frå tre ulike sjukehus i Sverige utgjorde utvalet. Sjukepleiarane hadde i tillegg ulik alder, kjønn og arbeidsstad (avdeling).</p>	<p>Det å diskutere og ta opp seksualitet med pasientar viser seg å fortsatt vere utfordrande og vanskeleg for sjukepleiarar. Dei av sjukepleiarane som tør å prate med pasientane sine om temaet, meiner det er deira vilje til å verkeleg hjelpe pasienten på alle plan som ligg til grunn. Dei kjenner eit visst ansvar for å bringe temaet på bana, men mange gongar fører det med seg kjensler som frykt og sjenanse.</p>