



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 378

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 11905

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 110

Andre medlemmer i gruppen: 377

Jeg godkjenner autalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Seksuell helse og livskvalitet hos
stomipasienter

Sexual health and quality of life among
stoma patients

377 & 378

Sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

22. mai 2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Aim: The aim of this literature review was to assess how nurses, through education and counseling, can help promote sexual health and quality of life among ostomy patients.

Method: The databases used is PubMed, ERIC, PsycInfo, Cinahl and Ovid Nursing Database. This literature review is based upon seven articles, of which two are literature reviews, two qualitative studies, one quantitative study, one article and one cohort study. The research is synthesized, and the result summarized.

Result: The five result categories are: sexual health, quality of life among patients with a stoma, physical factors affecting sexual activity, relations and nurse roles.

Conclusion: The nurse should ensure that the patient receives good holistic care, this will also include addressing the sexual health. As a result of the focus on sexual health, quality of life will also improve. This can be reached by better dissemination of information and follow-up.

Keywords: Ostomy, sexual health, quality of life, counseling, education, nursing.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV PROBLEMSTILLING	5
1.2 AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING	6
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	6
2.1 TARMSTOMI.....	6
2.2 Å LEVE MED STOMI	6
2.3 SEKSUALITET OG SEKSUELL HELSE.....	7
2.4 LIVSKVALITET	8
2.5 KROPPSKUNNSKAPING SOM HELSEFREMMEDE PROSESS	9
2.6 SYKEPLEIERENS HELSEPEDAGOGISKE FUNKSJON	10
2.7 DOROTHEA OREMS EGENOMSORGSTEORI	10
3.0 METODE	12
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	12
3.2 SØK OG SØKEHISTORIKK.....	12
3.3 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	14
3.4 ANALYSE OG SYNTSE	14
3.5 KILDEKRITIKK	14
3.6 METODEKRITIKK.....	15
3.7 ETISKE OVERVEIELSER.....	15
4.0 RESULTAT	16
4.1 SØKERESULTAT	16
4.2 SEKSUELL HELSE	16
4.3 LIVSKVALITET HOS STOMIPASIENTER.....	18
4.3.1 Psykisk helse.....	18
4.3.2 Selvbilde hos stomipasienter.....	19
4.3.3 Frykt og angst.....	20
4.3.4 Depresjon	20
4.4 FYSISKE FAKTORER SOM PÅVIRKER SEKSUELL AKTIVITET	20
4.4.1 Fysiske endringer og utfordringer	21
4.4.2 Seksuell dysfunksjon.....	21
4.5 RELASJONER.....	21
4.6 SYKEPLEIERS ROLLE	22
4.6.1 Seksualitet som et tabubelagt tema	23
4.6.2 Informasjon	23
4.6.3 Undervisning og veiledning.....	24
4.6.4 Støtte og råd	24
4.6.5 Oppfølging.....	25
5.0 DISKUSJON	26
5.1 SYKEPLEIERE SNAKKER IKKE OM SEKSUALITET	26
5.2 HVORDAN BIDRA TIL Å FREMME SEKSUELL HELSE?.....	27
5.2.1 Hvor viktig er partner?	28
5.2.2 Kroppskunnskaping som helsefremmende prosess	28
5.3 NÅR ER DET GUNSTIG Å TA OPP TEMAET SEKSUALITET?	29
5.4 FRISKERE FYSISK, SYKERE PSYKISK?	31
5.5 HVORDAN FREMME LIVSKVALITET HOS STOMIPASIENTEN?.....	32
5.6 HVA BETYR VÅRE FUNN FOR SYKEPLEIE?	33
5.7 METODEDISKUSJON.....	34
6.0 KONKLUSJON	35
REFERANSELISTE.....	37

VEDLEGG

Vedlegg I – Søkehistorikk

Vedlegg II – Flytdiagram

Vedlegg III – Litteraturmatrise

FIGURER OG TABELLER

PIO-skjema.....13

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

I 2016 ble det antatt at rundt 16 224 mennesker i Norge lever med stomi, derav 13 767 med tarmstomi (NORILCO, 2020b). Hovedgrunnene til at personer i dag får anlagt stomi er kreft, kroniske betennelser, som inflammatorisk tarmsykdom, misdannelser eller skader (NORILCO, 2020b). For de aller fleste av oss er personlig velvære viktig, og en stomi vil kunne føre til at en føler seg uren og mindre attraktiv. Den kan med andre ord påvirke eget selvbilde, også i så stor grad at det kan gå ut over egen livskvalitet. Mange avskriver seksualiteten i samvær med andre, blant annet i frykt for lekkasje eller at partneren skal trekke seg bort (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 397). Av den grunn har vi valgt å ha fokus på stomi og seksualitet. I løpet av vår tid som sykepleiestudenter har vi begge arbeidet på avdelinger der en stor andel av pasientene får anlagt stomier. Vi har erfart at liggetiden etter operasjon er relativt kort, at fokus omhandler å lære pasienten det grunnleggende vedlikeholdet av stomien, og at samtaler om hvordan stomien kommer til å påvirke livet og hverdagen til den enkelte er mindre fremtredende, før pasienten sendes hjem. Vi er derfor nysgjerrige på hvordan vi som sykepleiere kan legge til rette for at pasienter med stomi skal kunne oppleve mestring og føle seg tilfreds med eget seksualliv.

Flere opplever tilsynelatende at deres egen seksualitet blir utfordret av å ha stomi. Et innlegg som ble publisert på sykepleien.no i oktober 2019, hadde overskriften: «Hvorfor vil ingen snakke med oss om sex og utlagt tarm?». Innlegget var skrevet av to medlemmer av NORILCOs ungdom, og innholdet beskriver et tydelig behov for bedre oppfølging og et bredere tilbud når det kommer til samtaler med helsepersonell angående stomi og seksualitet (Nåmdal & Stensås, 2019).

Inntrykket vi har er dermed at dette er et tema som i for stor grad er tabubelagt, og som trenger et større fokus blant helsepersonell. En sykepleier har ansvar for at pasientens seksuelle behov settes på dagsordenen på linje med andre grunnleggende behov (Kristoffersen et al., 2016, s. 373). Videre er undervisning og veiledning er en vesentlig del av sykepleierens funksjon og ansvar i sykepleien til pasienter med stomi (Almås, Stubberud, Grønseth & Toverud, 2016, s. 519). Vi ser at støtte, undervisning og veiledning av pasienter med stomi, spesielt når det kommer til seksualitet, er et ansvar sykepleiere har. For å tilrettelegge for bedre oppfølging trenger vi som yrkesgruppe et økt fokus på dette temaet.

Problemstillingen vår er dermed: Hvordan kan sykepleiere ved hjelp av undervisning og veiledning bidra til å fremme seksuell helse og livskvalitet hos stomipasienter?

1.2 Avgrensning av problemstilling

Vi har under denne problemstillingen valgt å inkludere alle over atten år, både kvinner og menn. Vi har videre valgt å ekskludere alle med urostomier, og vil kun forholde oss til pasienter med permanente tarmstomier. Dette har vi valgt å gjøre ettersom utfordringene til disse pasientgruppene kan variere, og dermed har behov for forskjellige tilnærminger. Vårt hovedfokus ligger på pasientkontakt i postoperativ fase. Det neste kapittelet vil definere hva vi legger i de forskjellige komponentene problemstillingen er sammensatt av, samt ta for seg sentrale begreper og teorier vi vil bruke i oppgaven.

2.0 Teoretisk referanseramme

2.1 Tarmstomi

Ordet stomi, i medisinsk terminologi, er en kirurgisk konstruert åpning i kroppen - enten mellom to bukorganer, eller fra et bukorgan og ut på huden. Hensikten med en stomi er å avlaste eller erstatte et sykt organ. Ettersom ordet i seg selv ikke sier oss noe om hva slags type åpning det er, eller hvor åpningen befinner seg, legges et organnavn til foran ordet stomi (Almås et al., 2016, s. 519). I denne oppgaven har vi valgt å inkludere de to vanligste typene tarmstomi; ileostomi og kolostomi.

2.2 Å leve med stomi

En stomioperasjon er et alvorlig inngrep som vil påvirke både livssituasjon, selvbylde og forholdet til egen kropp (Kreftlex, 2020; NORILCO, 2020a). Likevel kan de fleste opererte leve som før på de fleste områder. Reaksjonen på å få en stomi er individuell og avhengig av hva slags sykdom som har ført til operasjonen. De fleste vil bli friske som et resultat av inngrepet, noe som vil gjøre hverdagen lettere og mer forutsigbar (NORILCO, 2020a). Samtidig vil en stomi mangle lukkemusklene som gjør avføring viljestyrt (Flaten, Sørhøy & Heir, 2018). Det vil kunne føles nedverdiggende, være forbundet med mye usikkerhet, og mange føler at deres voksenidentitet trues. Rent praktisk kan det hende pasientene må legge om kostholdet sitt, for å unngå utfordringer med eksempelvis mye gass, tynn avføring eller obstipasjon. Andre utfordringer kan være lekkasjeproblematikk eller hudproblemer (Almås et

al., 2016, s. 523). Det kan ofte ta tid for pasientene å venne seg til den kroppslige forandringen, men de aller fleste kan fortsette med det livet de hadde før operasjonen med fritidsaktiviteter og arbeid (Kreftlex, 2020).

2.3 Seksualitet og seksuell helse

Basert på definisjonene fra WHO, konkluderer Grov, Holter og Toverud (2015, s. 862) at seksualitet ikke kun dreier seg om samleie og genitaliers funksjon, men også om ømhet, nærhet, fortrolighet og bekreftelse. Videre skriver de at seksualiteten påvirkes og formes av den sosiale og kulturelle konteksten mennesket lever i.

Seksuell helse, slik vi tolker det, er definert som en tilstand av fysisk, emosjonell, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet, som krever en positiv og respektfull tilnærming og muligheten til gode og trygge seksuelle erfaringer (WHO, 2020). En god seksuell helse handler om å være trygg i egen kropp, på egne følelser, behov og grenser (Remme, 2018). Videre ser god seksuell helse ut til å virke som en ressurs og en beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter. Mennesker med tap av en funksjon vil kunne ha behov for tilpasset kunnskap om kropp og seksualitet (Helsedirektoratet, 2016/2019).

Seksuell dysfunksjon kan defineres som «seksuelle problemer med overlappende biologiske, psykologiske og mellommenneskelige etiologier» (Lonnée-Hoffmann, Kirste & Sviggum, u.å). Hos kvinner er de vanligste seksuelle problemene nedsatt eller manglende libido, lubrikasjon (fuktighet), orgasme og smerteproblematikk. Hos menn er erektil dysfunksjon og for tidlig ejakulasjon de hyppigste problemene (Sex og Samfunn, 1971/2020).

Et tilfredsstillende seksualliv er oppnåelig for de aller fleste, og ofte vil de mentale hindringene, som selvbilde og holdninger, være mer dominerende enn de fysiske. Da vil hvordan pasienten ser seg selv, og de holdninger pasienten og eventuelt partneren har, være nødvendige å jobbe med. Det første skrittet er som regel å akseptere seg selv, og de endringene som sykdommen og behandlingen har ført med seg. Å sette ord på tankene som omhandler situasjonen og selvfølelsen sin, og å inkludere partneren i denne prosessen vil kunne være viktige hjelpemidler (Kreftforeningen, 2020).

2.4 Livskvalitet

Seksualitet og livskvalitet hører sammen skriver NORILCO (2019, s. 7). Livskvalitet er et begrep som defineres forskjellig, ofte avhengig av hvilken type profesjon det sees i sammenheng med. En amerikansk sykepleier ved navn Ferrans har, sammen med Powers, definert livskvalitet som: «en persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områder i livet som er viktige for en» (Knutstad & Heggstad, 2016, s. 83). Seksualitet er et viktig område i livet for de aller fleste, og kartlegging av livskvalitet vil gi sykepleieren en større forståelse av hvordan sykdommen og behandlingen påvirker pasienten, noe som igjen vil gjøre det lettere å tilrettelegge for rett oppfølging og behandling (Knutstad & Heggstad, 2016, s. 83).

Livskvaliteten er for mange sammensatt av flere dimensjoner, og blir påvirket av flere områder i livet, som hvordan en har det fysisk, psykisk og sosialt. Næss referert i Heggdal (2008, s. 33) definerer livskvalitet som å være aktiv, ha samhørighet med andre, å ha selvfølelse og en grunnstemning av glede. I denne definisjonen kan seksualiteten knyttes til alle komponentene definisjonen er sammensatt av.

Videre har Næss presentert begrepet «livskvalitet som psykisk velvære». Der defineres livskvaliteten som høy eller lav avhengig av om personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er positive eller negative, og der psykisk velvære vil være opplevelsen av å ha det godt (Næss, 2001). Folkehelseinstituttet ser høy livskvalitet i sammenheng med færre psykiske plager og bedre fysisk helse. Dette fordi flere av faktorene som bidrar til høy livskvalitet ser ut til å beskytte mot psykiske vansker, og ha positive innvirkninger på den fysiske helsetilstanden (Nes, 2019).

Listen med faktorer over hva som påvirker livskvalitet og trivsel er lang, men livshendelser, mestringsressurser og sosial støtte står sentralt. Tiltak som retter seg mot disse faktorene, samtidig som de legger til rette for mestring, mening, autonomi, sosial deltagelse og en opplevelse av glede vil kunne være med og øke den enkeltes livskvalitet (Nes, 2019).

Livskvalitet, velvære og tilfredshet er viktige målsettinger i sykepleien, og når dette står sentralt kan pasientens opplevelser av situasjonen vektlegges. Da er det pasientens egne reaksjoner på sykdommen eller behandlingen som bør danne utgangspunktet for sykepleien som gis. Dette åpner for å inkludere pasientens ressurser og muligheter. Klinisk erfaring

tilsier at pasientene er opptatt av livskvalitet og velvære ettersom det viser muligheter for fremtiden (Knutstad & Heggstad, 2016, s. 131).

2.5 Kroppskunnskaping som helsefremmende prosess

Kroppskunnskaping er en teori utviklet av sykepleieren og forskeren Kristin Heggdal, der pasienterfaringer utgjør grunnlaget for teorien. Kroppskunnskaping er «en grunnleggende prosess for utvikling av personlig kunnskap om egen kropp, mestring, helse og velvære» (2008, s. 34). Kroppskunnskaping er en naturlig og helsefremmende prosess, som involverer det fysiologiske, psykososiale, kulturelle og eksistensielle ved mennesket. Det er en personlig og relasjonell prosess, samtidig som det er en lærings- og mestringsprosess. Personen vil underveis i prosessen utvikle kunnskap om hva som bidrar til bedret helse og velvære, forebygging av plager og aktuell behandling (Heggdal, 2008, s. 35).

Prosesen er bygget opp av fire dynamiske og overlappende faser: uvisshet, tap av livsutfoldelse, kroppslig læring og integrert kroppskunnskap.

Uvisshet – flukten fra den syke kroppen: Denne fasen er preget av usikkerhet, og pasienten vil oppleve tap av kontroll og trygghet. De kan gjerne skjule eller bagatellisere symptomene og plagene, mens de håper det går over (Heggdal, 2008, s. 49).

Tap av livsutfoldelse – sorg og sinne: Her vil pasienten føle på forskjellige hindre for livsutfoldelse, enten det er kroppen i seg selv, en endret kroppoppfatning, fysiske miljøfaktorer eller samfunnet. Pasienten vil kunne stille eksistensielle spørsmål, sette begrensninger for seg selv, trekke seg tilbake og kjempe med å opprettholde håpet. De vil føle på tap og savn (Heggdal, 2008, s. 62).

Kroppslig læring - styrket håp: I denne fasen bruker pasienten seg selv og egen kropp til å lokalisere personlige tålegrenser for aktivitet og fysiske- og psykososiale miljøgifter. De er i en kunnskapssøkende fase der de lytter til kroppen, søker råd fra helsepersonell, studerer litteratur, snakker om utfordringene med medpasienter og andre nære, mens de håper på bedring i fremtiden (Heggdal, 2008, s. 87).

Integrert kroppskunnskap – nye muligheter for livsutfoldelse og helse: Her vil pasienten forsone seg med den nye livssituasjonen, de har god kunnskap om sin dynamiske tålegrense,

samtidig som det er noe usikkerhet knyttet til fremtiden. Pasienten vil spille på lag med kroppen sin, fokusere på mulighetene og ta større sjanser. De har økt omstillingsevne, gir seg ikke over til sykdommen og har mot til å håpe og handle (Heggdal, 2008, s. 108).

2.6 Sykepleierens helsepedagogiske funksjon

Tveiten (2008, s. 43) skriver at hensikten med sykepleierens pedagogiske virksomhet baserer seg på at pasienten utvikler eller videreutvikler sin mestringskompetanse. Hun trekker også frem at både forholdet mellom pedagogen og den som skal lære, i tillegg til innholdet som skal læres vil være av betydning.

Undervisning kan defineres som «formidling av kunnskap», mens veiledning kan defineres som «en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanetiske verdier» (Tveiten, 2008, s. 79). Det blir også trukket frem som essensielt at «når veiledning inngår i faglig virksomhet, må yrkesutøvelsen ha et faglig fundert innhold» (Tveiten, 2019, s. 19). Undervisning og veiledning glir ofte over i hverandre, og det vil kunne være både nødvendig og hensiktsmessig å kombinere disse. Mens undervisningen fokuserer på å formidle den kunnskapen en allerede sitter på, vil veiledningen tilstrebe at pasienten selv skal forsøke å finne svar (Tveiten, 2008, s. 116).

Ordet didaktikk er gresk og kan oversettes til læring eller undervisning (Tveiten, 2008, s. 44). Vi vil i denne sammenheng trekke frem den didaktiske relasjonsmodellen. Dette er en modell til hjelp for planlegging av undervisning og veiledning (Lien, 2006). Modellen består av seks faktorer som ikke fremtrer i en bestemt rekkefølge, og der alle faktorene påvirker hverandre gjensidig. Faktorene modellen består av er mål, innhold, rammefaktorer, deltakerforutsetninger, arbeidsmetoder og vurdering (NDLA, 2018).

2.7 Dorothea Orems egenomsorgsteori

Dorothea Orem har utarbeidet en sykepleieteori som er bygget opp av teoriene om egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiesystem (Kirkevold, 1998, s. 129). Egenomsorg er definert som «utførelsen av aktiviteter som individer tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære», og disse aktivitetene har til hensikt å oppfylle det som er beskrevet som egenomsorgskrav (Kirkevold, 1998, s. 129; Orem, 1995, s. 104).

Egenomsorgskrav er beskrevet som instinktive, nødvendige handlinger for å regulere personens menneskelige funksjon og utvikling. Orem har det hun kaller universelle egenomsorgskrav, og disse beskriver handlinger som skal sikre helse og velvære. Punktene omtaler tilstrekkelig inntak av luft, vann og mat, pleie knyttet til eliminasjonsprosesser og ekskrementer, opprettholdelse av balanse mellom aktivitet og hvile, og mellom å være alene og sosial interaksjon. Videre omhandler de forebygging av farer og fremming av menneskelige funksjoner og utvikling (Orem, 1995, s. 191). Egenomsorgskrav knyttet til helseavvik oppstår dersom personen eksempelvis er syk, skadet, har en defekt eller et handikap, og som har blitt tildelt en diagnose og er under behandling (Orem, 1995, s. 200).

Egenomsorgskapasiteten er knyttet til forståelsen for egne egenomsorgskrav, samt utførelsen av egenomsorg, og består av kunnskaper, motivasjon og mentale og praktiske evner. Den utvikles spontant i dagliglivet og ellers ved hjelp av instruksjon fra andre (Orem, 1995, s. 225-228). Dersom en person ikke er i stand til å utøve egenomsorg, vil egenomsorgskapasiteten være mindre enn egenomsorgskravene, og det oppstår egenomsorgssvikt (Orem, 1995, s. 240).

Egenomsorgssvikt er forklaringen på hvorfor en person trenger sykepleie. I følge Orem er egenomsorgssvikt knyttet til egenomsorgsbegrensninger, og disse begrensningene kategoriseres i tre faktorer: begrenset kunnskap, begrenset evne til å bedømme og ta avgjørelser og begrenset evne til å utføre handlinger som gir resultat (1995, s. 170, 236-240).

Sykepleiesystem er bygget opp av sykepleiekapasitet, hjelpemetoder og sykepleiesystemer (Kirkevold, 1998, s. 133). Sykepleiekapasitet er de kunnskaper, evner, egenskaper og holdninger som er nødvendige for å yte sykepleie (Orem, 1995, s. 247). Videre hevder Orem at det finnes fem hjelpemetoder alt helsepersonell benytter seg av i møte med en pasient, nemlig å handle på vegne av en annen, å rettlede, å støtte, å sørge for et utviklende miljø og å undervise (1995, s. 15). Sykepleiesystemene skal strukturere samhandlingen mellom sykepleier og pasient ved hjelp av rolleavklaring, og ved å identifisere aktuelle hjelpemetoder (Kirkevold, 1998, s. 134). Sykepleiesystemene er inndelt i helt kompensierende, delvis kompensierende og støttende eller undervisende sykepleiesystemer. De helt kompensierende systemene knyttes til pasienter som ikke kan utføre egenomsorgshandlinger. Under de delvis kompensierende systemene vil både pleier og pasient utføre handlinger, og alle de fem hjelpemetodene kan være aktuelle. De støttende og undervisende systemene brukes når

pasienten skal lære å oppfylle sine egenomsorgskrav på egenhånd. Da vil støtte, rettleiding, et utviklende miljø og undervisning kunne være aktuelt (Orem, 1995, s. 306-311).

Denne teorien er utarbeidet med mål om å klargjøre sykepleiefagets særegne ansvarsområder. Orem ser sykepleie som en erstatning for egenomsorg, der målet er at pasienten selv er i stand til å ta vare på disse (Kirkevold, 1998, s. 128).

3.0 Metode

«Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling» (Thidemann, 2015, s. 76).

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne bacheloroppgaven blir det brukt litteraturstudie som metode. Litteraturstudien er et studium som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele. Man jobber systematisk både i forhold til søk, kildekritikk og samling av litteratur innen det emnet en har valgt (Thidemann, 2015, s. 79). Formålet med litteraturstudien er å svare på det problemstillingen etterspør. En litteraturstudie setter man gjerne opp i seks trinn (Thidemann, 2015, s. 80):

1. Formulere en avgrenset og presis problemstilling
2. Forberede litteratursøk
3. Gjennomføre litteratursøk
4. Vurdere kvaliteten på artiklene
5. Analysere og tolke resultater/funn fra artiklene
6. Sammenfatte resultatene

3.2 Søk og søkehistorikk

Etter at problemstillingen var formulert, ble søket forberedt. Vi brukte PICO for å operasjonalisere problemstillingen slik at den ble presis og søkbar. Hver bokstav i PICO betegner bestemte elementer; populasjon/pasient/problem (P), intervensjon/tiltak (I), sammenligning av to tiltak (C) og utfall (O). I vårt tilfelle ble det mer naturlig å benytte oss av PIO, da vårt litteraturstudium ikke har som mål å sammenligne intervensjoner (Thidemann, 2015, s. 86).

De ulike databasene opererer med forskjellige emneordsystemer. Det er en fordel å benytte databasene sine emneord da de beskriver innholdet i artiklene, og fungerer som søkeord i databasene (Thidemann, 2015, s. 87). Under vårt søk i PubMed ble det eksempelvis benyttet Medical Subject Headings (MeSH) for å finne relevante artikler. Dette er et ordsystem som kategoriserer og gjenfinder aktuell litteratur, og bidrar til at søkene blir mer presise når vi skal finne litteratur i internasjonale databaser (Aasen, 2019).

Tabell 1: PIO-skjema

Emneord	P:	I:	O:
MeSH - PubMed - Ovid - PsycInfo - Cinahl	Ostomy Surgical stoma Enterostomy Sexuality Sexual health	Patient education as topic Counseling Sex counseling Sex education	Quality of life Adaption, psychological
Tekstord - PsycInfo - ERIC	Ostomy Surgical stoma Enterostomy Stoma Sexuality Sexual health	Patient education as topic Counseling Sex counseling Sex education	Quality of life Adaption, psychological Adaption

Det ble søkt etter litteratur i ulike databaser som omhandlet stomi, seksualitet og seksuell helse, pedagogiske tilnærminger og livskvalitet. De relevante databasene som ble søkt i var:

- PubMed, gratisversjonen av MEDLINE, som er den mest brukte databasen for helsepersonell. Her finner en hovedsakelig forskningsartikler som dekker medisin, sykepleie og odontologi.
- Cinahl, denne databasen dekker sykepleie og tilgrensende fag, blant annet fysioterapi, ergoterapi og ernæring.
- PsycInfo, dekker psykologisk forskning og psykologiske aspekter fra andre fagområder som medisin, psykiatri, sykepleie og sosiologi.
- ERIC står for education resources information center og er en database for pedagogikk (Helsebiblioteket). Denne databasen valgte vi å søke i ettersom undervisning og veiledning er en del av vår problemstilling.
- Ovid Nursing Database, består av artikler hentet fra 276 sykepleietidsskrifter indeksert i MEDLINE og har hovedvekt på sentrale fagområder innen sykepleie.

(Thidemann, 2015, s. 85)

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene var at artiklene skulle være på norsk, svensk, dansk eller engelsk. De skulle ikke være eldre enn ti år, og de skal omhandle personer med stomi. Pasientene skulle være over atten år, og vi valgte å inkludere både kvinner og menn. Vi har også inkludert både kvalitative og kvantitative studier. Ifølge Kaarbø (2019, s. 2) kan det å kombinere kvalitative og kvantitative metoder være det beste alternativet for kunnskapsutvikling. Selv om disse to metodene er svært ulike, blir de nå betraktet som selvstendige og komplementære innenfor de fleste fagområder. Vi anser begge metodeformene som viktige for oppgaven vår ettersom de kvantitative studiene kan gi oss et bedre bilde på hvor vanlige de forskjellige utfordringene er, mens de kvalitative studiene kan gi oss en større forståelse for hva personene tenker om utfordringene og hvordan de møter utfordringene.

3.4 Analyse og syntese

De inkluderte artiklene ble lest kritisk flere ganger for å få en oversikt over innholdet. Vi brukte tematisk analyse for å identifisere mønstre og sammenhenger i forhold til det vi ønsket å undersøke. Ved hjelp av fargekoder markerte vi de aktuelle temaene i de forskjellige artiklene som kunne bidra til å svare på problemstillingen vår. Et tema hadde den samme fargen i alle artiklene. Dette tydeliggjorde hvilke temaer som var gjentakende, og det hjalp oss se sammenhenger mellom temaene på tvers av artiklene (Thidemann, 2015, s. 91). Ifølge Thidemann (2015, s. 89) er en litteraturmatrise over de inkluderte artiklene et godt hjelpemiddel i arbeidet med å vurdere artiklene. Her noteres viktig informasjon fra hver artikkel, noe som gir en god og fortettet oversikt over hovedelementene. I tillegg vil litteraturmatrisen være et nyttig hjelpemiddel når en skal sammenfatte innholdet fra artiklene i en syntese som presenteres i resultatkapitlet.

3.5 Kildekritikk

For å best mulig kritisk vurdere de ulike forskningsartiklene har vi brukt sjekklister som verktøy og hjelpemiddel. Helsebiblioteket har formulert noen helt enkle spørsmål en bør stille seg før man i hele tatt velger å inkludere artikler. Disse spørsmålene omhandler artikkelens problemstilling og resultater, og etterspør blant annet tydelige formuleringer og relevans (Helsebiblioteket, 2016). Etter å ha vurdert artiklene opp mot helsebibliotekets innledningsspørsmål vurderte vi de opp mot folkehelseinstituttets sjekklister (Folkehelseinstituttet, 2015), som går mer systematisk inn i den kritiske vurderingen. Sjekklisterne er utformet forskjellig avhengig av studiedesign, slik at risikoen for å feilvurdere

en artikkel reduseres. Alle artiklene vi har valgt å inkludere i dette litteraturstudiet scoret enten høy eller middels kvalitet. Vi så også på forfatterne og deres bakgrunn. Ut ifra dette kunne vi danne oss et inntrykk av om deres forskning var preget av om de eksempelvis hadde relevant yrkesbakgrunn innen helsevesenet. Det er viktig at kunnskapen har teoretisk grunnlag der vi bruker artikler og litteratur fra anerkjente og pålitelige kilder, der forskningen er fra tidsskrifter med fagfelleverderte artikler.

3.6 Metodekritikk

Noe av det viktigste ved en metode er at den skal sørge for troverdig kunnskap. Dette medfører at kravene til validitet og reliabilitet oppfylles. Validitet står for at innsamlet data skal ha relevans og gyldighet ovenfor problemstillingen (Dahlum, 2018). Reliabilitet betyr at litteraturen som blir brukt skal være pålitelig, og at eventuelle feilmarginer må angis (Svartdal, 2018). Det var dette vi tilstrebet i utvalget av relevante forskningsartikler.

Det vil alltid være fordeler og ulemper knyttet til enhver metode. En stor fordel med litteraturstudie som metode er muligheten for å sammenligne flere kilder, noe som styrker spørsmålet om validitet. En ulempe ved litteraturstudium som metode kan være at forfatterens subjektive holdninger farger oppgaven. Dette kan være spesielt utfordrende dersom en bruker sekundærkilder. En sekundærkilde er litteratur som er tolket av andre, noe som fører til fare for feiltolkninger ettersom de fleste tolker forskjellig ut fra egen kunnskap og erfaring. Det kan bli nødvendig å bruke sekundærkilder, eksempelvis de gangene primærkilden ikke er tilgjengelig (Pettersen, 2019).

3.7 Etiske overveielser

Retningslinjer for medisinsk og helsefaglig forskning står sentralt. Selv om vi gjør et litteraturstudium som baserer seg på andres forskning, er kunnskap om forskningsetiske retningslinjer vesentlig. Å overholde akademiske normer for kildehenvisning er viktig for å unngå plagiat, men det er også sentralt for å vise at man anerkjenner andre sitt arbeid (Thidemann, 2015, s. 12). I vår litteraturstudie har vi valgt 7 studier, hvorav to er litteraturgjennomganger som baserer seg på tidligere utførte studier, og de resterende 5 er empiriske studier. Empiriske studier skal følge forskningsetikklover og prinsippene i Helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen er etiske prinsipper for medisinsk forskning som involverer mennesker, og er utviklet av World Medical Association (WMA).

Helsinkideklarasjonen består av 15 grunnleggende prinsipper som går i detalj på hvordan forske når mennesker er involvert (World Medical Association, 2018).

Våre studier kommer fra fagfellevurderte tidsskrifter, samtidig som at de fleste studiene belyser at de har overveid etikken og fått godkjennelser fra relevante etikkomiteer. En oversikt over redegjørelse for etiske overveielser finnes i litteraturmatriksen (vedlegg III).

4.0 Resultat

4.1 Søkeresultat

Søkehistorikken i sin helhet ligger vedlagt (vedlegg I). I tillegg har vi satt opp et flytdiagram som viser en forenklet fremstilling av søkeprosessen (vedlegg II).

I identifiseringsfasen fant vi 105 artikler ved hjelp av emneord i de valgte databasene. Etter å ha ekskludert artiklene som ikke var på engelsk eller et nordisk språk, samt de artiklene som var eldre enn ti år, satt vi igjen med 20 artikler. Videre leste vi sammendragene av de gjenstående artiklene, ekskluderte de som ikke var tilgjengelig i fulltekst, dubletter, og de som ikke var relevante for oppgaven. Etter dette satt vi igjen med ti artikler. Disse leste vi i fulltekst, og etter å ha diskutert artiklenes relevans for oppgaven ekskluderte vi tre artikler. Felles for disse tre, var at de bygget på studier som var utført i andre deler av verden, henholdsvis i Tyrkia, Kina og Brasil. Utover det ønsket samtlige av disse artiklene å utforske hvordan det var å leve med stomi under påvirkning av særegne kulturer. Dermed satt vi igjen med de syv artiklene dette litteraturstudiet er bygget på. Det var to litteraturstudier, to kvalitative studier, en kvantitativ studie, en kohortstudie og en artikkel.

I litteraturmatriksen (vedlegg III) har vi fremstilt de inkluderte artiklene, og i tillegg notert oss de aktuelle temaene som ble identifisert under den tematiske analysen. Den tematiske analysen resulterte i temaene seksuell helse, livskvalitet, fysiske faktorer som påvirker seksuell aktivitet, relasjoner og sykepleiers rolle.

4.2 Seksuell helse

I kohortstudien utført av Fingren, Lindholm, Petersén, Hallén & Carlsson (2018, s. 21) kom det frem at 3 av de 8 punktene med lavest OAS poengsum omhandlet seksualitet og intimitet. OAS står for Ostomy Adjustment Scale og dette er en skala som viser helselatert

livskvalitet, samt generell livskvalitet hos pasienter med stomi (2018, s. 14). Punktet med lavest poengsum i hele undersøkelsen dreide seg om å finne glede i seksuelle aktiviteter (2018, s. 16). Både den kvalitative studien av Ramirez, McMullen, Grant, Altschuler, Hornbrook & Krouse (2009, s. 609) og Fingren et al. (2018, s. 13) hevdet at den kirurgiske plasseringen av stomien spiller en rolle, ettersom plasseringen på kroppen kan føre til bestemte problemer for seksuell intimitet. Ved hjelp av OAS kan en lettere evaluere tilpasningen pasienten har over tid (Fingren et al., 2018, s. 19).

Davidson (2016, s. 9) utførte en kvantitativ studie, ved hjelp av en spørreundersøkelse i 2016, der ett av spørsmålene i undersøkelsen var: Har stomi påvirket din evne til å være intim? Hele 30% svarte i stor eller alvorlig grad, mens 18% svarte i moderat grad. Av alle som var seksuelt aktive før de fikk stomi svarte 81% at de hadde gjenopptatt den seksuelle aktiviteten, og at den var tilfredsstillende. 16% svarte at den derimot ikke var tilfredsstillende (2016, s. 8). Respondentene i denne undersøkelsen hadde hatt stomi gjennomsnittlig i 15 år.

I studien til Ramirez et al. (2009, s. 617) hadde 9 av de 30 intervjuede kvinnene ikke vært seksuelt aktive med en partner i etterkant av operasjonen. Majoriteten av disse kvinnene var ikke i et forhold, og de var i stor grad preget av bekymringer når det gjaldt å finne en ny partner. I den kvalitative studien til Smith, Spiers, Simpson & Nicholls (2017, s. 148) ble en mann sitt seksualliv hemmet som følge av frykt for avvisning, noe som gjorde at han ikke fikk det seksuallivet han ønsket, og han sørget over tapet.

Artikkelen til Burch (2014, s. 24) trekker frem at mangel på seksuell kontakt kan føre til at pasienter føler seg ensomme og sinte. Videre viser Burch til Ayaz og Kubilay (2008) som hevdet at det over tid vil bli mer positive følelser rundt stomien, noe som vil virke positivt inn på seksuallivet.

Litteraturstudien til Medina-Rico, Zarate-Velasco, Quiñonez & Lopez-Ramos (2019, s. 576) kategoriserte funnene i tre aspekter som så ut til å påvirke stomipasientenes seksuelle helse; det fysiske-, emosjonelle- og sosiale aspektet. Det fysiske aspektet var knyttet til mekaniske utfordringer med stomien, som igjen kunne begrense seksuelle aktiviteter. I enkelte tilfeller gikk det så langt at pasienten og deres partner sluttet å dele seng. Humphreys (2017, s. 22) fant at det kunne føre til at en av partene følte seg avvist, som igjen kunne skape en større barriere i forholdet .

Det emosjonelle aspektet var preget av endringer i kroppsbilde og selvtillit, angst og frykt i forbindelse med samleie. Fire av de inkluderte studiene i litteraturstudien til Medina-Rico et al. (2019, s. 574-575) observerte at angst og skam førte til en endring hos stomipasientene i form av at de mistet interessen for eget seksualliv. Videre observerte Ramirez et al. (2009, s. 613) og Medina-Rico et al. (2019, s. 575) en endring hos pasientene der de ble nødt til å omfavne nye tilnærminger. Angstreduserende tiltak som ble identifisert var å bytte til en ren stomipose for å redusere dårlig lukt, bruke undertøy som støttet posen og å eksperimentere med ulike stillinger. Dette var tiltak som bidro til å minke påkjenninger på selve stomien, og dermed minke bekymringene. Ramirez et al. (2009) fant at seksuell aktivitet som oftest ikke foregikk uten stomipose, i frykt for uhell og lekkasjer. Det ble også viktig å skjule stomiposen med varierende utstyr, noe som var viktig av to grunner. Det bidro til å holde stomiposen stabil for å forhindre uhell, og det holdt stomien ute av syne.

Fire av de inkluderte studiene i litteraturstudien til Medina-Rico et al. (2019, s. 576) fokuserte på det sosiale aspektet knyttet til oppfattelsen og mottakelsen blant andre. Det ble observert at problemene i seksuallivet til pasientene med stomi kom fra ubehag ved å forholde seg til en partner. Ubehaget kunne eksempelvis skyldes frykt for lekkasje eller frykt for avisning, i tillegg til følelser av skyld for å ikke tilfredsstille partneren sin.

4.3 Livskvalitet hos stomipasienter

I vår tematiske analyse av artiklene fant vi fire undertema innen livskvalitet som vi valgte å inkludere. Dette var psykisk helse, selvbilde, frykt og angst, og depresjon.

4.3.1 Psykisk helse

Da Silva et al. (2008), referert i Humphreys (2017, s. 20), fant at selv om deltakerne i undersøkelsen følte seg fysisk bedre med stomi enn de hadde gjort før operasjonen, endte de fremdeles opp med dårligere seksualfunksjon og lavere poengsum når det gjaldt psykisk helse. Smith et al. (2017, s. 143) og Fingren et al. (2018, s. 13) understreker at forløpet av hendelser, spesielt alvorlig sykdom, som fører til eller kommer etter en stomioperasjon ofte er psykisk vanskelig, og at det vil føre til store endringer i en persons liv. Å miste kontroll over eliminasjonen kan lede til traumer, med følelse av frustrasjon og tap.

Ifølge Davidson (2016, s. 8) svarte 69% av respondentene bra til utmerket, 25% moderat og 6% dårlig, da de ble spurt om livskvalitet. Funnene i artikkelen indikerte at livskvaliteten hos stomipasienter i Irland er innenfor det normale, sammenlignet med den generelle befolkningen. Ifølge Davidson samsvarer dette med funnene i en mye større studie utført av Nichols' (2015) i USA. Pittman et al. (2009), referert i Burch (2014, s. 22), fant at det å ha en stomi hemmet helserelatert livskvalitet, men også at livskvaliteten bedret seg i løpet av det første året. De foreslo at faktorer som vil bidra til nedsatt livskvalitet er stomirelaterte komplikasjoner, dårlig postoperativ seksuell funksjon, økende alder og økonomiske problemer. Dette samsvarer med funn i studien til Davidson (2016, s. 11) som viser at selv om de fleste føler at de har god livskvalitet, tok det 45% av pasientene over 6 måneder å bli vant til og å akseptere stomien. Selv om livskvaliteten for stomipasientene var innenfor det normale, så fremstår den generelle psykiske helsen dårligere enn det nasjonale gjennomsnittet. Nichols og Reimer (2009), referert i Burch (2014, s. 24), fant at livskvaliteten til pasientene som ikke klarte å tilpasse seg livet med stomi ble negativt berørt av utfordringer med sex, sosialt liv, familie og fritid. Ifølge Pittman et al (2009), referert i Burch (2014, s. 22), er god intensiv oppfølging fra helsepersonell en metode for å forbedre livskvaliteten.

4.3.2 Selvbilde hos stomipasienter

Litteraturstudien til Humphreys (2017, s. 19-21) hevdet at endret selvtillit og selvbilde er et vanlig tema i stomipleie, og at et negativt selvbilde vil kunne endre adferden til folk. Det vil kunne medføre at de i større grad frykter avvisning og forlegenhet, og endrer involveringen i sosiale aktiviteter, eller at de trekker seg helt ut og isolerer seg. Reese et al. (2014), Virgin-Ellistone & Williams (2004) og Vural et al. (2016), referert i Humphreys (2017, s. 19) og Altschuler et al. (2009), referert i Medina-Rico et al. (2019, s. 575), fant at pasientene ikke lenger følte seg attraktive etter at de fikk stomi, og at vanskene i seksuallivet var relatert til lavere selvtillit og kroppsforvringinger. De hevdet at det endrede selvbildet kunne føre til psykiske forstyrrelser, som igjen kunne føre til høyere risiko for å utvikle psykisk stress.

12 av 31 respondenter i studien av Smith et al. (2017, s. 8) rapporterte om et endret og hemmet selvbilde som et resultat av stomien. I denne studien ble det fokusert på enkeltmennesket sitt syn på et endret selvbilde, og deres tanker og følelser rundt det å ha stomi. For mange av respondentene var stomien ødeleggende for selvfølelsen. Likevel var det

flere av respondentene som fant måter å redefinere at de var annerledes og hadde en uførhet, til å virke positivt på selvtilliten.

Cardoso et al. (2015) og da Silva et al. (2008), referert i Humphreys (2017, s. 20-21), fant at pasienter med permanent stomi ikke rapporterte om problemer med selvbildet. De fleste merket en forbedring innen 12 måneder etter inngrepet. Pasientene hadde lært seg å akseptere at stomien var en del av dem. De kunne videre ikke fastslå at stomipasienter har et dårligere selvbilde sammenlignet med folk uten stomi.

4.3.3 Frykt og angst

Kimura et al. (2017), referert i Medina-Rico et al. (2019, s. 574), observerte en endring i seksualiteten til pasienter med stomi, blant annet som følge av angst. Studiene til Medina-Rico et al. (2019, s. 574), Burch (2014, s. 22-24) og Junkin & Beitz (2005), referert i Fingren et al. (2018, s. 14), rapporterte at det var en stor overhengende frykt for at stomien skulle lekke, skam på grunn av lyd og lukt og frykt for at partneren ville forlate dem. Også bekymringer for om det ville være mulig å ta opp igjen tidligere aktiviteter var uttalt. Dette påvirket seksualiteten til personer med stomi i svært negativ grad og førte til redusert interesse for å ha et seksualliv. Disse problemene var mest uttalt senere i prosessen, når den postoperative fasen og behandling var ferdig.

4.3.4 Depresjon

Respondentene i studien til Davidson (2016, s. 8) ble spurt om de hadde følt seg deprimert i løpet av de første seks månedene etter stomioperasjonen. 15% svarte at de hadde følt seg veldig deprimert, 25% svarte de hadde følt på depresjon og 19% svarte de følte på det en sjelden gang. Videre viste resultatene at etter å ha hatt stomi i gjennomsnittlig 15 år, følte 29% seg moderat til alvorlig deprimert. Dette var høyere enn det nasjonale gjennomsnittet på 11% (2016, s. 10).

4.4 Fysiske faktorer som påvirker seksuell aktivitet

Ramirez et al. (2009, s. 614) og Medina-Rico et al. (2019, s. 571) fant at de fysiske endringene, ofte assosiert med mekaniske vansker som følge av stomi, vil kunne forhindre et tilfredsstillende seksualliv. Pasientene møtte dette på forskjellige måter, og det kunne være emosjonelt utfordrende.

4.4.1 Fysiske endringer og utfordringer

Symms et al. (2008) og Sun et al. (2016), referert i Medina-Rico et al. (2019, s. 574), fant at endret seksualitet kom fra elementer av ubehag i relasjon med andre. Dette viste seg når de prøvde å ha intime forhold. De identifiserte problemer med ereksjon, vaginal stenose, utilfredshet med utseende, frykt for avvisning eller ubehag på grunn av lekkasje når en samhandlet med andre. Studien til Davidson (2016, s. 8) viste en høyere andel av seksuell dysfunksjon hos pasienter med stomi enn i den generelle befolkningen. Over halvparten av mennene (56%) sa de hadde problemer med erektil dysfunksjon. Symms et al. (2008), referert i Smith et al. (2017, s. 149), hevdet at stomioperasjonen kan påvirke seksualfunksjonen til menn, noe Burch (2014, s. 24), Paula et al. (2012), Traa et al. (2015) og Shieh et al. (2016), referert i Humphreys (2017, s. 21), understreker og legger til at det kan skyldes nerveskader. Shieh et al. tar høyde for at de ikke undersøkte andre grunner til erektil dysfunksjon, som for eksempel røyking, selvbilde, selvtillit og påvirkning fra partner.

4.4.2 Seksuell dysfunksjon

De største fysiske problemene relatert til seksuell dysfunksjon for menn så ut til å være erektil dysfunksjon og retrograd ejakulasjon, mens for kvinner var problemene relatert til smertefullt samleie og vaginal tørrhet (Ramirez et al., 2009, Paula et al., 2012, Shaffy et al., 2012, Reese et al., 2014, Cardoso et al., 2015, Vural et al., 2016, referert i Humphreys, 2017, s.21).

Cardoso et al. identifiserte at hos kvinner var utfordringene i større grad knyttet til selvbilde (Humphreys, 2017, s. 21). Hos kvinner kan dyspareunia (smertefullt samleie) komme som et resultat av operasjoner i bekkenet som vil danne arrvev rundt vagina. Dersom rektum blir fjernet, kan vinkelen til vaginalkanalen bli endret til en slik posisjon at penetrering kan bli smertefullt og vanskelig (Sprunk & Altoneder 1999, referert i Ramirez et al., 2009, s. 609). Da Silva et al (2008), referert i Humphreys (2017, s. 21), fant at hos kvinner ville seksuell lyst og smerter under samleie bedre seg innen 12 måneder. Likevel ville ikke tilstanden bli den samme som før operasjonen, ettersom utfordringer som vaginal tørrhet og orgasme ikke bedres.

4.5 Relasjoner

Humphreys (2017, s. 24) understreket viktigheten av å inkludere pasientens partner i samtale, ettersom det har vist seg at partnerens støtte er en av de viktigste faktorene når det kommer til

å akseptere stomien. Både Medina-Rico et al. (2019, s. 574) og Ramirez et al. (2009, s. 614) trakk frem at for de pasientene som ikke hadde noen langvarige utfordringer vedrørende seksualitet, så spilte forståelsen og aksepten fra partner en viktig rolle.

Ramirez et al. (2009, s. 610) fant at partneren spilte en viktig psykososial rolle når de opprettholdt det seksuelle forholdet i tiden etter operasjon. Økt forståelse fra partneren kunne være til stor hjelp for selvtillit og bedring, og motsatt ville avvisning fra partner kunne føre til større psykologiske utfordringer (Kandemir et al., 2017, referert i Medina-Rico et al., 2019, s. 574). Smith et al. (2017, s. 150) fant at dersom partner ikke aksepterte stomien, kunne det føre til avvisning, noe flere av respondentene hadde opplevd. En deltaker følte hun måtte skjerme mannen sin for stomien, og samtidig skjerme seg selv for reaksjonene hans. Dette ble knyttet til følelser som tristhet, forvirring og tap (2017, s. 148). Studien konkluderer med at stomien kan føre til tap av seksuell selvtillit (2017, s. 150).

Humphreys (2017, s. 22) fant at selv om involvering av partner vil være fordelaktig, vil pasientens selvstendighet være viktig for parforholdet. Noen par dro fordel av at partner ble inkludert i selve stomistellet, mens andre endte opp med å føle seg som en pleier.

Respondentene i studien til Ramirez et al. (2009, s. 617) som ikke hadde hatt seksuelle opplevelser etter operasjonen, trodde at stomien ville gjøre det vanskelig å finne en partner. En deltaker hevdet hun enten måtte lære å akseptere seg selv for å finne en ny partner, eller slå seg til ro med å leve i sølibat. Medina-Rico et al. (2019, s. 576) konkluderer med at stomipasientenes partnere burde være involvert og informert om prosessen pasientene gjennomgår. Forståelse og tilpasning på partnerens vilkår fremstår som viktig, både fordi det fremmer tilliten mellom partene, det virker støttende for pasienten, og det hjelper de til å gjenoppta et sunt seksualliv.

4.6 Sykepleiers rolle

Studiene til Paula et al. (2012), Reese et al. (2014), Cardoso et al. (2015), Traa et al. (2015), Shieh et al. (2016), Vural et al. (2016), referert i Humphreys (2017, s. 22), identifiserte viktigheten av at sykepleier diskuterer innvirkningen stomien har på seksualitet og seksuell helse hos pasientene. Likevel kunne pasientene rapportere at seksuell funksjon ikke ble diskutert med dem av helsepersonell. Shieh et al. fant at bare 35% av respondentene hadde hatt en samtale om seksuelle utfordringer etter operasjon, selv om 97% av respondentene

hadde opplevd seksuell dysfunksjon. Da Silva et al. (2008), referert i Humphreys (2017, s. 22), fant at 81,4% av pasientene ønsket at helsepersonell skulle diskutere seksualitet med dem før operasjonen.

4.6.1 Seksualitet som et tabubelagt tema

Odey (2009), referert i Humphreys (2017, s. 18), trakk frem at ettersom seksualitet er et tabubelagt tema, kunne det være vanskelig å diskutere for sykepleiere, og de følte seg utilpass. Dette kunne skyldes for lite kunnskap, og resultatet var at seksualitet sjeldent ble tatt opp av helsepersonell. Dersom helsepersonell og pasient ikke diskuterte seksuell helse og seksualitet, ville disse problemene forbli ubehandlet, og ha en betydelig innvirkning på tilpasningen og livskvaliteten til pasienten (2017, s. 22).

Humphreys (2017, s. 24) konkluderer med at stomi og seksualitet ikke er et tema det snakkes nok om, og at pasientene skulle ønske helsepersonell tok et større initiativ på dette området. Til tross for at seksualitet er en verdifull del av livet, var det mange som syntes det var vanskelig å uttrykke sine tvil og vansker, spesielt endringer relatert til selvbilde og livsstil (Medina-Rico et al., 2019, s. 572). Videre konkluderer Humphreys (2017, s. 24) med at pasienten følte seg mer komfortable med å snakke med helsepersonell om dette, en hva helsepersonell forventer.

4.6.2 Informasjon

Når pasienter med stomi ligger på sykehuset etter den stomidannende operasjonen, vil de bli lært det praktiske rundt det å håndtere sin egen stomi. Et av de første målene for å kunne akseptere stomien er at pasienten klarer å ta vare på sin egen stomi (Burch, 2014, s. 21). Medina-Rico et al. (2019, s. 576) fant at pasientundervisning er fundamentalt for stomipasienter sin forståelse av stomien, og evne til å stelle egen stomi. Det å være på sykehus er ofte en tid der en er under høyt stress, og pasientene kan glemme mye av informasjonen som blir formidlet i løpet av denne perioden. Skriftlig informasjon blir ofte gitt i tillegg til verbal informasjon, men denne informasjonen viste seg å ikke være nok til å løse eventuelle problemer som kunne dukke opp i hverdagen etter utskrivelse (Burch, 2014, s. 21).

Williams (2007) og Black (2009), referert i Davidson (2016, s. 9), hevdet at ettersom liggetiden på sykehus etter stomioperasjon stadig blir kortere, er stomisykepleierne redd for at

de ikke skal klare å få pasienten til å mestre stomistellet før utskrivelse. Det blir også mindre tid til å undervise pasientene om forebygging av stomikomplikasjoner. I tillegg hevdet Danielsen et al. (2013), referert i Burch (2014, s. 21), at å bli skrevet ut av sykehus med en god forståelse for den nye stomien, kan ha en positiv effekt på livskvalitet og selvbilde.

En kvinne i studien til Ramirez et al. (2009, s. 614) hadde store smerter under samleie i etterkant av stomioperasjonen. Hun ønsket hun hadde blitt gjort mer oppmerksom på de potensielle seksuelle vanskene som kunne oppstå. Regelmessig bruk av en vaginal dilatator kunne forhindre eller minimert komplikasjonene denne kvinnen hadde. Forskning tilsier at det er for dårlig pasientundervisning på dette området (2009, s. 619). Kvinnen hevdet at bedre informasjonen ville ha hjulpet henne til å holde ut smerten som dilatatoren forårsaket, hvilket hadde redusert de plagene hun hadde nå (2009, s. 615).

4.6.3 Undervisning og veiledning

Medina-Rico et al. (2019, s. 585) konkluderer med at undervisning gitt av helsepersonell burde forsterkes for å hjelpe pasientene til å oppnå et sunt og tilfredsstillende seksualliv. De fant at undervisning og veiledning, spesielt de første månedene etter operasjon, vil være gunstig for tilpasning til livet med stomi (2019, s. 575). Burch (2014, s. 21) og Marquis et al. (2003), referert i Davidson (2016, s. 9), fant at støtte fra sykepleier i den første tiden etter operasjon hjalp pasientene å tilpasse seg, og bidro til økt livskvalitet. Til tross for dette rapporterte pasienter i tre av artiklene til Medina-Rico et al. (2019, s. 575-576) begrenset undervisning om seksuelle utfordringer. Denne informasjonsmangelen førte til økt angst angående seksuallivet.

4.6.4 Støtte og råd

Burch (2014, s. 26) trakk frem at støtte, forståelse og råd fra helsepersonell vil øke sannsynligheten for at pasienten tilpasser seg livet med stomi, og at god kommunikasjon er nøkkelen. Dette underbygger Humphreys (2017, s. 18-21), som hevder at å hjelpe pasientene til å føle seg mer komfortabel og mindre engstelige var viktig for å fremme selvstendighet og tilbakevending til et normalt liv. Når det kom til seksuelle aktiviteter, var det viktig å gi pasientene praktiske råd for fysisk intimitet i tillegg til psykisk støtte.

Thompson & Trainor (2005) og Thompson & Trainor, (2007), referert i Burch (2014, s. 24), fant at sykepleiere burde snakke mer med pasientene om når det er riktig å vende tilbake til forskjellige aktiviteter etter operasjonen, og hvordan pasientene skal tilnærme seg dette. For å unngå brokk, kan pasienter bli rådet til å bruke et støttebelte, og bli vist øvelser som vil styrke de abdominale musklene. Medina-Rico et al. (2019, s. 574) trekker frem at problemer med endringer i utseende, tap av libido, angst på grunn av lekkasje fra stomien og dårlig lukt ble løst gradvis med tiden og med hjelp fra støttegrupper. Også Davidson (2016, s. 11), fant at det var ønskelig å snakke mer om sine erfaringer med stomi, og gjerne med andre i samme situasjon.

4.6.5 Oppfølging

Chaudhri et al. (2005), referert i Burch (2014, s. 21), mente det kunne være fordelaktig å undervise pasientene i stomistell før de blir operert. Cardoso et al. (2015), referert i Humphreys (2017, s. 22), og Medina-Rico et al. (2019, s. 571) identifiserte at helsepersonell også burde diskutere seksualitet før og etter en operasjon for å redusere angst. Ifølge Burch (2014, s. 22) er det lite sannsynlig at pasientene som ligger på sykehuset like etter en stomioperasjon vil være i stand til å fokusere på, og spørre om problemer knyttet til normale aktiviteter i dagliglivet. Black (2009), referert i Davidson (2016, s. 9), påpeker at det ofte er når stomipasientene kommer hjem det går opp for dem hva det vil si å leve med stomi. Beaver et al. (2010), referert i Burch (2014, s. 24), sier at pasienter med stomi ofte lærer gjennom å prøve og feile. Spesielt rundt problemer som sår hud og hyppige lekkasjer. Disse og andre problemer må bli tatt opp etter at pasienten har kommet hjem (Burch, 2014, s. 22).

Davidson (2016, s. 11), Burch (2014, s. 22) og Fingren et al. (2018, s. 21) hevder at for bedre oppfølging, psykisk støtte og å pleie pasientens mentale helse kan sykepleier, ved hjelp av regelmessige besøk, bistå med problemløsning. Burch hevder det vil være viktig at sykepleiere tar opp problemer som for eksempel hvordan pasienten klarer seg psykisk og fysisk, hvordan livskvaliteten er og om det er noen fysiske problemer rundt selve stomien. Videre understrekes viktigheten av å henvise pasienten videre til mer kvalifisert personale dersom sykepleieren selv ikke har nok kunnskap.

Davidson (2016, s. 9) understreker at 95% av pasientene som fikk veiledning hjemme i etterkant av operasjonen fant det nyttig, men kun 46% av pasientene fikk dette tilbudet. Hun

hevder det vil være fordelaktig med hjemmebesøk, både innen den første uken etter utskrivelse, samt etter tre til seks måneder. Halvparten av respondentene sa det tok over seks måneder å bli komfortabel med stomien.

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven ønsker vi å diskutere våre funn fra resultatkapitlet opp mot teoretisk referanseramme for å belyse hvordan sykepleier ved hjelp av undervisning og veiledning kan fremme seksuell helse og livskvalitet hos stomipasienter.

5.1 Sykepleiere snakker ikke om seksualitet

Det kan være flere årsaker til at sykepleiere unngår samtaler om seksualitet. En kan anta at pasienten ikke ønsker å snakke om temaet, sykepleieren kan føle seg utilpass ettersom temaet er tabubelagt, eller det kan skyldes at sykepleieren ikke har nok kunnskap (Odey, 2009, referert i Humphreys, 2017, s. 18). God seksuell helse er ikke ensbetydende med et aktivt seksualliv, men om det å være trygg i egen kropp, på sine egne følelser, behov og grenser (Remme, 2018). Å anta at pasienten ikke ønsker å snakke om seksualitet vil dermed kunne være uheldig. Dersom en pasient eksempelvis har en lengre sykehistorie, høyere alder, kognitive utfordringer eller tilbringer mye tid isolert fra andre, kan det hende sykepleieren har lettere for å ekskludere seksuell helse som noe sentralt i pasientens liv. Det er mulig en tenker pasienten har hindringer og utfordringer som gjør at den seksuelle helsen nedprioriteres og glemmes. Samtidig viser forskningen at majoriteten av pasientene ønsker samtaler om seksualitet (Humphreys, 2017, s. 22, Medina-Rico et al., 2019, s. 572).

Dersom hovedutfordringen er at sykepleieren frykter å ta opp temaet fordi det er tabubelagt, fant Humphreys (2017, s. 24) at pasientene følte seg mer komfortable med å snakke med helsepersonell om seksualitet, enn hva helsepersonell forventer. Det kan skyldes forventningene om at sykepleieren har kunnskap om menneskekroppen, de er bundet av en taushetsplikt, og de skal møte alle pasientene på den samme objektive, profesjonelle måten. Det kan være med å bidra til at terskelen for en slik intim samtale senkes fra pasientens side. Utover dette vil pleien en pasient mottar, spesielt i tilknytning til operasjon og de første postoperative dagene, kunne overskride de fleste pasienters daglige intimgrenser, eksempelvis i form av tilrettelegging i stell eller å observere at andre håndterer ens egen

avføring. Resultatet av at disse intimsone viskes vekk kan tenkes å føre til at pasienten er mer åpen for en samtale om seksualitet.

Orem nevner at de kunnskaper, evner, egenskaper og holdninger som er nødvendige for å yte sykepleie utgjør sykepleiekapasiteten (Orem, 1995, s. 247). Dersom grunnen til at sykepleieren ikke snakker om seksualitet med pasientene som en følge av begrenset kunnskap, vil det kunne føre til en ytterligere begrensning i pasientens allerede aktuelle egenomsorgssvikt. Kristoffersen et al. (2016, s. 373) hevder det er sykepleierens ansvar å sette pasientens seksuelle behov på dagsordenen på lik linje med andre grunnleggende behov. En mulig løsning for å styrke pasientens egenomsorgskapasitet, samtidig som en etterstreber å oppfylle sitt ansvar som sykepleier, vil være å henvise pasienten videre til mer kvalifisert personale, dersom en selv ikke har nok kunnskap (Burch, 2014, s. 22).

5.2 Hvordan bidra til å fremme seksuell helse?

For å kunne fremme seksuell helse hos stomipasienter er det viktig å vite hva som ligger i begrepet seksuell helse, og hvordan en stomi kan påvirke den seksuelle helsen hos denne pasientgruppen. Seksuell helse består av et fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet (WHO, 2020). Seksualitet handler om kjønnslivet, ømhet, nærhet, fortrolighet og bekreftelse (Grov, Holter og Toverud, 2015, s. 862). Gjennomgående i artiklene kom det tydelig frem at alle komponentene som inngår i definisjonen av seksuell helse preget pasienter med stomi. Det fysiske velværet ble påvirket av stomien i seg selv. Det kunne skyldes en ugunstig plassering, eller mekaniske vansker som sår hud, lukt, flatus og lekkasjer (Fingren et al., 2018, s. 13; Ramirez et al., 2009, s. 609). I tillegg ble det påvirket av seksuell dysfunksjon, som følge av operasjonen. Hovedutfordringen for menn var erektil dysfunksjon, mens kvinnene hadde utfordringer med dyspareunia og vaginal tørrhet (Davidson, 2016, s. 8; Humphreys, 2017, s. 21). Shieh et al. (2016), referert i Humphreys (2017, s. 21), tar høyde for at de ikke undersøkte andre grunner til erektil dysfunksjon, som for eksempel røyking, selvbilde, selvtillit og påvirkning fra partner. Det emosjonelle velværet ble i størst grad påvirket av endringer i selvbilde og selvtillit. Det mentale velvære ble påvirket av frykt, angst, depresjon og skam. Dette resulterte blant annet i at pasientene mistet interessen for eget seksualliv (Medina-Rico et al., 2019, s. 574-575). Det sosiale velvære ble påvirket av hvordan pasientene ble oppfattet og mottatt av andre. Alle utfordringene nevnt ovenfor var også gjeldende i møte med en seksuell partner, som førte til et ytterligere ubehag. I tillegg oppstod en frykt eller skyld for å ikke tilfredsstille partneren sin (Medina-Rico et al.,

2019, s. 576). For å fremme egen seksualitet var det flere av pasientene som utviklet nyttige tiltak. Dette hjalp dem bli tryggere under selve samleiet. Tiltakene gikk blant annet ut på å tømme eller bytte stomipose rett i forkant av det seksuelle samværet, eller å benytte utstyr for å holde posen på plass. Da ville sannsynligheten for uhell minskes, og den ble ikke et fokus under samleiet. Dersom selve plasseringen til stomien ble en utfordring, kunne endret seksualpraksis være aktuelt (Medina-Rico et al., 2019, s. 575; Ramirez et al., 2009, s. 613).

5.2.1 Hvor viktig er partner?

Stomien vil for mange føre til at pasientene føler seg urene og mindre attraktive. Dermed vil det være lett for mange å avskrive seksualiteten i samvær med andre, blant annet på grunn av frykt for lekkasje eller avvisning fra partner (Kristoffersen et al., 2016, s. 397). Partneren er ofte pasientens nærmeste støttespiller. Derfor vil holdningene til partner være av svært stor viktighet for pasienten, og kan i stor grad påvirke når og om pasienten vil akseptere sin nye livssituasjon. De som er alene er i større grad avhengige av seg selv, og sin egen aksept av stomien. En deltaker i Ramirez et al. (2009, s. 617) var innforstått med at hun først måtte lære å akseptere seg selv, før hun i det hele tatt kunne begynne å se etter en ny partner.

Både funn i teorien og de inkluderte studiene understreket at det første skrittet var å akseptere seg selv, og at bekymringer og usikkerhet kunne hemme seksuallivet til tross for en støttende partner (Humphreys, 2017, s. 18-21; Kreftforeningen, 2020; Ramirez et al., 2009, s. 617). Likevel understrekes støtte fra partner som en av de viktigste faktorene for å akseptere stomien (Humphreys, 2017, s. 24). Er partner derimot ikke støttende og viser vemmelse ovenfor stomien, vil dette være hemmende for seksualiteten, og det kan føre til at pasienten utvikler et dårligere selvbilde. Derfor kan et viktig tiltak være å involvere partner i prosessen som pasientene gjennomgår. Dette kan gjøres ved å tilrettelegge for at partner får tilstrekkelig informasjon. Dermed blir det lettere for partneren å utvikle forståelse og å tilpasse seg. Dette virker støttende for pasienten og kan føre til færre psykososiale utfordringer. Det vil kunne være en viktig faktor for at de skal gjenoppta et sunt seksualliv (Kandemir et al., 2017, referert i Medina-Rico et al., 2019, s. 574-576).

5.2.2 Kroppskunnskaping som helsefremmende prosess

I teorien om kroppskunnskaping har Heggdal skissert uvisshet som første fase, preget av usikkerhet, følelsen av tapt kontroll og trygghet (2008, s. 49). Denne fasen ble gjenspeilet i

flere av studiene, blant annet av Burch (2014, s. 24), som nevner en postoperativ periode preget av stor usikkerhet rundt når en kunne gjenoppta fysiske aktiviteter, som trening og seksuell aktivitet. Fase to, tap av livsutfoldelse, er preget av sorg og sinne (Heggdal, 2008, s. 62). Denne fasen ble belyst av en mann som sørget over å miste det seksuallivet han ønsket, som en følge av å bli hemmet av frykt for avvisning (Smith et al., 2017, s. 148). Burch fant i sin artikkel at mangel på seksuell kontakt kunne føre til at pasientene følte seg ensomme og sinte (2014, s. 24).

I fasen kalt kroppslig læring er pasienten i en kunnskapssøkende fase der de blant annet lytter til kroppen, søker råd fra helsepersonell, studerer litteratur og snakker om utfordringene (Heggdal, 2008, s. 87). Dette underbygges av Davidson (2016, s. 11) og Medina-Rico (2019, s. 574) som fant at pasientene ønsket å snakke om deres opplevelser, og gjerne med andre i samme situasjon. Det behovet kunne en sykepleier eller en støttegruppe dekke. For å fremme seksuell helse ved hjelp av teorien om kroppskunnskaping vil et mål kunne være å tilrettelegge for pasientene, slik at tiden pasientene oppholder seg i fasen med uvisshet og tap av livsutfoldelse, påvirker livskvaliteten og den seksuelle helsen i en så liten negativ grad som mulig.

5.3 Når er det gunstig å ta opp temaet seksualitet?

En stomioperasjon er en vanskelig og livsendrende hendelse hvor pasientene ofte ikke vet hva som venter dem i etterkant. Derfor kan det tenkes at det vil være fordelaktig å gi så mye informasjon som mulig før operasjonen, for å forberede pasientene på en best mulig måte. I flere av studiene blir undervisning og veiledning før operasjon sett på som et godt tiltak. Dette vil antakelig medføre at pasienten vil være bedre forberedt på det som venter etter operasjonen. I tillegg vil pasienten ikke være påvirket av narkose, smerter, smertestillende medikamenter eller være under det psykiske stresset som ofte er på sykehus, og dermed være mer mottakelig for informasjon. Dermed vil det sannsynligvis bli lettere når en får den samme undervisningen etter operasjonen. Å diskutere seksualitet i forkant av en operasjon vil kunne forhindre lidelse og minske angst ettersom pasientene i større grad vet hva som venter dem (Cardoso et al., 2015, referert i Humphreys, 2017, s. 22, og Medina-Rico et al., 2019, s. 571). Med mer kunnskap, blir det mindre undring og dermed ofte også mindre angst.

Uavhengig av om pasienten får undervisning før operasjonen, vil sykepleier ha en viktig rolle i den postoperative fasen. Ifølge Tveiten (2008, s. 43) er hensikten med sykepleierens pedagogiske virksomhet at den skal basere seg på at pasienten utvikler eller videreutvikler sin mestringskompetanse. I denne sammenheng blir evnen til å håndtere sin egen stomi et viktig fokusområde. Ettersom liggetiden på sykehus etter stomioperasjon stadig blir kortere, er sykepleierne redde for at pasienten ikke skal mestre stomistellet før utskrivelse (Williams, 2007 og Black, 2009, referert i Davidson, 2016, s. 9). Siden det å mestre den nye stomien vil ha en positiv effekt på livskvaliteten (Danielsen et al., 2013, referert i Burch, 2014, s. 21), kan det tenkes at å ikke mestre stomien vil være et nederlag for pasienten. Da involveres hjemmesykepleien, eller så må partner ta seg av stomistellet. Humphreys (2017, s. 22) så på involvering av partner som fordelaktig, noe som virket positivt inn på parforholdet. For andre var ikke dette like vellykket og ville virke negativt inn på parforholdet ved at partneren endte opp med å føle seg som en pleier.

Black (2009), referert i Davidson (2016, s. 9), hevder at det er først når pasientene kommer tilbake til hverdagen det går opp for dem hva det vil si å leve med stomi. Dette blir støttet opp av teorien om kroppskunnskaping av Heggdal (2008, s. 87). I den tredje fasen som omhandler kroppslig læring, blir pasienten blant annet kunnskapssøkende og begynner å søke råd fra helsepersonell. Her ville det vært optimalt dersom vi sykepleiere kunne stille med råd og veiledning før pasienten begynner å lete. Medina-Rico et al. (2019, s. 575) fant at undervisning og veiledning, spesielt de første månedene etter operasjonen, vil være gunstig for tilpasning til livet med stomi. Da er veiledning i hjemmet eller ved poliklinikk etter utskrivelse trukket frem som gode tiltak (Burch, 2014; Davidson, 2016; Fingren et al., 2018). Da vil pasienten få mulighet til å spørre om utfordringer eller undringer som har oppstått etter å ha levd en tid med stomi. Hele 95% av pasientene som fikk veiledning hjemme i etterkant av operasjonen fant det nyttig (Davidson, 2016, s. 9). Dette understreker et tydelig behov.

At det tar tid å venne seg til stomien, er ingen overraskelse. Stomien utgjør en betydelig og synlig endring på kroppen. Ifølge Davidson (2016, s. 11) tok det over seks måneder for 45% av pasientene å venne seg til stomien. Dette var en gradvis prosess hvor oppfølging fra sykepleier etter utskrivelse, det å snakke med andre i samme situasjon, og tid i seg selv hjelper med å få pasienten til å akseptere stomien. Det så også ut til at hemmet livskvalitet og negativ påvirkning på selvbildet ville bedre seg i takt med denne aksepteringen (Pittman et al., 2009, referert i Burch, 2014, s. 22, og Cardoso et al., 2015 og da Silva et al., 2008, referert i

Humphreys, 2017, s. 20-21). Ved å akseptere stomien, har en også forsonet seg med den nye livssituasjonen. I den siste fasen til Heggdal (2008, s. 108), integrert kroppskunnskap, påstår hun at selv om pasienten nå er bedre skikket til å spille på lag med kroppen sin og fokuserer på mulighetene som vil komme, vil det fortsatt kunne være usikkerhet knyttet til fremtiden.

Det er vanskelig å fastslå når det vil være gunstig å ta opp seksuell helse med pasientene. Vi ser at det første som prioriteres er å lære pasienten å håndtere det grunnleggende stomistellet, mens andre tema ofte blir glemt. Derfor kan det å snakke om seksualitet før operasjonen være et godt tiltak. Det oppstår et behov for svar på spørsmål som omhandler seksualitet og andre hverdagslige emner etter hjemkomst, når dagliglivet begynner. Da vil det være fordelaktig med oppfølging i hjemmet eller fra poliklinikk.

5.4 Friskere fysisk, sykere psykisk?

Det er alltid en grunn til at en person får anlagt stomi. Hovedgrunnene er kreft, kroniske betennelser, misdannelser eller skader (NORILCO, 2020b). Dette er alvorlige sykdomstilstander som pasienten ofte har levd med over lengre tid. Som et resultat av inngrepet, vil de fleste bli friske (NORILCO, 2020a). Samtidig vil ikke avføring lenger være viljestyrt, og mange syntes at dette er svært vanskelig (Fingren et al., 2018; Flaten et al., 2018; Smith et al., 2017). Dette er trolig litt av grunnen til at pasientene med stomi endte opp med vesentlig dårligere poengsum når det gjaldt psykisk helse enn den øvrige befolkningen (da Silva et al., 2008, referert i Humphreys, 2017, s. 20). Tre faktorer vi har identifisert som kan påvirke den psykiske helsen er endret seksualitet, endret selvbylde og en høyere forekomst av depresjon.

For mange er seksuell helse et område i livet som er viktig, som igjen vil si at seksuell helse har stor påvirkning på ens livskvalitet. Påvirket seksualitet er et gjennomgående tema i alle artiklene vi har analysert. I studien til Davidson (2016, s. 9) svarte 30% av respondentene at stomien hadde påvirket deres evne til å være intim i svært stor grad. Hun så også at seksuell dysfunksjon ble et større problem, og registrerte blant annet at 56% av mennene hadde problemer med dette etter operasjonen. Til tross for dette rapporterer artiklene at livskvaliteten hos stomipasientene vi bedres med tiden, og at den etter en stund vil bli like god som resten av befolkningens.

En stomi vil også kunne endre pasientenes selvbilde og selvtillit. Flere pasienter følte seg mindre attraktive, og fryktet avvising og forlegenhet. Dette kunne føre til at de endret atferd, og i enkelte tilfeller kunne de trekke seg tilbake og isolere seg (Humphreys, 2017, s. 19-21). Det endrede selvbildet kunne føre til høyere risiko for å utvikle psykisk stress. Studiene fant også at når pasientene aksepterte sin egen stomi, ville de heller ikke lenger rapportere om problemer med selvbildet. Dette setter studien til Smith et al. (2017) et fint fokus på ved at den trekker frem enkeltindivider sine historier om at de har akseptert og godtatt stomien som en del av dem.

Det ble også oppdaget en høyere forekomst av depresjon blant stomipasienter. Davidson (2016, s. 8) fant at 29% av respondentene hadde følt seg moderat til alvorlig deprimert. Dette er høyere enn det nasjonale gjennomsnittet på 11%. Det er vanskelig å vite grunnen til dette, men det kan tenkes at depresjon kommer som et symptom på den psykiske påkjenningen disse pasientene gjennomgår (Fingren et al., 2018, s. 13; Smith et al., 2017, s. 143). Det understrekes at å miste kontroll over eliminering kan lede til traumer, med følelse av frustrasjon og tap (Fingren et al., 2018, s. 13; Smith et al., 2017, s. 143). Det samme vil stomirelaterte komplikasjoner. Det kan også tenkes at depresjonen kommer som følge av manglende aksept for stomien og den nye livssituasjonen.

5.5 Hvordan fremme livskvalitet hos stomipasienten?

For å fremme livskvalitet hos stomipasienter er det viktig at vi kjenner til hva livskvalitet omfatter, og hvordan det påvirker denne pasientgruppen. God livskvalitet er en følelse av tilfredshet rundt de områdene i livet som er viktige for en (Knutstad & Heggstad, 2016, s. 83). Også livskvaliteten påvirkes på flere måter, både hvordan en har det fysisk, psykisk og sosialt.

Sentrale identifiserte tiltak for å fremme livskvalitet var god opplæring, informasjonsformidling og hyppig oppfølging av helsepersonell. Det kan knyttes opp mot Orem's teori om de støttende og undervisende systemene, som benyttes når målet er at pasienten skal kunne oppfylle egenomsorgskravene på egenhånd. Aktuelle hjelpemetoder for sykepleieren vil kunne være støtte, rettleiding, tilrettelegging av et utviklende miljø og undervisning (Orem, 1995). Dette støtter funnene til Burch (2014, s. 21-26), Marquis et al. (2003), referert i Davidson (2016, s. 9), og Humphreys (2017, s. 18-21), som viser at psykisk støtte, forståelse og praktiske råd fra sykepleier i den første tiden etter operasjon kan hjelpe

pasientene å tilpasse seg, og bidra til økt livskvalitet. Dette inkluderer også seksuelle aktiviteter og fysisk intimitet. Å hjelpe pasientene til å føle seg mer komfortabel og mindre engstelige var også viktig for å fremme selvstendighet og tilbakevending til et normalt liv. I dette arbeidet var det essensielt med god kommunikasjon.

5.6 Hva betyr våre funn for sykepleie?

Da Silva et al (2008), referert i Humphreys (2017, s. 21), fant at hos kvinner ville seksuell lyst og smerter under samleie bedre seg innen 12 måneder. Det at både seksualiteten, den psykiske helsen og livskvaliteten blir bedre med tiden er gjennomgående i flere av artiklene. Men det gjelder ikke alle. Davidson (2016, s. 8) fant at av alle som var seksuelt aktive før de fikk stomi svarte 16% at den gjenopptatte seksuelle aktiviteten derimot ikke var tilfredsstillende. Med tanke på at respondentene i denne undersøkelsen hadde hatt stomi gjennomsnittlig i 15 år, er dette tallet urovekkende. Spørsmålet er hva sykepleiere kan gjøre for å minske denne andelen. Kvinnen i studien til Ramirez et al. (2009, s. 614) som hadde store smerter under samleiet i etterkant av operasjonen, fordi hun ikke visste konsekvensene av å ikke bruke dilatatorene jevnlig i den postoperative fasen, var overbevist om at dersom hun hadde fått mer informasjon om de potensielle konsekvensene, hadde seksuallivet hennes vært bedre i dag. Vi ser derfor god informasjonsformidling og undervisning som en meget viktig ressurs for å fremme seksuell helse og livskvalitet.

Dette inkluderer støtte, råd og veiledning i samtale med pasientene. I den forbindelse kan det være aktuelt å benytte seg av den didaktiske relasjonsmodellen. Modellen består av deltakerforutsetninger, rammefaktor, mål, innhold, arbeidsmetoder og vurdering (NDLA, 2018). Under deltakerforutsetninger vil være viktig å gjøre seg kjent med kunnskapsnivået til pasienten. Dette vil eksempelvis være påvirket av hvor lenge pasienten har hatt stomien, pasientens kognitive funksjon og hvordan pasienten håndterer livet med stomi.

Rammefaktorer kan ses i sammenheng med Orems hjelpemetode, et utviklende miljø. I tillegg kan hjelpemidler tas i bruk. Det kan være ytterligere informasjonskilder, som informasjonshefter, eller å inkludere pasientens partner. Målet ses i sammenheng med pasientsituasjonen, men et overordnet mål for vår del kan være at alle pasienter skal oppleve tilfredshet med egen livskvalitet og seksuelle helse. Innholdet og arbeidsmetoder må tilpasses pasienten, deres forutsetninger, rammefaktorer og mål. For stomipasientene kan det eksempelvis inkludere å teste ut undertøy som holder posen bedre på plass. Det vil også være

viktig å evaluere om pasienten har oppnådd målet om tilfredsstillende livskvalitet og seksuell helse. Hvis ikke må endringer gjøres, og nye tiltak iverksettes.

Fra sykepleierens side vil vi ikke kunne fremme seksuell helse dersom vi ikke tør snakke med pasienten om det. Av den grunn vil første steg være å ta initiativ til en slik samtale. En sykepleiers kunnskapsnivå rundt seksualitet burde heller ikke være en hindring. Dersom sykepleieren møter på en utfordring hen ikke kan håndtere, vil det viktigste være å formidle til pasienten at det finnes andre med mer kompetanse som kan bistå. Til tross for dette tror vi at en økt kunnskap om seksualitet vil kunne føre til at temaet føles mindre tabu for sykepleieren, noe som også kan øke sannsynligheten for at hen vil tørre å ta opp tematikken. Videre kan sykepleieren informere pasienten om foreninger for mennesker med stomier, som gjerne tilbyr pasienten å snakke med andre i samme situasjon, og eventuelt også støttegrupper. I tillegg har studiene vist oss at å inkludere partneren vil være fordelaktig. Et annet godt belyst tiltak vil være å tilby en slik samtale i forkant av operasjonen, i tillegg til muligheten for samtaler og oppfølging av sykepleier i etterkant av sykehusutskrivelsen.

5.7 Metodediskusjon

Ved valg av teori har vi forsøkt å finne informasjon fra pålitelige kilder. Vi har i stor grad holdt oss til skolebøker og andre anerkjente forfattere innen fagfeltet. Videre har vi forsøkt å fremstille teorien på en objektiv måte.

I søkeprosessen har vi kun klart å benytte oss av de to nederste trinnene i kunnskapspyramiden. Dette ser vi på som en svakhet. I tillegg utførte vi søket vårt i fem ulike databaser. Søk i flere databaser kunne resultere i et større utvalg aktuelle artikler. En styrke med søket var at vi brukte både tekstord og emneord for å få flest mulig treff. Vi brukte søkeord som var aktuelle for problemstillingen, noe som resulterte i at vi fant relevante artikler. I tillegg var det en fordel at vi var to underveis i hele prosessen. Vi jobbet sammen med å finne de aktuelle emneordene, og det gjorde det lettere å unngå feil underveis i søkeprosessen. I tillegg var vi to som leste over artiklene, og dette økte sannsynligheten for at vi inkluderte de artiklene som kunne svare på problemstillingen vår.

Vi valgte å ekskludere tre artikler da de var fra henholdsvis Tyrkia, Kina og Brasil. Likevel valgte vi å inkludere en artikkel fra Colombia. Grunnen var at dette var en litteraturstudie der

det var hentet studier fra både engelsktalende og spansktalende land. Denne studien hadde heller ikke som formål å undersøke tilstanden i det respektive landet. Artikkelen vi valgte å inkludere var fra Storbritannia, Irland, USA, Sverige og Colombia. Vi har ikke funnet forskning fra Norge, noe som kan være en svakhet for studien vår. For å finne mer norsk eller nordisk forskning kunne vi gjennomført søk i nordiske databaser.

Et eksklusjonskriterium var at artiklene ikke skulle være over ti år. Dette har vi ikke overholdt da Ramirez et al. er fra 2009. Ramirez et al. var også en av kildene brukt i Humphreys (2017). Dette tyder på dårlig referansesjekking fra oss, men også på at denne artikkelen var relevant for oppgaven. Vi har fått med flere relevante poeng og resultater fra denne artikkelen ved å inkludere den, enn vi fikk ved bare å lese resultatene i Humphreys. Med unntak at Ramirez et al. er inklusjons- og eksklusjonskriteriene overholdt.

Ettersom alle artiklene var på engelsk, kan det at vi måtte oversette dem skape en barriere av misforståelser eller feiloversettelser. Fordelen med vårt studium er igjen at vi har vært to personer som har lest og analysert artiklene, noe som styrker påliteligheten og dermed studiens reliabilitet.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleiere ved hjelp av undervisning og veiledning kan bidra til å fremme seksuell helse og livskvalitet hos stomipasienter. Funnene i studien indikerer at mange pasienter etterlyser informasjon om livet videre etter utskrivelse fra sykehus. På sykehuset lærer pasientene det grunnleggende stomistellet, men får lite informasjon om dagligdagse utfordringer, som blant annet omhandler seksuell helse. Det er flere mulige årsaker til dette, og en av de viktigste er nok at sykepleiere har for lite tid ettersom liggetiden på sykehus etter stomioperasjon stadig blir kortere. Derfor kan det være nødvendig å prioritere hva pasientene skal lære, og hva de skal få av informasjon. Å være innlagt på sykehus er stressende for pasientene, og det er bevist at de har vansker med å få med seg informasjonen som blir gitt. En annen grunn vi har identifisert er at sykepleierne ofte mangler kunnskap om seksualitet, og kvier seg derfor for å ta det opp. De kan også unngå å ta det opp på ettersom de ikke vet om pasientene ønsker å snakke om dette. Funnene våre viser at pasienter er mer komfortable med å snakke om seksualitet med sykepleiere enn antatt.

Noe annet som er etterlyst er oppfølging etter utskrivelse fra sykehus. Det er først da det går opp for pasientene hva det vil si å leve med stomi, og det er da alle spørsmålene kommer. Studiene som hadde gjennomført hjemmebesøk etter utskrivelse fant at majoriteten av pasientene opplevde dette som nyttig.

Det er sykepleier sin oppgave å sørge for at pasienten får en helhetlig omsorg, dette inkluderer også den seksuelle helsen. Ved å sette et fokus på den seksuelle helsen bidrar man også med å tilrettelegge for økt livskvalitet. Det kan gjøres ved hjelp av bedre informasjonsformidling og oppfølging.

Referanseliste

- Aasen, S. E. (2019, 4. juni). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Almås, H., Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Toverud, K. C. (2016). *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- American psychological association. (u.å). Health Psychology. Hentet 11. mai 2020 fra <https://www.apa.org/pubs/journals/hea/>
- British Journal of Nursing. (u.å). Welcome to British Journal of Nursing's Official Subscription Site. Hentet 12. mai 2020 fra <https://info.britishjournalofnursing.com/>
- Burch, J. (2014). Ensuring optimum quality of life in community patients with a stoma. *Journal of community nursing*, 28(1), 21.
- Dahlum, S. (2018, 20. februar). Validitet. Hentet 20. november 2019 fra <https://snl.no/validitet>
- Davidson, F. (2016). Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates. *British journal of nursing: BJN.*, 25(17), 4-12. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.17.S4>
- Fingren, J., Lindholm, E., Petersén, C., Hallén, A.-M. & Carlsson, E. (2018). A Prospective, Explorative Study to Assess Adjustment 1 Year After Ostomy Surgery Among Swedish Patients. *Ostomy Wound Management*, 64(6), 12-22. <https://doi.org/10.25270/owm.2018.6.1222>
- Flaten, B., Sørhøy, M. S. & Heir, W. (2018, 12. november). Stomi og stomipleie. Hentet fra <https://ndla.no/nb/subjects/subject:4/topic:1:172819/topic:1:178959/resource:1:72645>
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Slik oppsummerer vi forskning* (4. utg.). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Grov, E. K., Holter, I. M. & Toverud, K. C. (2015). *Sykepleieboken: 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping: Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsebiblioteket. ERIC. Hentet 4. mai 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/eric>
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). Sjekklistor. Hentet 23. november 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2019). Seksuell helse – lokalt folkehelsearbeid. I *Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen* (s. 97-107). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid/kunnskapsgrunnlag?fbclid=IwAR31v5WyzXQ_nytiQXQbqrfdniHT_0QV-9_JaFAPullD52vHZQdQxX9fZhk (Opprinnelig utgitt 2016)
- Humphreys, N. (2017). Sexual health and sexuality in people with a stoma: a literature review. *Gastrointestinal Nursing*, 15(10), 18-26. <https://doi.org/https://doi-org.galanga.hvl.no/10.12968/gasn.2017.15.10.18>
- Journal Guide. (2014). *Ostomy Wound Management*. Hentet 12. mai 2020 fra <https://www.journalguide.com/journals/ostomy-wound-management>

- Journal of Community Nursing. (u.å). Journal of Community Nursing (JCN). Hentet 11. mai 2020 fra <https://www.jcn.co.uk/>
- Kaarbø, E. (2019). Kombinerte metoder. *Sykepleien*, 4(3), 244-248. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0110>
- Kirkeveld, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Knutstad, U. & Heggstad, A. K. T. (2016). *Sykepleieboken: 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kreftforeningen. (2020, 6. januar). Seksualitet. Hentet 12. mai 2020 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/seksualitet/>
- Kreftlex. (2020). Leve med stomi. Hentet 11. mai 2020 fra <https://kreftlex.no/analkreft/ProsedyreFolder/OPPFOLGING/Leve-med-stomi?lg=ks&CancerType=Analkanal&containsFaq=False>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lien, T. (2006). Litt mer om den didaktiske relasjonsmodellen. Hentet fra https://blogg.hioa.no/laeringogsamspill/files/2016/01/den-didaktiske-relasjonsmodellen_Lien.pdf
- Lonnée-Hoffmann, R., Kirste, U. & Sviggum, O. (u.å). Seksuelle dysfunksjoner. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/a5d7370e547a4198900ada248f77a6cb/seksuelle-dysfunksjoner.pdf>
- MAG Online Library. (2020). Gastrointestinal Nursing. Hentet 15. mai 2020 fra <https://www.magonlinelibrary.com/page/gasn/about>
- Medina-Rico, M., Zarate-Velasco, A. M., Quiñonez, A. & Lopez-Ramos, H. (2019). Sexuality in people with ostomies: A literature review. *Sexuality and Disability*, 37(10), 571-586. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11195-019-09604-4>
- NDLA. (2018, 28. juni). Den didaktiske relasjonsmodellen. Hentet fra <https://ndla.no/nb/subjects/subject:40/topic:1:195925/topic:1:62513/resource:1:62998>
- Nes, R. B. (2019, 23. september). Fakta om livskvalitet og trivsel. Hentet 9. mai 2020 fra <https://www.fhi.no/fp/psyiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- NORILCO. (2019). Seksualitet og livskvalitet hører sammen. *Norilconytt*, 49(5), 7.
- NORILCO. (2020a). Med åpning på magen. Hentet 11. mai 2020 fra <https://www.norilco.no/informasjon/om-stomi-og-reservoar/med-aapning-paa-magen>
- NORILCO. (2020b). Om stomi og reservoar. Hentet 27. april 2020 fra <https://www.norilco.no/informasjon/om-stomi-og-reservoar>
- Nåmdal, C. & Stensås, T. A. (2019, 04. oktober). Hvorfor vil ingen snakke med oss om sex og utlagt tarm? Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/10/hvorfor-vil-ingen-snakke-med-oss-om-sex-og-utlagt-tarm?cid=sm2298089356&fbclid=IwAR1sr4UFuNx6nyehFlcKLFqiVR25pAzmeo0l%20%20pSTQ6ZnGP8NhHoODnCPFufw>
- Næss, S. (2001). Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 121(16), 1940-1944. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2001/06/kronikk/livskvalitet-som-psyisk-velvaere>

- Oregon State University. (2020). What is the Institutional Review Board (IRB)? Hentet 11. mai 2020 fra <https://research.oregonstate.edu/irb/frequently-asked-questions/what-institutional-review-board-irb>
- Orem, D. (1995). *Nursing concepts of practice* (5. utg.). St. Louis, Mo: Mosby.
- Pettersen, F. S. (2019, 08. november). Retningslinjer for oppgaveskriving - Referanser og referanseliste. Hentet fra <https://www.ldh.no/bibliotek/retningslinjer-for-oppgaveskriving-referanser-og-referanseliste--8046>
- Ramirez, M., McMullen, C., Grant, M., Altschuler, A., Hornbrook, M. C. & Krouse, R. S. (2009). Figuring Out Sex in a Reconfigured Body: Experiences of Female Colorectal Cancer Survivors with Ostomies. *Women & health*, 49(8), 608-624. <https://doi.org/10.1080/03630240903496093>
- Remme, A. (2018, 14. november). 2. Hva er seksuell helse? Hentet 11. mai 2020 fra <https://ungefunksjonshemmede.no/ressurser/kurs/seksomfunker/e-laeringskurs-kapittel-1-11/1-hva-er-seksuell-helse/>
- Sex og Samfunn. (2020). Sexologi. I M. Johansen & S. Gamnes (Red.), *eMetodebok for seksuell helse* (8. utg.). Hentet fra <https://www.emetodebok.no/kapittel/sexologi/> (Opprinnelig utgitt 1971)
- Sexuality and Disability. (2020). Aims and scope. Hentet 15. mai 2020 fra <https://www.springer.com/journal/11195/aims-and-scope>
- Smith, J. A., Spiers, J., Simpson, P. & Nicholls, A. R. (2017). The psychological challenges of living with an ileostomy: An interpretative phenomenological analysis. *Health psychology*, 36(2), 143-151. <https://doi.org/10.1037/hea0000427>
- Svartdal, F. (2018, 18. mai). Reliabilitet. Hentet 20. november 2019 fra <https://snl.no/reliabilitet>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning: - mer enn ord* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- WHO. (2020). Defining sexual health. Hentet 11. mai 2020 fra https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- Woman & Health. (2020). Aims and scope. Hentet 15. mai 2020 fra <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?show=aimsScope&journalCode=wwah20>
- World Medical Association. (2018, 9. juli). WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg I – Søkehistorikk

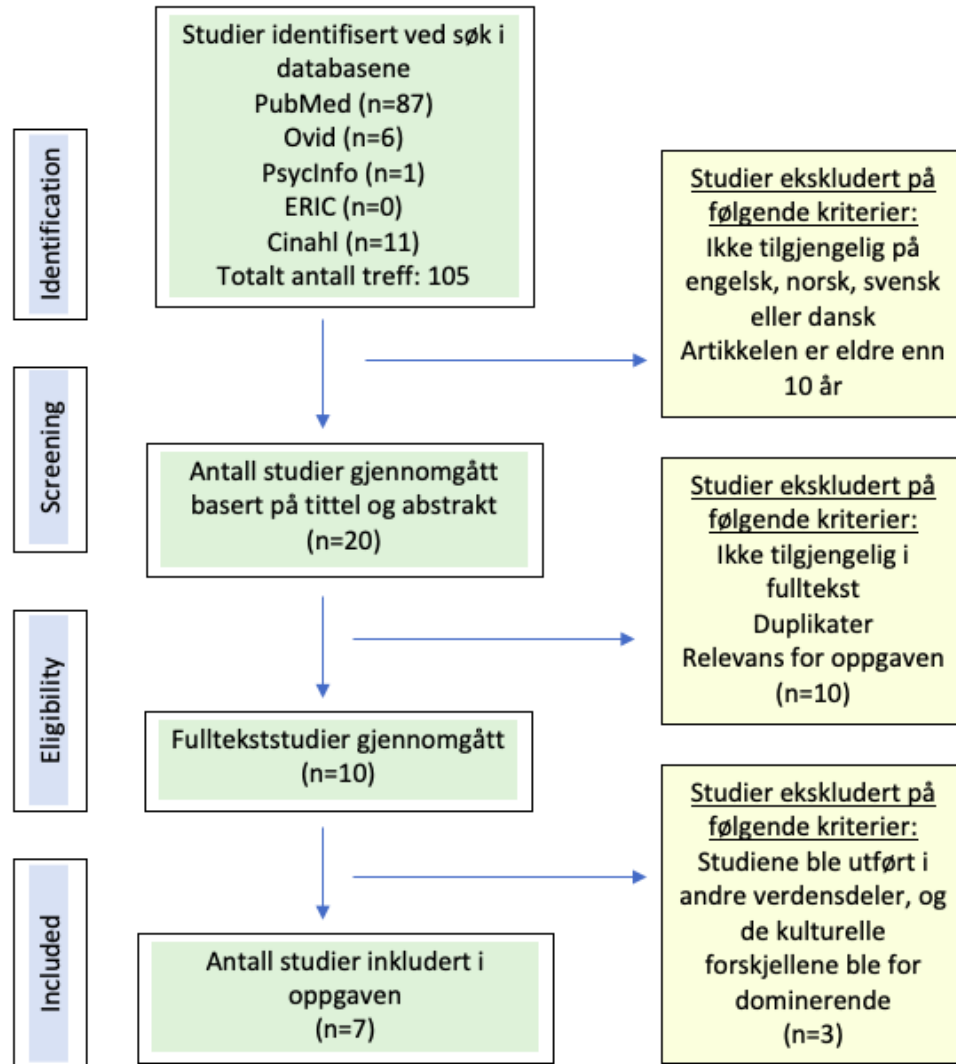
Database	Dato for søk	Emneord	Antall treff før ekskludering	Ekskluderingskriterier	Antall treff etter ekskludering	Antall aktuelle artikler	Artikkelnavn
Pubmed	27.01.2020	MESH Ostomy Surgical stoma Enterostomy Sexuality Sexual health Patient education as topic Counseling Sex counseling Sex education Quality of life Adaption, psychological	9	10 år	0	0	
Pubmed	27.01.2020	MESH Ostomy Surgical stoma Enterostomy Sexuality Sexual health Quality of life Adaption, psychological	78	5 år	11	4	Sexual Experiences of Chinese Patients Living with an Ostomy (2017) A Descriptive, Cross-sectional Study to Assess Quality of Life and Sexuality in Turkish Patients with a Colostomy (2017) The psychological challenges of living with an ileostomy: An interpretative phenomenological analysis (2017) Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates (2016)
Ovid	28.01.2020	MESH	0				

		<p>Ostomy Surgical stoma Enterostomy</p> <p>Sexuality Sexual health</p> <p>Patient education as topic Counseling Sex counseling Sex education</p> <p>Quality of life Adaption, psychological</p>					
Ovid	28.01.2020	<p>MESH Ostomy Surgical stoma Enterostomy</p> <p>Sexuality Sexual health</p> <p>Quality of life Adaption, psychological</p>	6	5 år	1		<p>The Rectal Cancer Female Sexuality Score: Development and Validation of a Scoring System for Female Sexual Function After Rectal Cancer Surgery (2018) (finner ikke fulltekst)</p> <p>Figuring out sex in a reconfigured body: experiences of female colorectal cancer survivors with ostomies (2009)</p>
Psycinfo	28.01.20	<p>MESH Colostomy</p> <p>Sexuality Sexual health</p> <p>Counseling Sex education</p> <p>Quality of life Adaption</p>	0				

Psycinfo	28.01.2020	TEKSTORD Ostomy Surgical stoma Enterostomy Sexuality Sexual health Patient education as topic Counseling Sex counseling Sex education Quality of life Adaption, psychological	1	5 år	1	1	Sexuality in People with Ostomies: A Literature Review (2019).
ERIC	28.01.2020	TEKSTORD Ostomy Sexuality Sexual health Patient education as topic Counseling Sex counseling Sex education Quality of life Adaption	0				
ERIC	28.01.2020	TEKSTORD Ostomy Stoma Sexuality Sexual health Quality of life Adaption	0				

ERIC	28.01.2020	TEKSTORD Ostomy Stoma Sexuality Sexual health	0				
Chinal	28.01.2020	MESH Ostomy Enterostomy Sexuality Sexual health Patient education Counseling Sexual counseling Sex education Quality of life Adaption, psychological	11	10 år	7	4	A Prospective, Explorative Study to Assess Adjustment 1 Year After Ostomy Surgery Among Swedish Patients (2018) Sexual health and sexuality in people with a stoma: a literature review (2017) Ensuring optimum quality of life in community patients with a stoma (2014) The ostomy patient's sexuality: integrative review (2013)

Vedlegg II – Flytdiagram



Vedlegg III – Litteratormatrise

Forfatter(e)	Tittel	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn	Kvalitetsvurdering	Redegjort for etiske overveielser
Publiseringsår Tidsskrift Land					Aktuelle tema		
Nadine Humphreys. 2017 Gastrointestinal Nursing Storbritannia	Sexual health and sexuality in people with a stoma: a literature review	Å undersøke hvilke faktorer som påvirker seksuell helse og seksualitet for personer med stomi.	Litteraturstudie		Det er viktig å diskutere endringer i kroppsilde og hvordan pasienten føler seg for å hjelpe de håndtere de kroppslige endringene. Dette kan inkludere praktiske råd så vel som psykologisk støtte. Partneren er en viktig støttespiller, og burde inkluderes dersom pasienten ønsker det. Helsepersonell snakker ikke nok om seksuell helse og seksualitet, til tross for at pasientene ønsker dette. Helsepersonell må forsikre seg om at de har tilstrekkelig kunnskap og evner for å diskutere disse temaene på en trygg måte.	Type design: Systematisk oversikt Antall punkter innfridd: 7/9 Det som enten var uklart eller ikke ble innfridd var: Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk? Hadde enkelte mangler, eksempelvis dato for når søket ble gjennomført. Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier?	Alle artiklene som ble brukt var fagfellevurdert (Humphreys, 2017, s. 18). Gastrointestinal sykepleie er det ledende tidsskriftet for sykepleiere som jobber innen gastroenterologi, hepatologi og stomiepleie. Tidsskriftet publiserer original forskning, kliniske anmeldelser og casestudier som er fagfellevurdert av ledende eksperter på området, samt nyheter og ekspertanalyse om beste praksis, fagutvikling og helsepolitikk (MAG Online Library, 2020).

					Aktuelle tema: selvbilde, fysiske forhold, relasjoner, støtte fra partner, informasjon fra helsepersonell		
Mauricio Medina-Rico, Ana M. Zárate-Velasco, Andrés Quiñonez, Hugo López-Ramos. 2019 Sexuality and Disability Colombia	Sexuality in People with Ostomies: A Literature Review	Få en oversikt over vanlige seksuelle utfordringer og strategiene som blir brukt for å forbedre saksuallivet til pasienter med stomi.	Litteraturstudie		<p>Utfordringer relatert til seksuell helse og seksualitet burde ikke bli ignorert, og undervisning gitt av helsepersonell vil kunne være nyttig for å hjelpe pasientene oppnå et sunt og tilfredsstillende seksualliv.</p> <p>Aktuelle tema: selvbilde, det fysiske og det psykiske henger sammen, relasjoner, støtte fra partner, fysiske forhold, støtte fra helsepersonell, pasientundervisning</p>	<p>Type design: Systematisk oversikt</p> <p>Antall punkter innfridd: 5/9</p> <p>Det som enten var uklart eller ikke ble innfridd var:</p> <p>Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk? Hadde enkelte mangler, eksempelvis dato for når søket ble gjennomført. Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier? Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet? Er validiteten til studiene vurdert ved</p>	Sexuality and Disability publiserer fagfelleverderte originale tverrfaglige vitenskapelige artikler (Sexuality and Disability, 2020).

						bruk av relevante kriterier?	
Jonathan A. Smith, Johanna Spiers, P. Simpson, A. Nicholls. 2017 Health psychology Storbritannia	The psychological challenges of living with an ileostomy: An interpretative phenomenological analysis	En idiografisk analyse av erfaringen med å leve med ileostomi	Kvalitativ studie	21 respondenter. Både menn og kvinner i alderen 23-72 år.	Ileostomier kan ha både intra- og interpersonlig påvirkning, som kan virke både negativ og positivt. For mange av respondentene hadde ileostomien ødeleggende konsekvenser for selvtilliten, og flere hadde utfordringer med selvbildet. Andre respondenter fant måter å omdefinere annerledesheten på for å øke selvtilliten. Ileostomien påvirket også forholdet til partnere, venner og familie. For noen førte det til en frykt for avvisning, mens andre opprettholdt støtten fra relasjonene. Aktuelle tema: psykiske utfordringer, forskjellige måter å møte utfordringene på	Type design: Kvalitative studier Antall punkter innfridd: 7/10 Det som enten var uklart eller ikke ble innfridd var: Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet? Er dataanalysen klart beskrevet og begrunnet? Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?	Studien ble gitt etisk klarering fra den relevante universitetskomiteen. I tillegg ble det gitt informert samtykke fra respondentene, og de ble informert om at de kunne stoppe intervjuet og trekke seg når de måtte ønske (Smith et al., 2017, s. 144). Alle artiklene som blir publisert fra Health psychology er fagfellevurdert (American psychological association, u.å).
Michelle Ramirez, Carmit McMullen, Marcia Grant,	Figuring out sex in a reconfigured body: Experiences of female	Å undersøke erfaringene til kvinnelige overlevende av tykktarmskreft med stomi for	Kvalitativ studie	30 kvinnelige respondenter i alderen 44-93 år (gjennomsnitt)	Nyere forsøk på å implementere seksualitet som et omsorgsområde for å forbedre livskvaliteten har hatt en tendens til å tilpasse seg kulturelle ideer om en	Type design: Kvalitative studier Antall punkter innfridd: 8/9	IRBene for hver institusjon godkjente alt studiemateriell og protokoller (Ramirez et al., 2009, s. 611). IRB står for Institutional Review Board

<p>Andrea Altschuler, Mark C. Hornbrook, Robert S. Krouse.</p> <p>2009</p> <p>Women & health</p> <p>USA</p>	<p>colorectal cancer survivors with ostomies</p>	<p>å kaste lys på de seksuelle utfordringene og tilpasningene de gjorde i kjølevannet av kreftkirurgi og behandling.</p>		<p>salder på 70 år).</p>	<p>ideell seksualitet som i noen tilfeller kan virke belastende for pasientene. Resultatene illustrerer et mangfold av opplevelser som i noen tilfeller kan stemme overens, og i andre motstår kulturelle modeller for seksualitet. Et mer nyansert syn på seksualitet kan utvide forskningsspørsmålet, utfallstiltak og intervensjoner.</p> <p>Aktuelle tema: relasjoner, støtte fra partner, fysiske utfordringer, informasjon fra helsepersonell, seksualitet</p>	<p>Det som enten var uklart eller ikke ble innfridd var: Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?</p>	<p>og er et administrativt organ opprettet for å beskytte rettighetene og velferden til mennesker som er rekruttert for å delta i forskningsaktiviteter utført i regi av institusjonen den er tilknyttet (Oregon State University, 2020).</p> <p>Women & health er et internasjonalt, fagfellevurdert tidsskrift etablert i 1976 (Woman & Health, 2020).</p>
<p>Fiona Davidson.</p> <p>2016</p> <p>British Journal of Nursing</p> <p>Irland</p>	<p>Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates</p>	<p>I stedet for å bruke forskning fra Storbritannia eller USA, ønsket forfatteren å forstå hvordan pasienter med stomi i Irland følte om livet sitt, og hvilke problemer, om</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p>Der var 256 respondenter. Her var 39,5% (101) menn og 60,5% (155) kvinner. 98% av respondentene hadde ileostomi eller kolostomi.</p>	<p>Til tross for at de fleste respondentene følte de hadde en god livskvalitet, tok det 6 måneder for 45% av respondentene å bli komfortabel med deres stomi. I tillegg belyste studien utfordringer stomipasientene hadde, som hudproblemer, lekkasje og lukt. 95% av de som fikk oppfølging hjemme syntes det var nyttig. Det ble også</p>	<p>Type design: Pasientserier</p> <p>Antall punkter innfridd: 6/9</p> <p>Det som enten var uklart eller ikke ble innfridd var: Er svarprosenten høy nok? Av 595 mulige svarte 256, som</p>	<p>Etisk godkjenning ble gitt av etikkomiteen ved Naas General Hospital ved å bruke de nasjonale retningslinjene (Davidson, 2016, s. 4).</p> <p>British Journal of Nursing (BJN) publiserer oppdaterte kliniske litteraturstudier, original forskning og</p>

		noen, de opplevde.		<p>1% hadde urostomi, og den siste prosenten svarte ikke på dette spørsmålet (artikkelen s. 4)</p> <p>bevist at hjemmebesøk av sykepleier var mest kostnadseffektivt for helsesystemet, fordelaktig for pasienten og førte til best utøvelse av sykepleie. Respondentene svarte at de ønsket å snakke om deres opplevelser, og gjerne med andre i samme situasjon. Det behovet kunne regelmessig oppfølging av sykepleier eller en selvhjelpsgruppe dekke. I tillegg har stomipasienter i Irland dårligere mental helse enn resten av befolkningen. Det er et behov for rutiner og regelmessig oppfølging av stomipasientene.</p> <p>Aktuelle tema: psykisk helse og livskvalitet, fysiske seksuelle utfordringer, hva vi som helsepersonell kan gjøre</p>	<p>tilsvarende en svarprosent på 43%. Var alle pasientene i utvalget i samme stadium av sykdommen? Ble objektive kriterier benyttet for å vurdere endepunktet?</p>	<p>evidensbaserte artikler, skrevet av eksperter og vurdert av fremtredende autoriteter i sykepleieryrket (British Journal of Nursing, u.å).</p>
Jennie Burch. 2014	Ensuring optimum quality of life in community patients		Artikkel	<p>Tiden i etterkant av en stomioperasjon er preget av usikkerhet for pasientene, spesielt i forbindelse med hva de kan gjøre og når, som å gjenoppta trening</p>	<p>Type design: Artikkel</p> <p>Antall punkter innfridd: 7/10</p>	<p>Journal of Community Nursing er et tidsskrift etablert i 1978. Tidsskriftet formidler informasjon, undervisning og opplæring til sykepleiere i</p>

Journal of community nursing Storbritannia	with a stoma				<p>eller seksuell aktivitet. Støtte, råd og forståelse fra sykepleier, venner og familie øket sannsynligheten for at pasientene tilpasset seg livet med stomi. God kommunikasjon var viktig i prosessen. Det var også viktig at dersom sykepleieren møtte på utfordringer hen ikke kunne hjelpe pasienten med, måtte de henvise pasienten videre til noen som kunne.</p> <p>Aktuelle tema: psykisk helse og livskvalitet, hva vi som helsepersonell kan gjøre</p>	<p>Det som enten var uklart eller ikke ble innfridd var: Er søkestrategien gjengitt, og er den tilstrekkelig? Er kunnskapsgrunnlaget grader, og er graderingssystemet tilstrekkelig beskrevet? Er anbefalingene oppdatert (for under to år siden)?</p>	<p>Storbritannia, og globalt, blant annet innen områder som kontinensomsorg, sårpleie, hudpleie, kroniske tilstander (Journal of Community Nursing, u.å).</p>
<p>Jeanette Fingren, Elisabet Lindholm, Charlotta Petersén, Anne-Marie Hallén, Eva Carlsson.</p> <p>2018</p> <p>Ostomy Wound Management</p>	<p>A prospective, explorative study to assess adjustment 1 year after ostomy surgery among Swedish patients</p>	<p>Målet med denne studien var å beskrive pasientens tilpasning til livet med stomi 1 år etter operasjonen og å identifisere pasienter med lavere justeringspoen</p>	<p>Kohortstudie</p>	<p>150 responderte på studien, med 82 kvinner og 68 menn. Gjennomsnittsalderen på respondenterne var 70 år (fra 21-90 år) (s. 16).</p>	<p>OAS-poengsummen var lik for stomipasientene uavhengig av kjønn og årsaken til stomi. Derimot svoret pasientene med ileostomi dårligere enn pasientene med kolostomi. De som hadde fått preoperativ informasjon scoret bedre enn de som ikke hadde fått det. Tre av spørsmålene med lavest score var i kategorien</p>	<p>Type design: Pasientserier</p> <p>Antall punkter innfridd: 9/9</p> <p>Det som enten var uklart eller ikke ble innfridd var:</p>	<p>Respondentene gav frivillig skriftlig samtykke. De fikk spørreskjema som de skulle fylle ut med penn og papir. Ingen navn var involvert.</p> <p>Forskningsprosjektet var godkjent av den regionale etikk-komiteen i Gøteborg, og de fulgte Helsinkideklarasjonen (Fingren et al., 2018, s. 16)</p>

Sverige		g (adjustment score). Et ytterligere mål var å vurdere og beskrive hindringer for å oppnå god livskvalitet (s. 14).		<p>stomirelaterte bekymringer og påvirkninger i livet, og relatert til seksualitet og intimitet. Det er behov for videre studier for å avdekke hvordan pasientene ønsker informasjon om seksualitet og sensitive temaer, og hvordan de ønsker sykepleieren skal snakke om disse temaene i postoperativ fase.</p> <p>Aktuelle tema: livskvalitet og psykisk helse, oppfølging fra helsepersonell</p>		<p>Alle publiserte artikler i Ostomy Wound Management gjennomgår en streng dobbeltblind fagfellelvurdering av medlemmer av både Redaksjonelt råd og Ad-Hoc Peer Review Panel (Journal Guide, 2014).</p>
---------	--	---	--	---	--	---