



# Stomi og seksualitet

Hvordan kan sykepleiere tilrettelegge for at pasienter med nyanlagt stomi kan mestre sin seksualitet?

Kandidatnummer: 811  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8553  
Dato: 16.04.18

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato
<p>Tittel Stomi og seksualitet – hvordan kan sykepleiere tilrettelegge for at pasienter med nyanlagt stomi kan mestre sin seksualitet?</p>	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for at pasienter med nyanlagt stomi kan mestre sin seksualitet?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget er sykepleierens helsefremmende funksjon, fagkunnskap og rammeverk i form av lovverk og yrkesetiske retningslinjer. PLISSIT-modellen blir presentert som et verktøy sykepleieren kan ta i bruk for å snakke om seksualitet med sine pasienter som nylig har fått anlagt stomi. Denne delen av oppgaven presenterer også relasjonsteori.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven er en litteraturstudie. For å belyse den valgte problemstillingen er det brukt selvvalgt forskningslitteratur, i tillegg til pensum- og faglitteratur. Forskningslitteraturen er funnet gjennom søk i PubMed og CINAHL. Dette kapitlet tar også for seg kildekritikk, samt en presentasjon av artikler som har vært nyttige i skriveprosessen, men som ikke direkte besvarer problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting</u> Sykepleierens veiledende funksjon blir drøftet opp mot forsknings-, pensum- og faglitteratur. Evnen til å bygge tillitsforhold og kommunisere med pasientene er sentral i denne delen. Det blir drøftet hvordan sykepleier kan tilrettelegge for pasientens mestring av seksualitet med nyanlagt stomi.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleieren spiller en sentral rolle i den pre- og postoperative informasjonen pasienten får. Gjennom sin utøvelse av holistisk pleie og omsorg for pasienten, samt veiledende funksjon, kan sykepleieren bygge et forhold til pasienten og bli kjent med henne/ham og skape tillit i sykepleier-pasient-relasjonen. Ved å få tillit fra pasienten kan sykepleieren tilrettelegge for samtale om seksualitet, og bruke PLISSIT-modellen i sitt arbeid. Ved hjelp av relasjonsbygging, god kommunikasjon, holistisk omsorg, kunnskap og bruk av PLISSIT-modellen kan sykepleieren tilrettelegge for pasientens mestring av sin seksualitet med stomi. Det anbefales videre forskning på temaet, med spesielt fokus på konkrete spørsmål sykepleieren kan stille for å benytte PLISSIT-modellen i sitt arbeid.</p>	

(Totalt antall ord: 274)

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Presentasjon av problemstilling .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3 Avgrensning og klargjøring av kontekst .....</b>	<b>2</b>
<b>1.4 Oppgavens disposisjon .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Teori.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1 Sykepleierens helsefremmende funksjon .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1.1 PLISSIT-modellen som verktøy .....</b>	<b>4</b>
<b>2.2 Stomi og seksualitet .....</b>	<b>5</b>
<b>2.3 Mestring, ressurser og krise.....</b>	<b>6</b>
2.3.1 Mestring og ressurser .....	6
2.3.2 Krise.....	7
<b>2.4 Kommunikasjons- og relasjonsteori.....</b>	<b>7</b>
<b>2.5 Sykepleierens rammeverk - lovverk og yrkesetiske retningslinjer .....</b>	<b>8</b>
<b>3. Metode .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Litteraturstudie som metode.....</b>	<b>10</b>
<b>3.2 Søk etter forskningsartikler.....</b>	<b>10</b>
3.2.1 Utfordringer med søkeprosessen.....	11
3.2.2 Valg av artikler.....	11
3.2.3 Kildekritikk .....	12
3.2.4 Forskningsfunn.....	13
<b>4. Presentasjon av forskningsresultater.....</b>	<b>14</b>
<b>5. Drøfting.....</b>	<b>16</b>
<b>5.1 Seksualitet og utfordringer .....</b>	<b>16</b>
<b>5.2 Å bygge en relasjon.....</b>	<b>17</b>
<b>5.3 Den gode samtalen med PLISSIT-modellen.....</b>	<b>18</b>
<b>5.4 Sykepleierens helsefremmende funksjon .....</b>	<b>21</b>
<b>5.5 Å mestre en ny situasjon .....</b>	<b>22</b>
<b>5.6 Konkrete forslag .....</b>	<b>23</b>
<b>6. Avslutning.....</b>	<b>25</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>26</b>

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge Kreftregisteret (2018) ligger Norge på verdenstoppen i forekomsten av tarmkreft. I 2015 fikk 4336 kvinner og menn tykktarm- eller endetarmskreft. I 2016 ble det rapportert om 1588 nye tykk- eller endetarmskrefttilfeller hos kvinner, og 1415 hos menn. En andel av disse får anlagt stomi. NORILCO (2014) anslår at hvert år får omtrent 2000 mennesker i Norge anlagt stomi, enten permanent eller midlertidig. Ifølge Norsk Sykepleierforbund (2011) lever rundt 10 000 mennesker i Norge med stomi. Nye behandlingsmetoder har ført til en høyere overlevelse enn tidligere, blant dem som får diagnostisert tykk- eller endetarmskreft. Dette gir flere arbeidsoppgaver til sykepleierne, som ikke bare skal gi pleie og omsorg under pasientens opphold på sengeposten når pasienten har fått nyanlagt stomi, men også tilrettelegge for et godt liv med stomi. Sykepleieren skal gi pasienten holistisk omsorg. Dette inkluderer pasientens seksualitet. Verdens helseorganisasjon (1975, referert i Almås & Benestad, 2017, s. 19) definerer seksualitet som «integrasjon av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksuell væren på en måte som er positivt berikende, og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet».

Å få anlagt stomi kan redusere pasientens livskvalitet, og skape stress og bekymringer. Pasientene opplever også høyere forekomst av seksuelle problemer enn gjennomsnittsbefolkningen (Davidson, 2016). I studien til Ramirez, et al. (2010) kommer det frem at pasientene etterlyser mer preoperativ informasjon om bivirkningene behandlingen vil kunne ha på seksuallivet deres. Et godt liv innebærer for de fleste et aktivt seksualliv, og det er en viktig del av tilværelsen. Likevel er dette et tema som i stor grad er forsømt i helsetjenesten, og fokuset på pasientens seksualitet forsvinner. Grunnene til denne forsømmelsen er mange, og er noe som blir presentert i teoridelen av oppgaven, samt drøftet i kapittel 5.

Sykepleieren spiller en viktig rolle under sykehusoppholdet til pasienten, og sammen med lege er det sykepleier som gir pasienten pre- og postoperativ informasjon, og sykepleieren gir stomiopplæring. Pre- og postoperativt er det mye informasjon pasientene skal få og forstå, og stomiopplæring skal gjennomføres. Det er ikke alltid lett for sykepleieren å finne et passende tidspunkt å ta samtalen om seksualitet og samliv. Samtidig er det viktig å huske på at alle

mennesker har en seksualitet, uavhengig av om de på operasjonstidspunktet har et aktivt sexliv (Nilsen, 2010, s. 125). Det er nødvendig at pasienten får informasjon om hvordan operasjonen og stomien kan ha innvirkning på det seksuelle området (Alstad, 2004, referert i Nilsen, 2013, s. 125). Studien til Haboubi & Lincoln (2003) viser at 90% helsearbeidere er enige i at seksualitet er et tema som inngår i en holistisk pleie. 86% hadde ingen eller dårlig opplæring i å ta opp temaet, og 94% sa at det var usannsynlig at de kom til å diskutere seksuelle problemer med pasientene sine. Dette er svært like funn som i litteraturgjennomgangen til Beck & Justham (2009), som i tillegg viser at kun én av ti sykepleiere regelmessig integrerer seksualitet som et tema i behandlingen av sine pasienter.

Min interesse for temaet og problemstillingen min kommer fra 1. studieår på sykepleien, da jeg hadde deltidsjobb på en gastrokirurgisk sengepost. Som fersk, uerfaren sykepleierstudent uten kunnskap om temaet, følte jeg meg ikke som rette person til å snakke med pasientene om seksualitet. Etterhvert som tiden gikk, ble jeg oppmerksom på at temaet heller ikke ble tatt opp av sykepleierne som jobbet der fulltid, og at dette er et av pasientenes behov som ikke ble møtt, og pasientrettigheter som ble brutt.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

På bakgrunn av presentert forskning, er følgende problemstilling utarbeidet: *Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for at pasienter med nyanlagt stomi kan mestre sin seksualitet?*

## **1.3 Avgrensning og klargjøring av kontekst**

Målgruppen for denne bacheloroppgaven er voksne i alderen 18 år og eldre, som har fått anlagt stomi. Årsaken til valget av den brede aldersgruppen er at seksualitet, i denne oppgavens kontekst, er forbeholdt voksne, og er ikke aktuelt for barn. Gjennom hele livet har mennesker en seksualitet, og det er en viktig del av tilværelsen (Bates, 2011; Meyrignac, Bouati, Sagne, Gavazzi, & Zipper, 2017). Konteksten i oppgaven er at sykepleier møter pasienten postoperativt på en gastrokirurgisk sengepost, hvor pasienten nylig har fått anlagt stomi.

Jeg har valgt å begrense stomibegrepet til å omfatte permanent ileostomi og kolostomi. Årsaken til at jeg tar med både permanent ileostomi og kolostomi, er at påvirkningen det har på pasientenes seksualitet er lik, ettersom begge pasientgrupper har en pose på magen etter operasjon. Denne oppgaven tar for seg elektive pasienter som skal få anlagt stomi, uavhengig av årsak, hvor de i forkant får tid til å forberede seg på sin nye situasjon. I teoridelen har jeg

valgt å skrive kort om krise, ettersom funksjonstap og -endringer som en stomianleggelse fører med seg, kan oppleves som en krise for pasientene.

Målet med denne oppgaven er ikke at pasientene skal hoppe til køys så fort de blir skrevet ut av sykehuset. Mitt ønske er at pasientene skal være forberedt på å møte situasjonen når interessen for å gjenoppta et aktivt seksualliv kommer, uansett om det er en uke, måned eller et år etter stomianleggelsen.

#### **1.4 Oppgavens disposisjon**

Kapittel 1 starter med en innledning, bakgrunnen for valg av tema, en presentasjon av problemstilling, samt avgrensning og klargjøring av kontekst. I kapittel 2 vil oppgavens sykepleieteoretiske kunnskapsgrunnlag bli redegjort. Det inkluderer sykepleierens helsefremmende funksjon, PLISSIT-modellen, stomi og seksualitet, kort om mestring- og kriseteori, og kommunikasjons- og relasjonsteori. Kapittel 2 avsluttes med et delkapittel om sykepleierens rammeverk, med lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Deretter vil kapittel 3 med oppgavens metode bli presentert. Det inkluderer en kort presentasjon om litteraturstudie som metode, søkeprosessen med dens utfordringer. Videre blir valg av artikler, kildekritikk og forskningsfunn presentert. Kapittel 4 er en tabell med en artikkelmatrise. Matrisen inneholder forskningsartiklene jeg har valgt ut for å besvare min problemstilling. I kapittel 5 vil det teoretiske grunnlaget som ble presentert i kapittel 2, drøftes opp mot problemstillingen. Problemstillingen besvares ved hjelp av fag- og forskningslitteratur. Det siste delkapitlet i kapittel 5 presenterer konkrete forslag som kan bidra og tilrettelegge for at sykepleieren kan ta opp seksualitet med pasientene sine. Oppgaven avsluttes med en oppsummering i kapittel 6.

## **2. Teori**

### **2.1 Sykepleierens helsefremmende funksjon**

Sykepleierens helsefremmende funksjon er en sentral del i sykepleierens yrkesutøvelse. Helsefremming går ut på å myndiggjøre pasienten, gi ham kunnskap for å oppnå bedre helse. Gjennom helsefremming i form av pasientundervisning og -veiledning, vil pasienten i økt grad få myndighet til å ta ansvar for seg selv, og dermed føre til økt mestringsfølelse og bedre helse for pasienten (Gammersvik, 2012, s. 101).

Benner og Wrubel mener at sykepleierens viktigste funksjon er å hjelpe pasienten med å mestre stress og konsekvenser av sykdom. Videre mener de at «sykepleierens fokus bør være rettet mot pasientens opplevelse av å være syk, hvilken mening og hvilke konsekvenser sykdommen har for den enkelte» (Benner & Wrubel, 2003, referert i Gammersvik, 2012, s. 104). Kunnskap er nøkkelen til helse, og helsefremming i vår moderne tid vektlegger autonomi, medbestemmelse og likeverd (Naidoo & Willis, 2009, referert i Gammersvik, 2012, s. 101). Målet med helsefremming er at pasienter skal få kunnskap og verktøy til å på en god måte situasjoner selvstendig. En viktig oppgave for sykepleieren er å bli kjent med den enkelte pasient, og lære seg hvilke ressurser pasienten har, samt hva som fremmer og hemmer helse hos den enkelte. Å hjelpe pasienten til å forstå hva han eller hun har vært gjennom, hvilke konsekvenser det kommer til å få på kort og lang sikt, er en av sykepleierens oppgaver. Sykepleieren må også hjelpe pasienten til å mestre den endrede situasjonen og med å finne nye måter å takle den nye situasjonen (Gammersvik, 2012, s. 105).

#### **2.1.1 PLISSIT-modellen som verktøy**

PLISSIT-modellen ble utviklet av den amerikanske psykologen Jack S. Annon i 1978, og er et verktøy innenfor sexologisk rådgivning. PLISSIT står for P – permission (tillatelse), LI – limited information (begrenset informasjon), SS – specific suggestions (spesifikke forslag) og IT – intensive therapy (intensiv terapi). Modellen er utformet som en pyramide, og starter på nederste nivå med lette intervensjoner, og beveger seg oppover til de mer omfattende intervensjoner, bestemt ut ifra problemets art (Sex og samfunn, 2018). Tanken bak modellen er at veiledning av sexologisk art ikke nødvendigvis er noe som kun kan gis av spesialister, men også av andre faggrupper med en utdanning som innehar en viss kunnskap om seksualitet og samliv, som for eksempel sykepleiere. Sykepleiere som jobber med pasienter med stomi, bør kunne gi hjelp på de to nederste nivåene i PLISSIT-modellen; permission og limited

information. Samtaler på disse to nivåene, handler i stor grad om det generelle og medmenneskelige aspektet. Som sykepleier i møte med pasienter med stomi, er det viktig å gi pasienten tillatelse (permission) til å samtale med sykepleieren om temaet, og pasienten kan da velge om han ønsker å benytte seg av tilbudet. Det er ofte nok for pasienten at han får satt ord på vanskelige temaer, som for eksempel seksualitet, og bekymringer knyttet til dette temaet. Sykepleieren som møter pasienten bør også kunne gi begrenset informasjon (limited information) om hvilken innvirkning en stomioperasjon vil ha på fysisk og psykisk funksjon, og hvilken innvirkning det kan ha på seksualitet og seksuell helse (Nilsen, 2013, s. 125). PLISSIT-modellen er et verktøy sykepleieren kan bruke for å løse seksuelle problemer hos pasienter med stomi. Sykepleieren kan, ved hjelp av PLISSIT-modellen, hjelpe sine pasienter til å uttrykke sine seksuelle behov og bekymringer (Ayaz & Kubilay, 2008).

## **2.2 Stomi og seksualitet**

For å konstruere en stomi, må det lages en åpning mellom tarmen og kroppsoverflaten (Kåss, 2009). Den aktuelle delen av tarmen trekkes ut gjennom hudåpningen, everteres og blir så sydd fast i huden. Tarmen har glatt muskulatur, og er dermed ikke viljestyrt. Pasienter med stomi mister derfor kontroll over luftavgang og tømming av avføring (Nilsen, 2013, s. 103-104). Ved permanent ileostomi vil innholdet i tarmen være tyntflytende eller ha en grøtete konsistens. Tarmen tømmer seg mer eller mindre kontinuerlig, og tømmingen øker ytterligere ved matinntak. Den aktuelle delen av tarmen produserer lite gass, og det vil av den grunn også komme lite gass ut gjennom stomien. Tarminnholdet i en ileostomi lukter ikke som vanlig avføring, men har en stram og emmen lukt som kan være sjenerende (Nilsen, 2013, s. 104). Tarminnholdet i en kolostomi vil være fast formet, ettersom næringsopptaket suges opp i den øvre delen av tynntarmen, og tykktarmen rekker å suge opp vann og salt. Når tarmfunksjonen har stabilisert seg postoperativt, vil det normalt være to til fire tømminger per dag. Gassutslippet vil være normalt, og avføringen har normal lukt. (Nilsen, 2013, s. 105-106). At en ileostomi tømmer seg mer eller mindre kontinuerlig, eller at en kolostomi gir ufrivillig luftavgang, er forhold som kan påvirke hvor attraktiv pasienten føler seg, og kan virke hemmende i intime og seksuelle situasjoner.

For pasienter med stomi kan det være vanskelig å føle seg seksuelt attraktiv, og kroppsbildet til pasienten vil endres radikalt i de fleste tilfeller. Pasienter som får anlagt stomi opplever ofte sorg og savn etter å ha mistet kontroll over en fysiologisk kroppsfunksjon. I vår vestlige kultur idealiseres sunnhet og feilfrie kropper, noe det kan være svært vanskelig å leve opp til



som pasient med stomi (Berndtsson, Öresland, & Laurberg, 2006, s. 220). Pasientene får ofte god livskvalitet på sikt, men likevel opplever flertallet av stomiopererte et endret, negativt kroppsbilde (Davidson, 2016). I intime og seksuelle situasjoner, kan det være vanskelig å ikke fokusere på stomiutstyret. Menn påvirkes mer av å få anlagt stomi enn kvinner gjør. Menn føler ofte at de er mindre maskuline, får lavere sosial status og seksuell selvtillit og funksjon, etter å ha fått anlagt stomi. I tillegg kommer andre problemer av seksuell natur menn opplever som for eksempel vanskeligheter med å få ereksjon og nedsatt libido (Berndtsson, Öresland, & Laurberg, 2006, s. 220-221). De vanligste problemene hos menn er ereksjonsproblemer, mens det hos kvinner er manglende fuktighet i underlivet (NORILCO, 2014).

Stomioperasjonen kan også gi både menn og kvinner fertilitetsproblemer, ved retrograd ejakulasjon hos menn, og sammenvoksninger i underlivet eller skader etter kroniske betennelser som har påvirket eggstokker og/eller eggledere hos kvinner. Nerveskader etter operasjon i bekkenet kan oppstå, noe som kan gi kvinner endret orgasmefølelse eller manglende orgasme (NORILCO, 2014). Det er rimelig å anta at seksuelle problemer hos menn og kvinner som er stomiopererte er underrapportert, ettersom det fortsatt er et tabu å snakke om for både pasienter og helsepersonellet som behandler dem (Berndtsson, Öresland, & Laurberg, 2006, s. 221).

## **2.3 Mestring, ressurser og krise**

### **2.3.1 Mestring og ressurser**

”Mestring dreier seg om hvordan mennesker møter belastende livssituasjoner, og kan oppfattes som summen av indre ressurser og den enkeltes handlinger for å kontrollere indre og ytre krav og konflikter” (Drageset, 2014, s. 85). Eksempler på slike belastende situasjoner er sykdom og funksjonstap, noe pasienter som får anlagt stomi opplever. For at pasientene skal oppleve mestring i sin nye situasjon, trenger de tilgang til ressurser, kunnskap, ferdigheter og utstyr. I tillegg til dette trenger de evnen til å bruke verktøyene de får. Mestring handler om hvordan pasienten oppfatter situasjonen, og hvordan hun eller han takler denne (Tveiten, 2016, s. 19).

Én av ressursene pasientene får tilbud om, er pasientgruppe i forkant av stomioperasjonen. Gastrokirurgisk poliklinikk har oppfølging av disse pasientene preoperativt, og de har et gruppetilbud til pasienter som skal få anlagt stomi. I gruppene får pasientene muligheten til å prøve å klippe til en stomiplate, sette denne på en plastikkmage med stomi, skifte stomipose, samt andre aktuelle prosedyrer knyttet til stomien. Seksualitet er ikke i et tema på disse

gruppene, men seksualitet er et tema som ikke må glemmes. Dette kommer jeg tilbake til i drøftingskapitlet.

### **2.3.2 Krise**

En krise kan beskrives som en psykologisk reaksjon et menneske opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er nok til å finne løsninger på en vanskelig situasjon (Håkonsen, 2014, s. 255). En krise er en følelestilstand som er en normal reaksjon på en situasjon eller hendelse et individ står overfor (Hummelvoll, 2012, referert i Håkonsen, 2014, s. 258). Krisebegrepet deles ofte i to: traumatisk krise og utviklingskrise. Traumatiske kriser blir utløst av ytre begivenheter, for eksempel alvorlig sykdom, som oppleves som en trussel for et menneskes integritet. Følelsesmessige faktorer påvirker læringsevnen til pasienten, og i en krise er læringsevnen til pasienten redusert. Det er viktig at informasjonen og veiledningen sykepleieren gir, er tilpasset pasientens forutsetninger for å forstå det som blir formidlet (Håkonsen, 2014, s. 136).

## **2.4 Kommunikasjons- og relasjonsteori**

Ifølge Løgstrup (1956, referert i Eide & Eide, 2013, s. 105) er enhver relasjon en maktrelasjon, og at «det gjensidige maktforholdet mellom mennesker innebærer en etisk fordring til den enkelte». Dette betyr at hverken av partene i en relasjon kan forholde seg personlig til andre, uten å utlevere noe av seg selv. Begge parter må derfor møte den andre med mottagelighet og omsorg, og har et ansvar for ikke å utnytte eller misbruke makten som ligger i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Løgstrups teori bygger på paternalistisk tenkning, ved at den ene personen i relasjonen kan vite bedre enn den andre. I denne sammenhengen, vil det være sykepleieren som kan vite bedre enn pasienten. På den ene siden sitter sykepleieren på kunnskap pasienten ikke nødvendigvis har; hva som kan være best for ham. På den andre siden sitter pasienten med forventninger, ønsker og krav. Videre i teorien setter Løgstrup grenser mot å krenke den andres individualitet. Den enkelte har, ifølge Løgstrup, et ansvar for å «ikke gjøre seg til herre over hvordan den andre reagerer eller handler» (Løgstrup, 1956, referert i Eide & Eide, 2013, s. 106). For sykepleieren er det nødvendig å være sitt ansvar bevisst, og være var på å utøve makt overfor pasienten. Hvis pasienten føler seg behandlet som en likeverdige, med gjensidig respekt, vil dette bidra til å bygge et godt forhold mellom sykepleieren og pasienten.

For sykepleieren er det nødvendig å observere pasienten i samhandling med ham. Dette inngår i det som kalles aktiv lytting, som er en av de viktigste og mest grunnleggende ferdighetene i profesjonell, hjelpende kommunikasjon. Det vil si at sykepleieren blant annet er oppmerksom på pasienten og hans budskap, stiller utdypende spørsmål for å bekrefte at hun har forstått budskapet ved å omformulere budskapet pasienten har delt (Eide & Eide, 2013, s. 23).

## **2.5 Sykepleierens rammeverk - lovverk og yrkesetiske retningslinjer**

Sykepleiere har informasjonsplikt. I pasient- og brukerrettighetsloven står det at pasienten har krav på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand [...]. I tillegg skal pasienten få informasjon om mulige risikoer og bivirkninger av behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). I helsepersonelloven står det også at «den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven[...]. Helsepersonelloven, 1999, §10). Informasjonsplikten innebærer at pasienten skal få informasjon, uten å selv må ta initiativet til å bli informert (Gamnes, 2011, s. 99). For pasienten innebærer dette at konsekvenser for seksuallivet er noe han skal få informasjon om, på lik linje med andre konsekvenser han kan forvente å oppleve i livet med stomi. Informasjonsplikten er også inkludert i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, hvor det under punkt 2.4 står at «sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelsen ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Norsk sykepleierforbund, 2016). Når sykepleiere skal informere pasienter, er det viktig å huske på at pasientens læringsevne er redusert i stress- og krisetilstander, noe en stomianleggelse kan føre til. Sykepleieren må justere informasjonen som blir gitt etter pasientens ressurser i situasjonen han eller hun er i (Gammersvik, 2012, s. 108). Hvis sykepleieren gir råd og veiledning uten å tilpasse informasjonen etter pasientens ressurser og muligheter, kan dette, for pasienten, oppleves som avvisning eller som at han eller hun ikke tas på alvor (Gammersvik, 2006, referert i Gammersvik, 2012, s. 109). Sykepleiefagets omsorgsfilosofi vektlegger betydningen av et holistisk menneskesyn. Sykepleieren skal ta hensyn til pasientens kropp, tanker, handlinger, livssituasjon og kulturelle bakgrunn (Johannesen, Molven, & Roalkvam, 2007, s. 37). Det innebærer at sykepleier skal ta hensyn til pasientens levemåte, ønsker, livssyn, samt hva slags kulturell bakgrunn han kommer fra, uavhengig av hvor i verden det er. Sykepleieren må ha etiske holdninger, og møte pasienten fordomsfri og åpen for andre syn enn hennes egne. Menneskers seksualitet er en del av det

holistiske menneskesynet; det skal tas hensyn til og inkluderes i behandlingsforløpet til pasientene (Bates, 2011).

### **3. Metode**

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere fordeler og ulemper med å bruke litteraturstudie som metode, og kritikk av denne metoden. Videre vil jeg skrive om kriteriene mine for litteratursøkene jeg har gjort, samt hvilke artikler som ble valgt gjennom skriveprosessen.

#### **3.1 Litteraturstudie som metode**

Ved å benytte litteraturstudie som metode i denne oppgaven, undersøker jeg hva slags type forskning som er gjort på temaet, og om forskningen kan besvare problemstillingen.

Kunnskapen jeg ervervet meg gjennom søke- og utvelgelsesprosessen, er forskningsbasert. Dette er viktig ettersom sykepleiere, ifølge punkt 1.4 i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, skal holde seg oppdatert på forskning, samt sørge for at ny forskningskunnskap anvendes i praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

I denne litteraturstudien har jeg valgt å inkludere både kvantitative og kvalitative artikler. Årsaken til dette er at kvantitative artikler gir et bilde av hvor mange mennesker som får anlagt stomi. Kvalitative forskningsartikler formidler hva slags problemer pasientgruppen opplever, omfanget av problemene, og hvilken påvirkning det har på pasientenes liv. Dette gir en dypere forståelse av problematikken pasientene opplever, og er verdifull kunnskap som kan bidra til å besvare problemstillingen.

#### **3.2 Søk etter forskningsartikler**

For å finne forskningsartikler til oppgaven, ønsket jeg å søke med følgende kriterier:

- Fullteksttilgang
- Mulighet til å laste ned artiklene i PDF-format
- Artiklene må kunne bidra til å besvare problemstillingen
- Publisert de siste ti årene
- Artiklene må være publisert i anerkjente tidsskrifter
- Engelsk språk
- Forskningen må være utført i land som har relativt likt syn på seksualitet som Norge

Jeg brukte CINAHL og PubMed som databaser, og søkte ulike kombinasjoner med følgende søkeord i begge databaser: ”ostomy”, ”colostomy OR ileostomy”, ”sexuality”, ”nurse”, ”nurse care”, ”nursing”, ”sexual education”, ”patient education” og ”self care”.

### **3.2.1 utfordringer med søkeprosessen**

Etter å ha startet søkeprosessen, fant jeg raskt ut at søket mitt var for lite spisset, ettersom jeg fikk opptil 3000 søkeresultater på enkelte av søkeordkombinasjonene mine. For å spisse søket ytterligere, valgte jeg da i begge databaser å begrense søkene til utgivelse de siste fem år, samt at artiklene skulle være fagfellevurdert. Jeg fortsatte å bruke de samme søkeordene og -kombinasjonene, og fikk da mellom to og 198 søkeresultater. Noen av artiklene som ble funnet, ble forkastet på grunn av manglende fullteksttilgang. Andre artikler jeg valgte å ekskludere var litteraturstudier basert på forskning gjort fra 70- til 90-tallet, da jeg ønsket oppdatert forskning.

Jeg startet med søkeordene "nurse" AND "ostomy" AND "sexual education" og fikk 198 søkeresultater. Videre brukte jeg søkeordene "colostomy OR ileostomy" AND "sexuality" som ga 156 søkeresultater. "Ostomy" AND "patient education" AND "self image" AND "nursing", begrenset til utgivelse de siste fem årene ga to søkeresultater. Alle tre søk ble gjort i databasen PubMed. Videre søkte jeg i CINAHL med søkerestriksjonene engelskspråklig, forskningsartikkel, publisert mellom 2007 og 2017. Til slutt brukte jeg CINAHL for å finne forskningsartikler om PLISSIT-modellen og stomi. Jeg brukte da søkeordene "PLISSIT model" AND "sexual problems" AND "stoma" uten noen søkerestriksjoner. Dette ga 46 søkeresultater. For å spisse søket enda mer, brukte jeg søkeordene "nursing care" AND "ostomy" AND "self image" AND "sexuality", noe som ga ni søkeresultater.

### **3.2.2 Valg av artikler**

Da jeg skulle velge artikler som kunne anvendes til å besvare problemstillingen min, startet jeg med å eliminere artikler som omhandlet andre hovedtemaer enn stomi. Samtlige artikler ble funnet gjennom søk i CINAHL og PubMed. Videre leste jeg abstract-ene til artiklene jeg mente kunne være relevante for oppgaven, og vurderte da artiklenes relevans sett i lys av min problemstilling. Deretter ble de relevante artiklene lastet ned som PDF og skrevet ut, og jeg gikk gjennom samtlige artikler med markør og undersøkte hvor mye av innholdet i artiklene jeg kunne anvende for å besvare problemstillingen. Noen artikler ble forkastet da de kun i korte avsnitt omtalte temaet i oppgaven. Én av artiklene jeg har valgt å bruke, fant jeg gjennom perlesøk i referanselisten til en artikkel som hadde stomi som tema, men som i liten grad omtalte stomi og seksualitet. Google Scholar ble da brukt for å få fullteksttilgang til artikkelen som ble funnet gjennom perlesøket. Totalt ble fem forskningsartikler som belyser temaet stomi og seksualitet, valgt ut til å besvare problemstillingen.

### 3.2.3 Kildekritikk

PLISSIT-modellen er ikke skrevet av sykepleiere, men av en psykolog. Jeg velger likevel å bruke modellen i oppgaven ettersom tanken bak den er at flere yrkesgrupper med en viss kunnskap om temaet seksualitet kan gi veiledning om temaet på de lavere nivåene i modellen, ikke bare spesialister.

Forskningsartikkelen til Ramirez, et. al. (2010) omhandler hvilke problemer av seksuell natur som kvinner opplever; ikke menn. Ettersom dette er en kvalitativ studie, ble relativt få deltakere intervjuet. 73 kvinner ble kontaktet for intervju, men kun 30 deltakere ble intervjuet, noe som gir en responsrate på 41%. Kvinnene i studien har høy gjennomsnittsalder; 70 år. Den yngste deltakeren er 44 år, og den eldste var 93 år. Tross kritikken så valgte jeg å ta med artikkelen, ettersom dette er den eneste artikkelen som tar med seg hvilken rolle partnere kan spille, og forteller om hvilke problemer et par hvorav den ene har stomi, opplever.

I forskningen til Ayaz & Kubilay (2008) har forsøksgruppen og kontrollgruppen noe ulik oppfølging. Kontrollgruppen ble intervjuet dagen før utskrivning fra sykehuset, og etter fire måneder, mens forsøksgruppen fikk åtte hjemmebesøk etter utskrivelse fra sykehus. I tillegg er studien utført i Tyrkia; et land som på mange måter er svært ulikt Norge, og som kan gjøre det vanskelig å overføre resultatene til min litteraturstudie. Jeg velger likevel å ta med denne forskningsartikkelen, ettersom den er en av få artikler som tar for seg bruken av PLISSIT-modellen hos pasienter med nyanlagt stomi.

Det finnes en felles svakhet ved artiklene jeg har valgt som omhandler PLISSIT-modellen og bruken av den. Det er at de skriver at de bruker PLISSIT-modellen i samtale med pasientene, men det mangler informasjon om hvordan PLISSIT anvendes, med hvilke spørsmål og tilnærminger forskerne har brukt i sine studier. Dette har også gjort det vanskeligere for meg å besvare problemstillingen min, og jeg har derfor måttet støtte meg mer på fag- og pensumlitteratur i større grad enn ønskelig.

I arbeidet med å skrive denne oppgaven, fant jeg ut underveis i skriveperioden at artiklene jeg i utgangspunktet hadde valgt for å underbygge oppgaven min og besvare problemstillingen, ikke nødvendigvis gjorde dette på en god nok måte. Noen av artiklene ga meg verdifull informasjon i arbeidet med å skrive oppgaven, men kunne ikke bidra til å besvare problemstillingen. Nærme innleveringsdato fant jeg derimot flere aktuelle artikler. Da fant jeg

også ut at den ene litteraturstudien til Ayaz (2009) som jeg har brukt i min oppgave, har gjennomgått to av mine andre valgte forskningsartikler: Haboubi & Lincoln (2003) og Ayaz & Kubilay (2008). Artikkelen henviser til forskning fra 1986 til 2007, og strider imot mine egne inkluderingskriterier om å ha relativt ny forskning i bruk i min egen litteraturstudie.

Ettersom jeg er en uerfaren søker, kan det hende at forskning som er relevant for min oppgave, ikke har blitt inkludert i oppgaven. Dette kan være en svakhet ved oppgaven. Min egen erfaring med pasientgruppen kan ha overskygget nyanser i forskningsartiklene, og påvirket hvilke søkeord jeg har brukt for å finne artikler.

### **3.2.4 Forskningsfunn**

I dette delkapitlet vil jeg presentere funn fra forskningsartikler som har gitt meg nyttig informasjon i arbeidet med å skrive oppgaven, men som ikke direkte er med på å besvare oppgavens problemstilling.

I litteraturgjennomgangen til Costa & Perrelli (2013) konkluderes det med at en stomi skaper forandringer i selvbildet, fordi den forårsaker endringer i levevaner, spesielt når det kommer til seksualitet. Seksualitet spiller en rolle i livene til alle mennesker, og det blir påvirket av endringen en stomi skaper for en individs selvbilde.

I den delen av den kvalitative forskningsstudien til Shaffy, Kaur & Gupta (2012) som er aktuell for min problemstilling, viser resultatene at de hyppigste problemene pasienter med anlagt stomi opplever er følelser av forlegenhet, angst, unngåelse av seksuelle aktiviteter, endring av seksuell lyst, oppførsel og helse på grunn av stomiposen. Noen opplevde avvisning fra partner, mens andre opplevde anerkjennelse av stomien fra partner.

Den kvalitative studien til Ayaz & Kubilay (2008) viser at forsøksgruppen som hadde fått veiledning i å løse seksuelle problemer ved hjelp av PLISSIT hadde tilnærmet like verdier som ved starten av studien, mens resultatene i kontrollgruppen i større grad var sprikende. Studien konkluderer med at PLISSIT-modellen er et nyttig og effektivt verktøy for å løse seksuelle problemer hos pasienter med stomi.



## 4. Presentasjon av forskningsresultater

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Ramirez, M., McMullen, C., Grant, M., Altschuler, A., Hornbrook, M. C. & Krouse, R. S. (2010)	Figuring Out Sex in a Reconfigured Body: Experiences of Female Colorectal Cancer Survivors with Ostomies	<i>Women &amp; Health</i> , 49(8), 608-624	Hensikten til studien var å belyse seksuelle utfordringer hos kvinner som har fått anlagt stomi.	Kvantitativ og kvalitativ forskningsstudie. En undersøkelse ble sendt på mail til 284 kvinner som har overlevd cancer coli. Av respondentene ble 30 personer dybdeintervjuet med semi-strukturerte, åpne spørsmål.	Hovedfunnene i studien er oversiktlig presentert i fem ulike kategorier: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingen langsiktige seksuelle problemer.</li> <li>2. Langsiktige seksuelle problemer.</li> <li>3. Aldersrelaterte seksuelle endringer.</li> <li>4. Endringer i seksualitet ikke forårsaket av stomi.</li> <li>5. Ingen seksuelle partneropplevelser etter anleggelse av stomi.</li> </ol>
2	Davidson, Fiona (2016)	Quality of life, wellbeing and care need of Irish ostomates	<i>British Journal of Nursing</i> , 25(17), 4-12	Hensikten med studien var å kartlegge hvordan stomipasienter i Irland tilpasser seg sin nye tilværelse med stomi.	Kvantitativ studie. 595 personer med ileostomi ble tilsendt spørreundersøkelsen med 43 spørsmål. 256 personer svarte på undersøkelsen.	Irske stomipasienter har lignende livskvalitet, sammenlignet med den øvrige befolkningen, mens den mentale helsen er noe dårligere enn hos den øvrige befolkningen. Videre opplever pasientene seksuell dysfunksjon i større grad enn den øvrige befolkningen. Pasientene bør få tilbud om å snakke med likemenn, eventuelt sykepleiere med kunnskap om stomi og utfordringer det bringer med seg, for å hjelpe dem med å tilpasse seg sin nye situasjon med stomi.
3	Ayaz, Sultan (2009)	Approach to Sexual Problems of Patients with Stoma by PLISSIT Model: An Alternative	<i>Sexuality and Disability</i> 2(27), 71-81	Hensikten med studien var å utforske bruken av PLISSIT-modellen som et alternativt verktøy for evalueringen seksuelle problemer hos pasienter med stomi i sykepleiepraksis	Litteraturstudie med gjennomgang av 45 ulike forskningsartikler fra 1986 til 2007.	Studien konkluderer med at fysiologiske og psykososiale problem, så vel som seksuelle problemer, bør bli kartlagt og løst av helsearbeidere som en del av behandlingsforløpet, som vil føre til økt livskvalitet for individene med stomi. Sykepleiere er i dette arbeidet viktige, ettersom de har ansvar for blant annet omsorg, pasientundervisning og konsultasjoner. PLISSIT-modellen gir en konseptuell implementeringsmulighet til å planlegge og evaluere en detaljert pleie til pasienten med seksuelle problemer. Ved å bruke PLISSIT har pasienter med ulike seksuelle problemer blitt behandlet. Det blir antatt at intervensjonsplanen utarbeidet innenfor PLISSIT-rammene, vil lede sykepleiere til å behandle seksuelle problemer hos pasienter med stomi, og å gi holistisk omsorg som vil hjelpe pasienten til å uttrykke sine seksuelle problemer.

4	Bates, Joanne (2011)	Broaching sexual health issues with patients	<i>Nursing Times</i> , 107(48), 20-22	Hensikten med studien er å diskutere seksuell helse, og hvordan dette angår sykepleiere i praksis. Den redegjør også noen av konsekvensene ved nedsatt/dårlig seksuell helse, og gir råd om hvordan sykepleiere kan ta opp seksualitet med pasientene.	Litteraturstudie. Det ble brukt 14 andre studier som grunnlag for den aktuelle forskningsartikkelen. Inkluderingskriterier er ikke oppgitt i artikkelen.	Litteraturstudien konkluderer med at sykepleiere alltid bør ta hensyn til pasientenes seksuelle helse, som en del av en holistisk tilnærming til pleie og omsorg. Videre konkluderer studien med at konsekvensen av dårlig seksuell helse er kostbart, ikke bare for individet, men også for helsevesenet. Seksuell helse er også et givende område i helsetjenesten, hvor den mest grunnleggende informasjonen kan skape enorme forskjeller i pasientenes liv. Mange pasienter vil ha godt utbytte av å diskutere seksualitet – hvis de får sjansen. Dette vil ofte være nok til å lette på bekymringer og tanker rundt temaet. Det er derfor viktig at sykepleiere gir pasienten denne muligheten, og at de er åpne, fordomsfrie, villige til å lytte til det pasienten har å si.
5	Hagerty, Bonnie M & Patusky, Kathleen L. (2003)	Reconceptualizing the Nurse-Patient Relationship	<i>Journal of Nursing Scholarship</i> p 35(2), 145-150	Hensikten med studien er å gjennomgå og vurdere antagelser som er knyttet til sykepleier-pasientforholdet slik det er beskrevet historisk, og å foreslå et alternativt rammeverk for sykepleier-pasientinteraksjon som er kongruent med dagens helsevesen	Analyse av antagelser som ligger i dagens teoretiske og empiriske litteratur om sykepleier-pasientforhold, samt funn fra observasjoner av sykepleiere i praksis. Forslag og diskusjon om teorien om menneskelige forhold som en alternativ modell for å konseptualisere sykepleier-pasientforhold.	Studien konkluderer med at teorien om menneskelige forhold og sykepleier-pasientforholdet, gir en ny innsikt og nye muligheter for vurdering, intervensjoner og forskning innenfor sammenhengen i sykepleier-pasientforholdet.

## 5. Drøfting

I dette kapitlet skal jeg diskutere og besvare problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for at pasienter med nyanlagt stomi kan mestre sin seksualitet?* Problemstillingen besvares med teorien og studiene som er presentert, samt egne tanker, spørsmål og erfaringer jeg har om temaet.

### 5.1 Seksualitet og utfordringer

Å få anlagt stomi påvirker pasientenes psykiske, fysiske, sosiale og seksuelle liv. Seksualitet er en del av alle menneskers identitet og personlighet, og påvirkes gjensidig av individets fysiske og psykiske helse. For sykepleieren er det lett å betrakte seksualitet som pasientens privatsak, selv om en stomianleggelse vil kunne påvirke pasientens seksuelliv og livskvalitet (Ayaz, 2009; Gamnes, 2011, s. 71).

På en side sier informasjonen pasienten mottar i forbindelse med operasjonen at klesstil ikke behøver å endre seg. På en annen side viser forskning at pasienten ofte har behov for å endre klesstil i etterkant av stomianleggelse (Davidson, 2016). Som kjent er sykepleiere pliktige til å forholde seg oppdatert på forskning (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Vil det ikke da være riktig av sykepleier å informere pasienten om at behovet for endring i klesstil kan oppstå? Klærne vi velger å ha på oss, forteller noe om vår identitet og hva slags mennesker vi er, hva vi er komfortable med å ha på oss, og er en måte å vise velvære på. Når forskning viser at pasienter med stomi ofte anser det som en nødvendighet å forandre hva han eller hun kan ha på seg, bør ikke da sykepleieren dele denne kunnskapen slik at pasienten i størst mulig grad kan forberedes på livet med stomi? For pasienten kan det være nyttig å få denne informasjonen fra sykepleier; at stomien i seg selv ikke gjør det nødvendig å endre garderoben sin, men at mange ender opp med å gjøre dette likevel på grunn av velvære. På denne måten kan pasienten være forberedt på at dette kan være noe som endrer identitetsuttrykket hans på grunn av stomianleggelsen.

På en side er stomien i seg selv ikke et fysisk hinder for et normalt seksuelliv. På en annen side, fører stomien til seksuelle hindre knyttet til egne følelser, oppfatning av egen kropp og fremmedgjøring av denne. I tillegg til dette, spiller frykten for lukt, lekkasje og lyder fra stomiposen en rolle. Dette er noe som kan påvirke pasientens seksuelle følelser, og redusere lyst til å ha et aktivt seksuelliv, ettersom det kan føles umulig for pasienten å slappe av i en intim situasjon. Nilsen (2013, s. 125) skriver at pasienten etter stomioperasjonen ofte opplever

frykt for å bli avvist og bli ensomme, og at mange opplever følelsen av å være mindre attraktiv enn før. For pasienten er det en stor utfordring å tilpasse seg og godta det endrede kroppsbildet en stomianleggelse fører med seg. I studien til Davidson (2016), oppga 77% av deltakerne at de var seksuelt aktive før stomianleggelsen. Etter stomianleggelsen, derimot, anga 30% av den samme gruppen at de ikke hadde gjenopptatt seksuelle aktiviteter.

## **5.2 Å bygge en relasjon**

Sykepleierne i studien til Hagerty & Patusky (2003) uttrykker frustrasjon over hverdagen i helsevesenet med kortere innleggelsestid for pasientene, sparetiltak og dårlig bemanning. Disse faktorene gjør det vanskeligere for sykepleierne å bli godt kjent med pasientene og bygge en trygg relasjon. For at pasienten skal ha tillit til å snakke om seksualitet med sykepleieren, er det viktig at det bygges en god relasjon, basert på gjensidig respekt og tillit. Det vil bli lettere for både sykepleier og pasient å bygge dette forholdet, dersom sykepleieren har kontinuitet i pasientlisten sin. De fleste sykepleiere jobber to- eller tredelt turnus, noe som kan vanskeliggjøre kontinuiteten. Samtidig kan det også tenkes at avdelingen bør tilstrebe personkontinuitet, ettersom det vil medføre økt informasjonskontinuitet for pasienten, og dermed et mer forutsigbart behandlingsforløp.

For noen pasienter kan det passe å ta opp temaet seksualitet når pasienten er sammen med sykepleieren i en sårbar situasjon, for eksempel ved stomistell. Hvis pasienten i den gitte situasjonen uttrykker følelser eller bekymringer ved eget kroppsbilde etter stomianleggelsen, kan dette være et gyllent øyeblikk for sykepleieren å ta opp seksualitet på? Eller kan det tenkes at det beste er at pasienten ikke føler seg blottet og sårbar når temaet tas opp? Her må sykepleieren bruke sine observasjonsevner. På den ene siden kan det være lettere for pasienten å vise sårbarhet og dele bekymringer og engstelse om seksualitet, når han eller hun allerede er i en sårbar situasjon. På en annen side kan dette gjøre at pasienten føler seg ydmyket og krenket, og at sykepleieren utøver makt over ham eller henne. Hvis pasienten takker ja til invitasjonen å snakke om seksualitet, kan samtalen tas da. Hvis ikke, så kan sykepleieren være eksplisitt, og igjen ta i bruk PLISSIT-modellens første trinn ved å for eksempel si: «kunne du tenke deg at vi gjør oss ferdige her, også kan vi ta oss en prat om dette når du kommer tilbake på rommet ditt? Eller har du noen andre ønsker? Vi gjør det som passer best for deg». Da får pasienten flere valgmuligheter, og står fritt til å takke ja til sykepleierens forslag, eller å komme med egne løsninger. På denne måten viser sykepleieren

at hun har omsorg for pasienten, og at hun har evnen til å møtes på pasientens premisser, som igjen er tillitsbyggende (Tveiten, 2016, s. 121).

### **5.3 Den gode samtalen med PLISSIT-modellen**

En stomi skaper forandringer i selvbildet, ettersom den forårsaker endringer i levevaner, spesielt når det kommer til seksualitet (Ayaz, 2009). Seksualitet spiller en rolle i livene til alle mennsker, og det blir påvirket av endringene en stomi skaper for et individs selvbilde (Barreto & Valenca, 2013). I samtale med pasienten vil sykepleieren trenge kunnskap om hvilke problemer pasienten kan forvente å oppleve når seksuallivet gjenopptas. Begge kjønn opplever forlegenhet, angst, endret seksuell lyst og oppførsel på grunn av stomiposen (Shaffy, Kaur & Das, 2012). Sykepleieren vil ha nytte av å inneha kunnskap om hjelpemidler og tips som kan hjelpe pasienten med å takle noen av problemene, og tilrettelegge for en god overgang til et aktivt seksualliv med stomi.

Kvinnene i studien til Ramirez, et al. (2010) forteller om ulike mestringsstrategier de bruker for å kunne opprettholde et aktivt seksualliv med stomi. Flere av kvinnene anga at de skiftet stomipose, eventuelt tømte den rett før samleie. Andre kvinner anga at de «gjemte» stomiposen ved hjelp av en t-skjorte, nattkjole eller tubetopp, og at dette ble en nødvendighet for dem og en naturlig del av samleiet. Å dekke over posen hadde to funksjoner; å holde posen stabil, og på den måten redusere sjansen for lekkasje eller annen ulykke. Den andre funksjonen var å gjemme posen, både for partners og sin egen del. Sykepleieren som jobber med denne pasientgruppen vil ha god nytte av å vite om hvilke hjelpemidler som finnes på markedet. På en side kan det være nyttig for sykepleieren å informere om at det finnes spesialforretninger som selger undertøy til pasienter med stomi som dekker stomiposen under samleie. På en annen side vil det ikke være nok for sykepleieren å kun henvise pasienten til en nettside; sykepleieren trenger å vite mer for å hjelpe pasienten.

I teoridelen ble det presentert pasientgrupper på poliklinikk som pasientene har tilbud om før operasjonen. Å møte andre pasienter i samme situasjon i grupper, kan gjøre det lettere for pasientene å akseptere situasjonen de er i, ettersom de da kan se at andre sliter med de samme tankene, og har mange av de samme spørsmålene en selv har (Eide & Eide, 2013, s. 182). Kan det tenkes at å møte andre i samme situasjon som en selv, gjør at deltakerne blir mer mottagelige for informasjon fra sykepleierene som leder gruppemøtet? Ifølge studien til Davidson (2016) er disse gruppene et sted som skaper håp, fremmer forståelse og aksept for

situasjonen. Studien viser også at råd fra andre i samme situasjon som pasienten selv, blir ofte akseptert og lyttet til i større grad enn råd fra sykepleiere som ikke har vært i situasjonen selv. Kan det tenkes at sykepleierne som leder gruppen, burde ta opp seksualitet som tema? På den måten legges det tilrette for at pasientene kan snakke og diskutere det seg imellom. Kan dette bidra til at det blir lettere for pasienten å snakke om seksualitet med sykepleieren?

Sykepleieren kan gi gruppen informasjon, åpne opp for spørsmål og tilrettelegge for diskusjon blant deltagerne. Dersom seksualitet er et tema som tas opp på disse gruppene, kan det gjøre terskelen lavere for både pasient og sykepleierne å ta opp temaet på sengeposten postoperativt.

Etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012, er pasientens liggetid på sykehuset ofte kort. Ettersom jeg ikke fant noen offisielle tall på liggedøgn for stomiopererte i Norge, tok jeg kontakt med avdelingsleder på den gastrokirurgiske avdelingen jeg jobbet tidligere. Hun fortalte at liggetiden for dem som får anlagt stomi på den aktuelle posten, i gjennomsnitt er ti døgn. Antall liggedøgn kan muligens variere fra sykehus til sykehus. Dette gjør at sykepleierne skal gi mye informasjon og opplæring til pasientene på kort tid, og for pasientene er det mye å fordøye og ta innover seg. På de ti døgnene skal sykepleieren skape et tillitsforhold til pasienten, bygge en god sykepleier-pasient-relasjon, finne anledningen og ha tid til å ta opp temaet seksualitet og samliv. Ifølge Beck & Justham (2009) er årsaken til at sykepleiere ikke tar opp seksualitet med pasientene at de ikke har nok tid og at de mangler kunnskap om temaet. Videre skriver de at 90% av sykepleierne er positive til å snakke med pasientene om seksualitet. Ettersom det klare flertallet av sykepleiere er positive til å snakke om seksualitet med pasienten, mener jeg det må settes av tid til dette på sengeposten, akkurat som det settes av tid til stomiopplæring. Andre årsaker til at seksualitet og seksuell helse ikke tas opp av sykepleierne er bluferdighet, manglende kunnskap og frykt for å fornærme pasienten (Bates, 2011).

For sykepleieren er det nødvendig å huske på at alle pasienter er forskjellige. Noen pasienter er ekstroverte, andre er mer introverte. Det er viktig å tilrettelegge kommunikasjonen til den enkelte, og være åpen for at pasientene har ulike personligheter og måter å uttrykke seg på. For sykepleieren kan det være hensiktsmessig å metakommunisere med pasienten, som innebærer å kommunisere om kommunikasjon. Dette vil bidra til helsefremming ved at det gir pasienten muligheten til å ta ansvar for seg selv og tilrettelegge for egen læringsprosess. I

tillegg vil kommunikasjonen mellom pasient og sykepleiere kunne bidra til å bygge og styrke tillitsforholdet dem imellom.

PLISSIT-modellen er blant annet et verktøy sykepleieren kan benytte for å gi pasienten hjelp til selvhjelp (Graugaard, Møhl & Hertoft, 2006, s. 22). Noen pasienter har kanskje mange spørsmål rundt seksualitet og stomi, men tør ikke å ta det opp i en samtale. Kan det da være hensiktsmessig for sykepleieren å tilrettelegge for å kommunisere med pasienten på andre måter? En måte kan være å foreslå for pasienten å skrive ned bekymringer, tanker og spørsmål han har i dagbokform. Allerede her tar sykepleieren i bruk første trinn i PLISSIT-modellen, ved å gi pasienten tillatelse til å snakke om seksualitet. Dette vil være en måte sykepleieren kan vise pasienten omsorg, og møte pasienten der han eller hun er, noe som igjen er med på å bygge tillit (Tveiten, 2016, s. 121). Hvis pasienten ønsker å skrive dagbok, kan sykepleieren lese denne, og svare på spørsmål, veilede og på den måten starte en dialog med pasienten, dersom han ønsker det. Sykepleieren kan da bruke PLISSIT-modellen og kartlegge hva pasienten har behov for, og derifra vurdere hvilke intervensjoner som vil være hensiktsmessige videre. Å gi pasienten god informasjon gir trygghet, og hjelper ham til å kunne forutse det som skal skje videre. Dette gir også sykepleieren et grunnlag for en oversiktlig og helhetlig vurdering av pasientens situasjon (Eide & Eide, 2013, s. 182).

Sykepleiere skal arbeide for at ressursene skal fordeles på en hensiktsmessig måte som muliggjør en rettferdig praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Pasientens problemer kan bli så store at han på et senere tidspunkt behøver å oppsøke hjelp fra spesialisthelsetjenesten, enten i form av en psykolog eller psykiater. I et samfunnsøkonomisk perspektiv, vil samfunnet kunne spare penger på at sykepleierne er modige og snakker med pasienten om seksualitet. Det er kjent at psykiatrisk behandling av sexologiske problemstillinger er kostbart (Annon, 1976). Er ikke sykepleiere da pliktet til å ta opp seksualitet, og følge de yrkesetiske retningslinjene for å bidra til å fordele ressurser på en hensiktsmessig måte? I litteraturstudien til Ayaz (2009) kommer det frem at så mye som 70% av seksuelle problemer pasienter opplever, kan løses ved å bruke det første trinnet i PLISSIT-modellen. Pasienten har, gjennom sykepleierne på sengeposten, sannsynligvis tilgang til ressursene for å kunne løse sine seksuelle problemer mens pasienten er på sengeposten. Hvis sykepleieren er modig og tør å ta opp teamet, kan hun avlaste andre deler av spesialisthelsetjenesten, og friggi de ressursene til andre pasienter som ikke har hatt et tilbud om hjelp tidligere.

Dersom sykepleieren gir pasienten tillatelse til å snakke om tanker og bekymringer, vil dette gi flere fordeler. For det første vil pasienten få det bedre med seg selv, oppleve økt mestring og livskvalitet postoperativt, og for det andre kan, som tidligere nevnt, samfunnet spare penger. Hvis pasienten deler sine tanker, følelser og reaksjoner, vil bearbeidelse komme i gang, noe som igjen vil bidra til å lette det emosjonelle trykket på sikt (Annon, 1976; Eide & Eide, 2013, s. 183).

#### **5.4 Sykepleierens helsefremmende funksjon**

Som presentert i teorikapittelet, har sykepleieren lovverk og yrkesetiske retningslinjer å forholde seg til. Som det står i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, skal sykepleieren fremme helse, understøtte mestring, og ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Sykepleiere skal fremme pasientens selvbestemmelse ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon (Norsk Sykepleierforbund, 2016). I tillegg til dette har sykepleiere også informasjonsplikt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2; Helsepersonelloven, 1999, §10). Likevel forventer sykepleiere at det er pasienten som skal ta opp temaet seksualitet; ikke sykepleieren selv (Ayaz, 2009). Studien oppgir flere årsaker til at sykepleierne ikke tar opp temaet på eget initiativ; de frykter å oppfattes som respektløse overfor pasienten privatliv, andre føler seksualitet ikke er en del av problemet. Den siste oppgitte årsaken er at sykepleieren ikke føler seg kunnskapsrike nok om temaet til å ta det opp og gjøre en god sykepleierintervensjon, og at sykepleierne føler seg flau (Ayaz, 2009; Bates, 2011). Som sykepleier er det viktig å huske på at seksualitet ofte er vanskelig for pasienten å dele bekymringer og usikkerheter om. Det er sykepleieren som skal gi informasjon og veiledning, og pasienten skal ikke måtte etterspørre eller kreve informasjonen for å få den (Gamnes, 2011, s. 99). Mange pasienter unngår dessuten å be om hjelp, fordi det kan gi en følelse av å være svak, av å ha manglende mestringsfølelse og å ikke ha kontroll. I slike situasjoner kan pasienten komme med hint og antydninger til hva som bekymrer eller uroer ham (Eide & Eide, 2013, s. 267).

I dag finnes det mye kunnskap om hvordan en stomianleggelse påvirker seksuallfunksjonen. For pasienter uten denne kunnskapen kan manglende informasjon føre til unødvendig angst og bekymring, og kan i verste fall føre til at pasienten slutter å ha et aktivt seksualliv (Gamnes, 2011, s. 96). Hvis pasienten henter til bekymringer rundt seksualitet og intimitet, mener jeg at dette er en god mulighet for sykepleieren å være modig og ta opp temaet med pasienten. Her kan sykepleieren ta i bruk første steg i PLISSIT-modellen; gi pasienten



tillatelse til å snakke om det som bekymrer ham eller henne, og på den måten kartlegge hvilke behov pasienten har. At sykepleieren gir pasienten tillatelse til å dele bekymringer, tanker og spørsmål, er ofte nok til å lindre bekymringene pasienten bærer på (Bates, 2011). Når pasienten opplever sykdom, kommer det frem mange behov som krever tilfredsstillelse. Ofte er ikke de seksuelle behovene i fokus, og kommer derfor ofte i bakgrunnen. Likevel er det viktig for sykepleier å huske på at seksuelle utfordringer i forbindelse med sykdom/funksjonsendringer kan bli betydelig mindre hvis den syke får informasjon om hvordan funksjonsendringene kan komme til å påvirke seksuallivet (Gamnes, 2011, s. 97). Ved å lytte, formidle trøst, gi støtte, informasjon og omsorg, vil sykepleieren hjelpe pasienten til økt emosjonell kontroll og mestring (Eide & Eide, 2013, s. 183). På denne måten kan sykepleieren utføre sin helsefremmende funksjon, og gi pasienten den støtte, informasjon og veiledning han trenger for å mestre seksualitet i sin nye situasjon.

### **5.5 Å mestre en ny situasjon**

Kontroll er grunnleggende for å mestre en forandret situasjon, og handler om å innhente så mye informasjon som mulig om utfordringene. På den måten blir situasjonen forutsigbar for pasienten, han kan få en bedre forståelse av situasjonen, som kan føre til at sykdommen og behandlingen blir minst mulig belastende (Eide & Eide, 2013, s. 172). Vil det da kunne være hensiktsmessig å ta opp temaet på inkomstsamtalen, der sykepleieren gjør en datasamling om pasienten? Sykepleieren kan da ta i bruk PLISSIT-modellens første trinn; å gi tillatelse. Sykepleieren kan åpne denne delen av samtalen med å si «det er vanlig for pasienter å oppleve endringer i seksuallivet etter å ha fått anlagt stomi». Videre kan hun stille pasienten spørsmål om seksualitet og stomi er noe han har tenkt på i forkant av operasjonen, og høre pasienten har noen tanker eller spørsmål rundt dette. Sykepleieren kan svare på disse spørsmålene dersom hun har kompetanse til å det, eventuelt kontakte andre sykepleiere eller yrkesgrupper som har nødvendig kompetansen.

Ved inkomstsamtalen kan sykepleieren informere om at temaet seksualitet vil bli tatt opp nærme utskrivelse, og på den måten kan pasienten forberede seg på samtalen gjennom liggetiden hans på sengeposten, og gjøre seg opp noen tanker rundt temaet. Samtidig: kan det tenkes at å ta opp seksualitet ved inkomstsamtale, er forvirrende for pasienten? Pasienten skal snart opereres og få anlagt stomi, og har kanskje helt andre tanker i hodet enn seksualitet. Sykepleier må observere pasienten når seksualitet tas opp ved inkomstsamtalen, og vurdere hvordan han reagerer på temaet. Hvis pasienten uttrykker eksplisitt eller implisitt, at han ikke

ønsker å snakke om temaet, kan det da være hensiktsmessig for sykepleiere å informere om at temaet vil bli tatt opp igjen nærme utskrivelse fra sengeposten? Når utskrivelse nærmer seg, vil pasienten ha fått den nødvendige opplæringen i prosedyrene som omhandler stomien, og forhåpentligvis føle seg trygg nok på prosedyrene til å utføre dem alene. I denne delen av behandlingsforløpet vil pasienten være over sjokkfasen, og derfor være mer mottakelig for informasjon, veiledning og dialog. Hvis seksualitet er tatt opp på innkomstsamtalen, har pasienten også fått tid til å gjøre seg opp tanker og meninger om temaet. Da kan pasienten, sammen med sykepleier, finne verktøy som gjør ham rustet til å gjenoppta seksuallivet når han selv ønsker, og er klar for det.

## **5.6 Konkrete forslag**

I dette delkapitlet ønsker jeg komme med egne forslag for hvordan sykepleiere lettere kan ta opp temaet seksualitet med pasienter som får anlagt stomi. Forslagene kommer med bakgrunn i studiene jeg har benyttet for å besvare problemstillingen.

Sykepleiere må være modige og tørre å ta opp temaet med pasientene, men hvordan skal dette løses? Er det riktig å «tvinge» sykepleierne til å utføre arbeid de selv ikke er komfortable med, eller bør kun sykepleierne som føler seg trygge på det, snakke med pasienten?

Sykepleiere er pliktet til å gi pasienten helhetlig omsorg og pleie (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Dette kan ikke forsømmes på grunn av sykepleierens egne følelser og bekvemmelighet. Bates (2011) og Gamnes (2011, s. 86) presenterer mulige løsninger på problemet. Løsningene går ut på å gi sykepleierne verktøy som kan gjøre at det blir lettere for dem å snakke om seksualitet med pasientene. Sykepleieren må da først gå i seg selv, og gjennomgå en prosess som innebærer å vurdere seg selv og sitt eget syn på seksualitet, og spørsmål knyttet til dette. Sykepleieren trenger å tilegne seg kunnskap om kommunikasjon, holdninger og etikk om seksuelle problemstillinger. Dette er i stor grad erfaringsbasert, og ikke noe man utelukkende kan lese seg opp på. Sykepleieren må oppleve at hennes verdier og holdninger blir utfordret, og bli klar over hvilke holdninger hun selv har. Seksualitet blir ofte vurdert i et moralsk perspektiv, og derfor kan det være godt for sykepleieren å tenke gjennom hva hun selv vurderer som normalt, unormalt, riktig eller galt. Dette kalles sensitivering. Kunnskapen sykepleieren tilegner seg på denne måten må inkorporeres i hennes yrkesutøvelse, og denne kunnskapen må integreres i kunnskapen hun har fra tidligere. Sykepleieren må være åpen for at hun muligens må endre egne holdninger og verdier, dersom de er bygd på fordommer og feilinformasjon. Videre vil det være nyttig for sykepleieren å

jobbe med det som kalles desensitivisering. Det vil si at hun blir vant til situasjoner som framkaller frykt, og innebærer at hun blir mer komfortabel med ulike seksuelle emner, uttrykksformer og variasjoner.

Studien utført av til Haboubi & Lincoln (2003) konkluderer med at pasienters seksuelle problemer trenger å bli adressert og diskutert under behandlingen. Samtidig er helsearbeiderne dårlig trent i og forberedt på å snakke om seksualitet, og deltok sjeldent i slike samtaler med pasientene sine. Artikkelen konkluderer også med at seksualitet er et tema som bør implementeres i de ulike helseutdanningene, inkludert sykepleie. Egen erfaring tilsier at slik situasjonen er i dag, er seksualitet et tema som i liten grad blir belyst under sykepleierutdannelsen. Dersom seksualitet skal få økt fokus i utdanningen, og det er den eneste løsningen på problemet, vil det potensielt ta mange år før vi får sykepleiere som uredde tar på seg oppgaven med å snakke om seksualitet med pasientene sine. Dette er selvsagt noe som burde implementeres på sikt, men det vil være til liten hjelp for dagens pasienter med nyanlagt stomi. En midlertidig løsning er at de gastrokirurgiske avdelingene selv setter fokus på temaet. Seksualitet kan være et tema for internundervisning, eller på fagdager om stomi og seksualitet. På den måten kan sykepleierne få økt trygghet på temaet. Dette vil gi sykepleieren et bedre kunnskapsgrunnlag i møte med pasienten. Sykepleieren kan da gi pasientene god veiledning og ha en informativ og nyttig dialog, noe som vil gi pasienten verktøyene han trenger når det er aktuelt for ham å gjenoppta et aktivt seksualliv etter stomianleggelsen.

De fleste sykepleiere har gjort ting de føler er ubehagelig og skremmende i begynnelsen av yrkeskarrieren sin, men som etterhvert blir hverdagslig og lett, som for eksempel å stelle en stomi, eller å hjelpe pasienter i dusjsituasjoner. Det å ta opp temaet seksualitet med pasienten, kan være skremmende og føles ubehagelig i begynnelsen, slik som mye annet i sykepleiefaget, men da er det viktig å huske på at øvelse gjør mester.

## 6. Avslutning

Oppgavens hensikt har vært å besvare problemstillingen: «Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for at pasienter med nyanlagt stomi kan mestre sin seksualitet?».

Det er veldokumentert at å få anlagt stomi, påvirker pasientens seksualitet (Ayaz, 2009; Ayaz & Kubilay, 2008; Barreto & Valenca, 2013; Davidson, 2016; Ramirez, et al., 2010; Shaffy, et al., 2012). Sykepleiere som arbeider med pasienter som får anlagt stomi, er i stor grad enige om at seksualitet bør implementeres i behandlingsforløpet, og at temaet er viktig for pasientens livskvalitet (Haboubi & Lincoln, 2003). Ved at sykepleieren unngår å snakke med pasienten om seksualitet, risikerer pasienten på sikt å få nedsatt livskvalitet (Davidson, 2016). Fag-, pensum- og forskningslitteraturen jeg har lest i forbindelse med denne oppgaven, understreker viktigheten av å snakke med pasientene om seksualitet, men samtidig er det store forskjeller mellom teori og praksis. Dette bekrefter forskningslitteraturen, noe som stemmer godt overens med mine egne erfaringer som sykepleierstudent.

Sykepleieren spiller en sentral rolle i den pre- og postoperative informasjonen pasienten får. Gjennom sin utøvelse av holistisk pleie og omsorg for pasienten, samt veiledende funksjon, kan sykepleieren bygge et forhold til pasienten, bli kjent med henne/ham og få tillit. Ved å få tillit fra pasienten kan sykepleieren tilrettelegge for samtale om seksualitet, og bruke PLISSIT-modellen i sitt arbeid. Studien til Ramirez, et al. (2010) bekrefter min egen tanke om at pasientene ønsker mer informasjon om hvordan stomianleggelsen på lang sikt kan påvirke livene deres. Hvis pasienten deler sine tanker, følelser og reaksjoner, vil bearbeidelse komme i gang, noe som igjen vil bidra til å lette det emosjonelle trykket på sikt (Annon, 1976; Eide & Eide, 2013, s. 183).

Utifra denne oppgavens funn, er videre forskning på temaet å anbefale, med spesielt fokus på hvordan PLISSIT-modellen kan brukes. Videre forskning bør ha fokus konkrete forslag til spørsmål sykepleieren kan stille, og fremgangsmåter hun kan bruke i møte med pasienten i de ulike trinnene i PLISSIT-modellen. Sykepleiere må tørre å tilegne seg kunnskap om seksualitet og stomi, og være modig og tørre å snakke med pasientene sine om temaet.

## Litteraturliste

- Almås, E., & Benestad, E. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Annon, J. (1976). The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1-15. DOI: 10.1080/01614576.1976.11074483
- Ayaz, S. (2009). Approach to Sexual Problems of Patients with Stoma by PLISSIT Model: An Alternative. *Sexuality and Disability*, 2(27), 71-81. DOI: 10.1007/s11195-009-9113-4.
- Ayaz, S., & Kubilay, G. (2008). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with a stoma. *Journal of Clinical Nursing*, 18(1), 89-98. DOI: 10.1111/j.1364-2702.2008.02282-x
- Barreto, A. C., & Valenca, M. P. (2013). The Ostomy Patient's Sexuality: Integrative Review. *Journal of Nursing*, 7(7S), 4935-4943. DOI: 10.5205/reuol.4700-39563-1-ED.0707esp201315
- Bates, J. (2011). Broaching sexual health issues with patients. *Nursing Times*, 107(48), 20-22. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/1038836198/fulltextPDF/E14A135FF6BE40BE/PQ/1?accountid=32877>
- Beck, M., & Justham, D. (2009). Nurses' attitudes towards the sexuality of colorectal patients. *Nursing Times*, 23(31), 44-48. Hentet fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=9a5bdfcd-f8b0-4de0-a10f-bc1aef0a9ace%40sessionmgr104&bdata=#AN=105505540&db=c8h>
- Berndtsson, I., Öresland, T., & Laurberg, S. (2006). Tarmsygdrom og seksualitet. I P. Hertoft, B. Møhl, & C. Graugaard (Red.), *Krop, sygdrom & seksualitet* (1. utg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Davidson, F. (2016). Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates. *British Journal of Nursing*, 25(17), 4-12. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=641e3ec5-1d15-4851-843c-fa0f1fc08853%40pdc-v-sessmgr01>
- Drageset, S. (2014). Mestring. I G. I Haugan, & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik, & T. Larsen, *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gannes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Graugaard, C., Møhl, B., & Hertoft, P. (2006). *Krop, sygdrom og seksualitet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Haboubi, N., & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, 25(6), 291-296. DOI: 10.1080/0963828021000031188

- Hagerty, B. M., & Patusky, K. L. (2003). Reconceptualizing the Nurse-Patient Relationship. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 145-150. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/220214431?accountid=32877>
- Håkonsen, K. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johannesen, K. I., Molven, O., & Roalkvam, S. (2007). *Godt, rett, rettferdig - etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe.
- Kåss, E. (2009). *Stomi*. Hentet fra <https://sml.snl.no/stomi>
- Kreftregisteret. (2018). *Tykk- og endetarmskreft*. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Tykk--og-endetarmskreft/>
- Lovdata.no. (1999). *Helsepersonelloven*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2)
- Lovdata.no. (1999). *Pasient- og brukerrettighetsloven*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2)
- Meyrignac, L., Bouati, N., Sagne, A., Gavazzi, G., & Zipper, A. (2017). Representations of their own sexuality and aging body by old people: phenomenological and psychodynamic approach. *Geriatric et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 13(3), 319-328. DOI: 10.1684/pnv.2017.0688
- Nilsen, C. (2013). Sykepleie til pasienter med stomi. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NORILCO (2014). *Informasjon*. Hentet fra <http://www.norilco.no/informasjon>
- NORILCO (2014). *Når underlivet svikter*. Hentet fra <http://www.norilco.no/aktuelt/naar-underlivet-svikter>
- NORILCO (2014). *Uproblematisk for de fleste*. Hentet fra <http://www.norilco.no/informasjon/stomi-og-reservoaropererte/svangerskap/uproblematisk-for-de-fleste>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Tabubelagt tap*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2011/06/tabubelagt-tap>
- Norsk Sykepleierforbund. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (2016). Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Ramirez, M., McMullen, C., Grant, M., Altschuler, A., Hornbrook, M., & Krouse, R. (2010). Figuring Out Sex in a Reconfigured Body: Experiences of Female Colorectal Cancer Survivors with Ostomies. *Women & Health*, 49(8), 608-624. DOI: 10.1080/03630240903496093
- Sex og samfunn. (2018). *En sexologisk samhandlingsmodell: PLISSIT*. Hentet fra <https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/>
- Shaffy, S., Kaur, K., & Das, R. G. (2012). Physical, nutritional and sexual problems experienced by the patients with colostomy/ileostomy: A qualitative study. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 8(48), 210-222. Hentet fra <http://medind.nic.in/nad/t12/i3/nadt12i3p210.pdf>
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.