



# Stomi og seksualitet

*Hvordan kan sykepleier undervise og veilede om seksualitet til pasienter med nyanlagt stomi?*

Kandidatnummer: 587

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9721

Dato: 23.04.19



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.19
Tittel Stomi og seksualitet	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier undervise og veilede om seksualitet til pasienter med nyanlagt stomi?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget bygger på sykepleierens helsefremmende, undervisende og veiledende funksjon, samt relevant faglitteratur fra pensum, selvvalgte forskningsartikler, lovverk og sykepleierens yrkesetiske retningslinjer. Den didaktiske relasjonsmodellen og PLISSIT-modellen er brukt som verktøy for å ha samtale, undervise og veilede om seksualitet til pasienter med stomi.</p> <p><u>Metode</u> Litteraturstudie er brukt som metode i denne oppgaven. Jeg har anvendt pensumlitteratur og annen relevant litteratur, forskningsartikler fra databasen Cinahl og benyttet nettsider som jeg anser som pålitelige kilder, som Norsk Forening for stomi, reservoar og mage-tarmkreft, Norsk sykepleierforbund, Helsedirektoratet og Verdens Helseorganisasjon. Kapitlet inneholder også begrunnelse for valg av forskningsartikler og kildekritikk.</p> <p><u>Drøfting</u> Sykepleier kan bruke den didaktiske relasjonsmodellen som redskap for planlegging, analysering og refleksjon over gjennomført undervisning og veiledning. Relasjonsmodellen anvendes i drøftingskapitlet som struktur. Ulike aspekter og resultater av valgt litteratur vil reflekteres i lys av de ulike elementene i modellen, og vil bli brukt for å besvare problemstillingen min. PLISSIT-modellen blir brukt som undervisnings- og veiledningsmetode.</p> <p><u>Konklusjon</u> Det er veldokumentert at mennesker med stomi har flere utfordringer knyttet til seksualitet enn den øvrige befolkningen. Sykepleier må ha kunnskap om ileo- og kolostomi, hvordan dette kan påvirke selvbilde og seksualitet, og kunnskap om stress- og krisereaksjoner, for å kunne undervise og veilede om temaet. PLISSIT-modellen beskriver hvor viktig det er for sykepleier og pasient å ha en relasjon før samtale om seksualitet. Både seksualitet og stomi er tabubelagte temaer. Sykepleier må normalisere temaene og tørre å bryte med tabuet. Videre forskning rundt temaet stomi og seksualitet anbefales. Mer kunnskap og konkrete eksempler på hvordan sykepleier kan anvende PLISSIT-modellen, vil være nyttig for sykepleiers relasjonsbygging med pasienten i samtaler om stomi og seksualitet.</p>	

Lar hendene føle kroppen. Magen er flat og glatt å røre ved.  
Står opp og går på badet. Ser meg naken i speilet.  
Synes min solbrente kropp er pen i forhold til alderen.  
På tirsdag skjærer de bort endetarmen min og trekker tykktarmen ut på magen,  
der det skal henge en plastpose som blir full av avføring.  
Resten av mitt liv.  
Kryper frysende til sengs.  
Gråter  
(Thomsen, 2001).

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3	Avgrensing av problemstilling og klargjøring av kontekst.....	2
1.4	Begrepsavklaring.....	3
1.5	Oppgavens disposisjon .....	4
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag</b> .....	<b>5</b>
2.1	Ileo- og kolostomi .....	5
2.1.1	Ileostomi.....	5
2.1.2	Kolostomi .....	5
2.1.3	Årsaker til anleggelse av ileo- og kolostomi .....	5
2.2	Seksualitet, selvbylde og kroppsbylde .....	6
2.3	Krise- og stressreaksjoner.....	7
2.4	Sykepleierens funksjoner .....	9
2.5	PLISSIT-modellen.....	10
2.6	Den didaktiske relasjonsmodellen.....	12
2.7	Juridisk og etisk rammeverk .....	13
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	<b>15</b>
3.1	Valg av metode og begrunnelse.....	15
3.2	Søk etter forskningsartikler .....	16
3.3	Kildekritikk.....	18
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningslitteratur</b> .....	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>22</b>
5.1	Den didaktiske relasjonsmodellen.....	22
5.1.1	Pasientens forutsetninger.....	22
5.1.2	Rammefaktorer .....	23
5.1.3	Mål .....	24
5.1.4	Innhold .....	25
5.1.5	Metode.....	27
5.1.6	Vurdering.....	29
5.2	Forhold som kan vanskeliggjøre det å snakke om temaet seksualitet .....	29
<b>6</b>	<b>Avslutning</b> .....	<b>31</b>
	<b>Referanseliste</b> .....	<b>32</b>
	Figur 1 .....	10
	Tabell 1.....	16
	Tabell 2.....	20

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge lever rundt 19 000 mennesker med stomi (Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft [NORILCO], 2014). En av hovedårsakene til anleggelse av stomi er kreftsykdom i tarm (Nilsen, Indrebø & Stubberud, 2016). Statistikken er beregnet ut i fra hvor mange som tok ut medisinsk forbruksmateriell til stomi på blå resept i 2014. For å få dagliglivet til å fungere er pasienter med stomi helt avhengig av slikt materiell (NORILCO, 2014). En stomioperasjon er et inngrep som kan påvirke seksualitet, selvbilde, livssituasjon, kroppsbilde, og kan skape stress og bekymringer.

I følge Ramirez, McMullen, Grant, Altschuler, Hornbrook & Krouse (2009) er seksualitet et sentralt behov. Det er viktig fordi det er en integrert del av ethvert menneske og fordi alle mennesker har en seksualitet. Det uttrykkes i hva vi føler, hvordan vi beveger oss, og påvirker tanker, handling og samspill med andre mennesker (Landmark et al., 2012). Menn og kvinner med stomi opplever vanligvis høy forekomst av seksuelle problemer. Sykepleier har en sentral rolle i å ivareta pasientens fysiske og psykiske helse, og da inkluderes også pasientens seksualitet (Davidson, 2016). Til tross for dette, er seksualitet og stomi et tema som i altfor stor grad er tabubelagt (Fønn, 2011). I følge juridiske og etiske retningslinjer er sykepleier pliktig til å gi informasjon om blant annet konsekvensene en stomioperasjon kan ha for seksualitet, og har også ansvar for å ivareta pasientenes individuelle behov for helhetlig omsorg (Helsepersonelloven, 1999, §10, Norsk sykepleieforbund [NSF], 2011b).

Min interesse for temaet kommer fra forelesninger om seksualitet og ulike erfaringer fra praksis. Jeg har møtt pasienter med stomi både i sykehjem og sykehus, og erfaringen min er at seksualitet sjelden er et tema som blir tatt opp med pasientene. Jeg finner det interessant hvordan personer med stomi opplever hverdagen sin og hvordan stomien kan påvirke selvbilde og seksualitet. Et fokus i denne oppgaven vil derfor være hvordan sykepleier kan undervise og veilede denne pasientgruppen om seksualitet, og samtidig bidra til å sortere tanker og følelser knyttet til utfordringer en stomi kan medføre.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av dette er problemstillingen følgende:

*Hvordan kan sykepleier undervise og veilede om seksualitet til pasienter med nyanlagt stomi?*

## 1.3 Avgrensning av problemstilling og klargjøring av kontekst

Konteksten i denne oppgaven er at sykepleier møter pasientgruppen på oppfølgingstime på poliklinikk etter å ha anlagt permanent stomi. Det finnes flere stomipoliklinikker i Norge, blant annet en på Haukeland sykehus. Der følges pasienter med nyanlagt stomi opp regelmessig. Første oppfølgingstime på poliklinikk er tre uker etter operasjonen, deretter hver tredje måned i ett år.

Sykepleier møter samme pasientgruppe i den pre- og postoperative fasen, men jeg har valgt å konsentrere meg om perioden etter utskrivelse, når pasientene har hatt noen uker på å prøve ut livet med stomi. På oppfølgingstimen på poliklinikken er også rammefaktorene for samtale bedre enn på sykehuset rett etter operasjon. På poliklinikken har sykepleier og pasient en hel time til rådighet for samtale ved hver kontroll. De er også alene på et rom og har dermed et bedre grunnlag for å bygge en trygg relasjon for å få pratet om seksualitet og utfordringer.

Jeg har valgt å avgrense temaet stomi til å omhandle både permanent ileostomi og kolostomi, med årsakene ulcerøs colitt, crohns sykdom eller kreftsykdom i tarm. Alle disse tre årsakene kan resultere i en pose på magen som kan påvirke pasientens seksualitet og selvilde. En annen grunn til at jeg velger å inkludere både ileostomi og kolostomi, er at jeg ønsker å få med to viktige perspektiver: de som får stomi på grunn av betennelsessykdom i tarm, og de som får stomi grunnet kreftsykdom i tarm (Stubberud & Nilsen, 2016, Ramirez et al., 2009). Mer om dette drøfter jeg i kapittel 5.

Aldersgruppen er avgrenset fra 18 til 80 år. Årsaken til det store spekteret er at det normalt sett anlegges ileostomi hos yngre og middelaldrende personer, mens kolostomi vanligvis blir anlagt hos personer over 40 år og i den eldre delen av befolkningen (Nilsen et al., 2016). Seksualitet er like viktig hos pasienter med og uten partner (Thor, 2012), men grunnet funn av relevant forskningslitteratur med samme avgrensning er utgangspunktet for drøftingen pasienter som har en partner (Aktas & Baykara, 2015). Både kvinner og menn har en

seksualitet, og den er viktig hos begge kjønn. Det finnes både forskjeller og likheter mellom hvordan hvert av kjønnene påvirkes av å ha stomi, derfor synes jeg det er interessant å inkludere begge kjønn (NORILCO, u.å. a, Ramirez et al., 2009, Li, Rew & Chen, 2015, Dázio, Sonobe & Zago, 2009).

Jeg har valgt å inkludere både undervisning og veiledning i oppgaven min av flere årsaker. Først og fremst fordi undervisning og veiledning er to av sykepleierens hovedfunksjoner, men også siden de to funksjonene henger sammen og utfyller hverandre. I en undervisningssituasjon forbereder sykepleier et undervisningsopplegg basert på pasientens tidligere kunnskap, forutsetninger og mål, og tilpasser dette til den enkelte pasient slik at det er forståelig (Nortvedt & Grønseth, 2016). Begrepet veiledning ønsker jeg også å ta med fordi det innebærer mye av det samme som undervisning, men i tillegg forutsetter at sykepleier leder pasienten i riktig retning, gir råd og stimulerer pasienten med nødvendig kunnskap, slik at vedkommende klarer seg i hverdagslivet (Løw, 2017).

#### **1.4 Begrepsavklaring**

Denne oppgaven tar utgangspunkt i WHO's definisjon av seksualitet, oversatt av Landmark et al. (2012), publisert på Folkehelseinstituttets hjemmesider. Det finnes flere definisjoner på seksualitet, men jeg har valgt å bruke denne:

Seksualitet defineres som en kjernedimensjon ved det å være menneske, som inkluderer seksuelle handlinger, kjønnsroller, kjønnsidentitet, seksuell orientering, erotikk, intimitet, nærhet, bekreftelse, kjærlighet og reproduksjon. Seksualitet oppleves eller uttrykkes i tanker, fantasier, lengsler, ønsker, tro, holdninger, verdier, aktiviteter, handlinger, roller og forhold, og er en kilde til glede og selvrealisering så vel som til helseutfordringer og -vanskeligheter som rammer både kvinner og menn (Landmark et al., 2012, s. 18)

Andre relevante begreper vil bli beskrevet i teoridelen.

## **1.5 Oppgavens disposisjon**

Bacheloroppgaven er delt inn i seks hoveddeler: innledning, teori, metode, presentasjon av forskningsartikler, drøfting og avslutning. Innledningsvis presenteres en begrunnelse for valg av tema og problemstilling, deretter forklares kontekst, avgrensninger og et sentralt begrep. Teoridelen starter med sykdomslære om ileostomi og kolostomi, ulike årsaker til anleggelse og litteratur om seksualitet, selvbilde og kroppsbilde. Deretter følger en redegjøring av relevante sykepleierfunksjoner knyttet opp mot problemstillingen, og beskrivelse av to modeller jeg har valgt å anvende: den didaktiske relasjonsmodellen og PLISSIT-modellen. Teoridelen avsluttes med lovverk og yrkesetiske retningslinjer, som har betydning for problemstillingen. I neste kapittel presenteres oppgavens metode, søk og valg av forskningsartikler, og kildekritikk. Drøftingsdelen er strukturert etter elementene i den didaktiske relasjonsmodellen, og avrundes med et avsnitt om hva forhold som kan vanskeliggjøre det å snakke om seksualitet. Avslutningen er en oppsummering av fag- og forskningslitteratur som er belyst i oppgaven, og hva det kan være nyttig å forske videre på.



## 2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

### 2.1 Ileo- og kolostomi

«Stomi er gresk og betyr åpning eller munn, i medisinsk sammenheng betyr det åpning» (NORILCO, 2018, s. 5). Hensikten ved å anlegge permanent ileo- eller kolostomi er å avlaste eller erstatte et sykt organ ved å føre avføring gjennom stomien (Nilsen et al., 2016). Hvert år foretas det rundt 2000 stomioperasjoner, hvorav halvparten av disse er anleggelse av permanente stomier (NORILCO, 2014).

#### 2.1.1 Ileostomi

Anleggelse av en ileostomi skjer ved at tynntarmen blir kuttet over, og den avsluttende delen av tarmen blir ledet ut gjennom en åpning i abdomen før den blir vrent og sydd fast. Ved permanent ileostomi vil tarmen tømme seg mer eller mindre kontinuerlig, og tømningen øker ved større matinntak. Tarminnholdet i en ileostomi lukter ikke som vanlig avføring, men har i stedet en stram lukt som kan være sjenerende. Dette kan påvirke hvor attraktiv pasienten føler seg, og kan virke hemmende i seksuelle og intime situasjoner (Nilsen et al., 2016).

#### 2.1.2 Kolostomi

Betegnelsen kolostomi blir brukt når sigmoideum, den siste delen av tarmen, blir lagt frem på magen. Stomi i tykktarmen kan plasseres flere steder ut i fra hva som er årsaken til anleggelsen. Den aktuelle delen av tykktarmen blir festet på samme måte som ved en ileostomioperasjon. Anleggelse av kolostomi har liten påvirkning på hvordan næringsbalansen i kroppen fungerer. Dette kommer av at salt, vann og næringsstoffer allerede har blitt absorbert i den øvre delen av tarmen, noe som også fører til at tarminnholdet i en kolostomi vil være fast i formen. Gassutslipp og lukt vil være som normalt (Nilsen et al., 2016).

#### 2.1.3 Årsaker til anleggelse av ileo- og kolostomi

*Kreft* er hovedårsaken til at det anlegges kolostomi og behandles ved at de syke organet fjernes. Tykktarmskreft er den hyppigste kreftformen i Norge, med 3500 nye tilfeller per år. Sykdommen forekommer sjelden før 40-årsalderen og er vanligst i den eldre delen av befolkningen. Faktorer som kan være disponerende er polypper i tykktarmen, ulcerøs kolitt,

kosthold med lite fiber og røyking (Stubberud & Nilsen, 2016). Dersom det er mistanke om kreftsykdom i mage-tarm-kanalen foreligger det et pakkeforløp som skal sikre god oppfølging både før og etter behandling av kreft. Dette forløpet består av introduksjon, utredning, behandling, oppfølging og kontroll. Ofte er det sykepleier som har kontroll med pasienten på poliklinikken, men dersom krefttilstanden er alvorlig er det en kirurg som har dette ansvaret (Helsedirektoratet, 2016).

*Kroniske betennelser* i tarmen er en vanlig årsak til å anlegge stomi hos yngre og middelaldrende personer. Crohns sykdom og ulcerøs kolitt er sykdommer som kan bli så alvorlige at det blir nødvendig å fjerne deler av endetarmen og/eller tykktarmen. Crohns sykdom kan debutere i alle aldre, men skjer som oftest i ung voksen alder. Inflammasjonen ved denne sykdommen påvirker alle lagene i tarmveggen, ikke kun slimhinnene slik som ved ulcerøs kolitt. Normale symptomer er diaré eller obstipasjon, vekttap, slapphet og magesmerter. Ved ulcerøs kolitt finnes det ingen enkeltstående årsak, men det antas at inflammasjonen i slimhinnene skyldes en overreaksjon i tarmlumen. I motsetning til Crohns sykdom er ulcerøs kolitt begrenset til colon. Det er vanlig med diaré, blod fra rektum, og jernmangelanemi ved stadige tarmlødninger. Dersom feber og abdominalsmerter oppstår, er det tegn på alvorligere sykdom, og pasienten må legges inn på sykehus for intensiv oppfølging (Paulsen, 2016).

## **2.2 Seksualitet, selvilde og kroppsbilde**

Seksualitet blir ofte forbundet med reproduksjon, samleie, graviditet, kjønnssykdommer og prevensjon (Langfeldt, 2013). Alt dette kan være en del av et menneskes seksualitet, men behøver ikke å være det. Seksualiteten kan omfatte så mye mer, blant annet varme, kontakt, kjærlighet og nærhet. Det uttrykkes i hvordan vi oppfører oss, beveger oss, berører andre og hvordan vi selv blir berørt. Seksualiteten påvirker dermed følelser, handlinger og tanker. Det er en integrert del av menneskenes personlighet, både hos kvinner, menn og barn (Landmark et al., 2012).

Å få stomi kan for pasienter som har slitt med kroniske tarmlidelser være en begynnelse på et nytt liv. I følge Almås & Benestad (2017) kan kirurgien som utføres både være livsforlengende og livreddende for pasienten. Likevel er anleggelse av stomi en stor forandring i livet til pasienten, og kan føre til ulike følgeproblemer (Almås & Benestad,

2017). Det er vanlig at kvinner får fysiske vansker etter å ha fått anlagt stomi. Livmoren kan bli bøyd bakover i tomrommet der tarmen var tidligere. Nerveskader hos kvinner kan føre til smerter ved samleie, tørre vaginalslimhinner og manglende (Nilsen et al., 2016). I tillegg til fysiske problemer er også smerter, kjemoterapi og stråling faktorer som kan påvirke den seksuelle funksjonen. Hos menn kan nerveskader medføre smertefull eller manglende ejakulasjon, og/eller erektil dysfunksjon (Nilsen et al., 2016).

Psykoseksuelle problemer kan også oppstå som følge av operasjonen. Pasienten kan føle seg mindre attraktiv og bli engstelig for reaksjoner fra partner (Aktas & Baykara, 2015). Tanken på å være intim kan bli så skremmende at man avslår grunnet dårlig selvbilde. Selvbildet er en viktig del av menneskets identitet og dreier seg om hvordan en ser på seg selv. Det påvirkes av oppvekst, omgivelser og tilbakemeldinger på væremåte og utseende som kan være både gode og vonde. Fagartikler og forskning om stomi inkluderer som regel seksualitet, selvbilde, kroppsbilde og intimitet (Williams, 2012, s. 91). Kroppsbildet er også en del av vår identitet og formes blant annet av samfunnets forventninger. I store deler av verden idealiseres feilfrie, sunne og «perfekte» kropper. Dette er i utgangspunktet vanskelig å leve opp til selv uten stomi (Berndtsson, Öresland, & Laurberg, 2006). En studie gjennomført av Dázio et al. (2009) påpekte at menn kan oppleve tap av maskulinitet og ha like store utfordringer som kvinner knyttet til selvbilde og seksualitet. Stomien fører til tap av kontroll over avføring, lyder og lekkasje, og dette kan påvirke både menn og kvinners forhold til egen kropp. Dette kan medføre at seksuell lyst forsvinner, samt føre til angst og depresjon (Burch, 2016, s. 26). Sykepleier må være klar over og ha kunnskap om de ulike utfordringene og reaksjonene pasienten kan oppleve (Nilsen et al., 2016). Mer om reaksjoner pasientene kan få fortsetter i avsnittet under.

### **2.3 Krise- og stressreaksjoner**

Å få en stomi kan for mange oppleves som en vanskelig og alvorlig hendelse (Nilsen et al., 2016). Menneskers krisereaksjoner deles inn i fire faser: *sjokkfasen*, *reaksjonsfasen*, *bearbeidelsesfasen* og *nyorienteringsfasen* (Cullberg, 2010).

I *sjokkfasen* er det ikke uvanlig at pasienten har vanskeligheter med å forstå situasjonen. Informasjon som blir gitt i denne fasen kan bli feiltolket og bare delvis oppfattet. I *reaksjonsfasen* klarer pasienten å ta innover seg hva som har skjedd. Da er det normalt at

følelsene blir sterkere, og de kan oppleves svært overveldende (Cullberg, 2010). I denne fasen er ofte pasienten fremdeles på sykehuset. Det er da aktuelt at sykepleier kan hjelpe pasienten med å gjenvinne forutsigbarhet og kontroll gjennom god informasjon og praktisk bistand. *Bearbeidelsesfasen* starter gjerne i det pasienten skal gjenoppta hverdagslivet og bli vant til livet med stomi. Når sykepleier møter pasientene på oppfølgingskontroll på poliklinikken er de ofte i denne fasen. Da har de vært hjemme i tre uker, hatt noe tid på å prøve å venne seg til den nye tilværelsen og kanskje gjort seg opp noen tanker om seksualitet (Nilsen et al., 2016). For noen pasienter kan også seksualitet være det første vedkommende tenker på etter operasjon, mens de ligger på sengepost (Ramirez et al., 2009). I bearbeidelsesfasen kan kommunikasjonsproblemer oppstå, og pasienten kan ende opp med å fortrenge sine seksuelle behov. I *nyorienteringsfasen* er pasientens traume bearbeidet så langt det er mulig, og pasienten må leve videre med stomien (Cullberg, 2010, Eide & Eide, 2017).

Å bli stresset er en helt normal reaksjon når man opplever noe belastende. Stress er menneskets egen vurdering av en gitt kontekst, og er avgjørende for hvor belastende situasjonen oppleves. Ut i fra dette aktiveres ulike stressreaksjoner (Kristoffersen, 2015). Eide & Eide (2017) beskriver at stresspåkjenningene pasienten kan oppleve i enten en kort eller lang periode, kan føre til både fysiske, psykiske og sosiale belastninger. Å skulle ta imot undervisning og veiledning av sykepleier på poliklinikken kan være utfordrende for pasienten, da vedkommende fremdeles kan være i krise (Eide & Eide, 2017). I følge Ang, Chen, Siah, He & Klainin-Yobias (2013) kan fysisk og psykisk stress hos personer med nyanlagt stomi føre til dårligere helse enn gjennomsnittsbefolkningen. Flere av de som deltok i studien var påvirket av stress grunnet tap av kroppsfunksjon, utfordringer med stell og et forandret kroppsbilde (Ang et al. 2013).

Sykepleieren kan møte på en pasient som er fortvilet over blant annet posen på magen, den nye kroppen, tilværelsen og ulike komplikasjoner, når pasienten møter på oppfølgingstime på poliklinikken. Følelsesmessige faktorer kan påvirke evnen til å lære, og dette må sykepleier ha forståelse for og ta hensyn til. Det er viktig at undervisningen og veiledningen er tilpasset pasientens forutsetninger slik det som blir formidlet er forståelig (Håkonsen, 2014).

## 2.4 Sykepleierens funksjoner

Sykepleierens kjernekompetanse omfatter *sykepleieren som kliniker, samarbeidspartner, og fagutvikler eller leder av eget fagområde* (NSF, 2011a, s. 55). *Sykepleieren som kliniker* tar for seg sykepleierrollen der omsorg er et viktig hovedfokus, og behandling av pasienter som helt eller delvis ikke klarer å ivareta sine grunnleggende behov på egenhånd. Denne rollen inkluderer også forebygging av sykdom eller forverring av sykdom. På poliklinikken vil denne sykepleierrollen innebære at hun eller han er imøtekommende overfor pasienten med stomi og dennes individuelle behov. Lidelse, smerte og medisinske behandlinger skal utføres på en faglig, etisk og forsvarlig måte. *Sykepleieren som samarbeidspartner* er sentral i møte med pasienter, pårørende og de andre yrkesgruppene i helsetjenesten. Tverrfaglig samarbeid med andre yrkesgrupper er med på å sikre effektive pasientforløp og tverrfaglig samarbeid på tvers av tjenestenivå og behandlingsfaser. Til slutt er det også viktig at *sykepleieren som fagutvikler eller leder av eget fagområde* kontinuerlig er med på å utvikle og forbedre eget fagområde. For å kunne yte effektive og gode tjenester er ny kunnskap og forskning essensielt, så vel som å være kritisk og konstruktiv i forhold til utøvelsen av faget (NSF, 2011a).

Sykepleiers ansvar og funksjoner deles inn i åtte områder: forebyggende, helsefremmende, behandlende, undervisende, lindrende, rehabiliterende, administrative og fagutviklende funksjon. Sykepleieutøvelsen omfatter både direkte og indirekte oppgaver, eksempelvis vil helsefremmende arbeid være direkte pasientrettet, mens ledelse, fagutvikling og forskning er indirekte pasientrettet (Nortvedt & Grønseth, 2016).

I denne oppgaven fokuseres det på sykepleiers helsefremmende funksjon ved hjelp av veiledning og undervisning, i møte med pasienters seksualitet. Helsefremmende arbeid har mål om helse, livskvalitet og velvære (Gammersvik, 2018). Sykepleier i min problemstilling vil gjennom relasjonsbygging, åpenhet og kunnskap om seksualitet, bidra til å fokusere på det som er helsefremmende for pasienten som lever med stomi (Heggdal, 2008). Verdens helseorganisasjon definerer helsefremmende arbeid som: «den prosess som gjør den enkelte og samfunnet i stand til å bevare sin egen helse» (WHO, referert i Gammersvik, 2018, s. 17). Norsk Sykepleierforbund beskriver sykepleiers særegne funksjon til «å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov» (NSF, u.å.).

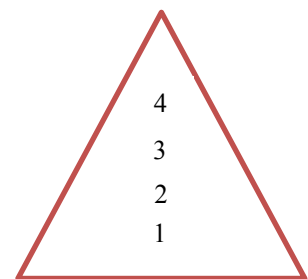
Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon tar for seg et ansvar om å undervise, veilede, trygge og informere pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter. I både eldre og nyere pedagogisk faglitteratur finnes det er lang rekke med forskjellige oppfatninger av undervisningsbegrepet. Det styres blant annet av mål, innhold og metoder. Overordnet er undervisning formidling av kunnskap, vekselvirkning, interaksjon, didaktikk (dialog), oppleving, vekking og utløsning av evner, gransking og løsning av problemer. Veiledning er også et begrep det kan være vanskelig å definere, og det finnes en rekke ulike forsøk på definisjoner i litteraturen. Løw (2009) definerer veiledning som en målrettet aktivitet der veilederen har et medansvar for kvaliteten i samtaleforløpet. Veiledningen baserer seg på et avtaleforhold, og er derfor kjennetegnet av både struktur og progresjon. I profesjonell pedagogisk veiledning er det «veisøker» som er i fokus, i dette tilfellet pasienten med stomi. Veiledning kan derfor ses på som en måte å stimulere veisøkerens egen læring (Løw, 2017).

For at en person skal klare å fungere i et liv med stomi er det nødvendig at vedkommende har kunnskap om komplikasjoner, stomistell, stomiutstyr og hvordan stomi kan påvirke ulike deler av livet, som for eksempel seksualiteten. Sykepleier kan gjennom undervisning og veiledning gi tilpasset kunnskap, bidra til å redusere angst og usikkerhet, og hjelpe pasienten til å kunne leve et godt liv med stomien. Gjennom å jobbe med den undervisende og veiledende funksjonen jobber sykepleier samtidig helsefremmende (Nortvedt & Grønseth, 2016). I kapittel 2.5 presenteres en modell som kan brukes av sykepleiere for å ha samtale om seksualitet.

## 2.5 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er en av flere ulike modeller som kan benyttes ved rådgivning om seksualitet. Denne modellen er delt inn i fire nivåer: *permission* (1), *limited information* (2), *specific suggestions* (3) og *intensive therapy* (4). Nivåene er rangert ut i fra hvor omfattende pasientens problem er, fra det «enkle» på første nivå og til det mer omfattende på de to siste (Johansen & Gannes, 2017).

I denne oppgaven presenteres alle de fire nivåene, men i drøftingsdelen fokuseres det ikke på de to siste nivåene, da disse ligger utenfor sykepleiers fagfelt (Nortvedt & Grønseth, 2016).



Figur 1

*Første nivå (Permission)* handler om å invitere pasienten til å stille spørsmål og ta opp ulike temaer knyttet til seksualitet (Almås & Benestad, 2017). Her er det viktig at pasienten føler seg trygg nok til å snakke om dette. Et annet sentralt aspekt er hvordan behandler mottar og imøtekommer det pasienten tar opp (Johansen & Gamnes, 2017).

*På det andre nivået (Limited Information)* er spørsmålene fra sykepleier knyttet til hva det er normalt å tenke og føle, og i dette tilfellet, etter en stomioperasjon. Her trenger heller ikke behandleren spesialkompetanse for å gi pasienten tilstrekkelig med informasjon. I flere tilfeller kan begrenset informasjon være nok til å hjelpe pasienten med sine spørsmål eller seksuelle problem på dette nivået (Johansen & Gamnes, 2017).

*Tredje nivå (Specific Suggestions)* tar for seg spesifikke problemstillinger som krever en henvisning eller henvendelse til en annen instans, for eksempel en sexolog, fordi det ligger utenfor sykepleiers fagfelt (Johansen & Gamnes, 2017). Det er viktig at sykepleier er klar over sine begrensninger og vet når det er riktig å henvise videre til en spesialist. Det er derfor sentralt at sykepleier har kjennskap til andre behandlingstilbud som fins slik at pasienten kan få det tilbudet vedkommende trenger (Nortvedt & Grønseth, 2016).

*Det fjerde nivået (Intensive Therapy)* dreier seg om seksuelle problemer som ikke lar seg løse av de tre første nivåene i modellen. Eksempelvis kan dette være endokrinologisk behandling ved hormonforstyrrelser, familierådgivning eller kirurgisk behandling. Spesialister med erfaring og kompetanse på disse områdene skal da ta over behandlingen (Almås & Benestad, 2017).

En ferdigutdannet sykepleier skal være i stand til å bruke de to første nivåene i modellen. Samtidig har sykepleier en lovmessig plikt gjennom faglig forsvarlighet til å henvise til andre instanser dersom det går utover sykepleierens kompetansenivå (Almås & Benestad, 2017). PLISSIT-modellen kan gi sykepleier en ramme på hvordan fange opp bekymringer knyttet til seksualitet og stomi, og hvordan føre en samtale om disse utfordringene (Johansen & Gamnes, 2017).

## 2.6 Den didaktiske relasjonsmodellen

Bjørndal og Liberg (1978) ga i sin tid ut boken *Nye veier i Didaktikken?: en innføring i didaktiske emner og begreper* som handler om ulike undervisningsmetoder. En av disse er den didaktiske relasjonsmodellen, som jeg har valgt å anvende i oppgaven min. Jeg har brukt litteratur om denne modellen fra Tveiten (2016), Christiansen (2013) og Lyngsnes & Rismark (2014), og knyttet den opp mot problemstillingen min og sykepleierens undervisende og veiledende funksjon.

Den didaktiske relasjonsmodellen er innen helsefaget et viktig hjelpemiddel for å undervise og veilede pasienter. Den kan brukes for å legge til rette for at pasienter skal mestre utfordringer knyttet til helse, medvirkning og samhandling. Samhandlingen kan blant annet skje gjennom veiledning, undervisning, motiverende intervju og coaching. Når sykepleier skal vurdere hva som er en god måte å samhandle med en pasient på, tas det flere vurderinger. Disse vurderingene tas basert på teori om pedagogikk og didaktikk (Lyngsnes & Rismark, 2014). Modellen omhandler planlegging, gjennomføring, målsetting, analyse og vurdering (Christiansen, 2013)

Modellen tar for seg seks elementer som sykepleier må være bevisst på i læringssituasjoner: *Forutsetninger for læring* dreier seg om hvem pasienten er og hva slags kunnskap pasienten har fra før av. *Rammefaktorer* handler om hvilken situasjon man befinner seg i, og begrensninger som kan ha innvirkning på formidlingen av kunnskap, for eksempel tidspress og hvor man befinner seg. *Mål* dreier seg om hva veilederen har som målsetning for formidling av kunnskap, og hva pasienten har som mål. *Innhold* tar gjerne for seg hva den planlagte læringssituasjonen skal handle om. Dette vurderes ofte ut i fra hvilke mål som har blitt satt. *Metode* handler om hvordan innholdet i undervisningsopplegget skal formidles, for eksempel gjennom forelesning, dialog, brosjyre og diskusjon. Det siste elementet er *vurdering*, der det evalueres om målene er nådd (Tveiten, 2016). Christiansen (2013) forklarer at de ulike elementene henger sammen og påvirker hverandre. Dette gjør at modellen er, og brukes, dynamisk (Tveiten, 2016).



## 2.7 Juridisk og etisk rammeverk

I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven har pasienten krav på den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i helsetilstanden sin. Pasienten har også krav på å få informasjon om mulige risikoer og bivirkninger av behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Dette underbygges også av Helsepersonelloven: «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). For min problemstilling innebærer dette at sykepleier må undervise og veilede pasienten om hvordan en stomi kan påvirke hverdagslivet, inkludert seksualitet. Sykepleier kan da anvende den didaktiske relasjonsmodellen og PLISSIT-modellen (Tveiten, 2016, Nortvedt & Grønseth, 2016). Akkurat hvordan sykepleier kan forsøke å gjøre dette vil bli drøftet senere i oppgaven.

Når sykepleier skal ta opp temaet seksualitet med pasienter som har nyanlagt stomi, kan etiske regler sette klare grenser for hva som er rett og galt (Gamnes, 2016). De yrkesetiske retningslinjene fra NSF (2016) beskriver sykepleierens profesjonsetikk og inneholder også flere punkter som handler om pasientens rettigheter. Under punkt 2 i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer står det at «sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til selvbestemmelse og retten til ikke å bli krenket» (NSF, 2016). Dette utdraget beskriver kort og konkret hva sykepleier må tenke over i møte med pasienter. Sykepleierens helsefremmende funksjon omtales også i de yrkesetiske retningslinjene, eksempelvis i punkt 2.1: «Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (NSF, 2016).

Sykepleier har en sentral rolle i de første samtalene om seksualitet. At sykepleier tar initiativ til å snakke om seksualitet, kan være en lettelse for pasienten dersom vedkommende har spørsmål han eller hun ikke tør å stille (Johansen & Gamnes, 2017). Når sykepleier skal starte en samtale om seksualitet er det viktig å være klar over de etiske prinsippene som kan komme i spill. Å snakke om egen seksualitet kan for mange pasienter føles upassende og privat, og sykepleier må være varsom og ikke krenke pasienten (Fonn, 2011). Sykepleier skal følge velgjørhetsprinsippet som handler om å forhindre skade eller å gjøre noe godt for pasienten. Sykepleier må respektere pasientens autonomi, det vil si pasientens selvbestemmelse (Brinchmann, 2014). Den mannlige eller kvinnelige pasienten bestemmer selv hva

vedkommende vil ha undervisning og veiledning om på poliklinikken, og hva som føles passende å dele og snakke om.

### **3 Metode**

Metode er en fremgangsmåte for å finne kunnskap som kan gi svar på en problemstilling. Denne problemstillingen skal besvares med faglig, korrekt faglitteratur på en kritisk og interessant måte. All data som blir innhentet, skal presenteres og drøftes med ulike synspunkter som er av betydning for sykepleiepraksis (Dalland, 2015, s. 111).

#### **3.1 Valg av metode og begrunnelse**

Litteraturstudie er brukt som metode i denne oppgaven. I følge Dalland (2015) er en litterær oppgave bygd på eksisterende litteratur fra skriftlige kilder. Det er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder ved å innhente litteratur, gå gjennom denne kritisk og deretter sammenfatte det hele (Dalland, 2017, Thidemann, 2015). Jeg har anvendt pensumlitteratur og annen relevant litteratur, samt forskning funnet i databasen Cinahl. I tillegg er det benyttet nettsider som jeg anser som pålitelige kilder, som Norsk Forening for stomi, reservoar og mage-tarmkreft (NORILCO), Norsk sykepleierforbund, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Verdens Helseorganisasjon (WHO).

I litteraturstudien er det inkludert både kvalitative og kvantitative studier. De kvalitative studiene gir kunnskap om hvilken påvirkning stomien har på pasientens seksualitet, og hva slags problemer pasientgruppen opplever. Dette vil kunne gi en dypere forståelse av hvordan pasientene opplever stomien og vanskene sine, og er nyttig for å kunne besvare problemstillingen. De kvantitative studiene bidrar til en forståelse av hvor mange mennesker som har anlagt stomi, gir et helhetsbilde og viser omfanget av ulike problemer knyttet til dette.

### 3.2 Søk etter forskningsartikler

Basert på oppgavens retningslinjer satte jeg opp ulike kriterier for å finne forskningsartikler til bacheloroppgaven min. Inkludering og ekskludering av forskningsartikler er gjort ut ifra artiklenes relevans for å kunne besvare problemstillingen min. De skulle i tillegg ha fullteksttilgang, ha engelsk språk, være publisert innen de siste ti årene og ha blitt publisert i et anerkjent tidsskrift.

Nedenfor illustreres søket i tabell 1:

Tabell 1

Dato for søk	Forfatter, Årstall	Database	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Begrunnelse for valg av artikkel: Felles for alle artiklene under er at jeg gikk igjennom overskrifter, abstract og resultater for å undersøke relevans
Des. 2018	Ramirez, M., McMullen, C., Grant, M., Altschuler, A., Hornbrook, M. C., & Krouse, R. S. (2009).	Cinahl	«Sexuality+» AND «ostomy+»	Academic journal, publiseringsår 2009-2019	41	Resultatene i artikkelen er relevant for min problemstilling og for drøfting knyttet til hvordan en stomi kan påvirke mennesker på ulik måte. Selv om artikkelen kun tar for seg kvinner, har stomi konsekvenser for både menn og kvinners seksualitet, og artikkelen belyser mange følelser som pasienter med stomi har når det gjelder seksualitet.
Des. 2018	Olsson, C., Berglund, A.-L., Larsson, M., & Athlin, E. (2012).	Cinahl	«Sexuality+» AND «nursing care+» AND «communication+»	Academic journal, publiseringsår 2009-2019	66	Jeg synes det er sentralt å få med sykepleierens holdninger til samtale om seksualitet fordi det er et tabubelagt og sårbart tema. Denne artikkelen ga statistikk på akkurat dette og er fra Sverige, den kan derfor gi et godt bilde på holdninger hos sykepleier i Norge også. Den er ikke rettet direkte mot pasienter med stomi, men jeg valgte likevel å bruke den fordi den gir et sykepleieperspektiv til dette temaet, og jeg anser derfor artikkelen som relevant.

Des. 2018	Ayaz, S. og Kubilay G. (2009).	Cinahl	«PLISSIT» AND «sexuality+» AND «ostomy+»	Academic journal, publiseringsår 2009-2019	1	I oppgaven har jeg anvendt PLISSIT-modellen og anså det derfor som relevant å finne en artikkel om den faktisk fungerer i samtale om seksualitet. Etter å ha brukt søkeordene og avgrensning som vises i kolonnen til venstre var det kun ett treff. Jeg leste gjennom artikkelen og anså den som relevant fordi den gir et innblikk i hvordan PLISSIT-modellen kan fungere i praksis.
Jan. 2019	Davidson, F. (2016).	Cinahl	«Ostomy» AND «quality of life» AND «nursing care»	Academic journal, publiseringsår 2009-2019	42	I dette søket inkluderte jeg «quality of life» for å finne en artikkel om hvordan livskvaliteten til kvinner og menn med stomi påvirkes. Mange av artiklene hadde overskrifter som virket relevante, men etter gjennomgang av abstract valgte jeg til slutt «Quality of life, wellbeing and care need of Irish ostomates». Årsaken til valget var fordi resultat- og diskusjonsdelen relevant for problemstillingen min ettersom livskvalitet kan påvirke seksualitet og motsatt.
Mars 2019	Aktas, D & Baykara, Z. G. (2015).	Cinahl	«Ostomy+» AND «body image+»	Academic journal, publiseringsår 2009-2019	49	Selvbilde og seksualitet henger tett sammen og jeg ønsket å finne ut hvordan stomi kan påvirke pasientens selvbilde. Treffene i dette søket viste svært mange artikler med lite relevante overskrifter og abstract. Helt til jeg fant studien til Aktas & Baykara som både tok for seg pasienten med stomi, deres partner og omhandlet påvirkning selvbildet.

### 3.3 Kildekritikk

Under søkeprosessen erfarte jeg at det var flere gode artikler jeg gjerne kunne ha brukt, men som ble forkastet fordi de var utdaterte. Jeg ønsket å bruke artikler som var fagfellevurderte, og ettersom det var flere som ikke var det, måtte jeg lete videre. Noen av forskningsartiklene jeg fant i Cinahl manglet fullteksttilgang og måtte bestilles fra biblioteket.

Forskningsartikkelen til Ramirez et al. (2009) tar for seg kvinner som har fått anlagt stomi etter cancer coli og deres seksualitet. Til tross for at denne artikkelen ikke har et direkte sykepleiersperspektiv, anser jeg den som relevant ettersom den belyser følelser som mange pasienter med stomi kan ha når det gjelder seksualitet.

Den svenske studien til Olsson, Berglund, Larsson & Athlin (2012) omhandler sykepleieres holdninger til samtaler om seksualitet med kreftpasienter. Artikkelen gir et sykepleiersperspektiv selv om den ikke er direkte rettet mot pasienter med stomi, og derfor anser jeg også denne som relevant.

Studien til Aktas & Baykara (2015) handler om hvordan personer med stomi oppfatter sitt eget kroppsbilde og hva partneren deres tenker. Den gir et godt bilde på hvordan begge parter opplever denne endringen, men ettersom studien er fra Tyrkia kan det hende at kulturforskjeller, utdanning, kjønnsroller og lignende kan gjøre det problematisk å relatere resultatene til norske forhold.

Dázio, Sonobe & Zago (2009) forsket på hvordan menn påvirkes av å ha colostomi etter kreft i tykktarmen. Studien får tydelig frem at menn, i likhet med kvinner, kan føle sorg av å få anlagt stomi, gråte av endringen og føle de har mistet en stor del av seg selv, direkte og indirekte. De fleste deltakerne forteller at maskuliniteten påvirkes i stor grad og at det er vanskelig. Innholdet i studien er relevant for min problemstilling, men siden den er gjennomført i Brasil kan det hende at sosiale og kulturelle forskjeller gjør det problematisk å relatere resultatene til norske forhold, i likhet med studien til Aktas & Baykara (2015).

PLISSIT-modellen er skrevet av en psykolog og revidert av sexologer. Den er ikke utviklet spesielt for sykepleiere, men som sykepleier skal man likevel ha nok kunnskap til å benytte de to laveste nivåene. Flere av artiklene jeg fant om PLISSIT-modellen forklarer at modellen er effektiv å bruke for å snakke med pasienter om seksualitet, men samtidig mangler artiklene

informasjon om akkurat hvordan PLISSIT anvendes, hvilke tilnærminger og spørsmål som blir brukt.

Primærlitteratur er forsøkt brukt gjennom hele bacheloroppgaven, men siden det ikke alltid er like lett å finne frem til den er det brukt noe sekundærlitteratur. Jeg vil se på dette som en feilkilde fordi sekundærlitteratur i noen tilfeller kan være endret i forhold til utgangspunktet. Jeg har valgt å bruke WHO's definisjon av seksualitet, referert av Landmark et al. (2012) på Folkehelseinstituttet sine hjemmesider. Grunnen til at denne ble brukt var at jeg ønsket å ha den på norsk, og denne oversettelsen er bedre enn hva jeg selv hadde fått til.

Noen steder i oppgaven min har jeg brukt opplysninger fra en samtale med en sykepleier på Stomiklinikken ved Haukeland sykehus. Grunnen til at jeg kontaktet denne avdelingen var at jeg ønsket å få oppdatert informasjon om hvordan oppfølging etter anleggelse av stomi foregår, hvor lenge oppfølgingstimene varer, hva det prates mest om og hvor lenge pasienten blir fulgt opp i tiden etter operasjon. Ettersom dette er en samtale fra ett enkelt sted kan det ikke generaliseres, men det indikerer sykepleiers rolle på en poliklinikk knyttet til pasienter med stomi.

## 4 Presentasjon av forskningslitteratur

Tabell 2 gir en oversikt over forskningslitteraturen som er brukt for å besvare oppgavens problemstilling:

Tabell 2

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1.	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.	<i>Women &amp; Health</i>	Hensikten til studien var å undersøke seksuelle utfordringer kvinner hadde etter å ha anlagt stomi	Det kommer tydelig frem at forskningsartikkelen er en kvalitativ forskningsstudie. Det ble sendt ut mail til 284 personer som hadde overlevd cancer coli. 117 av disse var kvinner. Av disse ble 30 kvinner dybdeintervjuet.	Funnene er inndelt i fire grupper: 1: ingen langsiktige seksuelle vansker 2: langsiktige seksuelle utfordringer 3: aldersrelaterte endringer i seksualitet 4: ingen seksuelle erfaringer postoperativt
2.	Olsson, C., Berglund, A.-L., Larsson, M., & Athlin, E. (2012).	Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing?	<i>European Journal of Oncology Nursing</i>	Artikkelens hensikt var å beskrive sykepleiers holdninger om samtaler rundt temaet seksualitet med kreftpasienter.	Artikkelen har benyttet kvalitativ metode. 10 sykepleiere fra ulike deler av helsevesenet, som jevnlig møtte kreftpasienter ble intervjuet.	Studiens funn deles inn i tre underkategorier. 1: sykepleiers holdninger, kunnskaper og ferdigheter har en sentral betydning 2: pasientens seksuelle problemer som grunnlag for samtale 3: avdelingens eller sykehusets miljø
3.	Ayaz, S. & Kubilay G. (2009)	Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma.	<i>Journal of Clinical Nursing</i>	Forskningsartikkelens hensikt var å undersøke effekten av PLISSIT-modellen og om bruken av den kan løse ulike seksuelle problemer hos mennesker med stomi.	Det blir benyttet kvantitativ metode i studien. For å undersøke effekten av modellen ble deltakerne satt i enten en forskningsgruppe eller en kontrollgruppe, 30 deltakere i hver.	Studiens funn: - Kjønn, alder og utdanning har betydning for resultatene. - Deltakerne hadde ulike bekymringer som angst for seksuell presentasjon og fysiske/emosjonelle problemer og dårlig selvbilde. - Forsøksgruppen hadde tilnærmet likt samliv som før studiestart.



						- Kontrollgruppen hadde et samliv som endret seg i negativ retning jo lenger tid det gikk etter operasjonen.
4.	Davidson, F. (2016)	Quality of life, wellbeing and care need of Irish ostomates	<i>British Journal of Nursing,</i>	Hensikten med studien var å finne ut hvordan pasienter med stomi i Irland klarte å tilpasse seg sin nye livstilværelse med stomi.	Studien er kvantitativ. 595 personer med ileostomi deltok i studie. De ble tilsendt en spørreundersøkelser med 43 spørsmål. 256 personen svarte på undersøkelsen.	Studiens funn: i - Pasientene med stomi har lignende livskvalitet sammenlignet med den øvrige befolkningen. - Enkelte opplevde seksuell dysfunksjon. - Pasientene med stomi bør få tilbud om å snakke med likemenn, eventuelt sykepleiere med kunnskap om stomi og utfordringene knyttet til det.
5.	Aktas, D & Baykara, Z. G. (2015).	Body Image Perceptions of persons with stoma and their partners: a descriptive cross-sectional study	<i>Ostomy Wound Management</i>	Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan stomi påvirker oppfattelsen av kroppsbildet til de personene som har stomi og hva deres partner tenker.	Artikkelen er en kvantitativ og beskrivende tverrsnittstudie. 60 pasienter med ileostomi/ kolostomi deltok med partner, alle gift. Et av verktøyene som ble brukt var Body Cathexis Scale (BCS), for å undersøke hva deltakerne tenkte om kroppen med stomi.	Hovedfunn: - Pasientene med en partner som hjalp til med «stoma care» hadde høyere skår enn de som ikke hadde en partner som hjalp til. - Pasienten sin oppfatning av egen kropp var ofte parallell med partneren sin. - Viktig å involvere partneren før operasjon og å få informasjon om hvordan stomien påvirker kroppen.

## 5 Drøfting

Sykepleier kan bruke den didaktiske relasjonsmodellen både som redskap til planlegging av undervisning for en enkelt oppfølgingstime, og til planlegging av veiledning ved oppfølgingstimer i lang tid fremover. Samtidig kan den brukes til å analysere og reflektere over gjennomført undervisning og veiledning (Lyngsnes & Rismark, 2014, s. 87).

Relasjonsmodellen anvendes i dette kapittelet som struktur. Ulike aspekter og resultater av valgt litteratur vil reflekteres i lys av de ulike elementene i modellen, og vil bli brukt for å besvare problemstillingen min: *Hvordan kan sykepleier undervise og veilede om seksualitet til pasienter med nyanlagt stomi?*

### 5.1 Den didaktiske relasjonsmodellen

Sykepleier kan som nevnt anvende den didaktiske relasjonsmodellen for å planlegge hvordan undervisning og veiledning om seksualitet skal foregå tilpasset hver enkelt pasient (Tveiten, 2016). Ved å vise forståelse, respekt og tillit under samtalen kan sykepleier gjøre det enklere for pasienten å åpne seg opp om utfordringer (Ayaz & Kubilay, 2009).

#### 5.1.1 Pasientens forutsetninger

Alle pasientene sykepleier møter på oppfølgingstime på poliklinikk etter å ha fått anlagt stomi, vil ha ulike forutsetninger for å ta imot undervisning og veiledning. I noen tilfeller er pasienten fremdeles i krise tre uker etter operasjon når vedkommende møter på den første oppfølgingstimen. Dette krever at sykepleier har god kunnskap om mennesker i krise (Nilsen et al., 2016). I løpet av de tre første ukene kan pasienten ha rukket å oppleve hvordan stomien påvirker kroppens funksjoner og hvordan den påvirker seksualitet og selvbildet (Ayaz & Kubilay, 2009). Kunnskap som sykepleier formidler på poliklinikken, kan pasienten lett glemme igjen, og pasienten må derfor kunne få skriftlig informasjon med hjem. Et tips til pasienten kan være at vedkommende bør notere ned spørsmål (Nilsen et al., 2016).

Å være mann eller kvinne og få stomi vil være en påkjenning uansett alder og om det anlegges en ileostomi eller kolostomi (Ramirez et al., 2009). Likevel vil det være forskjell på å måtte anlegge stomi på grunn av betennelsessykdom i tarm og av kreftsykdom i tarm. Ved betennelsessykdommer som crohns sykdom eller ulcerøs kolitt, kan sykdomsforløpet ha

pågått i mange år før det til slutt anlegges stomi (Nilsen et al., 2016, Paulsen, 2016). Det vil av den grunn kunne føles bra å endelig bli kvitt smertene i mageområdet og få en stomi i stedet, samtidig som stomien kan føre til nye utfordringer (Nilsen et al., 2016, Aktas & Baykara, 2015). For en pasient som oppsøker lege på grunn av merkelige symptomer som blod og slim i avføringen, ufrivillig vekttap og magesmerter, kan det komme som et sjokk å få diagnosen kreft (Kreftforeningen, 2018, Nilsen et al., 2016). Videre følger pakkeforløp, nærmere utredning, behandling og for noen – fjerne en del av tarmen og anlegge stomi, samt kjemoterapi og kontroller (Helsedirektoratet, 2016).

Sykepleier trenger å ha kunnskap om hva slags stomi pasienten har og årsaken til anleggelse ettersom det kan være avgjørende for hva undervisningen og veiledningen skal inneholde. Uansett årsak er begge gruppene utsatt for seksuelle problemer (Nilsen et al., 2016). En studie gjennomført av Aktas & Baykara (2015) undersøkte hvordan stomi kan påvirke pasientens kroppsbilde, og hva partneren tenker. Rundt halvparten av pasientene i denne studien slet med psykiske og psykososiale problemer etter anleggelse av stomien. Samtidig hadde de pasientene som hadde partnere som hjalp til med stomistell, det betraktelig bedre med seg selv (Aktas & Baykara, 2015).

### 5.1.2 Rammefaktorer

I praksis på sykehus erfarte jeg at det kan være vanskelig å vite på hvilket tidspunkt det er best å formidle kunnskap om konsekvenser en operasjon kan ha for seksualitet om samliv, da pasienten også skal få mye annen veiledning i løpet av den pre- og postoperative fasen. Dette underbygges også av Nilsen et al. (2016). Oppfølgingstimer etter stomioperasjoner på poliklinikker har noe annerledes rammer enn det det er på sengeposten på sykehuset før og etter operasjonen. Mange deler rom med andre pasienter, og dette kan være et stort hinder for å bygge en relasjon og stå i veien for at sykepleier skal ivareta pasientens bluferdighet (Beck & Justham, 2009). Jeg fikk anledning til å snakke med en sykepleier på en stomipoliklinikk som fortalte om rammene på deres poliklinikk på Haukeland sykehus. Det er satt av en hel time for samtale slik at pasient og sykepleier skal ha god nok tid til å prate om forskjellige temaer. Sykepleieren fortalte at det ofte var slik at kun de ti første minuttene av timen egentlig gikk til å snakke om stomi. Resten av tiden gikk ofte til samtale om kroppsendringen, hverdagsvansker, partnerskap og seksualitet. Lyngsnes & Rismark (2014) underbygger det samme og skriver i sin bok *Didaktisk arbeid* at tid og rom er viktige rammefaktorer for

undervisning og veiledning. Imidlertid omtales også den som skal undervise og veilede, altså sykepleieren, som den aller viktigste faktoren (Hattie, 2009).

Sykepleiers kunnskaper, forventninger, holdninger, kreativitet og innsats er avgjørende for hvordan undervisningen og veiledningen blir, og hva slags utbytte pasienten sitter igjen med. Elementene i denne modellen påvirker hverandre og henger sammen. Rammefaktorene vil derfor være avgjørende for hvordan innholdet i undervisningen og veiledningen blir og hva slags metode og mål som vil bli brukt (Christiansen, 2013).

### 5.1.3 Mål

Pasientens læringsutbytte må stå i sentrum når sykepleier skal planlegge og gjennomføre undervisning og veiledning. Poenget med all læring er at man skal lære noe av den, og det vil derfor være hensiktsmessig å snakke med pasienten om hva slags mål vedkommende har (Tveiten, 2016). Sykepleier kan hjelpe pasienten med å sette realistiske mål for å for eksempel akseptere at kroppen har endret seg, tørre å skifte tøy foran partneren sin eller fortelle vennen sin om at hun eller han har fått stomi.

Pasientene som møter på poliklinikken kan ha ulike syn på hvilken funksjon mål skal ha, og hvor presise de bør være. Lyngsnes & Rismark (2014) poengterer kompleksiteten av mål og hva de kan inneholde: Pasienten må ha mål å styre etter, pasienten må ha mål å styre mot og pasienten må ha mål som kan nås (Lyngsnes & Rismark, 2014). Sykepleier skal ut i fra pasientens egne mål undervise og lære bort kunnskap, og veilede i riktig retning videre i oppfølgingen for å nå målene.

Allerede ved første oppfølgingstime er det sentralt å snakke om hva slags mål pasienten kan tenke seg å ha for denne timen, og når den er ferdig hva det er ønskelig å ha som mål til neste time om tre måneder (Lyngsnes & Rismark, 2014). Sykepleier kan diskutere med pasienten om det er tenkelig å ha noen delmål og hovedmål. For eksempel kan et hovedmål være å tørre å skifte på samme rom som partneren sin, mens delmålet er å først føle seg komfortabel med å se seg selv i speilet alene. På den ene siden kan mål være direkte styrende for undervisningen, men på den andre siden kan målene være selve grunnlaget som undervisningen bygger på. Det vil være individuelt fra pasient til pasient (Lyngsnes & Rismark, 2014).

#### 5.1.4 Innhold

I planleggingen av innholdet i undervisningen og veiledningen må sykepleier ta utgangspunkt i pasientens forutsetninger, interesser, spørsmål og mål (Christiansen, 2013). Dersom innholdet blir ansett som uavhengig av pasientens læringsforutsetninger eller om sykepleier for eksempel begynner å snakke om seksualitet uten at pasienten ønsker det, kan dette i verstefall resultere i en ødelagt relasjon mellom pasient og sykepleier (Nilsen et al., 2016).

Det finnes pasienter som skjuler bekymringer knyttet til seksualitet, og andre som er mer åpne om det. Dersom pasienten uttrykker bekymringer relatert til seksualitet og samliv, er det viktig at sykepleier tar tak i dette. Pasientens personlighet, og hvor trygg vedkommende i utgangspunktet er på sin egen seksualitet, kan ha stor betydning for hvordan den nye livssituasjonen håndteres. En pasient som er usikker på sin seksualitet, kan ha vanskeligheter med å godta endringen (Nilsen et al., 2016). Både kvinner og menn kan føle seg mindre attraktive med en pose på magen og få et dårlig selvbilde på grunn av dette (Williams, 2012, Aktas & Baykara, 2015). Når det gjelder menn må sykepleier ha kunnskap om hvordan en stomi kan påvirke blant annet maskuliniteten, og kunne fortelle at det er helt normalt å føle seg mindre maskulin (Dázio et al., 2009). En av mennene som deltok i studien til Dázio et al. (2009) la vekt på at han følte seg svært sårbar og skjør etter anleggelsen av stomien, men også fordi han nå hadde en kreftdiagnose. En kvinne som deltok i studien til Ramirez et al. (2009) fortalte at hun savnet mer kunnskap om hva slags utfordringer anleggelse av stomi kunne gi av seksuelle utfordringer, som for eksempel smerter ved samleie. For henne kom smertene ved samleie som et sjokk, og hun tok dette svært tungt ettersom samleie var en stor del av henne og mannens forhold (Ramirez et al., 2009). En studie gjennomført i Irland underbygger akkurat dette, og at seksuell dysfunksjon og psykiske vansker påvirker livskvaliteten. I samme studie ble det likevel konkludert med at mennesker med stomi har tilnærmet lik livskvalitet som de uten stomi, og at kroppens funksjon og psykiske helse har svært forskjellig påvirkning på hvert enkelt menneske. Felles for alle deltakerne var at god oppfølging fra stomisykepleier, rutiner og kontakt med likemenn var til stor hjelp for å ha det bedre med seg selv (Davidson, 2016). Hvordan sykepleier kan nærme seg vanskelige temaer knyttet til seksualitet blir beskrevet i kapittel 5.5.

Praktiske råd fra sykepleier om samleie kan være relevant for noen pasienter. Dette kan for eksempel være å fortelle at det går helt fint om stomien får støt under samleie, og at man

eventuelt kan folde posen og feste den til kroppen med belte eller teip. Bomullstrekk som kan festes over posen eller mindre poser går det også an å bruke (Nilsen et al., 2016, s. 126). Til tross for løsninger som dette, vil det ikke kunne fungere like godt for alle ettersom det fremdeles er en pose på magen som kan sjenere, knitre og lage lyder.

Dersom pasienten fortviler over at stomiposen synes gjennom alle klær vedkommende går i, kan sykepleier undervise pasienten om hvordan ileo- og kolostomi fungerer selv om klær eller annet klemmer posen flat. Både en ileostomi og kolostomi vil fungere som normalt selv om stomien blir klemt flat under klærne, og tarmfunksjonen skal kunne motstå «hindringen». Ved bruk av belte på bukse eller skjørt er det ingen problem dersom den befinner seg enten ovenfor eller nedenfor stomien. Det finnes undertøy til kvinner og menn som skal være tilpasset mennesker med stomi (Nilsen et al., 2016). Det er positivt at det er lagd klær som er tilpasset en kropp med stomi, men mange kan likevel føle på et skjult handikap.

Apropos handikap er det noen pasienter som føler at stomien begrenser ulike deler av hverdagslivet. For eksempel det å gå ute blant andre mennesker, sitte på et stille bibliotek eller ligge i sengen på kvelden med partneren sin fordi de er redd for lukt og lyder fra stomien. Sykepleier kan undervise og veilede pasienten om kosthold som påvirker tarmfunksjoner og skaper mer eller mindre lukt og luft. Noen matvarer forårsaker hyppigere illeluktende flatus og avføring, eksempelvis erter, bønner, kål, løk og sterkt krydret mat. Sykepleier kan også gi råd om at tygging av tyggis, røyking og spising med åpen munn kan føre til økt tarmgass fordi man kan svelge luft (Nilsen et al. 2016).

På oppfølgingstimene etter operasjon er pasientenes partnere også velkommen til å delta, og en viktig årsak til dette er nettopp å inkludere partneren og bidra til mer kunnskap og forståelse (NORILCO, u.å. c). Aktas & Bakykara (2015) konkluderer med akkurat dette med inkludering av partner og legger vekt på hvor viktig det er for at pasienten med stomi skal føle seg vel i kroppen sin med pose på magen. Dette underbygges også av Nilsen et al. (2016), som påpeker viktigheten av at sykepleier oppmuntrer og tilrettelegger slik at partneren kan delta på oppfølgingen. NORILCO og flere sykehus rundt om i landet holder kurs om stomi for pasienter og pårørende (NORILCO, u.å. c).

For noen føles det som om stomien er hele livet og at fremtiden er ødelagt (Ramirez et al., 2009, Dázio et al., 2009). Slik skal det ikke være, og det finnes ulike måter å takle denne

livsforandringen på. Sykepleier bør oppmuntre pasienten til å tenke på hva som egentlig er viktig i livet, hva som er ønskelig å holde for seg selv og hva vedkommende vil dele med andre (Nilsen et al., 2016). Å akseptere posen på magen er en prosess som inkluderer mange følelser og tanker, stress og ulike faser av krise. Disse krisefasene er det naturlig å gå igjennom, og det er det viktig at pasienten er klar over (Cullberg, 2010). Aksept er ofte forbundet med åpenhet. Å være åpen kan gi mulighet for støtte og forståelse fra partner, familie og fra sykepleieren på poliklinikken. Imidlertid er det også viktig at pasienten vet at åpenhet også medfører risiko for å bli avvist (Nilsen et al., 2016, Williams, 2012).

#### 5.1.5 Metode

En god og tillitsfull relasjon med pasienten er grunnleggende for å kunne gi omsorg. Dette innebærer at sykepleier har faglig kunnskap, en medmenneskelig tilnærming og viser støtte. Det stilles et krav til sykepleiere om at de skal være tålmodige og forståelsesfulle i alle ulike situasjoner (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 85). Pasienten kan vegre seg for å snakke om seksualitet dersom forholdet til sykepleier ikke er basert på tillit. PLISSIT-modellen kan være nyttig for sykepleier å bruke for å etablere et slikt tillitsforhold (Johansen & Gamnes, 2017).

Samtaler, intervensjon, undervisning og veiledning knyttet til de to første punktene i PLISSIT-modellen, *Permission* og *Limited Information*, kan utføres av fagpersonell med kunnskap om seksualitet og samliv, noe en sykepleier skal ha (Johansen & Gamnes, 2017). Gjennom erfaringer i praksis og forelesninger på skolen har jeg observert at det kan være en utfordring at sykepleier ikke føler seg kompetent nok eller er flau over å snakke om seksuelle problemer med pasienten. Beck & Justham (2009) underbygger også dette som en viktig faktor. Imidlertid er ikke dette god nok grunn til å hindre pasientens rett til informasjon. Olsson et al. (2012) konkluderer i sin studie med at sykepleiere ofte fraskrev seg ansvaret for å snakke om seksualitet med pasienten. Eksempelvis mente flere at det var legens oppgave fordi seksuelle konsekvenser ofte er en konsekvens av medisinsk behandling (Olsson et al., 2012).

Det første nivået i PLISSIT-modellen handler som nevnt i punkt 2.5, om å gi pasienten tillatelse til å snakke om seksualitet. Pasienten kan føle det som en overskridelse på privatlivet dersom sykepleier går inn på temaet seksualitet før et tillitsforhold er etablert (Johansen & Gamnes, 2017). Av egen erfaring fra postoperativ sengepost, der det ofte ikke er særlig mye

privatliv eller tid til å snakke om utfordringer, er det svært positivt at pasientene med stomi får en hel time til rådighet ved hver oppfølgingstime. Dette gir en mulighet for å ha nok tid til å bygge en relasjon og gi rom og trygghet for å snakke om vanskelige og sårbare temaer.

Sykepleier kan ved å si noe om hva som er vanlige sexrelaterte plager etter en stomioperasjon, åpne opp for at pasienten kan snakke om temaet (Fonn, 2011). Et eksempel kan være å stille et spørsmål litt ut i oppfølgingssamtalen med et utsagn som indikerer normalitet som: «Mange pasienter er bekymret for om stomien vil påvirke seksuallivet, har du tenkt noe over dette?» (Lindholm, 2002). Ut i fra pasientens svar kan sykepleier komme inn på temaet og undervise og veilede ut i fra hvordan samtalen utvikler seg, til tross for at temaet er svært tabubelagt.

Det andre nivået i modellen handler om å gi begrenset informasjon. Sykepleier på poliklinikken skal på dette nivået undervise og veilede pasienten på en begrenset måte om fysiske og psykiske konsekvenser stomi kan ha for seksualiteten. Spørsmål fra pasienten som er innenfor dette nivået, er om hvilke endringer og problemer rundt seksualitet som er normalt etter anleggelse av stomi. Oppgaven til sykepleier er da å svare ved å gi begrenset og tilpasset undervisning og veiledning (Johansen & Gamnes, 2017). Det er viktig å ikke overvelde pasienten med for mye informasjon som gjør det utfordrende for pasienten å få med seg alt. I følge Olsson et al. (2012) er det to sentrale faktorer som ofte påvirker om sykepleiere snakker om seksualitet: manglende kunnskap og sykepleierens egne holdninger. I tillegg var sykepleiere redd for å fornærme pasienten og formulere seg feil (Olsson et al., 2012). Når sykepleier har slike begrensninger kan dette føre til at pasienten ikke får den informasjonen som ønskes og er nødvendig.

Ayaz & Kubilay (2009) undersøkte om PLISSIT-modellen egentlig har noe effekt for løse problemer knyttet til seksualitet. Det viser seg at faktorer som alder, kjønn og utdanning har betydning for hvor effektiv modellen er. Både psykologiske og fysiologiske sider av seksualitet hadde betydning for både kvinner og menn, blant annet lekkasje, lukt og flatulens. Det mest sentrale funnet i denne studien er at PLISSIT-modellen faktisk bidro til å løse seksuelle problemer. Pasientene med stomi fra forsøksgruppen fikk hyppigere oppfølgingsbesøk etter operasjonen og samtale med bruk av modellen, mens pasientene i kontrollgruppen kun fikk få hjemmebesøk og ingen bruk av PLISSIT. Det viser seg at pasientene i forsøksgruppen scoret tilnærmet likt på hvor tilfreds de var med samlivet både før og etter stomioperasjonen. Imidlertid viste tilfredsheten til pasientene i kontrollgruppen at



mange ble mer misfornøyd med samlivet etterhvert som tiden gikk. Studiens viser at modellen kan ha en positiv effekt for å finne en løsning på seksuelle problemer (Ayaz & Kubilay, 2009). Imidlertid er ikke konkrete eksempler inkludert i PLISSIT-modellen, noe som gjør det vanskelig for sykepleier å vite akkurat hvordan den skal brukes. For øvrig er alle mennesker forskjellig, og modellen vil derfor ikke kunne fungere like godt for alle pasienter.

#### 5.1.6 Vurdering

En sentral del av undervisning og veiledning er å finne ut hva læringsbyttet faktisk ble. Vurdering kan foretas underveis i samtalen på poliklinikken, for at sykepleier skal være sikker på at undervisningen og veiledningen faktisk er i pasientens interesse, eller på slutten. Vurderingen kan også bestå av å finne ut om delmål og/eller hovedmål er nådd, eller om noen mål, innhold eller metode må endres (Christiansen, 2016).

Selve målet med vurderingen i seg selv er å fremme pasientens læring og utvikling hos den enkelte. I tillegg er det et mål at sykepleier skal virke veiledende og motiverende for innsats, og bidra til å fremme ønske om å bruke evner og anlegg. Pasienten med stomi vil ved å være med på å vurdere undervisnings- og veiledningsopplegget, kunne bidra til å styrke samarbeidet med sykepleier og bidra til forbedring av opplæring og tilpasning til eget behov (Lyngnes & Rismark, 2014, s. 121).

## 5.2 Forhold som kan vanskeliggjøre det å snakke om temaet seksualitet

I følge studien til Ayaz (2009, s. 75) forventer ofte sykepleiere at pasienten selv tar opp temaet seksualitet, da sykepleiere kan føle at de trækker over en grense ved å starte en samtale om privatliv og seksualitet. En vanlig problemstilling er at pasienten heller ikke synes det er så lett å starte en samtale om dette temaet. Årsaker til at pasientene vegrer seg for å snakke om seksuelle problemer dreier seg ofte om skamfølelse (Ayaz, 2009, s. 75). En undersøkelse gjennomført i England viste at 98 prosent av leger og sykepleiere mente at spørsmål om seksualitet er viktig å ta opp med pasienten. Til tross for dette høye tallet var det kun 21 prosent av de som tok opp dette temaet (Thor, 2012). Seksualitet er et svært tabubelagt område. Sykepleiere har samtaler om alle de ulike naturlige funksjonene menneskene har, slik som avføring og urin, men seksualitet er temaer som ofte blir unngått og ikke snakket like åpent om (Almås & Benestad, 2017).

En stomioperasjon kan påvirke både seksualitet, selvbylde og kroppsbilde, men likevel er det mange sykepleiere som unnlater å snakke med pasienten om dette. Grethe Følstad Lund er stomisykepleier og skriver om sin erfaring knyttet til dette i Sykepleien (Fonn, 2011). Lund forteller at hun som nyutdannet stomisykepleier syntes det var krevende å ta opp temaet seksualitet fordi det er privat, intimt og individuelt, og fordi en ikke ønsker å tråkke over pasientenes grenser. Imidlertid meddeler Lund at ble lettere å snakke om dette temaet med pasienten med mer erfaring. Noen pasienter sitter inne med spørsmål de ikke tar opp, mens andre åpner opp for det selv med spørsmål om sex med stomi. Sykepleier må ha nok kunnskap om stomi og seksualitet for å kunne snakke med pasienten med stomi om dette. Dersom sykepleier ikke har tilstrekkelig med kunnskap er det nødvendig at hun eller han tilegner seg denne kunnskapen (Fonn, 2011). I følge juridiske og etiske retningslinjer er sykepleiere pliktig til å gi informasjon om konsekvenser en stomioperasjon har for seksualitet, og de har samtidig ansvar for å ivareta pasientenes individuelle behov for helhetlig omsorg (Helsepersonelloven, 1999, §10, Norsk sykepleieforbund [NSF], 2011b). Det vil derfor ikke være holdbart at sykepleier la være å snakke med pasienten om problemer en stomi kan medføre fordi seksualitet er tabubelagt.

En utfordring i dette arbeidet kan være at den kunnskapen sykepleier har, er basert på faglitteratur og ikke egne erfaringer. En pasient med stomi kan derfor ha behov for og glede av å prate med andre som har stomi. Sykepleier kan gi pasienten informasjon om Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft (NORILCO) og deres likepersontjeneste. Denne tjenesten kan hjelpe mennesker som har stomi, helst av samme kjønn, men lik stomitype og rundt samme alder, til å møtes. Det kan hjelpe pasienten til å akseptere sin egen situasjon å se et annet menneske med stomi, fult oppegående og iført vanlige klær (NORILCO, u.å. b, Nilsen et al., 2016, Davidson, 2016). Dette tilbudet er bra fordi pasienten kan få kunnskap basert på erfaringer fra andre med stomi, og de kan utveksle ulike erfaringer. I forskningsartikkelen til Ramirez et al. (2009) omtales akkurat dette med utveksling av erfaringer. Kvinnene i studien hadde blant annet fått tips av hverandre om rutiner før samleie, slik som å ha ny eller tømt pose og dekke til stomien med en topp eller nattkjole (Ramirez et al., 2009). Slike tips gjelder også for menn i følge Dázio et al. (2009). Å dele erfaringer som dette kan være nyttige og ikke minst virke lettende å dele med en likeperson. Det er imidlertid viktig at sykepleier ikke fraskriver seg ansvaret for å formidle den fagkunnskapen hun eller han har, da det er risiko for at likepersonene deler kunnskap som ikke medfører riktighet (Nilsen, et al. 2016).

## 6 Avslutning

Oppgavens hensikt var å svare på problemstillingen: *«Hvordan kan sykepleier undervise og veilede om seksualitet til pasienter med nyanlagt stomi?»*

Det er godt dokumentert at mennesker som må anlegge stomi har flere utfordringer knyttet til seksualitet enn den øvrige befolkningen (Ramirez et al., 2009, Nortvedt & Grønseth, 2016, Aktas & Baykara, 2015, Ang et al., 2013, Beck & Justham, 2009, Ayas, 2009, Ayaz & Kubilay, 2009). Sykepleier på poliklinikk har en viktig rolle når pasienten med den nyanlagte stomien kommer på oppfølgingstime (Nortvedt & Grønseth, 2016). For å kunne gi god, omsorgsfull, kunnskapsbasert, forsvarlig og etisk sykepleie må sykepleier ha kunnskap om ileo- og kolostomi, hvordan dette kan påvirke selvbilde og seksualitet, teori om stress og krise, samt ha kunnskap om aktuelle lover (Ramirez et al., 2009, Nortvedt & Grønseth, 2016, Aktas & Baykara, 2015, Ang et al., 2013, Beck & Justham, 2009).

For at sykepleier skal kunne undervise og veilede en pasient med nyanlagt stomi om seksualitet, er det nødvendig at sykepleier først bygger opp en relasjon med pasienten (Ayaz & Kubilay, 2009). Deretter skal undervisningen og veiledningen tilpasses ut i fra pasientens forutsetninger for læring (Tveiten, 2016). Noen av pasientene befinner seg i en krise og er lite mottakelig for informasjon (Eide & Eide, 2017). Det kan da være nødvendig å gi begrenset kunnskap om stomi og seksualitet (Ayaz & Kubilay, 2009). PLISSIT-modellen beskriver akkurat dette med relasjon og å gi begrenset kunnskap, og kan være en nyttig fremgangsmåte for å komme inn på temaet seksualitet. Likevel kritiseres denne modellen fordi den ikke er laget for sykepleiere og ikke kommer med konkrete eksempler på hva sykepleier kan si og akkurat hvordan den brukes (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Når det gjelder forhold som vanskeliggjør det å snakke om seksualitet, må sykepleier stå frem som et godt eksempel, normalisere temaet og tørre å bryte med tabuet og se bort fra egne følelser som flauhet og redsel for å fornærme pasienten. Litteraturstudien jeg har gjennomført viser viktigheten av at sykepleier er bevisst sin helsefremmende, undervisende og veiledende funksjon. Videre forskning rundt temaet stomi og seksualitet anbefales. Mer kunnskap og konkrete eksempler på hvordan sykepleier kan anvende PLISSIT-modellen, vil være nyttig for sykepleiers relasjonsbygging med pasienten i samtaler om stomi og seksualitet.

## Referanseliste

- Aktas, D & Baykara, Z. G. (2015). Body Image Perceptions of persons with stoma and their partners: a decriptive cross-sectional study. *Ostomy Wound Management*, 61(5), 26-40.
- Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ang, S. G. M., Chen, H.-C., Siah, R. J. C., He, H.-G. & Klainin-Yobas, P. (2013). Stressor relating to patient psychological health following stoma surgery: An intergrated literature review. *Onkology Nursing Forum*, 40(6), 587-594. Doi: 10.1188/13.ONF.587-594
- Ayaz, S. (2009). Approach to sexual problems of patients woth stoma by PLISSIT model: an alternative. *Sexuality & Disability*, 27(2), 71-81.
- Ayaz, S. & G. Kubilay (2009) Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexualproblems of patients with stoma. *Journal of Clinical Nursing*, 18(1), 89-98. Hentet fra: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010136069&site=ehost-live>
- Beck, M., & Justham, D. (2009). Nurses' attitudes towards the sexuality of colorectal patients. *Nursing Standard*, 23(31), 44–48. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105505540>
- 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.
- Bjørndal, B. & Liberg, S. (1978). *Nye veier i Didaktikken?: en innføring i didaktiske emner og begreper*. Oslo: H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard).
- Brinchmann, B. S. (2014). De fire prinsippers etikk: Velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Burch, J. (2016). Intimacy for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*, 25(17), 26. Doi: 10.12968/bjon.2016.25.17.S26
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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>

- Dázio, E. M. R., Sonobe, H. M., Zago, M. M. F. (2009). The meaning of being a man with intestinal stoma due to colorectal cancer: An anthropological approach to masculinities. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(4), 664-669.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000500011>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fonn, M. (2011). Tabubelagt tap. Hentet fra <https://sykepleien.no/2011/06/tabubelagt-tap>
- Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper. I Å. Gammersvik, T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gamnes, S. (2016) Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 2*. (s. 371-407). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hattie, J. (2009). *Visible learning. A synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement*. New York: Routledge.
- Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping: pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2016). Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20tykk-%20og%20endetarmskreft.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)
- Håkonsen, K. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johansen, M., & Gamnes, S. (2017). *Metodebok for seksuell helse* (8. utg.). Oslo: Sex og Samfunn.
- Kreftforeningen. (2018). Tarmkreft. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/tarmkreft/>
- Kristoffersen, N. J. (2015). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 133-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2011). Relasjon mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Landmark, B. F., Almås, E., Brurberg, K. G., Fjed, W., Haaland, W., Hammerstrøm, K. (...), Reinart, L. M. (2012). Effekter av seksualterapeutiske

- intervensjoner for seksuelle problemer. (Rapport 2-2012). Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenesten, 2012. Hentet fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2012/revidert\\_rapport\\_2012\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2012/revidert_rapport_2012_seksuell_helse.pdf)
- Langfeldt, T. (2013). *Seksualitetens gleder og sorger. Identiteter og uttrykksformer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Li, C., Rew, L., & Chen, L. (2015). Factors affecting sexual function: A comparison between women with gynecological or rectal cancer and healthy controls. *Nursing & Health Sciences*, 17(1), 105-111. doi:10.1111/nhs.12177
- Lindholm, J. (2002). Kommunikation med kræftpatienter om seksualitet. *Sygeplejersken Danish Journal of Nursing* (21), 26-33. Hentet fra <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2002-21/kommunikation-med-kræftpatienter-om-seksualitet>
- Lyngsnes, K & Rismark, R. (2014). Å planlegge opplæring. *Didaktisk arbeid*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Løw, O. (2017) *Pædagogisk vejledning. Facilitering af læring i pædagogiske kontekster*. (2. utg). København: Akademisk forlag.
- Nilsen, C., Indrebø, M., & Stubberud, D. (2016). Sykepleie til pasienter med stomi. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, U. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft. (2014). Informasjon. Hentet fra <https://www.norilco.no/informasjon>
- Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft. (2018). Stomi/reservoar – informasjon om colostomi, ileostomi, urostomi og reservoar for pasienter, pårørende og andre interesserte [Brosjyre]. Oslo: NORILCO.
- Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft. (u.å. a) Seksualitet og samliv. Hentet fra <https://www.norilco.no/informasjon/aa-leve-med-stomi-eller-reservoar/livet-med-aapning-paa-magen/seksualitet-og-samliv2/seksualitet-og-samliv>
- Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft. (u.å. b). Likepersontjeneste. Hentet fra <https://www.norilco.no/tilbud/likepersontjenesten>
- Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft. (u.å. c). Pårørendeveileder. Hentet <https://www.norilco.no/informasjon/rettigheter-og-hjelp/paaroerendeveileder>
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

- Norsk Sykepleierforbund. (2011a). *Innspill til fremtidens sykepleieutdanning*  
Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/1024331/NSF-172933-v25>  
Fremtidens\_sykepleierutdanning\_Rapport\_2011\_-\_Endelig\_versjon
- Norsk Sykepleierforbund (2011b). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra  
<https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Norsk Sykepleierforbund (u.å.). Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag. Hentet fra  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie Bind 1* (5. utg., s. 5-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Olsson, C., Berglund, A.-L., Larsson, M., & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 426–431. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999 07-02-63). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Paulsen, V. (2016). Sykdommer i fordøyelsessystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.). *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 268-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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>
- Stubberud, D.-G. & Nilsen, C. (2016). Sykepleie ved sykdommer i mage-tarm-kanalen. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie Bind 1* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thomsen, L. (2001). Å være stomipasient. I E. Gjengedal & R. Jakobsen (Red.). *Sykepleie – praksis og utvikling 2*. Oslo: Cappelens forlag.
- Thor, R. (2012). Husk at tale seksualitet med patientene. *Sygeplejersken / Danish Journal of Nursing* (s. 95-97). Hentet fra <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2012-1/husk-at-tale-seksualitet-med-patienterne>
- Tveiten, S. (2016). Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring. Bergen: Fagbokforlaget.
- Williams, J. (2012). Stoma care: intimacy and body image issues. *Practice Nursing*, 23(2), 91-93. Hentet fra

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=da045859-d79c-4490-9a16-6e0c931a9042%40sessionmgr4010>