



# Hvordan kan sykepleier informere og veilede om seksualitet til kvinner med permanent kolostomi?

Kandidatnummer: 154  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i Bachelor i sykepleie

Antall ord: 10789  
Dato:18.04.17

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 18.04.2017
<u>Tittel</u> Hvordan kan sykepleier informere og veilede om seksualitet til kvinner med permanent kolostomi?	
<u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier informere og veilede om seksualitet til kvinner med permanent kolostomi?	
<u>Teoretisk perspektiv</u> Den teoretiske forankringen i oppgaven er sykepleiers ansvar- og funksjonsområder, kunnskap om lovverk og etikk samt Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Videre er PLISSIT-modellen presentert som et konkret hjelpemiddel for sykepleier til å veilede om seksualitet til den kolostomiopererte kvinnen.	
<u>Metode</u> Metoden er litteraturstudie. For å belyse problemstillingen har jeg funnet relevant pensum og selvvalgt litteratur samt fag- og forskningslitteratur søkt opp i databasene Cinahl og Google scholar. Gjennom søk i Oria har jeg funnet annen faglitteratur.	
<u>Drøfting</u> Sykepleiers veiledende rolle er drøftet opp mot teorien for å finne ut hvordan sykepleier kan informere den kolostomiopererte kvinnen om seksualitet slik at hun kan utvikle kunnskap og ferdigheter for å fremme god helse. Videre er det drøftet hvordan sykepleier ved hjelp av relasjon, kommunikasjonsferdigheter, helhetlig omsorg, kompetanse og bruk av kartleggingsverktøy kan veilede kvinnen med kolostomi.	
<u>Konklusjon</u> Sykepleier bør bruke sin veiledende og helsefremmende funksjon når hun skal informere den kolostomiopererte kvinnen. Informasjonsbehovet er stort, og det er ofte mangel på informasjon og støtte både før og etter operasjonen i følge forskning. Sykepleier må derfor ta initiativet til samtale da temaet seksualitet er tabubelagt, og taushet kan føre til en rekke problemer for kvinnen med permanent kolostomi.	

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Hensikt med oppgaven .....	3
1.2 Problemstilling.....	3
1.3 Forforståelse .....	3
1.4 Avgrensning.....	4
1.5 Oppgavens disposisjon .....	4
<b>2 Metode</b> .....	<b>6</b>
2.1 Valg av metode og begrunnelse .....	6
2.2 Litteratursøk .....	6
2.3 Kildekritikk .....	7
<b>3 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag</b> .....	<b>8</b>
3.1 Lovverk og De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere .....	8
3.2 Sykepleiers ansvars og funksjonsnivå.....	9
3.3 Presentasjon av sykepleieteori - Joyce Travelbee.....	12
<b>4 Teoretisk forankring</b> .....	<b>14</b>
4.1 Stomi .....	14
4.2 Konsekvenser for pasienten .....	15
4.3 Seksualitet.....	15
4.4 Endret kroppsbilde og seksualitet.....	16
4.5 Seksuell veiledning - PLISSIT modellen .....	17
<b>5 Hvordan kan sykepleier informere og veilede om seksualitet til kvinner med permanent kolostomi?</b> .....	<b>19</b>
5.1 Sykepleiers relasjon med den kolostomiopererte kvinnen.....	19
5.2 Veiledning og informasjon .....	21
5.3 Helhetlig omsorg for kvinnen med permanent kolostomi .....	26
5.4 Sykepleiers kompetanse .....	28
<b>6 Avslutning</b> .....	<b>30</b>
<b>7 Referanseliste</b> .....	<b>31</b>

## 1. Innledning

Omtrent 10 000 personer lever med stomi i Norge i dag (Norilco, 2014), og den mest vanlige årsaken til operativ behandling med anleggelse av kolostomi er endetarmskreft (Anaraki et al., 2012, s. 176). Forekomsten av både endetarmskreft og gynekologisk kreft er økende, og i 2015 ble henholdsvis 1535 og 1786 nye krefttilfeller registrert blant kvinner (Kreftregisteret, 2015). Kvinner med gynekologisk kreft kan også få anlagt kolostomi som følge av operativ kreftbehandling. Nyere behandlingsmetoder fører til at flere overlever tarm- og gynekologisk kreft enn tidligere, men behandlingen medfører en rekke uønskede komplikasjoner som kan ha konsekvenser for kvinnens seksualliv. I tillegg til å få utlagt tarm, har kreftbehandling med kjemoterapi og stråling av bekkenområdet sterk påvirkning på kvinnens seksuelle funksjon (Borg, 2010, s. 124).

En kreftdiagnose sammen med tap av en kroppsfunksjon kan føre til at eksistensielle spørsmål dukker opp, og tanken på liv og død kommer plutselig tett på (Stubberud, 2015, s. 13).

Andersson, Engström & Söderberg (2010, s. 604) fant at kvinnene som hadde fått kolostomi etter kreft-operasjon opplevde en følelse av tristhet og redsel da de fryktet tilbakefall med spredning av kreftsykdommen. Til tross for at kolostomien er livreddende, kan den ofte påvirke kvinnens selvbilde, forhold til egen kropp, relasjoner til andre mennesker, seksuallivet og livssituasjonen negativt noe som fører til at livskvaliteten synker betraktelig for mange (Andersson et al., 2010, s. 603). Dessuten er det å miste kontrollen over en funksjon, som man lærte fra man var lite barn at man skulle kontrollere, sterkt knyttet til skam og stigma og føles ydmykende for de fleste (Williams, 2012, s. 91). Det er også dokumentert at depresjonslidelser forekommer svært ofte hos stomiopererte kvinner postoperativt, og det er rapportert at mange sliter med selvmordstanker (Krouse et al., 2009, s. 4667). Depresjon opptrer ofte ved tap av kroppsfunksjoner, endret selvbilde og kroppsbilde, tap av status og prestisje og er en vanlig lidelse ved behandling av kreftsykdommer (Stubberud, 2015, s. 70).

Et endret kroppsbilde er sterkt forbundet med seksualitet. Kvinner med stomi har ofte bekymringer knyttet til seksualitet og føler seg mindre seksuell attraktive (Andersson et al., 2010). Anaraki et al. (2012, s. 176) fant at opptil 70% av pasientene med stomi var misfornøyde med seksuelle aktiviteter etter operasjonen. Kvinnekroppen fokuseres ofte på, og den skal være sexy, det skal vises hud som skal være strøken. Endret kroppsbilde, redsel

for lukt og lekkasje, angst, depresjon, selvpålagt isolasjon, tanker om at man ikke lenger er attraktiv hos en partner, sårhet rundt stomien, tretthet og endret fysisk funksjon etter operasjonen kan ramme seksuallivet hardt (Williams, 2012, s. 91). Til tross for at pasientene ofte har et stort behov for at sykepleier tar initiativ til å snakke om seksualitet, viser forskning at det ofte er mangel på informasjon og støtte både før og etter kreftbehandling blant annet ved kolostomianleggelse. Sanoff, Morris, Mitcheltree, Wilson & Lund (2015, s. 446) fant at 45% av kreftbehandlede hadde store problemer med seksualfunksjonen, og 31% mente de hadde fått lite informasjon før behandlingen startet og savnet støtte etterpå da komplikasjonene oppsto. Anaraki et al. (2012, s. 180) konkluderer med at veiledning til pasientene og deres familier sammen med konsultasjoner med psykolog og sexolog kan bedre pasientens seksualliv.

Det er sykepleier som har ansvar for å møte kvinnene med permanent kolostomi på kirurgisk avdeling og sørge for innledende informasjon og veiledning. Lovverket understreker nemlig at sykepleier plikter å informere om komplikasjoner knyttet til behandling, (Molven, 2012, s. 164). Dessuten påpeker yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) at sykepleier skal gi omsorgsfull hjelp og hindre lidelse. Joyce Travelbee hevder dessuten at sykepleier må bruke seg selv terapeutisk samt ha kunnskap og innsikt for å identifisere og tilfredsstille pasientens sykepleiebehov (Travelbee, 1999, s. 44). Likevel viser resultater fra forskning at sykepleiere blir forlegne og synes at det er ukomfortabelt å snakke om seksualitet og unngår derfor temaet (Haboubi & Lincoln, 2003, s. 291). Li, Rew & Chen (2014, s. 105) fant dessuten at dersom helsepersonell omtaler seksuell funksjon er det de fysiske forandringene som blir fokusert på, de psykiske problemene blir ofte neglisjert. Det at seksualitet er så tabubelagt kan være grunnen til at seksualitet sjelden eller aldri blir tatt opp av sykepleiere og at pasienter vegrer seg for å spørre (Gannes, 2011, s. 85). Like fullt, og ettersom det er av avgjørende betydning for pasientens livskvalitet må sykepleier ta ansvar for at informasjon og veiledning om seksualitet blir prioritert og gjennomført dersom pasienten ønsker og har behov for det.

## **1.1 Hensikt med oppgaven**

I fag- og forskningslitteratur dokumenteres det at stomi-pasienter opplever at sykepleier i for liten grad informerer og veileder dem om seksualitet (Ayaz, 2009, s. 75). Dessuten er det funnet i forskning at sykepleiere føler seg for lite kompetente og føler ubehag og motvilje til å ta opp seksualitet med pasienter (Haboubi & Lincoln, 2003, s. 291). Hensikten med oppgaven er derfor å finne frem til kunnskap som kan hjelpe sykepleieren i arbeidet med å veilede og informere om seksualitet. Sykepleier har en viktig rolle når det gjelder gi pasienten omsorg og støtte ved å sørge for å formidle informasjon og gi veiledning til kvinner med permanent kolostomi slik at de får muligheten til å utfolde seg seksuelt i fremtiden uten frykt for avvisning og ensomhet (Nilsen, 2010, s. 125).

## **1.2 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleier informere og veilede om seksualitet til kvinner med permanent kolostomi?

## **1.3 Forforståelse**

Gjennom jobb og praksis ved kirurgisk avdeling for gynekologisk kreft har jeg møtt flere kvinner med kolostomi som følge av kreftbehandlingen. Noen av pasientene har fortalt at de ofte har følt seg oversett når det gjelder seksualitet noe som kan føre til at de sitter inne med angst og spørsmål rundt seksualitet i fremtiden. Kvinner har fortalt at seksualitet er viktig for dem og partneren og lurer på hvordan de skal opprettholde intimitet i fremtiden. Teorien sier at seksualitet er et grunnleggende behov for mennesket og at informasjon og veiledning om seksualitet til pasienter ved sykdom og behandling kan bedre livskvaliteten til den enkelte. I praksis har jeg sett at pasienten postoperativt har blitt henvist til stomisykepleier som veileder pasienten i bruk av utstyr og stell og blir oppfordret til å snarest mulig administrere dette selv. Jeg har dessuten sett at pasientene ofte er lite mottakelig for informasjon rett etter operasjonen på grunn av fornektning, redusert hukommelse, tretthet grunnet medikamenter og postoperativ smerte og kvalme. I det videre postoperative forløpet har jeg erfart at det er sykepleierne på posten som tar over pasientens spørsmål, usikkerhet og angst i forhold til kroppsendringen og at informasjon om seksualitet ikke prioriteres. Noen kvinner med nyanlagt kolostomi kan være skrekkslagne og nekte å se eller røre stomien, mens andre konsentrerer seg om å lære seg det praktiske rundt stomien. Jeg har også sett at tidspress, det

utformede miljøet i avdelingen, kort liggetid på sykehus og personalets kompetanse kan være til hinder for at sykepleier prioriterer informasjon og veiledning om seksuelle problemer.

#### **1.4 Avgrensning**

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på sykepleiers veiledende funksjon da dette er et viktig funksjonsområde i omsorgen for kvinner med permanent kolostomi. Jeg har også tatt for meg sykepleiers helsefremmende funksjon da å formidle kunnskap gjennom veiledning kan ha positiv påvirkning for helsen til kvinnen. Oppgaven tar for seg kvinner fra 40 år og oppover, som er på kirurgisk avdeling på sykehus postoperativt. Det er flere indikasjoner for å anlegge permanent kolostomi, men jeg har valgt to av de hyppigste kvinnelige kreftformene i mageregionen, tarm- og gynekologisk kreft, som begge kan føre til permanent kolostomi. I sykepleieutøvelsen har jeg tatt utgangspunkt i å informere og veilede om seksualitet til den kolostomiopererte kvinnen som kan være et ubehagelig tema både for pasient og sykepleier. Jeg har ikke inkludert en eventuell partner i veiledningen i teoridelen på grunn av oppgavens omfang, men vil trekke partner inn i drøftingen da han er viktig for hvordan kvinnen håndterer intimitet med kolostomi. Jeg har heller ikke tatt hensyn til kulturelle forskjeller grunnet oppgavens omfang. Mellommenneskelig forhold, kommunikasjon og å kjenne pasienten sykepleieren har omsorg for er deler av sykepleierteorien til Joyce Travelbee (1999) som jeg mener er viktige elementer når sykepleier skal innlede og fullføre en samtale om seksualitet. Jeg har ikke belyst hele hennes sykepleieteori i oppgaven.

#### **1.5 Oppgavens disposisjon**

Kapittel 1 begynner med innledning og begrunnelse for valg av tema med påfølgende presentasjon av problemstilling. Videre i kapittel 1 har jeg også presentert hensikt og avgrensning i oppgaven. I kapittel 2 vil det bli gjort rede for metode, prosessen ved litteratursøk og kildekritikk. Deretter vil jeg i kapittel 3 presentere det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget med lovverk, de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere samt sykepleiers ansvars- og funksjonsnivå og sykepleierteorien til Joyce Travelbee. I kapittel 4 vil det bli lagt frem teoretisk forankring med fokus på permanent kolostomi med de fysiske og psykiske endringer det innebærer, seksualitet, seksuell funksjon for kvinner med kolostomi og seksuell veiledning ved hjelp av PLISSIT-modellen. I kapittel 5 vil den teoretiske

forankringen drøftes opp mot problemstillingen for å besvare denne ved hjelp av fag- og forskningslitteratur samt egen erfaring med pasientgruppen. Målet er å belyse problemstillingen ved å se på hvordan sykepleiers informasjons- og veiledningsrolle kan ha betydning for seksualiteten til kvinner med permanent kolostomi.



## **2 Metode**

Metode er en fremgangsmåte for å skaffe til veie kunnskap som kan gi svar på spørsmålet i oppgaven, altså selve problemstillingen. Problemstillingen skal gjennom fremskaffet materiale besvares på en faglig interessant og kritisk måte. Data som er samlet kan også avdekke forskjellige løsningsalternativer som er av betydning for sykepleie i praksis (Dalland, 2015, s. 111).

### **2.1 Valg av metode og begrunnelse**

Oppgaven er basert på en litteraturstudie da dette er en av rammene skolen har satt for å løse oppgaven. En litteraturstudie bygger på for det meste på skriftlige kilder. Man jobber da med å fremskaffe allerede tidligere beskrevet relevant fag- og forskningslitteratur for å belyse problemstillingen (Dalland, 2015, s. 223). Utgangspunktet for tema og problemstilling er valgt da jeg gjennom praksis og jobb har sett sykepleie jeg mener kan forbedres. Derfor vil litteraturstudien min også inneholde praksiserfaring i tillegg til skriftlige kilder. Jeg har brukt litteratur fra pensum, selvvalgt faglitteratur fra biblioteket ved Lovisenberg Diakonale Høgskole samt søkt opp relevant fag- og forskningslitteratur. Målet var å finne ulike teoretiske perspektiv som skal belyse problemstillingen og bidra til å drøfte den.

### **2.2 Litteratursøk**

Artikkelsøkene i denne oppgaven er hovedsakelig utført i Cinahl og Google scholar. Dessuten har jeg funnet relevant faglitteratur, både pensum og selvvalgt, på biblioteket ved Lovisenberg Diakonale Høgskole ved søk gjennom Oria. Jeg har også benyttet anerkjente nettsteder som Lovdata, Krefregisteret, Norsk sykepleierforbund og Helse- og omsorgsdepartementet.

Som hjelpemiddel i søkeprosessen har jeg brukt PICO-skjema for å få struktur i mine søk etter fag- og forskningslitteratur som kunne belyse min problemstilling. Jeg har benyttet meg av P, som står for patient/problem, og I, som står for intervention som vil si tiltak (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 33). Jeg avgrenset søkene mine til 10 år, fulltext og engelsk med søkeordene ostomy, female, AND sexuality i Cinahl og fikk da 25 treff. Da antall treff var relativt få, søkte jeg med samme kombinasjon av søkeord uten avgrensning og fikk da 68 treff. I Cinahl Headings la jeg inn søkeordene mine for å finne emneord som beskriver det sentrale innholdet i artiklene slik at jeg bedre skulle få kontroll

over søket samt gjenfinne artiklene i databasen (Thidemann, 2015, s. 87). I Google scholar la jeg inn flere søkeord som vil si information, counselling, quality of life og stoma. Jeg har også funnet studier i referanselistene til artikler som jeg har lest. Noen av disse studiene har jeg funnet spennende og relevante for min problemstilling og for å utvide mitt litteraturgrunnlag og undersøke primærkilden, har jeg søkt opp artiklene og brukt dem i oppgaven.

### **2.3 Kildekritikk**

Kildekritikk vil si å forholde seg kritisk til litteraturen som er brukt i oppgaven slik at problemstillingen belyses på en reflektert måte i henhold til litteraturens gyldighet og relevans (Dalland, 2012, s. 72).

Jeg oppdaget tidlig i min søkeprosess at flere av de ferskeste artiklene jeg fant fokuserte på livskvaliteten til personer som lever med kolostomi, og det er grunnen til at jeg har brukt et stort antall artikler for å belyse problemstillingen min. Seksualitet var et aspekt ved livskvaliteten som ble godt belyst i artiklene. Jeg har også i mine søk funnet at kvinners seksualitet alene er lite belyst i forskning, men jeg har gjort funn av artikler som var relevante for oppgaven. Antall pasienter, tidsperspektiv samt at studien burde gjentas var repeterende kritikk i artiklene, og antall kvinner var i noen studier snaue halve grunnlaget da resten var menn. Jeg har etterstrebet å finne forskning og fagartikler som ikke er eldre enn 8 år, men fant at flere artikler av eldre dato var relevante da de ofte lå til grunn for nyere forskning- og fagartikler. Derfor har jeg i min oppgave benyttet meg av artikler som ble publisert helt ned til år 2000 for å se hvilken kunnskap som forskere som har gjennomført tidligere studier har funnet. Jeg har også benyttet noen oversiktsartikler som regnes som sekundærlitteratur (Thidemann, 2015, s. 72)

Faglitteraturen som er brukt er av nyere dato, men har jeg benyttet noe litteratur som er eldre, det vil si Travelbee sin bok om mellommenneskelige forhold i sykepleie fra 1999 og Almås & Benestad sin bok om sexologi i praksis fra 2006. Ved søken etter relevant litteratur for problemstillingen, fant jeg at begge disse bøkene er referert til i nyere litteratur og for å unngå mest mulig feilinformasjon har jeg bestrebet å bruke primærlitteratur i oppgaven.

### **3 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag**

Det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlag består av teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheter, verdier og holdninger og den enkeltes erfaringer (Holter, 2013, s. 144). Dessuten understreker både helsepersonelloven (1999) og De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) sykepleiers plikt til å gi holde seg oppdatert faglig og på nyere forskning samt sørge for tilpasset informasjon som pasienten har krav på og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Å informere og veilede om seksualitet til pasienten med kolostomi er en vesentlig del av sykepleiers fagområde da sykepleier møter disse pasientene både i primær- og spesialisthelsetjenesten (Nilsen, 2010). Ved at sykepleier tar initiativ til å snakke om seksualitet og på den måten ser og bekrefter pasienten, kan pasienten bedre forholde seg til sin situasjon og tenke fremover (Sæteren, 2010, s. 307). Helsepersonelloven understreker at sykepleier skal utøve både faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (Molven, 2012, s. 127). Sykepleiere skal derfor vise omsorg ved handling og væremåte overfor pasienten for dermed å ta vare på både det kroppslige og åndelige (Sæteren, 2010, s. 305). Sykepleiere skal dessuten utøve kunnskapsbasert praksis som innebærer å kombinere systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og lytte til pasientens ønsker og behov i situasjonen (Jamtvedt, 2012).

#### **3.1 Lovverk og De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere**

Sykepleieutøvelsen er underlagt Norges lover og Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som skal kvalitetssikre at sykepleier jobber faglig forsvarlig og gir omsorgsfull helsehjelp og er nedfelt som en plikt i helsepersonelloven (1999). Denneplikten for sykepleieren henger tett sammen medplikten til å innhente og nedtegne opplysninger for å kartlegge fysiske samt psykososiale behov og er av stor betydning for yte god omsorg gjennom helsehjelpen (Molven, 2012, s. 136). For sykepleier er det dessuten en lovpålagt plikt å informere pasienter jamfør helsepersonelloven § 10. Det vil si at den som yter helsehjelpen skal gi tilstrekkelig, tilpasset og så langt som mulig forsikre seg om at pasienten har forstått gitt informasjon. Informasjon skal gis uten at den er etterspurt (Molven, 2014, s. 164).

Å få informasjon er også en pasientrettighet. I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 første ledd fremkommer det at: "Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhold i helsehjelpen" (Molven, 2014, s. 160). Videre beskriver loven at pasienten skal ha informasjon om blant annet tiltak, pleie og påkjenninger som

knytter seg til behandlingen. Sykepleier skal informere om konsekvenser av behandlingen som har betydning for fremtiden til pasienten.

De yrkesetiske retningslinjer fra NSF (2016) slår fast at sykepleiere skal gi pasienten tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Videre skal sykepleiere sørge for at pasienter skal få dekket sitt behov for helhetlig sykepleie som skal fremme helse og forebygge sykdom. Dessuten har sykepleier ansvar for å utøve en praksis som er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.

De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sammen med lovverket skal sørge for at den enkeltes pasients behov for helsehjelp blir ivaretatt av sykepleier. Seksualitet er et grunnleggende behov for mennesket, og det er sykepleiers ansvar å ta opp temaet seksualitet ved sykdom og behandling som har påvirket seksuallivet på en uheldig måte (Gamnes, 2011, s. 71).

### **3.2 Sykepleiers ansvars og funksjonsnivå**

Sykepleie som praktisk yrke omfatter syv områder som utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde. Sykepleiere skal utøve praksis som er helsefremmende og forebyggende, behandlende, lindrende, rehabiliterende og habiliterende, undervisende og veiledende, organiserende, ledende og administrerende og fagutviklende, kvalitetssikrende og utforskende (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011, s. 17).

I min oppgave har jeg valgt å fokusere på sykepleiers helsefremmende samt sykepleiers veiledende funksjon som jeg mener kan komplementere hverandre. Helsefremmende arbeid skjer ved at sykepleier gir personen oversikt og kontroll over faktorer som påvirker helsen og livskvalitet. Gjennom åpenhet om seksualitet kan sykepleier bidra til å fokusere på det som er helsebringende for kvinnen som lever med kronisk sykdom (Heggdal, 2008, s. 28-29). Den helsefremmende funksjonen skiller mellom tre forebyggende tiltak; primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Ved tertiærforebygging skal sykepleier bidra til å hindre at nye helseproblemer oppstår hos personer med kroniske sykdommer eller funksjonssvikt (Kristoffersen et al., 2011, s. 18). Sykepleier kan gjennom riktig tilpasset informasjon forhindre usikkerhet, angst og økt lidelse og dermed hjelpe personen til å leve godt med

stomien og fortsette med et aktivt seksualliv. Gjennom sin veiledende funksjon jobber sykepleier også helsefremmende.

Den veiledende funksjonen skal bidra til læring, utvikling og mestring. Sykepleiers arbeid skal rettes mot pasienten og pårørende og dekke deres behov for kunnskap og håndtering av situasjonen i fremtiden. Dette skal gi den enkelte grunnlag for blant annet å foreta valg ved behandling forbundet med egen helse. Ved veiledning gir også sykepleier støtte og viktig informasjon til pasienten (Kristoffersen et. al., 2011, s. 19).

Sykepleieres veiledende funksjon er en sentral rolle i sykepleiepraksis. Helsesvikt og sykdom kan influere sterkt på dagliglivet. Pasienten vil ofte sammenligne seg selv med hvordan hun var før sykdommen inntraff. Dette medfører behov for endringer i hverdagen og reduserer ofte livskvaliteten (Christiansen, 2013, s. 17). Veiledning, eller helseveiledning, er en prosess som skal bidra til læring og mestring i sykdomsrelaterte livssituasjoner. Det vil si at sykepleier gir ulike råd og opplysninger samt at hun forklarer, støtter, motiverer, lytter, stiller spørsmål og underviser pasienter. Prosessen er sammensatt og inkluderer pedagogikk, faglig kompetanse og gode kommunikasjonsevner (Christiansen, 2013, s. 14).

Tveiten har følgende definisjon på veiledning: "En formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier" (Tveiten, 2013, s. 21). Sykepleier må gjennom dialog med pasienten finne ut hva som er aktuelle handlinger for henne. Dialogen må inneholde aktiv lytting og åpne spørsmål for å utforske pasientens opplevelse og forståelse av situasjonen. Veiledning kan foregå i grupper eller individuelt og skal fremme hensiktsmessige handlemåter og hjelpe pasienten med å takle følelsesmessige reaksjoner. Sykepleieren skal sørge for å yte veiledning av god kvalitet for å ivareta og hjelpe pasienten (Christiansen, 2013, s. 15).

Veiledningsprosessen setter krav til sykepleierens pedagogiske funksjon. Det vil si hvordan hun formidler informasjon og kunnskap til pasienter i ulike livssituasjoner. Når sykepleier veileder skal hun søke å opparbeide styrke og kraft slik at pasienten kan komme ut av avmakts-situasjoner. Målet for veiledningen må være at innholdet skal styres av den enkeltes pasients behov. Da er det svært viktig at sykepleier kontrollerer at det hun har formidlet stemmer overens med det pasienten har oppfattet (Christiansen, 2013, s. 128).

Ved veiledning gir sykepleier også viktig informasjon. Å informere vil si å gi opplysninger og fakta om noe til noen muntlig og/eller skriftlig og er preget av monolog. For å sikre personvernet skal informasjonen gis i egnede lokaler slik at andre ikke overhører samtalen. Pårørende kan også ha nytte av informasjon for å støtte pasienten og kan gis dersom pasienten samtykker til det. Pasienter trenger informasjon for å kunne mestre sin endrede kroppsfunksjon og oppnå best mulig livskvalitet. God informasjon fra sykepleier kan føre til at pasienten opplever forutsigbarhet og får god selvfølelse (Christiansen, 2013, s. 69). Det krever at sykepleier både har pasientkunnskap og fagkunnskap. Det er svært individuelt hvordan en person takler sin nye livssituasjon. Derfor er det viktig at sykepleier spør pasienten om hva hun vet fra før og avklarer hva hun ønsker informasjon om (Christiansen, 2013, s. 69).

Gode kommunikasjonsferdigheter er med på å legge til rette for trygghet og tillit. Sykepleier må lytte aktivt, stille åpne spørsmål og sørge for en atmosfære der pasienten føler seg trygg. Det er viktig å oppfordre pasienten til å uttrykke vonde følelser og møte pasientens bekymringer for fremtiden med en støttende og informasjonsformidlende stil. Å korrigere eventuelle feilaktige forestillinger om situasjonen er også viktig for å trygge pasienten (Christiansen, 2013, s.93). Sykepleier må gjennom kommunikasjonen få frem hva som opptar pasienten slik at veiledningen kan legges til rette og riktig fokus oppnås til rett tid. I kommunikasjonen med pasienten er det viktig å utforske og forstå. Ved bruk av bekreftende ferdigheter, oppmuntre til å fortelle og følge verbalt, lytte aktivt, speile, parafrasere, bruke stillhet og tolke non-verbale signaler kan sykepleier gi personen en følelse av å bli møtt, lyttet til og bli tatt på alvor. Det kan føre til at pasienten våger å komme mer frem med tanker og spørsmål hun bærer på og gi hint om bekymringer som sykepleier kan fange opp (Eide & Eide, 2014, s. 257).

Gjennom kommunikasjon er det også viktig å fremme optimisme, spesielt ved tilbakeslag og alvorlig sykdom som kreft. Det vil si at sykepleier tar pasienten på alvor, viser respekt for hvordan den enkelte opplever situasjonen og kan speile pasientens følelser. Å bagatellisere pasientens nederlag, viser mangel på respekt og kan hindre håp, optimisme og mestring (Eide & Eide, 2014, s. 57).

### 3.3 Presentasjon av sykepleieteori - Joyce Travelbee

Joyce Travelbee var en amerikansk psykiatrisk sykepleier, født i New Orleans i 1926. Hun døde i 1973, bare 47 år gammel. I sitt arbeid var hun spesielt opptatt av mellommenneskelige forhold, og hennes teori ble til boken "Interpersonal Aspects in Nursing" og ble for første gang utgitt i 1966 og siste gang i 1971. Boken ble først oversatt til norsk i 1999 og er fremdeles en sentral del av litteraturpensum i norsk sykepleierutdanning (Travelbee, 1999, s. 5).

Travelbee beskriver 2 hovedfunksjoner til den profesjonelle sykepleieren som også er målet og hensikten med sykepleien: "Å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse" og "Å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å finne mening i sykdom og lidelse (om nødvendig)" (Travelbee, 1999, s. 48).

Travelbee understreker betydningen av å etablere et mellommenneskelig forhold, et-menneske-til-menneske-forhold, mellom sykepleier og pasient bygd på tillit. Med det mener hun at man skal gå bort fra sykepleier-pasient-forholdet og etablere en relasjon som preges av gjensidighet og likeverdighet. Det er den profesjonelle sykepleieren som skal etablere og opprettholde forholdet. Sykepleier skal hjelpe pasienten å endre en sykdomstilstand som er uakseptabel og som påvirker pasienten negativt. Forandringen skjer ved individenes innvirkning på hverandre. Målet er å hindre lidelse, sykdom og funksjonssvikt og at høyest mulig nivå av helse skal opprettholdes for pasienten (Travelbee, 1999, s. 30). Sykepleieren som skal informere og veilede kvinnen med permanent kolostomi skal bruke seg selv terapeutisk, det vil si å bruke fornuft og intelligens, på en slik måte at pasientens behov blir ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 48).

Kommunikasjon, både verbal og non verbal, er en av sykepleiers viktigste ferdigheter i følge Travelbee. Gode kommunikasjonsevner er et middel for å nå frem med veiledning og informasjon og en forutsetning for å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse. Kommunikasjonsprosessen omfatter i følge Travelbee forskjellige evner slik som sykepleiers kunnskap og evne til å anvende denne, sensitivitet og mestring av ulike kommunikasjonsteknikker (Travelbee, 1999, s. 149). Kommunikasjon er en prosess der sykepleier søker å gi informasjon og et middel der pasienten søker å få hjelp. Videre er kommunikasjon en prosess der sykepleier og pasient blir kjent med hverandre og tillit kan skapes. Sykepleier kommuniserer for å influere, støtte og motivere syke mennesker.

Sykepleier formidler også omsorg gjennom kommunikasjon og gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 136).

Travelbee legger vekt på å kjenne dem man har omsorg for. Hver og en opplever og reagerer forskjellig på ulike påkjenninger. Sykepleier bør bestrebe å kjenne til hvordan den enkelte kan takle vanskeligheter for å kunne gi meningsfull hjelp. Travelbee hevder at pasienter formidler oftere sin angst, frykt og behov dersom de kjenner sykepleieren og har tillit til henne (Travelbee, 1999, s. 141).

I Travelbee's sykepleieteori vil jeg spesielt trekke frem et likeverdig forhold mellom pasient og sykepleier som kan ha betydning for å starte en samtale om seksualitet. Dessuten må en sykepleier ha gode kommunikasjonsevner og samtidig kunne ta opp vanskelige temaer til rett tid. Å bygge en relasjon og oppnå tillit i tilnærmingen til pasienter med permanent stomi som følge av kreftbehandling mener jeg er en forutsetning for å få innsikt i hvordan pasienten opplever det å være syk. Opplevelsene er individuelle, men ofte påvirkes seksuallivet negativt av angst, depresjon, usikkerhet, sårbarhet, fremmedgjøring og isolasjon (Stubberud, 2015, s. 22). Relasjon, tillit samt god og åpen kommunikasjon er en nøkkel å finne tilbake til et godt seksualliv etter alvorlig sykdom med både fysiske og psykiske følger.



## 4 Teoretisk forankring

Teori beskriver et fenomen og trekker frem ulike aspekter av den aktuelle sammenhengen som ansees som viktige (Kristoffersen et al., 2011, s. 169). Den teoretiske forankringen i denne bacheloroppgaven er skrevet ut fra funn i relevant litteratur og i forsknings- og fagartikler og danner grunnlaget for drøftingskapittelet.

### 4.1 Stomi

Det er flere årsaker til at en pasient får permanent kolostomi. I følge forskning er det tykktarmskreft, der kreftsvulster vokser inn i tarmen eller urinblæren, som er den vanligste grunnen til kolostomi-anleggelse. Kolostomien kan være en livreddende behandling av kreft som har vokst fra eller inn i tykk- eller endetarm (Andersson et. al, 2010, s. 605). Rektum og anus blir fjernet og den proksimale enden av descenderende tykktarm blir ført ut gjennom abdominalveggen og formet som en stomi (Sprunk & Altender, 2000, s. 85). Andre indikasjoner er at pasienten har fått godartede svulster, betennelser, innsnevring/blokkering av tarmen, hull på tarmen, har en lukkemuskel som ikke fungerer eller medfødte misdannelser som fører til anleggelse av kolostomi. Det finnes også noen som lever med kolostomi etter bilulykker og andre traumer. Permanent kolostomi får man dersom hele endetarmen og lukkemuskelen fjernes (Nilsen, 2010, s. 104).

Stomi betyr åpning eller munn og er gresk. I medisinsk betydning snakker man om en kirurgisk konstruert åpning i kroppen som enten ligger mellom to hulorganer eller fra et hulorgan og ut på huden. Teknikken som brukes i dag ble utviklet av kirurg Brian Brooke i 1952 der tarmen vrenses før den blir festet til huden. De vanligste stomiene munner ut på abdominalveggen og er: Kolostomi - utlagt tykktarm, Ileostomi - utlagt tynntarm og urostomi - utlagte urinveier. De fleste stomier som legges ut er imidlertid anlagt i tarmsystemet (Nilsen, 2010, s. 105) der avføring samles i en pose festet rundt stomien på magen. Den stomiopererte har hverken kontroll over avføring eller tarmgass da muskulaturen i tarmen ikke er viljestyrt slik som lukkemuskulatur rundt endetarm er. Avhengig av sykdom/symptomer kan stomiene bli brukt som midlertidige eller permanente løsninger (Nilsen, 2010, s. 103-104).

## **4.2 Konsekvenser for pasienten**

Kvinnen som er operert for kreft og har fått permanent kolostomi kan oppleve at hun har fått en dramatisk endring av kroppen. Kvinnen kan føle det sterkt ubehagelig at hun har fått en ny kroppsåpning på magen med utgang for avføring. Mange pasienter kan kvie seg for å se på stomien, føle seg hjelpeløse over å ha mistet normal tarmfunksjon, få endret selvbilde og kan tenke at livet er ødelagt (Nilsen, 2010, s. 116).

Pasienter kan oppleve både fysiske og psykiske endringer etter en stomi-operasjon. De oftest forekomne fysiske komplikasjonene ved kolostomi er blant annet feilplassering av stomien som kan føre til ubehag og lekkasje med påfølgende hudproblemer og selvpålagt isolasjon. Videre er pasienter med kolostomi plaget med ukontrollert luftavgang og avføring med påfølgende lukt og lyd (Ayaz, 2009, s. 71).

Psykiske problemer som oppstår etter kolostomi-anleggelse er ofte depresjon, angst, redusert seksualliv, forandret kroppsilde, dårlig selvfølelse og usikkerhet (Swan, 2011, s. 22).

Anaraki et al. (2012, s. 177) fant at hyppigheten av komplikasjoner kan i varierende grad influere på livskvaliteten til pasienten. Seksuelle problemer og depresjon var hovedproblemer blant personer med kolostomi. Hos kvinner spesielt var problemer med seksuallivet oftest knyttet til psykiske faktorer på grunn av fysiske forandringer av utseendet (Williams, 2012, s. 91). Det kan også oppstå konsekvenser for pasientens psykososiale behov da hverdagen er full av krav og utfordringer (Stubberud, 2013, s.13). Andersson et al. (2010, s. 605) fant at kvinner med kolostomi levde med stadige bekymringer om blant annet at lekkasje fra kolostomien kunne skje når som helst og opplevde dermed begrensninger i dagliglivet som truet verdigheten og selvbildet.

## **4.3 Seksualitet**

Seksualitet stammer fra det latinske *sexus* og betyr kjønn. Kjønn er blant annet knyttet til kropp, handlinger, sosial konstruksjon, formeringsevne, makt og underkastelse (Gamnes 2011, s. 72). Seksualitet er et begrep som innebærer både seksuelle handlinger som kyssing og samleie og dessuten seksuell adferd som flørting, sjekking og å kle seg sexy (Gamnes, 2011, s. 72).

I følge WHO (2006) innebærer seksualitet en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære, til tross for sykdom eller svakheter. Dette vil bety at alle mennesker skal ha mulighet til å ha et godt seksualliv. Seksualitet er en del av alle menneskers personlighet. Det er en del av å være et menneske, og seksualitet er et grunnleggende behov. Seksualitet inneholder så mye mer enn bare samleie. For hvert enkelt menneske rommer seksualitet nærhet, intimitet, kjærlighet og varme. Følelser, tanker og samspill med andre mennesker har stor innflytelse på seksualitet.

Almås og Benestad definerer seksualitetens seks R-er som trekker frem viktige aspekter i livet til mennesket: "Relasjon der seksualitet skaper samhørighet, pardanning og tilhørighet. Respekt hvor seksualitet krever aktelse for ens egne og andres grenser, ønsker og lyster. Relaksjon der seksualitet er en kilde til avslapping og avspenning. Rekreasjon der seksualitet er en kilde til adspredelse. Rehabilitering hvor seksualitet er oppbyggende og Reproduksjon der seksualitet er gjenskapende, en forplantningsfunksjon" (Gamnes, 2011, s. 73).

#### **4.4 Endret kroppsbilde og seksualitet**

Det er både fysiske og psykiske forhold ved å ha permanent kolostomi som virker inn på seksuallivet. Kvinnen kan føle seg lite tiltrekkende og være engstelig for reaksjoner fra partner. Tanken på intimitet blir da så skremmende at de avstår (Nilsen, 2011, s. 107). Forskning og fagartikler som omhandler kolostomi inkluderer, nesten uten unntak, seksualitet og intimitet når de omtaler livet etter kolostomi-operasjon. Opplevelsen av seg selv og kroppsbildet blir forandret og påvirker identitet og selvfølelse ofte i negativ retning. Dette er særlig utfordrende i dagens samfunn hvor det fokuseres på at kvinner skal ha et attraktivt utseende (Williams, 2012, s. 91). Kolostomiens utseende påvirker den enkeltes kvinnes syn på seg selv og sin kropp. Det endrede kroppsbildet kan føre til at ønske om seksuell aktivitet kan forsvinne. Dersom kvinnen opplever negativ tilbakemelding fra en partner, kan kvinnen bestemme seg for å avstå fra å innlede eller fortsette seksuelle forhold (Sprunk & Altener, 2000, s. 86). Depresjon, angst, tap av kontroll over eliminering av avføring, kroppens nye utseende, redsel for lekkasje, lukt, lyder og ukontrollert luftavgang faktorer som påvirker seksuallivet i høy grad (Burch, 2016, s. 26) Dessuten er kolostomien hele tiden er rød og fuktig og synlig under seksuell aktivitet samt at mange frykter blødning og skade på stomien (Weerakoon, 2001, s. 126).

Det er vanlig at kvinner får fysiske problemer etter fjerning av tykktarm og endetarm. Livmoren kan bøye seg bakover i tomrommet etter tarmen. Det gjør at skjeden blir bøyd slik at det oppstår en lomme der det samler seg utflod som siver ut ved endring av kroppsstilling. Smerter under samleiet ved bakoverbøyd livmor er også vanlig. Ved kreft-kirurgi kan nerver skades. Dette fører til nedsatt følelse med påfølgende tørr skjede som gjør samleie smertefullt. Tretthet og andre påkjenninger etter operasjon er også vanlig. Bekkenoperasjon kan gi traume mot bakre skjedevegg og arrvev kan føre til innsnevring av vagina noe som fører til smerter ved samleie. Tretthet og andre påkjenninger etter operasjon er også vanlig. Mangel på overskudd vil derfor også påvirke seksualiteten negativt (Sprunk & Altener, 2000, s. 86). Det er dessuten viktig å huske på at smerter, kjemoterapi og stråling kan påvirke den seksuelle funksjonen. Kvinner med tarm- eller gynekologisk kreft kan også komme i overgangsalder da fjerning av eggstokker, stråling av bekkenområdet og cellegiftkurer vil påvirke østrogenproduksjonen (Li et al., 2015, s. 109).

#### **4.5 Seksuell veiledning - PLISSIT modellen**

Hvordan sykdom og funksjonsendring påvirker den enkelte pasient er svært forskjellig. Sykepleier må bestrebe å få innsikt i pasientens opplevelse og problemer. Gjennom å bruke tid til samtale og relasjonsbygging samt å åpne for å snakke om seksualitet, kan sykepleier få verdifull informasjon om pasientens bekymringer for sin seksualitet og nærhet i fremtiden (Almås & Benestad, 2006, s. 62).

Som hjelp til å diskutere seksuelle utfordringer med pasienter kan PLISSIT-modellen være nyttig. PLISSIT-modellen er utviklet av den amerikanske psykologen Jack Annon og er formet som en trakt hvor seksuelle problemer blir sortert fra topp til bunn. Den kan sees på som en pyramide med ulike nivåer av problemstillinger og måter å løse dem på (Almås & Benestad, 2006 s. 67).

#### **P = Permission = Tillatelse**

Pasienten gis tillatelse til å stille seksuelle spørsmål og drøfte problemer. Seksualitet er et eget punkt i sykepleiers kartleggingsverktøy på sykehus, og pasienten skal spørres om seksualfunksjon. Ved at sykepleier inviterer til dette, gis pasienten tillatelse til å fortelle og lufte bekymringer (Almås & Benestad, 2006, s. 68).

**LI = Limitid Information = Begrenset informasjon**

Dette nivået skal gi mulighet for opplysninger om flere forhold ved seksuallivet. Sykepleier skal være åpen for å diskutere tanker om hva som er vanlig eller uvanlig i et seksuelt forhold. Dessuten er det vanlig å gi informasjon om blant annet hjelpemidler og dysfunksjon etter behandling av sykdom. Informasjonen som gis kan fremme tydeligere problemstillinger som krever mer konkrete forslag (Almås & Benestad, 2006, s. 68).

**SS = Spesific Suggestions = Spesifikke forslag**

For å avhjelpe et en spesifikk problemstilling kreves det konkrete forslag. Det vil si en henvisning eller henvendelse til en annen instans som f. eks. sexolog. Medisinske undersøkelser kan ofte avdekke problemer som krever ytterligere behandling hos en annen medisinsk spesialitet. Sykepleier må ha kunnskap om hvilke tilbud som finnes og formidle en henvendelse til riktig behandlingsnivå (Almås & Benestad, 2006, s. 69).

**IT = Intensive Therapy = Intensiv terapi**

Noen seksuelle problemer lar seg ikke løse ved de tre første trinnene i modellen. Videre behandlingen krever kompetanse og erfaring og skal kun tilbys av spesialister på området. Sykepleier har lovmessig plikt gjennom faglig forsvarlighet til å søke hjelp av andre profesjoner når det stilles spørsmål som går utover deres kompetansenivå. Det kan dreie seg om henvisning til f. eks. endokrinologisk behandling ved hormonforstyrrelser, kirurgisk behandling eller familierådgivning (Almås & Benestad, 2006, s. 69).

Veiledning og informasjon om seksualitet skal sørge for en helhetlig tilnærming i helseomsorgen for pasienter som vil si at sykepleier setter fokus på ivareta hele pasienten i behandlingen av kreftsykdommen. PLISSIT-modellen kan brukes som en ramme til hjelp for sykepleier når hun skal fange opp seksuelle bekymringer i omsorgen for kvinner med permanent kolostomi. Sykepleier, med sin 3-årig utdannelse, skal være i stand til å ivareta de 2 nederste trinnene i PLISSIT-modellen.

## **5 Hvordan kan sykepleier informere og veilede om seksualitet til kvinner med permanent kolostomi?**

I dette kapittelet vil jeg drøfte sykepleiers kunnskapsgrunnlag og den teoretiske forankringen som jeg har presentert tidligere i denne oppgaven. Teorien vil jeg bruke til å belyse problemstillingen fra forskjellige perspektiv. Fag- og forskningslitteratur vil bli presentert, og sammen med egne erfaringer vil jeg argumentere for sykepleiers viktige rolle når det gjelder å veilede og informere om seksualitet til kvinner som har fått permanent kolostomi.

### **5.1 Sykepleiers relasjon med den kolostomiopererte kvinnen.**

Sykepleier har en svært viktig funksjon og et direkte pasientrettet ansvar når det gjelder å gi veiledning og informasjon om seksualitet til den kolostomiopererte kvinnen som følge av kreftbehandling (Stubberud, 2015, s. 43). Denne funksjonen kommer innunder sykepleiers område som omfatter undervisning og veiledning samt sykepleiers helsefremmende funksjon (Kristoffersen et al, 2012, s. 17).

I følge Travelbee er målet og hensikten med sykepleie å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Videre sier Travelbee at for å nå målet må det etableres et menneske-til-menneske-forhold ved at sykepleier og pasient forholder seg til hverandre som unike personer. Ved hjelp av tillit og et gjensidig forhold kan sykepleier hjelpe pasienten å endre negative erfaringer ved en sykdomstilstand (Travelbee, 1999, s. 30). For å oppnå en tillitsfull relasjon med pasienten må sykepleier ha evne til å vise empati (Travelbee, 1999, s. 193) som handler om innlevelse, medfølelse og forståelse slik at pasienten kan føle seg anerkjent. Dette er faktorer som også vil være svært viktige i tilnærmingen til kvinnen med permanent kolostomi når sykepleier skal informere og veilede om seksualitet. Anerkjennelse for pasienter innebærer ofte å bli tatt i mot, respektert, lyttet til, bekreftet, svart og forstått (Tveiten, 2013, s.110).

I tråd med samhandlingsreformen (2012) er liggetiden på sykehus ofte kort, og det kan være vanskelig å skape en god relasjon og en passende anledning til å snakke om sex og samliv tiden man har til rådighet (Nilsen, 2010, s. 125). Forskning viser at mangel på tid ofte er en årsak som helsepersonell oppgir til at de unnlater å informere pasienter om seksualitet ved sykdom (Haboubi & Lincoln, 2003, s. 295). Gjennom arbeid med kvinner med permanent

kolostomi har jeg på den ene siden erfart at det er blant annet tiden sykepleier har til rådighet som kan være til hinder for å bli kjent med pasienten. Hverdagen til sykepleiere preges ofte av tidspress, liggetiden for pasienter er ofte kort og pasientene blir flyttet til sitt lokalsykehus, sykepleiere går turnusvakter, det er ofte innleid personale samt "flermannsrom" kan være til hinder for at sykepleier skal bli godt kjent med den enkelte. Likevel har jeg på den annen side sett muligheter for å skape gode relasjoner med pasienter spesielt dersom oppholdet har vært av en viss varighet. Avdelingen jeg jobber ved prioriterer å lage lister med primærsykepleiere for disse pasientene, noe som gjør at det er få sykepleiere innom pasienten selv om sykepleierne går turnus. En god relasjon kan bli enklere å etablere når det er få faste ansatte som skal sørge for omsorgen til pasienten. Sykepleierne kan da planlegge dagen sin og aktivt tilrettelegge miljøet og sette av tid til å informere og veilede om et så viktig tema som seksualitet. Jeg har sett at ved stell av stomien kan det skapes en atmosfære med rom for å starte en innledende samtale om seksualitet med kvinnen med permanent kolostomi Black (2004) bekrefter at en stomi-stell-situasjon kan være et godt tidspunkt for sykepleier å ta initiativ til diskutere seksuelle temaer (Black, 2004, s. 697). Travelbee understreker at dersom sykepleier kjenner til hvordan den enkelte takler vanskeligheter, kan sykepleieren gi meningsfull hjelp. Angst, depresjon og frykt som kvinnen med permanent kolostomi har angående seksuell aktivitet i fremtiden samt seksuelle behov, kan være lettere å formidle til sykepleier dersom pasienten kjenner og har tillit til henne (Travelbee, 1999, s. 141).

Sykepleiere forventer at det er pasienten som tar opp seksualitet, og kan ofte føle at det er respektløst ovenfor pasientens privatliv å starte en samtale om seksualitet og kan lett bli forlegne (Ayaz, 2009, s. 75). Den profesjonelle sykepleier må tilstrebe fordomsfrihet, kyndighet, respekt for pasientens grenser og klarhet i forhold til egne grenser (Almås & Benestad, 2006, s. 60). Seksuelle problemer blir sjelden tatt opp da pasienter unngår å be om hjelp på grunn av skamfølelse, eller fordi sykepleier synes at seksualitet er et vanskelig tema og ikke tenker på at å diskutere seksualfunksjon er et behov for pasienten (Ayaz, 2009, s. 75). Derfor er en god relasjon med pasienten er viktig, og sykepleiers kompetanse i å bygge relasjoner har svært mye å si for kvaliteten på veiledning (Tveiten, 2013, s. 110). Å informere og veilede kvinnen med kolostomi om seksualitet kan bli enklere dersom sykepleier viser omsorg for og bryr seg om personen som enkeltindivid og lærer henne å kjenne. Individuell tilnærming er en forutsetning for å ta hensyn til pasienters forskjellige opplevelser og behov ved alvorlig sykdom og funksjonsendring (Stubberud, 2015, s. 45). Personer opplever situasjoner forskjellig, og selv om de har gjennomgått samme operasjon, er pasientens

personlighet av stor betydning for hvordan hun takler kroppsendringen og om hun klarer å snakke om og gjenoppta sitt seksualliv (Nilsen, 2010, s. 125)

En tillitsskapende, god relasjon med pasienten er også grunnleggende for å gi omsorg. Det vil si at sykepleier skal gi kvinnen med permanent kolostomi faglig forsvarlig helsehjelp på en medmenneskelig og støttende måte. Det stilles krav til at sykepleiere skal være forståelsesfulle og tålmodige i ubekvemme situasjoner, også med pasienter med forskjellig personlighetstrekk som har behov for helsehjelp (Kristoffersen & Nordtvedt, 2011, s. 85). Den profesjonelle sykepleier er også forpliktet gjennom loven til å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp til kvinnen med permanent kolostomi (Helsepersonelloven, 1999 § 4), og samme prinsipp er nedfelt i De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF 2016) som slår fast at: "Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig".

## **5.2 Veiledning og informasjon**

Kommunikasjon er det viktigste redskapet når det gjelder veiledning, og evnen til å lytte er kjernen i god kommunikasjon (Tveiten, 2013, s. 106). Det er en forutsetning at sykepleier har gode kommunikasjonsferdigheter når hun skal fange opp kvinnens behov. Ved å lytte aktivt og utforske hva pasienten bekymrer seg om, kan sykepleier samle inn informasjon for å yte best mulig hjelp. Sykepleier må også stille gode spørsmål for å forsterke relasjonen til pasienten (Eide & Eide, 2014, s. 266). Ved at sykepleier er bevisst på å lytte til pasienten kan felles forståelse oppnås, og det kan oppstå en fruktbar dialog, som er hovedformen i all veiledning, mellom kvinnen med permanent kolostomi og sykepleier (Tveiten, 2013, s. 110).

Hvilken fremtoning sykepleier har ovenfor kvinnen med permanent kolostomi både ved verbal non-verbal kommunikasjon vil ha betydning for hvorvidt pasienten vil åpne seg. Sykepleier kan ved å bruke bekreftende ferdigheter vise respekt og interesse for kvinnen med permanent kolostomi (Eide & Eide, 2014, s. 220). På den ene siden kan sykepleier velge å følge kvinnen med non-verbale signaler, noe som kan vise at sykepleier følger med og forstår det kvinnen ytrer og gir henne muligheten til å fremme et problem (Eide & Eide, 2014, s. 221). På den andre siden er pasienter ofte er vare for non-verbal kommunikasjon som sykepleiers ansiktsuttrykk, tonefall og berøring (Williams, 2012, s. 93). Dersom sykepleier viser non-verbalt at hun kvier seg og synes det er svært ubehagelig når hun snakker om



seksualitet, kan det sette en effektiv stopper i kommunikasjonen med den kolostomiopererte kvinnen (Ayaz, 2009, s. 75).

Pasienter har ofte problemer med å snakke om intime eller ubehagelige temaer. Sykepleier må derfor være observant da pasienter ofte kan kamuflere sine behov ved å snakke om noe annet eller være uklare og komme med hint (Eide & Eide, 2014, s. 267). Heyn, Ruland & Finset (2011) bekrefter i sin studie at kreftpasienter har flere bekymringer knyttet til behandlingen og at pasientens antydninger sjelden kommer frem og får oppmerksomhet fra sykepleiere. Studien utdyper videre at pasientsentrert kommunikasjon med pasienter som har gjennomgått kreftbehandling, kan forhindre angst og stress og understreker at psykiske og følelsesmessige aspekter må bli like anerkjente som de medisinske (Heyn et al., 2011, s. 158). En uro eller en bekymring om seksualitet kan være et problem som kvinnen med kolostomi har behov for at noen oppdager, og sykepleier må ved å informere bekrefte at hun har forstått at det er viktig for pasienten (Eide & Eide, 2014, s. 267). I følge Travelbee (1999) er kommunikasjon sykepleiers viktigste redskap for å oppfylle sykepleiers mål, og ved bruk av parafrasering eller speiling kan sykepleier vise at hun er villig til å diskutere det pasienten antyder. Sykepleier må være lydhør for ytringer fra kvinnen med permanent kolostomi og ha evne til å avgjøre hva som er viktig for henne og hva som må utdypes nærmere (Travelbee, 1999, s. 155).

Å motta ny informasjon postoperativt på sykehuset kan føre til skuffelse for pasientene dersom de føler at informasjonen de får er av urealistisk art. Danielsen, Soerensen, Burcharth & Rosenberg (2012, s. 409) hevder at behovene som dukket opp etter utskrivelse ikke var i overenstemmelse med det pasientene hadde fått veiledning om. Ufullstendig og manglende informasjon om blant annet seksuell dysfunksjon postoperativt førte til at opp mot 50% av pasientene angret for å ha takket ja til livsviktig kreftbehandling og ville valgt annen behandling (Sanoff et al. (2015, s. 446). Sykepleier må forstå viktigheten av informasjonen hun gir ved å snakke åpent med pasienten om seksualitet og samtidig kartlegge seksuelle behov hos kvinnen med kolostomi og dermed gi henne tillatelse til å snakke om seksuallivet. Viktige spørsmål som opptar kvinnen kan da besvares og informasjonen kan dermed fremme helse og velvære (Almås & Benestad, 2006, s. 59). Dette samsvarer med de yrkesetiske retningslinjer for sykepleier som slår fast at sykepleier har ansvar for en praksis som fremmer helse (NSF, 2016). Dessuten har sykepleier plikt i følge lovverket (Helsepersonelloven, 1999,

§ 10) til å sørge for at informasjon om helsehjelpen blir formidlet til pasienten, noe som igjen utløser en rett for pasienten til å motta informasjonen hun trenger angående sykdom, utredning, behandling, pleie samt påkjenninger knyttet til behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2 første ledd). Lovverket understøttes av de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere hvor det er forankret at sykepleier skal gi tilstrekkelig informasjon og forsikre seg om at den er forstått (NSF, 2016). Dette kan ses i sammenheng at den kolostomiopererte kvinnen har krav på å bli informert om hvordan kolostomien kan påvirke seksuallivet.

Det er dokumentert at kolostomi-opererte rapporterer blant annet fysiske plager som smerter ved samleie, redsel for lekkasje, vond lukt, forandret utseende og dårlig selvbilde er faktorer som påvirker seksuallivet negativt (Ayaz & Kubilay, 2009, s. 97). Når en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og kvinnen er opprettet, kan sykepleier starte med å informere henne om vanlige fysiske plager hos kolostomiopererte samt hva slags utstyr som kan hindre lekkasje og redusere lukt fra kolostomien. Ved å starte med å gi praktisk informasjon i en stomi-stell-situasjon, kan det åpne seg en anledning for sykepleier til å innlede en samtale om seksualitet med kvinnen. For sykepleiere er ofte pleierelaterte situasjoner en arena for å gi veiledning og informasjon og viser hvordan sykepleier vever inn pedagogiske ferdigheter i daglige aktiviteter (Christiansen, 2013, s. 21). Forskning peker på at dersom sykepleier formidler konkret informasjon til kvinnen med permanent kolostomi, kan kunnskapen redusere problemene i seksuallivet. Anbefalinger kan være å tømme stomi-posen og ta en dusj før intimitet for å hindre lukt og lekkasje samt informere om at det finnes mindre poser eller bare et tett deksel som kvinnen kan bruke slik at stomien ikke synes når hun er intim med partner. Sykepleier kan videre informere kvinnen om utstyr, mat og medikamenter som reduserer eller fjerner lukt fra kolostomien (Sprunk & Altneder, 2000, s 87). En studie som beskriver kvinners opplevelse av å leve med kolostomi etter kreft-operasjon, peker på at samleie er for smertefullt til å gjennomføre grunnet arr, smerter og tørrhet i vagina (Andersson et al., 2010, s. 605). Kvinnene hadde håp om å motta informasjon som kunne hjelpe dem, og Burch (2016) fremhever at det er viktig at sykepleier informerer pasientene om at det er trygt å starte å kysse og kose så snart de er utskrevet, men at samleie må vente til at sårene har grodd og den postoperative smerten er borte. Sykepleiere må videre oppmuntre pasienter til å føle seg selvsikre med sin kropp, og ved å informere, veilede, lytte og snakke med pasienten kan

bekymringer dempes og et godt seksualliv kan fremmes til tross for endring i kroppsfunksjon og utseende hos kvinnen med permanent kolostomi (Burch, 2016, s. 26).

Williams understreker at dersom sykepleier skal bli mer komfortabel med å veilede og informere om seksualitet til pasienten, må sykepleier søke å utfordre sjenansen sin ved å utforske følelser om egen seksualitet samt utvikle selvsikkerhet ved å øke sine kunnskaper om seksualitet. Sykepleier må dessuten reflektere over egne holdninger til seksualitet og sørge for å ha gode kunnskaper når det gjelder anatomi, psykologi, patofysiologi og pasientens psykososiale behov for å ha en åpen og effektiv kommunikasjon om seksuelle bekymringer til kvinnen med permanent kolostomi (Williams, 2012, s. 93). Sykepleier må i tillegg ha kunnskap om at psykologiske faktorer som berører kroppsbilde, selvbilde, angst og depressive tanker som påvirker seksuallivet til kvinner spesielt (Li et al., 2014, s. 105). Li et al. (2014, s. 110) konkluderer i sin studie med at kartleggingsverktøy angående seksualitet bør tas i bruk for å sette fokus på kvinner som har gjennomgått kreftbehandling for tarm- eller gynekologisk kreft som har høyere risiko for seksuell dysfunksjon. En slik kartlegging kan også være til stor hjelp for kvinnen med permanent kolostomi. Sprunk & Alteneder (2000, s. 86) foreslår også en kartlegging av pasientens seksuelle historie som kan få frem aktuelle eller potensielle problemer knyttet til seksuallivet slik at det kan bli enklere for sykepleier å innlede en samtale om temaet. I tillegg til den muntlige informasjon som kvinnen med permanent kolostomi skal ha om seksualitet, må sykepleier også sørge for å gi skriftlig informasjon som fint kan fungere som en forberedelse til samtale (Nilsen, 2010, s. 125).

Som et hjelpemiddel i tilnærmingen til å snakke om intimitet og veilede om seksualitet til den kolostomiopererte kvinnen kan sykepleier ta i bruk PLISSIT-modellen. PLISSIT-modellen er formet som en pyramide med fire nivåer, og tanken er at sykepleier skal kunne gi veiledning og hjelp på de to nederste nivåene (Nilsen, 2010, s. 125). I følge studien til Ayaz & Kubilay (2009, s. 89) kan sykepleiere bidra til å redusere seksuelle problemer for den kolostomiopererte kvinnen ved å benytte PLISSIT-modellen i veiledning.

På den ene siden konkluderer Ayaz & Kubilay (2009, s. 97) med at reduksjon av seksuelle problemer kan oppnås ved at sykepleier følger trinnene i PLISSIT-modellen til personer med stomi. Med PLISSIT-modellen som hjelpemiddel ga sykepleier pasienten tillatelse til å snakke om problemer av seksuell art og ga selv råd om blant annet pleie og stomi-utsyr som kunne hindre lukt og lekkasje ved intimitet. I følge Ayaz (2009, s. 78) kan det være nyttig for

sykepleier å lage en liste over praktiske forslag som hun kan formidle til kvinnen med kolostomi og mulig dempe angst og usikkerhet og fremme seksuell velvære. Det tredje trinnet i PLISSIT-modellen, som omhandler spesifikke forslag, bør en erfaren eller en spesialutdannet sykepleier dekke da den krever mer kunnskap enn det en grunnutdanning gir (Nilsen, 2010, s. 126). PLISSIT-modellens tredje og fjerde trinn kan dessuten minne sykepleier om at hun må se egne begrensninger og har i følge lovverket plikt til å henvise pasienter videre og søke samarbeid jamfør helsepersonelloven § 4 annet ledd (helsepersonelloven, 1999). Gjennom praksis ved sykehus har jeg sett at det ville være naturlig for sykepleier å henvise kvinnen med permanent kolostomi til stomi-sykepleier, sexolog, psykiatrisk sykepleier, psykolog eller legespesialist.

På den andre siden skal PLISSIT-modellen kun være et hjelpemiddel når det er lagt til rette for å ta opp seksualitet. Sykepleier må ha evne til å forstå at veiledning ikke alltid er hensiktsmessig. Når pasienten opplever kroppslige ubehag som kvalme, smerter og døsighet på grunn av medikamenter etter en operasjon, kan det være svært lite fornuftig å informere pasienten da energien rettes mot alt annet enn å lære (Christiansen, 2013, s. 46). Travelbee hevder at sykepleier må være lydhør for tid og sted (Travelbee, 1999, s. 152), noe som forskning bekrefter. Sprunk & Altender (2000, s. 86) har funnet at pasienter som har fått permanent kolostomi kan rett etter operasjonen være grepet av redsel og ha bekymringer om å ikke overleve. Videre understrekes det at sykepleier må ha god sans for et passende informasjons-tidspunkt og dekke grunnleggende behov for trygghet før hun tar opp seksualitet med kvinnen med permanent kolostomi.

Fra praktisk erfaring har jeg sett at riktig tidspunkt er viktig når informasjon og veiledning formidles pasienten. Samme dag, eller dagen etter operasjonen er det først og fremst kirurgen som informerer kvinnen med permanent kolostomi. Under kirurgens veiledning har jeg tydelig sett at kvinnene med permanent kolostomi ofte for smertepreget, kvalme, usikre og medtatt til å fordøye og forstå informasjonen som blir gitt. Dersom sykepleier venter til det verste postoperative ubehaget har dempet seg, kan det finnes en passende anledning til å starte samtale om seksualitet, men sykepleier må godta dersom pasienten nekter å diskutere temaet eller motta veiledning (Black, 2004, s. 697). Sykepleier har riktignok en plikt i henhold til helsepersonelloven å informere pasienten, men pasienten har også rett til å forbli uinformert dersom hun uttrykker det jf. lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-2 annet ledd (Molven, 2012, s. 161). En sykepleier med gode kommunikasjonsevner og som har oppdatert kunnskap

om seksualitet vil kunne være til god hjelp for kvinnen med kolostomi postoperativt ved å gi veiledning om seksualitet dersom hun ønsker det (Black, 2004, s. 697).

### **5.3 Helhetlig omsorg for kvinnen med permanent kolostomi**

Ayaz (2009, s. 75) understreker at seksualitet må inkluderes i en helhetlig sykepleier-omsorg. En helhetlig tilnærming vil si at sykepleier setter fokus på ivareta hele kvinnen med kolostomi i behandlingen av kreftsykdommen. Almås & Benestad hevder at det er vanlig at personer som blir behandlet for kreft ikke blir spurt om seksualitet under sykehusoppholdet til tross for at veiledning om seksualitet kan bidra positivt til tilfriskningen og livskvaliteten (Almås & Benestad, 2006, s. 116). Burch (2013, s. 54) hevder at pasienter for det meste blir opplært i praktisk stomi-stell, noe jeg også har erfart gjennom praktisk jobb med kvinner med permanent kolostomi. Tilbakemeldinger jeg har fått fra pasienter er ofte at sykepleiere kvier seg for å invitere til samtale om seksualitet og retter som oftest fokus på vitale funksjoner, pleie og ivaretagelse av andre grunnleggende behov. Først når kvinnene med kolostomi fikk snakke med sexolog fikk de luftet seksuelle bekymringer for fremtiden.

Kvinnen som har fått kolostomi etter behandling for kreft som affiserer tarm kan defineres som kronisk, men også alvorlig sykdom, og psykososiale reaksjoner som utrygghet, frykt, angst, sinne og depresjon er vanlige (Stubberud, 2015, s. 21). For å ivareta psykososiale behov er det viktig at sykepleier forstår hvordan kvinnen opplever å være syk og mestrer rollen som pasient. Travelbee (1999) sier i sin definisjon av sykepleie at sykepleier skal hjelpe individet med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene. Travelbee fastslår at det unike ved sykepleie er at sykepleier har ubegrenset adgang og kan støtte den lidende ved å gi umiddelbar hjelp og dekke blant annet pasientens psykososiale behov (Travelbee, 1999, s. 48-49). Studien til Andersson et al. (2010, s. 604) bekrefter at både kreftdiagnosen og anleggelse av permanent kolostomi utløser psykososiale reaksjoner. På den ene siden uttrykte kvinnene angst for tilbakefall med spredning av kreften med påfølgende tanker om å ikke overleve. Samtidig formidlet kvinnene at den permanente kolostomien ga depresjon og lav selvfølelse grunnet den synlige posen med avføring på magen samt arr på kroppen. Kvinnene hadde en følelse av å være mindre seksuelle attraktive og slet med usikkerhet på hvordan en partner ville reagere på kolostomien. Williams (2012, s. 91) understreker også at hos kvinner spesielt er problemer

med seksuallivet oftest knyttet til psykiske faktorer på grunn av fysiske forandringer av kroppens utseende. På den andre siden fant Andersson et al. (2010, s. 605) at kvinnene til tross for lav selvfølelse og endret utseende grunnet kolostomien fant trøst i at den permanente kolostomien kunne gi dem en sjanse til å leve. Sykepleier kan fremme emosjonell kontroll hos kvinnen med permanent kolostomi ved å ha oppmerksomheten vendt mot henne, spørre om hvordan hun har det, støtte henne når hun har det vanskelig, se henne og ha øyekontakt samtidig som sykepleier utfører andre prosedyrer (Stubberud, 2015, s. 98).

Ved at sykepleier på kirurgisk post er bevisst på å ikke kun ha fokus på pleie, målinger av vitale funksjoner og still av kolostomien, men ser hele kvinnen som er operert for en alvorlig sykdom, bruker hun sin helsefremmende funksjon. I følge Heggdal (2013) handler helsefremming om å gi mennesker en mulighet til å kontrollere faktorer som påvirker livskvalitet og helse. Heggdal fremholder videre at det å utvikle kunnskap og ferdigheter hos personer er endel av det helsefremmende arbeidet til sykepleiere (Heggdal, 2013, s. 28-29), noe som sykepleier kan oppnå ved å informere og veilede om seksualitet til den kolostomioperert kvinnen.

Psykiske reaksjoner kan oppstå i etterkant av kolostomi-operasjonen for kvinnen dersom hun forblir uinformert og kan reise spørsmål som "kan jeg fremdeles opprettholde forholdet med min partner?" (Burch, 2013, s. 54). Forskning viser at å involvere partner i veiledning kan ha positiv innvirkning på seksualiteten for kvinner og er viktig i den helhetlige omsorgen for kvinnen med permanent kolostomi. Partnere som ikke var tilstede da kvinnen fikk informasjon om seksualitet følte seg mindre involvert og måtte leve med ubesvarte spørsmål (Andersson et al., 2010, s. 607). I praksis har jeg sett at miljøet på posten er svært dårlig tilrettelagt for veiledning av par. Sykepleier må derfor sørge for å henvise kvinnen med kolostomi med partner til rådgivning hos sexolog og/eller stomi-sykepleier hvis ønskelig etter utskrivelse jamfør plikten til å søke bistand (helspersonelloven, 1999 § 4 annet ledd). I tillegg understreker pasient- og brukerrettighetsloven (1999 § 3-3) at pårørende har rett til informasjon dersom pasienten samtykker til det. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere slår dessuten fast at: "Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg" (NSF, 2016).

## 5.4 Sykepleiers kompetanse

Den kreftopererte kvinnen med permanent kolostomi kan oppleve store belastninger både av fysisk og av psykososial karakter, og i kreftomsorgen er sykepleiers undervisende og veiledende funksjon svært viktig. Kreftpasienter med nyanlagt kolostomi må få tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter for å mestre sin nye livssituasjon (Reitan, 2010, s. 30). Tveiten (2013) understreker at å veilede forutsetter god kompetanse slik at veiledningen blir god og hensikten oppnås. Sykepleieren som skal veilede om seksualitet til den kolostomiopererte kvinnen må ha kompetanse bestående av viten (kunnskap, forståelse og innsikt), verdier (etiske og moralske) og handling (rasjonelle-, samhandlings- og manuelle ferdigheter). Dessuten må sykepleier ha selvinnsikt og ha evne til selvrefleksjon (Tveiten, 2013, s. 105-106).

Sykepleiere har 3-årig høyskoleutdanning og skal inneha kunnskaper om både anatomi, fysiologi samt vite hvordan seksualitet fungerer og hvordan dysfunksjoner oppstår. Dessuten bør sykepleiere ha kunnskap om at å løse seksuelle problemer er en viktig del av sykepleieromsorgen (Ayaz & Kubilay, 2009, s. 90). Forskning fant at kun 9% av helsepersonell var komfortable med å ta opp seksuelle problemer med pasienter, 41% følte seg svært ukomfortable på grunn av manglende kunnskap, kompetanse og opplæring og 51% snakket kun om seksualitet dersom pasienten selv brakte temaet på bane selv om 79% av helsearbeidere mente at seksuallivet er av stor betydning for den enkelte (Haboubi & Lincoln, 2003). Edis (2015, s. 8) fant i sin studie at stomi-pasienter var meget godt fornøyd med veiledningen de fikk fra spesialutdannede sykepleiere i stomi. Stomi-sykepleieren er blant annet utdannet med tanke på å løse psykiske utfordringer for pasienter med stomi som inkluderer dårlig selvbilde, forandret kroppsbilde og redusert seksuell funksjon. Studien viser videre at pasienter har kommentert at de ønsket lengre og flere besøk av stomi-sykepleieren. Dessuten ble det uthevet at en pasient hadde ventet 11 dager før stomi-sykepleieren kom for å informere og at et tidligere besøk kunne spare henne for mye angst. Det er dokumentert at sykepleiere, som har det daglige ansvaret for pasientene, mangler kompetanse til å veilede stomi-pasienter og trenger mer opplæring for å sørge for å bedre ivaretagelsen av kvinner med permanent kolostomi relatert til blant annet redusert seksuell funksjon (Edis, 2015, s. 11).

I følge helsepersonelloven § 4 er sykepleier forpliktet til å yte helsehjelp som skal ta hånd om pasientens grunnleggende og situasjonsbestemte behov. Hjelpen som gis skal være faglig forsvarlig og bygge på kunnskap for å nå målet med helsehjelpen (Molven, 2012, s. 128).

Dessuten slår yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2016) fast at: "Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis". Sykepleiers oppdaterte kunnskap på eget felt er en forutsetning for å formidle informasjon og gi veiledning av god kvalitet til kvinnen med permanent kolostomi (Christiansen, 2013, s. 195).

Funnene i studien over er forenlig med det jeg har erfart gjennom jobb. Stomi-sykepleier rekvireres og har en praktisk veiledning med kvinnen med permanent kolostomi postoperativt. Deretter overlates hun til sykepleierne på kirurgisk avdeling for videre oppfølging. Selv om noen pasienter er innlagt i flere uker i samme avdeling, er punktet "seksualitet og reproduksjon" et tomt hull i journalen. Som ekstravakt har jeg opplevd at pasienter lurte på om de kan stille spørsmål om seksualfunksjon og muligheter for å være seksuell aktiv i fremtiden. Det å ikke gi kvinnen med permanent kolostomi tillatelse til å snakke om seksualitet på grunn av sykepleiers manglende kunnskap kan ha store konsekvenser for den enkelte pasient og eventuell partner. Sykepleier har i så tilfelle plikt til å innhente hjelp av helsepersonell med mer kompetanse slik at kvinnen med kolostomi får adekvat hjelp til å takle seksuelle problemer etter operasjonen (helsepersonelloven, 1999 § 4 annet ledd). Sykepleiere kan også sette kvinnen i kontakt med brukerorganisasjoner samt inkludere likepersoner i veiledningen (Danielsen et al., 2013, s. 410).

Haboubi & Lincoln (2003, s 295) fant i sin studie at helsepersonell savnet opplæring i å diskutere seksualitet med pasienter og foreslo at opplæring i seksualitet og seksuelle temaer skulle bli en integrert del av utdanningen til profesjonelle helsearbeidere. I regjeringens strategi for seksuell helse (2017-2022) refereres det til at Sykehuset Innlandet HF etter en spørreundersøkelse også fant et behov hos ansatte for fagfordypning angående seksualitet ved sykdom og funksjonshemming. Fagdager og mestringskurs, både for pasienter og ansatte, ble arrangert for å sette fokus på hvor viktig det er å snakke om seksualitet for helsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Åpenhet og fokus på seksualitet i opplæring kan føre til at sykepleiere lettere kan ta initiativ til å informere og veilede til kvinnen med permanent kolostomi.



## 6 Avslutning

I denne oppgaven har hensikten vært å undersøke hvordan sykepleier kan informere og veilede om seksualitet til kvinner med permanent kolostomi.

Det er dokumentert at kvinner som er operert for kreft og som har fått permanent kolostomi har et stort informasjonsbehov når det gjelder seksuallivet i fremtiden. Ved at sykepleier unnlater å informere kan det føre til at livskvaliteten til kvinnen synker betraktelig, og hun kan utvikle depresjon som følge av bekymringer knyttet til seksualitet og forholdet til egen kropp kan bli vanskelig (Anaraki et. al., 2012, s. 178).

Faglitteratur understreker at sykepleier har en viktig rolle når det gjelder å formidle kunnskap om seksualitet til pasienter slik at den enkelte kan føle seg ivaretatt og få vite hvordan operasjonen og kolostomien kan virke inn på den seksuelle funksjonen (Nilsen, 2010, s. 125). Gjennom sykepleiers veiledende funksjon skal sykepleier bruke kommunikasjon som hjelpemiddel til å bli kjent med kvinnen og skape en tillitsfull relasjon. At sykepleier må ha gode kommunikasjonsferdigheter understrekes også av Travelbee (1999, s. 136) som hevder at kommunikasjonen influerer, støtter og motiverer mennesker med sykdom og funksjonssvikt. Videre kan sykepleier benytte seg av PLISSIT- modellen, samt andre kartleggingsverktøy for å avdekke seksuelle behov, og dermed gi kvinnen tillatelse til å luften seksuelle bekymringer. Sykepleiers helsefremmende funksjon skal gi kunnskap og ferdigheter til kvinnen som hun får gjennom sykepleiers veiledning om seksualitet.

Til tross for at faglitteratur fremholder viktigheten av at sykepleier bruker sin veiledende helsefremmende funksjon slik at kvinnen som har fått permanent kolostomi kan finne tilbake til et godt seksualliv, fant jeg i forskningslitteratur at pasienter opplevde at seksualitet ble neglisjert av helsepersonell. Studier viser at det er langt mellom ideologi og praksis når det gjelder å samtale om seksualitet, og barrierene til å ta diskusjonen med pasienter er ofte tidspress, forlegenhet blant helsepersonell og mangel på opplæring i seksuelle temaer (Haboubi & Lincoln, 2003, s. 295). For å yte god sykepleie kan blant annet bedre opplæring i seksualitet være viktig for å gi sykepleier den selvtilliten hun trenger for å ta initiativ til å informere og veilede om seksualitet til kvinnen med permanent kolostomi.

## 7 Referanseliste

Anaraki, F., Vafaie, M., Behboo, R., Maghsoodi, N., Esmailpour, S., & Safaee, A. (2012). Quality of Life Outcomes in Patients Living with Stoma. *Indian Journal Of Palliative Care*, 18(3), 176-180. doi:10.4103/0973-1075.105687

Andersson, G., Engström, &, & Söderberg, S. (2010). A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *International Journal Of Nursing Practice*, 16(6), 603-608. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01887.x

Almås, E. & Benestad, E. (2006). *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ayaz, S. (2009). Approach to sexual problems of patients with stoma by PLISSIT model: an alternative. *Sexuality & Disability*, 27(2), 71-81.

Ayaz, S., & Kubilay, G. (2009). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(1), 89-98. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02282.x

Black, P. (2004). Stoma care nursing. Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *British Journal Of Nursing*, 13(12), 692-697.

Borg, T. (2010). Seksualitet. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling*. Oslo: Akribe.

Burch, J. (2013). Care of patients with a stoma. *Nursing Standard*, 27(32), 49-56.

Cancer in Norway 2015. Hentet fra:

[https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2015/cin\\_2015.pdf](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2015/cin_2015.pdf)

Christiansen, B. (Red.). (2013). *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Danielsen, A., Soerensen, E., Burcharth, K., & Rosenberg, J. (2013). Learning to Live With a Permanent Intestinal Ostomy: Impact on Everyday Life and Educational Needs. *Journal Of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 40(4), 407-412.

doi:10.1097/WON.0b013e3182987e0e

Eide, H. & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Edis, H. (2015). Meeting the needs of new ostomists: a patient evaluation survey. *British Journal Of Nursing*, 24(17), S4-S12.

Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haboubi, N., H., J. & Lincoln, N. (2003) Views of health professionals on discussing sexual issues with patients, *Disability and Rehabilitation*, 25(6), 291-296,

doi:10.1080/0963828021000031188

Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping. Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016, 06.12). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2107-2022). Hentet fra:

[https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)

Helsedirektoratet. (2012, 01.01). Samhandlingsreformen. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m. v.* Hentet

fra:<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Heyn, L., Ruland, C. M., & Finset, A. (2012). Effects of an interactive tailored patient assessment tool on eliciting and responding to cancer patients' cues and concerns in clinical consultations with physicians and nurses. *Patient education and Counseling*, 86(2), 158-165.

Holter, I., M. & Mekki, T., E. (Red.). (2013). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe.

Jamtvedt, G. (2012). Kunnskapsbasert praksis. *Kunnskapssenteret*. Hentet fra:<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.). (2011). Om sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nordtvedt, F. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Krouse, R., Herrinton, L., Grant, M., Wendel, C., Green, S., Mohler, M., & ... McMullen, C. K. (2009). Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: manifestations by sex. *Journal Of Clinical Oncology*, 27(28), 4664-4670. doi:10.1200/JCO.2008.20.9502

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

Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nilsen, C. (2010). Sykepleie til pasienter med stomi. I Almås, H., Stubberud, D.-G., & Grønseth R. (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norilco. Informasjon om stomi- og reservoaropererte. Hentet fra: <http://www.norilco.no/informasjon/stomi-og-reservoaropererte>

Norsk sykepleierforbund. (2016, 23.05). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra:[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra:<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Reitan, A. M. (2010). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling*. Oslo: Akribe.
- Rustad, (2010). Kreft i I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling*. Oslo: Akribe.
- Sanoff, H. K., Morris, W. L., Mitcheltree, A., Wilson, S., & Lund, J. L. (2015). Lack of Support and Information Regarding Long-Term Negative Effects in Survivors of Rectal Cancer. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 19(4), 444-448. doi:10.1188/15.CJON.444-448
- Schjølberg, T. Kr. (2010). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling*. Oslo: Akribe.
- Sprunk, E., & Alteneder, R. (2000). The impact of an ostomy on sexuality. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 4(2), 85-90.
- Stubberud, D.-G. (Red.). (2015). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Swan, E. (2011). Colostomy, management and quality of life for the patient. *British Journal of Nursing*, 20(1), 22-28.
- Sæteren, B. (2010). Åndelig og eksistensiell omsorg. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling*. Oslo: Akribe.
- Thidemann, I.-J. (Red.). (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (Red.). (2013). *Veiledning - mer enn ord...* Bergen: Fagbokforlaget.
- Weerakoon, P. (2001). Sexuality and the patient with a stoma. *Sexuality & Disability*, 19(2), 121-129.

WHO. (2006). Sexual and reproductive health. Hentet fra:  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

Williams, J. (2012). Stoma care: intimacy and body image issues. *Practice Nursing*, 23(2), 91-93.

