



Stomi og seksualitet

Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med nyanlagt stomi for å forebygge seksuelle utfordringer ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen?

Kandidatnummer: 610
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8389
Dato: 23.04.19

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.19
<p>Tittel Stomi og seksualitet - <i>Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med nyanlagt stomi for å forebygge seksuelle utfordringer ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen?</i></p>	
<p><u>Problemstilling</u> På bakgrunn av valgt tema ble denne problemstillingen utformet: <i>Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med nyanlagt stomi for å forebygge seksuelle utfordringer ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det teoretiske grunnlaget som ligger til grunn for denne oppgaven er teori om ileo- og kolostomi, sykepleierens funksjon, lovverk og sykepleierens yrkesetiske retningslinjer. Den didaktiske relasjonsmodellen blir presenter som et verktøy sykepleiere kan benytte ved veiledning av pasienter.</p> <p><u>Metode</u> I denne oppgaven er litterær oppgave benyttet som metoden. For å belyse problemstillingen min benytter jeg meg av allerede eksisterende litteratur fra pensum, annen relevant litteratur og selvvalgte forskningsartikler. For å finne forskningsartiklene jeg har benyttet har jeg søkt i databasene Cinahl og PubMed.</p> <p><u>Drøfting</u> Funnene i forskningsartiklene blir drøftet opp mot pensumlitteratur, annen relevant litteratur, lovverk og sykepleiers yrkesetiske retningslinjer. Den didaktiske relasjonsmodellen blir benyttet som disposisjon for drøftekapittelet. Drøftingen inneholder informasjonsbehovet pasienter har etter utført stomioperasjon, og hva sykepleier bør veilede sine pasienter om.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleieren har en uvurderlig rolle i veiledningen av pasienter både pre- og postoperativt. Oppgaven gir ingen konklusjon på eksakt hvordan sykepleiere bør veilede sine pasienter for å forebygge seksuelle utfordringer etter en stomioperasjon. Viktigheten av god veiledning fra sykepleiere blir det lagt stor vekt på. Det kommer også frem at sykepleiere trenger mer kunnskap om seksuelle utfordringer pasienter kan oppleve etter gjennomgått stomioperasjon.</p>	

(Totalt antall ord:220)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensning og klargjøring av kontekst.....	2
1.4	Oppgavens disposisjon.....	3
2	Teori.....	4
2.1	Ileo- og kolostomi	4
2.2	Den didaktiske relasjonsmodellen	5
2.3	Seksualitet og stomi.....	6
2.4	Sykepleierens funksjon og ansvarsområde	7
2.5	Lovverk og informasjonsformidling.....	7
3	Metode	9
3.1	Litterær oppgave som metode.....	9
3.2	Søk etter forskningsartikler	9
3.3	Kildekritikk.....	10
4	Presentasjon av forskningsresultater	13
5	Drøfting	15
5.1	Læreforutsetninger	15
5.2	Rammefaktorer og situasjon for veiledning	17
5.3	Mål og ønsker for undervisning.....	18
5.4	Innhold	19
5.5	Arbeidsmåter/ metode.....	21
5.6	Vurdering/ evaluering.....	23
6	Avslutning	25
	Litteraturliste.....	27

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det er omtrent 10 000 personer som lever med stomi i Norge (Fonn, 2011). Det å få en stomi kan få konsekvenser for pasientens seksuelle og psykososiale behov. Det er et problem at pasienter opplever lavere selvfølelse i etterkant av en stomioperasjon. Det er også en rekke fysiske problemer operasjonen kan medføre som kan føre til seksuelle utfordringer. Redselen for avvisning og en følelse av å være mindre attraktiv kan føre til at flere pasienter undertrykker sine seksuelle behov. Fysiske smerter kan også gjøre samleie ugjennomførbart for pasientene. Som sykepleier er det viktig å være klar over de ulike utfordringene pasientene kan oppleve, og kunne snakke med pasienten og eventuelle pårørende om dette (Nilsen, Indrebø & Stubberud, 2016).

Regjeringen har lagt en samlet strategi for seksuell helse. Her trekkes det frem at til tross for hvor stor betydning seksualitet har for de fleste, er dette noe som ofte blir nedprioritert i et sykdoms- eller behandlingsforløp (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Det er trolig at helsepersonell tenker at seksualitet ikke er så viktig for pasienten nå, og dermed blir dette temaet nedprioritert til fordel for behandling og annen informasjon. Derimot viser tilbakemeldinger at det er mange pasienter som ønsker at temaet seksualitet skal tas opp og snakkes om, men at de foretrekker at det er helsepersonell som tar initiativet til dette. Temaet seksualitet er intimt, og kan være vanskelig å snakke om. Det er derfor svært viktig at helsepersonell har kunnskap nok og tillit i sin rolle for å kunne gjøre dette viktige arbeidet på en god måte. Ved en undersøkelse gjort blant sykepleiere ved Sykehuset Innlandet HF i 2014 svare 90% av de som deltok i undersøkelsen at de hadde manglende kunnskap til å snakke om seksualitet og sykdom fra sin grunnutdanning. Deres svar på å møte informasjonsbehovet var å arrangere en fagdag for de ansatte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Forskningen til Beck og Justham (2009) konkluderer med at seksuelle utfordringer er et problem blant stomiopererte, og at sykepleiere legger for liten vekt på dette i møte med sine pasienter.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av presentert forskning, og teori er problemstillingen som følgende: *Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med nyanlagt stomi for å forebygge seksuelle utfordringer ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen?*

1.3 Avgrensning og klargjøring av kontekst

Oppgaven er avgrenset til å omhandle pasienter fra 18 års alder og eldre. Jeg har valgt denne aldersavgrensningen på bakgrunn av inkluderings og ekskluderingskriteriene i forskningsartiklene jeg har benyttet i denne oppgaven. Pasienter under 18 år vil også være på barneavdeling, men kontekst for denne oppgaven er på gastrokirurgisk sengepost.

I denne oppgaven har jeg avgrenset stomibegrepet til å omhandle permanent ileo- og kolostomi. Grunnen til dette er at begge disse typene stomi vil ha den samme innvirkning på pasientens seksualitet. I begge tilfeller vil pasienten ha en pose på magen for resten av livet til avføring (Nilsen et al., 2016). Årsaken til at pasientene i denne oppgaven får anlagt stomi er kreft eller ulike tarmsykdommer. Operasjonen skal utføres elektivt. Pasientene skal være i fast forhold. Grunnen til dette er at mye av forskningen jeg har funnet omhandler pasienter i parforhold, og jeg vil trekke frem at partner også kan være en ressurs og en part som også trenger informasjon og veiledning med tanke på seksualitet i etterkant av stomioperasjonen.

Hvor lenge pasienten blir liggende på sykehuset baserer seg på medisinske vurderinger, men vanligvis blir pasientene liggende på sykehus fra tre til syv dager etter operasjonen (Oslo-universitetssykehus, 2016). Siden liggetiden på sykehus etter en stomioperasjon er kort, og sykepleier ikke kan forhindre fysiske skader operasjonen kan medføre vil denne oppgaven fokusere på hvordan veiledning fra sykepleier kan bidra til å forebygge seksuelle utfordringer hos pasienten. Det er mange både fysiske og psykiske seksuelle utfordringer pasientene kan oppleve etter gjennomført operasjon. I denne oppgaven er hovedfokuset på de fysiske plagene pasientene kan oppleve. Noen av de psykiske og psykoseksuelle utfordringene vil også bli nevnt gjennom oppgaven. De seksuelle utfordringene operasjonen kan medføre som jeg refererer til i problemstillingen blir omtalt i kapittel 2.3 som heter seksualitet og stomi. Kriseteori og teori om hvordan pasienter reagerer og husker informasjon ved stress eller sorgreaksjoner kunne beriket denne oppgaven. Jeg har valgt å utelate dette og fokuserer heller på de fysiske utfordringene pasientene kan oppleve som følge av stomioperasjonen.

Verdens helseorganisasjon (World Health Organization) definerer seksualitet som:

...a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors.” (WHO, 2006a)

Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon ligger til grunn for seksualitet i denne oppgaven.

1.4 Oppgavens disposisjon

I kapittel 1 står det om bakgrunnen for valg av temaet. Problemstillingen blir presentert, og avgrensning og klargjøring av kontekst blir forklart. Kapittel 2 inneholder teori om ileo- og kolostomi, den didaktiske relasjonsmodellen og seksualitet hos stomiopererte. Deretter er det teori om sykepleiers funksjon, sykepleieres yrkesetiske retningslinjer og lovverk. I kapittel 3 blir metoden beskrevet, søkestrategi for forskningsartikler og deretter kildekritikk.

Forskningsartiklene jeg har benyttet i oppgaven blir presentert i kapittel 4 i en artikkelmatrise. I kapittel 5 drøfter jeg forskningsartiklene, teorien, lovverket og sykepleiers yrkesetiske retningslinjer opp mot hverandre etter disposisjonen til den didaktiske relasjonsmodellen. Det siste kapittelet i oppgaven før referanselisten er kapittel 6. Dette er avslutningen og konklusjonen for oppgaven.

2 Teori

2.1 Ileo- og kolostomi

En ileostomi er når tynntarmen blir lagt ut på magen (Nilsen et al., 2016). Det er den nedre delen av ileum som oftest blir lagt ut, derfor kalles også denne stomitypen endeileostomi. Tykktarmen er vanligvis fjernet ved denne stomitypen. Ileostomi blir laget ved at tarmen kuttet tvers over, den avsluttende delen blir ført ut av hullet i magen der den så blir vrent og sydd fast til abdomen. Det er flere årsaker til at en pasient får en ileostomi. De vanligste årsakene er Chrons sykdom, og ulcerøs kolitt. Andre årsaker til at man får en ileostomi kan være skader, fistler og familiær polypose (Nilsen et al., 2016). Etter at en ileostomi er anlagt vil næringsopptaket være stort sett det samme som tidligere, men elektrolytt- og væskeopptaket vil bli noe redusert siden tykktarmen ikke lenger er i bruk. Tarminnholdet som kommer ut av en ileostomi vil være tyntflytende eller grøtet, og det vil heller ikke lukte det samme som vanlig avføring, men ha en mer emmen og spesiell lukt. På grunn av tarminnholdets konsistens vil det være fare for lekkasje av tarminnhold på huden (Nilsen et al., 2016). Tarminnholdet i tynntarmen inneholder proteolytiske fordøyelsesenzymmer som er hudirriterende, derfor er det viktig å gjøre det man kan for å unngå lekkasjer fra stomien. Siden tarmene har glatt muskulatur er den ikke viljestyrt, og ved en ileostomi vil tarmen tømme seg mer eller mindre konstant. Ved matinntak vil tømming av tarmen øke. Siden denne delen av tarmen ikke produserer mye gass, vil det heller ikke komme mye gass ut gjennom stomien (Nilsen et al., 2016).

Kolostomi som også kalles sigmoidostomi er når sigmoideum blir lagt frem på abdomen. Det er vanligst at kolostomi blir lagt ut på venstre side. Den vanligste årsaken til at man må anlegge en kolostomi er kreft (Nilsen et al., 2016). Det er ikke uvanlig at svulsten sitter så langt nede i tarmen at det ikke er mulig å fjerne den syke delen, for deretter å skjøte tarmen sammen igjen. Det kan også være andre grunner til at det ikke er aktuelt å skjøte sammen tarmen igjen og man dermed får en stomi. Å ha en kolostomi har liten innvirkning på næringsbalansen siden næringsstoffene blir tatt opp i øvre del av tynntarmen (Nilsen et al., 2016). Den gjenværende delen av tykktarmen vil fungere som før, og dermed suge opp vann og salt så avføringen vil ha en fast form. Når tarmfunksjonen har normalisert seg etter operasjonen, vil de fleste ha mellom to til fire tømminger per dag. Innholdet vil ha normal avføringslukt. Tykktarmen produserer gass så gassutslipp vil være som normalt, bortsett fra at pasienten selv ikke kan styre når dette skjer (Nilsen et al., 2016).

2.2 Den didaktiske relasjonsmodellen

Den didaktiske relasjonsmodellen kan være et godt hjelpemiddel for sykepleiere når man skal undervise pasienter. En sykepleier må ta mange viktige avgjørelser i pasientopplæringen. Den didaktiske relasjonsmodellen kan være til hjelp for å få en oversikt over de viktigste faktorene som sykepleier må ta hensyn til (Christiansen, 2013). Man deler gjerne den didaktiske relasjonsmodellen opp i seks punkter. Denne modellen er en videreutvikling av relasjonsmodellen til Lindberg og Bjørndal (Christiansen, 2013).

Det første sykepleieren må skaffe informasjon om, er pasientens læreforutsetninger. Her skal sykepleieren lære mest mulig om pasienten og pasientens læreforutsetninger (Christiansen, 2013). Sykepleieren må undersøke hvilken informasjon pasienten er mottagelig for per i dag, og hvilken informasjon sykepleier bør vente med å gi. Sykepleieren skal også vite hvilken tilstand pasienten er i per i dag. Hvilken kunnskap pasienten har fra før av, og hvor motivert pasienten er for å lære (Christiansen, 2013). Videre må sykepleieren se på rammefaktorene for veiledningen. Hvordan påvirker rammefaktorene pasientens mulighet til å delta i undervisningen. En rammefaktor kan være om pasienten bor på enerom eller flermannsrom. Tidsrammene man må forholde seg til, og hvilke hjelpemidler som kan benyttes i undervisningen er også rammefaktorer (Christiansen, 2013).

Mål for undervisningen er det neste sykepleieren må klargjøre. Her må det avgjøres hva målet for undervisningen skal være, og hvor kunnskapsnivået til pasienten skal ligge når målet er nådd (Christiansen, 2013). Deretter skal sykepleieren sette sammen innholdet i undervisningen. Innholdet skal sees i sammenheng med målene som er satt, og gjøre det mulig å nå målene innen den satte tidsrammen (Christiansen, 2013). Innholdet må tilpasses pasientens kunnskapsnivå, tilstand og andre rammefaktorer som påvirker pasienten (Christiansen, 2013). Sykepleieren skal videre undersøke hvilke arbeidsmåter som skal benyttes. Under dette punktet undersøker man hvilke arbeidsmetoder som er mest hensiktsmessige for at pasienten skal få kunnskap nok til å nå målene som er satt. Forskjellige arbeidsmåter kan være demonstrasjon, brosjyrer, dialog eller forelesning (Christiansen, 2013).

Vurdering/ evaluering er det siste punktet i modellen. Ved dette punktet skal sykepleieren evaluere om målene er nådd. Om målene ikke ble nådd skal man undersøke årsaken til dette (Christiansen, 2013). Grunnen til det er at både sykepleier og pasienten skal kunne lære av eventuelle feil og mangler til senere undervisning. Det er hensiktsmessig å gjør evalueringer

underveis i undervisningen. Sykepleieren skal også utføre de nødvendige endringene i arbeidsmåte, innhold og mål når situasjonen endres så rammefaktorene og læreforutsetningene ikke lenger er de samme (Christiansen, 2013).

2.3 Seksualitet og stomi

For pasienter med kreft kan det å få en stomi være livreddende, og for pasienter med kroniske tarmlidelser kan operasjonen gi dem et nytt liv. Fremdeles kan det for mange bli et hinder for seksuell utfoldelse å få en pose på magen til avføring (Almås & Benestad, 2017). Mange kan bli skremt og usikre ved tanke på endringen som vil skje med kroppen, og kroppsbildet. Man kan frykte for vond lukt, og lekkasjer fra stomien (Nilsen et al., 2016). Om pasienten har et dårlig selvbilde i forkant av operasjonen vil det være fare for at pasienten vil slite dobbelt så mye etter operasjonen. Det er heller ikke uvanlig at pasienter føler seg mindre attraktive etter at de har fått en stomi, det kan gjøre det vanskeligere å gjenoppta seksuallivet. Det å oppleve psykisk stress, sorgreaksjoner og å være i krise etter stomiopporasjonen er noe pasienter kan oppleve. Dette kan også ha innvirkning på hvor mye informasjon pasienten oppfatter og husker. Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om reaksjonene og utfordringene pasienten kan oppleve. (Nilsen et al., 2016).

For pasienter i parforhold kan det være hensiktsmessig og ta med partneren i samtaler om hva stomi er, og hvordan man behandler stomien. Partneren kan også være interessert i å høre om hvordan man kan skifte stomiutstyr før sex, om lukt og hvordan begge to kan bli trygge på stomien (Almås & Benestad, 2017). I tillegg til alle de psykoseksuelle problemene operasjonen kan medføre er det også flere fysiske plager som kan oppstå. Om de autonome nervene i bekkenet blir skadet under inngrepet, kan dette føre til seksuell dysfunksjon. For kvinner kan nerveskader føre til manglende orgasme, smerter ved samleie og tørre vaginaslimhinner (Nilsen et al., 2016). Om rektum blir fjernet ved operasjonen, kan vagina og uterus folde seg bakover i tomrommet der tarmen tidlige var. Om dette skjer kan innføring av penis eller andre hjelpemidler være utfordringer, og det kan føre til smerter ved samleie. For menn kan nerveskader føre til manglende eller smertefull ejakulasjon og/ eller erektil dysfunksjon (Nilsen et al., 2016).

2.4 Sykepleierens funksjon og ansvarsområde

Sykepleierens særegne funksjon blir beskrevet i Norsk Sykepleierforbund [NSF] slik: «å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/ helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov» (NSF, u.å.). Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer underbygger også dette i punkt 2. 1 som sier «Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (NSF, 2016). Helsefremmende arbeid blir ifølge Verdens helseorganisasjon definert som «den prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til å ta kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedrer sin egen helse» (WHO, referert i Gammersvik, 2012, s. 101). I det helsefremmende arbeidet skal sykepleieren gi pasienten kunnskap til å bedre egen helse, og tilrettelegge for pasientens helsefremmende prosess. Ved å veilede og undervise pasienten vil pasienten få nok kunnskap til å ta ansvar for seg selv. Ved å klare dette vil pasienten få økt mestringsfølelse og bedret helse (Gammersvik, 2012, s. 101). Dette blir også beskrevet i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer 2. 4 som sier at ved å gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon til pasienten, og forsikre seg om at den er forstått vil sykepleieren fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (NSF, 2016).

Målet sykepleieren har i denne oppgaven er å minske de følgene sykdommen og operasjonen får for funksjonen og livskvaliteten til pasienten gjennom veiledning av pasienten og eventuelt pårørende (Mæland, 2016). Veiledningen og undervisningen som blir gitt skal basere seg på behovene og problemene som kan oppstå hos pasienten i forbindelse med sykdom. Veiledning kan også ha et forebyggende aspekt gjennom for eksempel helseopplysninger (Christiansen, 2013). Tveiten (2013) beskriver veiledning som «en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten, 2013, s. 21). Innenfor begrepet veiledning ligger informasjon, undervisning, instruksjon og råd (Tveiten, 2016).

2.5 Lovverk og informasjonsformidling

Som sykepleier har man informasjonsplikt til sine pasienter. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) står det at pasienter har krav på den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i helsetilstanden sin, og innholdet i helsehjelpen som blir gitt. Der står det også skrevet at pasienter skal informeres om mulige bivirkninger, og risikoer ved

behandlingen. I Helsepersonelloven (1999, § 10) står det «den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 til 3-4». I tillegg til informasjonsplikten man har som sykepleier, er grunnen til at man informerer pasienter at de skal ta imot og nyttiggjøre seg den kunnskapen sykepleieren formidler (Eide & Eide, 2018). I Pasient- og brukerrettighetsloven står det også beskrevet at informasjonen som blir gitt skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger. Dette kan være forutsetninger som erfaring, alder, modenhet og kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-4). Om ikke sykepleieren klarer dette har ikke informasjonen blitt gitt på en god nok måte. Pasientens evne til å huske og motta informasjon kan være redusert. Dette kan gjøre det mer utfordrende for sykepleieren siden pasienten skal både høre, forstå og huske den nødvendige informasjonen som blir gitt. Pasienten skal også føle seg godt ivaretatt. For å formidle kunnskap på en god måte skal det være en dialog mellom sykepleier og pasient, og dialogen skal være på pasientens premisser (Eide & Eide, 2018).

3 Metode

3.1 Litterær oppgave som metode

I denne oppgaven er det benyttet litterær oppgave som metode. En litterær oppgave baserer seg på allerede eksisterende forskning, teori og fagkunnskap (Dalland, 2017). Jeg har tidligere skrevet en oppgave om seksualitet, og syntes dette var et interessant tema det er viktig å belyse. Seksualitet er et tema som er viktig for sykepleiere å ha kunnskap om, og kunne veilede pasienter om. Dette er viktig siden mange pasienter vegrer deg for å ta opp temaet seksualitet og seksuelle utfordringer med helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Jeg har valgt å inkludere både kvantitative og kvalitative forskningsartikler i denne litterære oppgaven. Kvantitativ metode i forskningsetikker gir større oversikt over et fenomen, og gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2017). De kvantitative forskningsartiklene jeg har inkludert i oppgaven gir en bedre oversikt over hvor mange som lever med stomi, og hvor mange som sliter med seksuelle problemer eller utfordringer i etterkant av stomioperasjonen. Kvalitativ metode i forskningsartikler fanger opp opplevelser og meninger som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2017). Den kvalitative forskningen jeg har valgt ut gir mer utfyllende svar på hvilke utfordringer pasientene opplever og hvordan det påvirker livene deres. De kan også belyse hva pasientene savner av informasjon og veiledning, og hva de syntes fungerte. Dette er viktig informasjon for å besvare problemstillingen min.

For å finne relevant teori om stomi og seksualitet har jeg benyttet meg av høyskolens bibliotek. Jeg har lest og brukt litteratur som er pensum gjennom sykepleierstudiet. I tillegg til dette har også søkt i Oria etter bøker som kan være relevant for oppgaven.

3.2 Søk etter forskningsartikler

For å finne forskningsartiklene jeg bruker i oppgaven har jeg søkt i databasene Chinal og PubMed. Jeg brukte både mesh ord og egne søkeord da jeg utførte søkene mine. Søkeordene jeg har brukt er «ostomy», «enterostomy», «colostomy», «ileostomy», «sexual health», «sexuality» og «patient education». For å velge ut artiklene begynte jeg med å lese overskriftene på artiklene som kom opp i søkene mine. De artiklene som hadde overskrifter jeg syntes så relevante ut for min oppgave leste jeg abstraktene på. Deretter leste jeg de

artiklene som hadde gode abstrakter for min oppgave. Til slutt valgte jeg ut de fire artiklene som blir presentert i en artikkelmatrise i kapittel 4.

Dato	Databaser og valgte artikler	Søkeord	Ekskluderingskriterier	Inkluderingskriterier	Antall treff	Antall artikler valgt ut
18.12.18	Cinhal Reese et al., (2014) Anaraki et al., (2012)	«ostomy» OR «enterostomy» AND «sexual health» OR sexuality»	- Publisert før 2009 - Annet språk enn engelsk, norsk, svensk eller dansk	- Publisert etter 2009 - Engelsk, norsk, svensk eller dansk språk	47	2
28.03.19	Cinhal Davidson (2016)	«ostomy» OR «enterostomy» OR «colostomy» OR «ileostomy» AND «sexuality» OR «sexual health» AND «patient education»	- Publisert før 2009 - Annet språk enn engelsk, norsk, svensk eller dansk	- Publisert etter 2009 - Engelsk, norsk, svensk eller dansk språk	24	1
18.03.19	PubMed Ramirez et al., (2009)	«ostomy» AND «sexuality»	- Publisert før 2009 - Annet språk enn engelsk - Artikler som ikke er forskningsartikler - Fulltekst tilgang	- Publisert etter 2009 - Engelsk språk - Forskningsartikler	32	1

3.3 Kildekritikk

Forskningen til Ramirez et al., (2009) mangler et sykepleierfaglig perspektiv, men jeg synes fremdeles at artikkelen er relevant for denne oppgaven. Grunnen til det er at man både får et innblikk i kvinner som har et tilfredsstillende sexliv etter operasjonen, og kvinner som har mange seksuelle utfordringer. Kvinnene forteller også hva de savnet av informasjon, og hvilke tiltak de har gjort for å føle seg mer komfortabel i en intim setting med sin partner. Det er kun kvinner som er inkludert i denne studien, men de andre forskningsartiklene jeg har valgt inkluderer også menn. Jeg synes derfor at denne artikkelen kan benyttes for å besvare

problemstillingen min. Siden det er en kvalitativ forskningsartikkel får man kun innblikk i hvordan noen få kvinner opplever seksualitet etter operasjonen, derfor kan man ikke bruke denne artikkelen som en fasit på hvordan kvinner generelt opplever seksuelle utfordringer etter operasjonen.

Anaraki et al., (2012) sin forskning er fra Iran, og det kan være større kulturelle forskjeller mellom Iran og Norge. Det kan gjøre at denne artikkelen ikke er optimal for å se på seksualitet etter stomioperasjoner i Norge. Artikkelen er kvantitativ, og målet med forskningen er å evaluere livskvaliteten til stomiopererte i Iran. Min problemstilling omhandler seksuelle utfordringer og veiledning, ikke livskvalitet i sin helhet. For mange er seksualitet en faktor som påvirker livskvalitet, derfor mener jeg at denne artikkelen kan brukes i oppgaven. Det at forskningen er kvantitativ gjør at jeg ikke får vite hva pasientene syntes var bra eller dårlig med den veiledningen de har mottatt. Det gjør at denne artikkelen ikke alene kan være med på å besvare min problemstilling.

Forskningen til Davidson (2016) ser på livskvaliteten til personer med stomi i Irland. Det er en kvantitativ forskningsartikkel som gir ett innblikk i livskvaliteten og de seksuelle utfordringene stomipasienter i Irland opplever. Davidson (2016) sin forskning formidler at det kan være andre årsaker enn selve stomien, og stomioperasjonen som forårsaker erektil dysfunksjon hos pasientene som deltar i studien. Dette kan for eksempel være diabetes eller hjertesykdom. Jeg har valgt å inkludere denne forskningsartikkelen på tross av at noen av funnene om seksuelle utfordringer blant stomiopererte kan ha andre bakenforliggende årsaker.

Forskningsartikkelen til Reese et al., (2014) er en kvantitativ forskningsartikkel om seksuelle utfall ved kolorektal kreft. Den ser på om det er forskjeller på om pasientene har, har hatt eller aldri har hatt stomi. Denne artikkelen omtaler dermed også pasienter som ikke har permanent stomi, eller som aldri har hatt stomi. Oppgaven min fokuserer kun på pasienter med permanent ileo- eller kolostomi, men det kan være interessant å se seksuelle ulikheter mellom gruppene med og uten stomi. Derfor er denne artikkelen inkludert i oppgaven. Siden mange av pasientene har gjennomgått stråling er det vanskelig å vite om de seksuelle utfordringene pasientene opplever er forårsaket av strålingen, eller stomien og stomioperasjonen. Uansett om årsaken til de seksuelle utfordringene er selve stomioperasjonen eller stråling synes jeg det kan være relevant for oppgaven, siden mange pasienter får anlagt stomi som følge av kreft. Derfor vil mange av disse pasientene også gjennomgå strålebehandling.

Siden jeg ikke er en erfaren søker kan det være jeg hadde funnet forskningsartikler som bedre kunne belyse og besvare problemstillingen min om jeg hadde hatt mer erfaring og kunnskap om søk etter forskning. De forskningsartiklene jeg benytter i denne oppgaven har engelsk språk, og siden engelsk ikke er mitt morsmål kan det være feiltolkninger i oversettelsen. Jeg har benyttet engelsk - norsk ordbok for å oversette ord og faguttrykk jeg er ikke har vært sikker på den norske betydningen av.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funns
1	Davidson, F. (2016)	Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates	<i>British Journal of Nursing</i> , 25(17), 4- 12	Hensikten med studien var å undersøke livskvaliteten til irske stomiopererte, og hvordan de tilpasset seg livet med stomi.	Det er en kvantitativ studie der det ble sent ut en spørreundersøkelse på 79 spørsmål til alle medlemmene av Ileostomy Association i Irland der de er 494 medlemmer. 101 skjemaer ble gitt ut av stomisykepleiere. Totalt fikk 595 stomiopererte undersøkelsen og 256 personer svarte.	Livskvaliteten til de stomiopererte som deltok i studien er innenfor det Irske gjennomsnittet på livskvalitet. Den mentale helsen er derimot lavere enn det Irske gjennomsnittet. Stomiopererte opplever i høyre grad enn folk flest seksuell dysfunksjon. Alle stomiopererte bør få muligheten til å snakke med en likeperson og en sykepleier som har kunnskap om stomi. Dette for å snakke om utfordringer som kan oppstå og få hjelp til å tilpasse seg det nye livet med stomi.
2	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 & Health</i> , 49(8), 608-624	Hensikten med studien var å undersøke seksuelle utfordringer hos kvinner som har anlagt stomi.	Det er en kvantitativ og kvalitativ studie. 284 langtidsoverlevende etter colorektal kreft med stomi ble tilsendt en undersøkelse på mail. 117 av disse var kvinner. Deretter ble 30 kvinner dybdeintervjuet.	Funnen ble delt inn i fire grupper: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingen langvarige seksuelle utfordringer 2. Langvarige seksuelle utfordringer 3. Aldersrelaterte endringer av seksualitet 4. Ingen seksuelle erfaringer med partner etter stomioperasjonen
3	Reese, J. B., Finan, P. H., Haythornthwaite, J. A., Kadan, M., Regan, K. R., Herman,	Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients	Supportive Care in Cancer, 22(2): 461-468	Studiens hensikt var å undersøke hvilken innvirkning stomi har på sexlivet og kroppsbilde.	Det er en kvantitativ studie der menn og kvinner over 21 år med colorektal kreft ble rekruttert til studien i forbindelse med sykehusbesøk. 258 undersøkelser som vurderte pasientens følelsesmessige,	Pasientene som hadde hatt stomi tidligere og de som hadde det når undersøkelsen fant sted rapporterte om dårligere seksualfunksjon enn pasientene som aldri hadde hatt stomi. Pasientene med nåværende stomi rapporterte også i høyere grad kroppsbildeforstyrrelser enn pasientene som aldri hadde hatt stomi. Det ble ikke funnet

	J. M., Efron, J., Diaz, L. A. Jr. & Azad, N. S. (2014)	by ostomy status			fysiske og seksuelle helse ble gitt ut, og 141 personer svarte på undersøkelsen og fylte kriteriene. 18 av personene hadde hatt stomi tidligere, 25 personer med nåværende stomi og 98 personer som aldri har hatt stomi.	noen forskjeller mellom gruppene når det gjaldt depressive symptomer og mannlig seksuell eller erektil funksjon.
4	Anaraki, F., Vafaie1, M., Behboo, R., Maghsoodi, N., Esmaeilpour, S. & Safae, A. (2012)	Quality of life outcomes in patients living with stoma.	Indian Journal of Palliative Care 18(3): 176-180	Studiens hensikt var å undersøke pasienter med stomi sin livskvalitet etter stomioperasjon en.	Det er en kvantitativ studie der 102 personer over 18 år, som har hatt stomi i minst tre måneder fikk en spørreundersøkelse med 89 spørsmål.	Resultatene viser at det å leve med stomi påvirker livskvaliteten. Undervisning til pasientene og deres pårørende kan øke pasientenes livskvalitet. Seksuelle og psykologiske konsultasjoner kan også være med på å øke pasientenes livskvalitet.

5 Drøfting

I dette kapittelet skal funnene fra faglitteratur, forskningsartiklene, relevant lovverk og sykepleierens yrkesetiske retningslinjer drøftes opp mot problemstillingen som er: *Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med nyanlagt stomi for å forebygge seksuelle utfordringer ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen?*

5.1 Læreforutsetninger

Når sykepleier skal undersøke hvilke læreforutsetninger pasienten har må man ta hensyn til pasientens bakgrunn, alder, sykdom og tidligere erfaringer (Christiansen, 2013). Uansett bakgrunnen og hvilke tidligere erfaringer pasienten har må alltid sykepleier tilpasse informasjonen til den enkelte pasienten (Nilsen et al., 2016). Dette står også i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-4) som sier at informasjonen alltid skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger.

Pasienter som får stomi på grunn av kreft er ofte eldre, og har ikke hatt tid til å forberede seg på tanken om å få en stomi (Nilsen et al., 2016). Operasjonen som skal utføres kan også være livreddende for pasienten (Almås og Benestad, 2017). Disse pasientene kan være i sjokk over kreftdiagnosen de har fått, så det å få en stomi kommer i annen rekke. Pasienter som får stomi på grunn av Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt er ofte yngre, og har hatt tid til å tilegne seg kunnskap om stomi før operasjonen. Da disse pasientene ofte er mer forberedt på å få en stomi har de dermed allerede mange spørsmål om hvordan livet etter operasjonen vil bli (Nilsen et al., 2016). Å få en stomi på grunn av kroniske tarmlidelser kan gi pasientene et nytt liv etter operasjonen, men uansett årsaken til anleggelsen av stomi vil posen på magen med avføring for mange være til hinder for seksuell utfoldelse (Almås og Benestad, 2017).

For at pasienten skal nyttiggjøre seg veiledningen sier Tveiten (2016) at man bør opparbeide et tillitsforhold med pasienten. Dette kan være vanskelig å gjennomføre i praksis siden pasienten vanligvis ikke er mange dagene på sykehus etter operasjonen (Oslo-universitetssykehus, 2016). Som jeg selv har erfart i praksis kan det også være vanskelig å skape gode tillitsforhold med pasienten. Sykepleieren er nødvendigvis ikke på jobb alle dagene pasienten er innlagt, og sykepleierturnusen på sykehus oftest er tredelt. Selv om det kan være utfordrerne å skape tillitsforhold med pasienten forteller Tveiten (2016) at det kan

hjelpe å bruke pasientens navn i samtaler og ha blikkontakt. Oppstart og bli kjent fasen av veiledningen skal legge til rette for at veiledningen får god kvalitet, og det kan være hjelpsomt og klargjøre både pasientens og sykepleierens forventninger til hverandre, og til veiledningen (Tveiten, 2016).

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2016) ønsker pasienter å snakke om og få veiledning om seksualitet og utfordringene de kan oppleve på grunn av sykdom og behandling. Den forskningen jeg har funnet og tatt med i denne oppgaven underbygger også dette. Helse- og omsorgsdepartementet (2016) har tilbakemeldinger fra brukere som forteller at brukerne/pasientene ønsker at det er helsepersonell som er initiativtagere når temaet seksualitet skal prates om. Forskningen til Beck og Justham (2009) viser derimot at kun omtrent 11% av sykepleiere tar opp temaet seksualitet uoppfordret med sine pasienter. Helse- og omsorgsdepartementet (2016) vektlegger også viktigheten av at sykepleieren har den nødvendige kunnskapen, og tillitten til å veilede og snakke om seksualitet. Dette er viktig siden mange synes det er ett intimt og vanskelig tema å prate om (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Forskningen til Beck og Justham (2009) viser derimot at de færreste sykepleiere har nok kunnskap til å veilede om seksualitet.

Funnene i Beck og Justham (2009) sin forskning viser at sykepleiere anser seksuelle problemer som upassende å ta opp med sine pasienter. Noe av grunnen til at sykepleierne som deltok i studien mente dette er at seksuelle utfordringer ble sett på som mindre viktig sammenlignet med problemer med å overkomme sykdom og å takle behandlingen. Ifølge noen av pasienten som ble intervjuet i forskningen til Ramirez et al., (2009) forteller derimot at deres manglende eller dårlige seksualliv gjør at de ikke føler seg hele som mennesker. Dette synes jeg viser hvor viktig seksualitet og seksualfunksjon er for mange stomiopererte. Dette blir også underbygget av forskningen til Anaraki et al., (2012) der seksualfunksjonen har en betydelig innvirkning på livskvaliteten til pasientene i deres undersøkelse. Andre grunner til at sykepleierne syntes det var upassende å prate om sex og seksuell dysfunksjon i forskningen til Beck og Justham (2009) var manglende kunnskap hos sykepleierne, og at de var flau over å snakke om seksualitet med pasientene sine. Beck og Justham (2009) mener at disse samtalene kan bli mindre utfordringer for sykepleieren om vi prater mer åpent om problemer av seksuell art.

5.2 Rammefaktorer og situasjon for veiledning

Ifølge Nilsen et al., (2016) er det viktig at det settes av god tid når informasjon og veiledning skal gis, og at informasjonen blir gitt på et egnet rom uten forstyrrelser. Etter mine erfaringer fra praksis på sykehus pleier det å være et rom på sengeposten der veiledningen kan gis, men at disse rommene ikke nødvendigvis er optimalt innredet for veiledning. I tillegg til dette er det ofte kun ett rom som kan benyttes, dermed kan det være vanskelig å finne tid der både rommet er ledig og sykepleier har tid til å gi veiledning. Dette er en rammefaktor som kan gjøre veiledningen av pasienter mer utfordrerne. Det kan også være vanskelig å sette av god tid til å gi veiledningen for å forebygge seksuelle utfordringer både på grunn av at det ofte er hektisk på en sengepost, og sykepleiere har mange arbeidsoppgaver gjennom dagen i tillegg til å veilede pasientene sine. Forskningen til Davidson (2016) forteller også at de fleste pasientene har nok med å lære seg å stelle stomien sin den korte tiden de er innlagt på sykehuset. Derimot viser forskningen til Anaraki et al., (2012) at pre- og postoperativ veiledning om seksualitet og seksuell dysfunksjon kan forbedre pasienter livskvalitet. Nilsen et al., (2016) forteller at ikke alle pasienter er like mottagelige for informasjon kort tid etter operasjonen. Derimot forteller en av kvinnene som ble intervjuet i forskningen til Ramirez et al., (2009) at dårlig veiledning og informasjon om de seksuelle utfordringene som kan oppstå var en medvirkerne faktor til at hun fikk store problemer med å ha et sexliv etter operasjonen.

Som sykepleier skal man etterleve de yrkesetiske retningslinjene. Punkt 2. 1 forteller at sykepleieren har ansvar for å handle på en måte som fremmer helse og forebygger sykdom (NSF, 2016). For at man skal gjøre dette på en god måte trenger sykepleieren nok kunnskap om seksualitet og seksuelle utfordringer pasienter kan oppleve (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Derimot forteller 72 % av sykepleierne som deltok i studien til Beck og Justham (2009) at de manglet kunnskap for å kunne veilede pasientene sine om seksualitet. Sykepleierne fortalte også at de har behov for videre undervisning på området. Helse- og omsorgsdepartementet (2016) forteller om viktigheten av at sykepleieren som veileder pasienter om seksualitet og seksuelle utfordringer må ha nok kunnskap om temaet. Grunnen til dette er både for å kunne gi riktig og god veiledning, men også for at pasienten skal bli trygg i samtalen om intime temaer med sykepleier. I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer punkt 1. 7 står det om viktigheten av at sykepleieren erkjenner grensene sine for egen kompetanse. Det står også at sykepleier praktiserer innenfor disse grensene og søker veiledninger i situasjoner der det er nødvendig (NSF, 2016). Studien til Beck og Justham (2009) viser derimot at dette ikke nødvendigvis praktiseres av alle sykepleiere. Hele 84 % av

sykepleierne som deltok i studien deres hadde ikke fått noen form for undervisning eller trening i hvordan de skulle veilede pasienter om seksualitet og seksuelle utfordringer, selv om dette var noe de ønsket.

Både liten kunnskap hos sykepleiere og at sykepleieren har hektiske dager på sykehusavdelingen vanskeliggjør god veiledning av pasientene. Rees et al., (2014) forteller om viktigheten av å henvise videre til spesialister om man ikke allerede har dette på avdelingen, og hvis situasjonen tilsier at det er nødvendig. Dette står i samsvar med sykepleierens yrkesetiske retningslinjer punkt 1. 7 som forteller om at sykepleier skal søke veiledning i utfordrerne situasjoner (NSF, 2016). Når dette blir fulgt unngår pasientene å lide under sykepleiernes kunnskapsmangel og arbeidsmengde. Sykepleiere er også lovpålagt gjennom Helsepersonelloven (1999, § 4) til å innhente bistand eller henvise pasienter videre om det er mulig og nødvendig.

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) står det at pasienter skal informeres om både bivirkningene og risikoene de kan oppleve av behandlingen de får. Mine erfaringer fra praksis viser at sykepleiere ofte unngår å ta opp temaet seksualitet med sine pasienter, selv om forskning viser at det er fordelaktig for pasientene å få informasjon og veiledning om seksuelle utfordringene som kan komme etter operasjonen (Reese et al., 2014). Forskningen til Anaraki et al., (2012) konkluderer med at seksuell veiledning kan øke livskvaliteten til stomiopererte.

5.3 Mål og ønsker for undervisning

Som sykepleier skal man hjelpe pasientene sine med å ivareta sine grunnleggende behov ved og etter sykdom eller helsesvikt (NSF, u.å.). Det er viktig for en pasient med anlagt stomi å lære seg å forholde seg til sin stomi, fordi stomien kan ha stor betydning for pasientens forhold til nære relasjoner, kroppsbilde og sexliv (Christiansen, 2013). Ramirez et al., (2009) sin forskning viser at de kvinnene som ikke hadde langvarige seksuelle utfordringer etter operasjonen hadde akseptert hvordan kroppen deres hadde blitt etter operasjonen.

Ifølge Christiansen (2013) er det en stor fordel om pasienten og sykepleieren samarbeider om å utarbeide målene for veiledningen. Davidson (2016) sin forskning viser derimot at mange pasienter ikke blir klar over innvirkningene stomien får på sexlivet deres før de kommer hjem.

Dermed kan det være vanskelig for pasienten å sette mål for veiledningen mens de er på sengeposten. Om det er enighet om målene før veiledningen begynner vil sykepleier og pasient ha en felles forståelse om hva pasienten skal jobbe mot, og man unngår at pasienten og sykepleieren jobber mot ulike mål. I tillegg vil medbestemmelse styrke pasientens motivasjon, bevissthet og ansvarlighet (Christiansen, 2013). Dette blir det lagt vekt på i punkt 2. 4 i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer som sier at ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon til pasienter fremmer man pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (NSF, 2016). Sykepleier skal også forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen (NSF, 2016).

Forskningen til Anaraki et al., (2012) viser at det å få, og leve med en stomi påvirker pasientens livskvalitet. Forskningen viser også at pre- og postoperativ veiledning til pasienten og partner kan ha en positiv innvirkning på livskvaliteten til pasienten (Anaraki et al., 2012). Seksuelle utfordringer er et stort problem blant stomiopererte (Rees et al., 2014). Davidson (2016), Anaraki et al., (2012), Reese et al., (2014) og Ramirez et al., (2009) mener at seksuell veiledning kan redusere disse utfordringene. Det er et viktig mål å redusere seksuelle utfordringer hos stomiopererte siden dette er en gruppe som opplever disse problemene i høyere grad enn resten av befolkningen (Davidson, 2016).

5.4 Innhold

Veiledningen må inneholde informasjon om de potensielle seksuelle utfordringene som operasjonen kan forårsake, og hvilken innvirkning den endrede kroppen kan ha på pasienten (Beck og Justham, 2009). Sykepleieren må informere om at menn kan oppleve erektil dysfunksjon, miste evnen til å få eller opprettholde ereksjon og oppleve problemer rundt ejakulasjon. Ejakulasjonsproblemer kan være tørre orgasmer eller tilbakegående ejakulasjon der seden ejakuleres tilbake i urinblæren (Nilsen et al., 2016). 67 % av de mannlige deltagerne i studien til Reese et al., (2014) med nåværende stomi hadde problemer med erektil dysfunksjon. 40,2 % av mennene som deltok i studien til Anaraki et al., (2012) rapporterte at de hadde ereksjonsproblemer etter operasjonen. Av de mannlige deltagerne i Davidson (2016) sin forskning opplevde 53 % problemer med å opprettholde ereksjon. Kvinner må få informasjon om at operasjonen kan føre til skader i vaginaen, tørre slimhinner i skjeden, redusert fertilitet og redusert eller mistet sexlyst (Nilsen et al., 2016). 74 % av kvinnene som deltok i Reese et al., (2014) sin forskning hadde indikasjoner på seksuell dysfunksjon.

Flere av kvinnene som deltok i studien til Ramirez et al., (2009) opplevde få eller ingen seksuelle utfordringer etter stomioperasjonen. De fleste av disse kvinnene rapporterte derimot at de følte utfordringer knyttet til seksuell aktivitet i tiden rett etter operasjonen. Selv om disse kvinnene var fornøyde med seksuallivet sitt i etterkant av operasjonen hadde sexlivet mistet noe av den tidligere spontaniteten (Ramirez et al., 2009). Stomiopererte pasienter kan ha mange bekymringer rundt å gjenoppta sexlivet, pasienter kan bekymre seg for at stomiposen skal gå i stykker, være i veien eller knitre ved samleie (Nilsen et al., 2016). Derfor er det hensiktsmessig at sykepleier informerer pasienten sine om tips og triks som andre stomiopererte har god erfaring med. Flere av kvinnene som deltok i Ramirez et al., (2009) sin forskning hadde laget rutiner de måtte gjennom før de ønsket å være intime med sin partner. Rutinene gikk ut på å alltid skifte eller tømme stomiposen før sex. For å redusere faren for lekkasje og for å unngå at kvinnen selv eller partneren så posen ved samleie brukte kvinnen alltid en form for belte eller annet tøy som dekket posen, og holdt den på plass (Ramirez et al., 2009). Nilsen et al., (2016) forteller også at dette er tips pasienten bør gjøre oppmerksom på under sykehusoppholdet. Etter å ha lest mye teori og forskning om stomiopererte tror jeg det kan virke uoverkommelig for mange nyopererte å gjenoppta sexlivet etter operasjonen. Derfor mener jeg at det kan være viktig for disse pasientene å høre om at det ikke er uopnåelig å få et tilfredsstillende sexliv etter operasjonen ved å få noen nye rutiner før akten begynner.

Selv om det kan være positivt for nyopererte pasienter å høre at man kan få et tilfredsstillende sexliv etter operasjonen er det fremdeles mange pasienter som opplever store vansker med å gjenoppta sitt tidligere sexliv (Ramirez et al., 2009). Både lavt selvbilde og forandringer i skjeden etter operasjonen eller annen kreftbehandling er faktorer som kan gi seksuelle problemer (Reese et al., 2014). Som sykepleier plikter man å informere pasientene om mulige risikoer og bivirkninger behandlingen kan gi (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2), med mindre det er påtrengende fare for liv eller alvorlige helseskader for pasienten. Da kan informasjon unnlates (Pasient- og brukerrettigheter, 1999, § 3-2). Om pasientene opplever seksuelle utfordringer etter operasjonen kan det trolig også være godt for pasienten å få bekreftelse på at de ikke er de eneste som opplever utfordringer. Jeg mener også at det er fordelaktig at sykepleieren informerer om at selv de kvinnene som ble tilfreds med sexlivet sitt med stomi opplevde seksuelle utfordringer i tiden etter operasjonen (Ramirez et al., 2009).

En av kvinnene som deltok i studien til Ramirez et al., (2009) hadde så store smerter ved samleie etter operasjonen at det hadde stor negativ innvirkning både på henne selv og mannen hennes. Kvinnen fortalte videre at hun og mannen hadde prøvd ulike stillinger og bruk av glidemiddel ved samleie uten at dette reduserte smertene i stor nok grad til å kunne fullføre samleie. Kvinnen fortalte også at hun hadde blitt anbefalt å bruke dilator regelmessig for å holde veggene i skjeden fleksible etter operasjonen. Innføringen av dilatoren hadde derimot vært så smertefullt at hun ikke hadde gjort det regelmessig (Ramirez et al., 2009).

Forskningen til Anaraki et al., (2012) forteller at kun 33,3 % av de som deltok i studien gjenopptok sexlivet etter stomioperasjonen, og 30 % av de som deltok i forskningen til Davidson (2016) formidlet at det å få en stomi hadde sterk innvirkning på deres evne til å være intim. Grunnen til dette kan være mangel på informasjon og veiledning om seksuelle problemer som kan oppstå i etterkant av stomioperasjonen (Anaraki et al., 2012). Den ene kvinnen som ble intervjuet i forskningen til Ramirez et al., (2009) fortalte at hun skulle ønske at hun hadde fått mer informasjon om de seksuelle utfordringene hun kunne oppleve etter operasjonen, siden hun da ville blitt mer villig til å tåle smertene ved bruk av dilatoren. Om hun hadde brukt dilatoren regelmessig er det sannsynlig at hun og mannen kunne hatt et mer tilfredsstillende sexliv enn de smertefulle og sjeldene samleiene de nå har (Ramirez et al., 2009). Derfor mener Anaraki et al., (2012) at det kan være nyttig for pasientene med mer og god veiledning om seksualitet, og at dette kan øke pasientens livskvalitet.

5.5 Arbeidsmåter/ metode

Når pasienten kommer inn på sykehuset før operasjonen vil sykepleier etter mine erfaringer fra praksis alltid ha en innkomstsamtale med pasienten. Både Nilsen et al., (2016), forskningen til Beck og Justham (2009) og Anaraki et al., (2012) forteller at det er hensiktsmessig å ta opp hvilke konsekvenser operasjonen kan få for pasientens seksualitet preoperativt, som i en innkomstsamtale. Dette er på tross av at man ikke kan være klar over i hvilken grad pasienten vil oppleve utfordringer før etter operasjonen er gjennomført (Beck og Justham, 2009).

Det er positivt for pasienten å bli klar over hvilke konsekvenser man kan oppleve før operasjonen er gjennomført. Pasienten trenger også mer utfyllende informasjon og veiledning postoperativt. I Beck og Justham (2009) sin forskning forteller en av pasientene og pasientens partner at de ikke hadde fått informasjon om at operasjonen og stomien kunne gi erektil

dysfunksjon og psykiske komplikasjoner. Beck og Justham (2009) vurderer at årsaken til dette kan være at sykepleieren følte tabu rundt samtaler om seksualitet, eller at sykepleieren hadde for liten kunnskap til å informere og veilede om temaet. Videre blir det nevnt at pasienten og partneren kan ha fått informasjonen, men glemte at den har blitt gitt (Beck og Justham, 2009). Om det er tilfelle at pasienten og partneren har glemte alt av informasjonen de har fått om seksuelle utfordringer har ikke informasjonen blitt gitt på en god nok måte. Dette viser videre at sykepleieren ikke har tilpasset informasjonen til pasientens forutsetninger for å motta informasjon, som man er lovpålagt til å gjøre gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-4). Sykepleieren kan heller ikke ha fulgt Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999) der det står at sykepleier skal i så stor grad som det er mulig forsikre seg om at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen.

Pårørende kan være en ressurs for pasienten ved veiledning både før og etter gjennomført operasjon (Anaraki et al., 2012). I denne oppgaven er hovedfokuset på veiledning i den postoperative fasen, men preoperativ informasjon og veiledning er også viktig. Pårørende kan være en ressurs fordi det kan oppleves godt for pasienten å ha støtte fra sine nærmeste. Pårørende som pasientens ektefelle eller partner kan også ønske å få den samme informasjonen som pasienten selv, som informasjon om utfordringene som kan oppstå etter operasjonen (Nilsen et al., 2016). Partneren kan ha nytte av å vite hvordan stomien fungerer, at stomiutstyret kan byttes før samleie, og få informasjon om lukt (Almås og Benestad, 2017). Derfor kan det være fordelaktig for pasienten om sykepleieren i samråd med pasienten legger til rette for og oppmuntre pårørende til å delta på veiledning (Nilsen et al., 2016).

Pasienten skal få mye informasjon mens de er på sykehuset og siden ikke alle pasienter er like mottagelige for informasjon kort tid etter operasjonen kan det være hensiktsmessig at informasjonen som blir gitt gjentas (Nilsen et al., 2016). Pasienten bør også få all den nødvendige informasjonen skriftlig. Sykepleier kan gjerne oppfordre pasienten og pårørende til å notere ned alle spørsmål de kommer på gjennom veiledningen og sykehusoppholdet. Om disse tiltakene blir fulgt er det mer sannsynlig at pasienten både husker og får mer utbytte av informasjonen som blir gitt (Nilsen et al., 2016). Forskningen til Anaraki et al., (2012) konkluderer med at både pre- og postoperativ veiledning til pasienten og pasientens partner er viktig for å øke pasientens livskvalitet. Forskningen til Ramirez et al., (2009) viser også at det hadde stor betydning for mange av kvinnen som deltok i studien at partneren deres var støttende og aksepterte den forandrede kroppen deres.

Forskningen til Davidson (2016) viser at personer med stomi både hadde nytte av og ønsket å møte andre mennesker med stomi for å lære. Derimot var det kun 56 % av deltagerne som hadde fått tilbud om å ha samtaler med en likeperson. Etter mine erfaringer fra praksis pleier det å være et likepersontilbud på sykehusavdelingene. Dette tilbudet er til for at pasientene kan møte andre mennesker som har vært gjennom samme operasjon som dem selv for å kunne dele erfaringer. For pasienter kan bare det å se et annet menneske i normale klær og fullt oppegående som har stomi gjøre det lettere å akseptere situasjonen de selv er i (Nilsen et al., 2016).

I tillegg til å møte en likeperson på sykehuset viser både forskningen til Davidson (2016) og Anaraki et al., (2012) at pasientene hadde stort utbytte av støttegrupper for stomiopererte. Hele 83,3 % av pasientene som deltok i forskningen til Anaraki et al., (2012) var medlem av en stomistøttegruppe. I Norge heter pasientforeningen NORILCO, som står for: Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft. Gjennom denne foreningen kan pasienter møte andre personer med lik type stomi, av samme kjønn og omtrent samme alder, om det er mulig (Nilsen et al., 2016). I studien til Davidson (2016) kommer det frem at pasientene syntes råd fra likesinnede var verdifullt og lettere ta til seg enn råd fra helsepersonell. Grunnen til dette er at helsepersonell ofte ikke har gjennomgått samme operasjonen som pasientene. Det å delta i støttegrupper fremmet også forståelse og håp for pasientene og det ble lettere å akseptere situasjonen de er i (Davidson, 2016). Siden mange av deltagerne i både forskningen Anaraki et al., (2012) og Davidson (2016) hadde flere positive tilbakemeldinger om likepersontjenester, og stomistøttegrupper trekker jeg slutningen at dette er et tilbud alle stomiopererte bør få. Sykepleier bør informere alle pasientene sine om tilbudet og formidle at mange andre pasienter i deres situasjon har hatt god nytte av å prate med andre mennesker som har gjennomgått den samme operasjonen som dem selv.

5.6 Vurdering/ evaluering

I den avsluttende fasen av veiledningen skal man oppsummere hva veiledningen har omhandlet, hva sykepleieren og pasienten har forstått og oppdaget. Man kan også dele tanker om veien videre (Tveiten, 2016). Når man som sykepleier veileder pasienter er det viktig å vurdere veiledningen underveis. Man må tilpasse innholdet, arbeidsmåten eller målet for undervisningen om situasjonen til pasienten har ender seg underveis i veiledningsfasen.

Når veiledningen finner sted er det kort tid etter operasjonen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), og pasienten har hverken blitt trygg på eller vandt med stomien (Davidson, 2016). Pasienten har heller ikke hatt tid til å utprøve sexlivet etter operasjonen. Derfor tror jeg det er viktig med samtaler om veien videre siden det er stor sannsynlighet for at pasienten vil få nye spørsmål og utfordringer når de kommer hjem og hverdagen begynner (Davidson, 2016). Om pasientens tilbakemeldinger til sykepleieren etter gjennomført veiledning er at den ikke var god nok, eller ikke stilte til forventningene kan sykepleier spørre om hva pasienten tror er grunnen til dette. Sykepleieren kan også forhøre seg med pasienten om hva som kunne vært gjort annerledes (Tveiten, 2016). Både positive og negative tilbakemeldinger er viktig for at sykepleier kan optimalisere sin veiledning av pasienter videre (Christiansen, 2013).

I Davidson (2016) sin forskning kommer det frem at 95 % av de som hadde fått hjemmebesøk av sykepleier etter operasjonen fant det ganske eller veldig hjelpsomt. Derfor foreslår Davidson (2016) at rutinemessige hjemmebesøk etter stomioperasjon kan være svært gunstig for pasientene. Konteksten for denne oppgaven er på kirurgisk sengepost, og sykepleiere som jobber på sengepost har etter mine erfaringer fra praksis ikke mulighet til å dra på hjemmebesøk hos pasienter etter utskrivelse. På tross av dette synes jeg det er viktig å nevne denne muligheten siden et så stort antall pasienter hadde utbytte av hjemmebesøk av sykepleier etter operasjonen. Om sykehusavdeling og hjemmesykepleien samarbeider godt kan rutinemessige besøk fra hjemmesykepleien etter at pasienten er utskrevet hjelpe pasientene med utfordringene de opplever hjemme. Davidson (2016) konkluderer også med at det er økonomisk gunstig for helsevesenet å kunne gi hjemmebesøk til denne pasientgruppen siden dette kan redusere reinnleggelse. I tillegg til det økonomiske aspektet er dette den beste sykepleiepraksisen og den mest fordelaktig for pasientene (Davidson, 2016).

6 Avslutning

Formålet med denne oppgaven er å svare på problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med nyanlagt stomi for å forebygge seksuelle utfordringer ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen?* Etter all forskningen og teorien jeg har lest kommer det tydelig frem at pasienter som får anlagt stomi kan få seksuelle utfordringer, og det er noe som påvirker mange pasienter. Mange som får anlagt stomi sliter med ulike typer seksuelle utfordringer. Både forskningen og teorien jeg har lest for å skrive denne oppgaven konkluderer med at veiledning fra sykepleier kan hjelpe pasienter med å redusere og overkomme seksuelle utfordringer som stomioperasjonen kan medføre.

Den didaktiske relasjonsmodellen kan være et godt hjelpemiddel for å strukturere veiledningen av pasienter, og sikre at sykepleieren tar hensyn til de viktigste faktorene ved veiledning. Modellen er også nyttig å bruke for å sikre at veiledningen blir god og tilpasset hver enkelt pasient. Grunnen til at den didaktiske relasjonsmodellen er et godt verktøy for veiledning er fordi sykepleieren må ta pasientens læreforutsetninger til etterretning. For at pasienten skal få best mulig utbytte av veiledningen bør sykepleieren forsøke å opparbeide et tillitsforhold med pasienten. Sykepleieren er den som bør innlede samtalen om seksualitet med pasienten siden mange pasienter vegrer seg for å ta opp temaet selv.

For å gi god veiledning må sykepleieren også ta hensyn til rammefaktorene som er tilstede både på sengeposten og for pasienten selv. For at veiledningen skal bli god må sykepleieren sette av god tid, selv om dette kan være utfordrende på en hektisk sengepost der pasientene raskt blir utskrevet. Manglende kunnskap hos sykepleierne om seksualitet og seksuelle utfordringer er en utfordring. Derfor bør sykepleiere få videre undervisning om temaet for å gi pasientene sine god veiledning.

Å ha mål for undervisningen er hensiktsmessig for at både sykepleieren og pasienten har noe å jobbe mot. Dette er implementert i den didaktiske relasjonsmodellen. Sykepleiere skal jobbe mot å veilede og informere pasientene sine i så stor grad at de blir klar over hvilke seksuelle utfordringer operasjonen kan føre til. Langtidsmålet for pasienten bør være å kunne ha et så tilfredsstillende sexliv som mulig etter operasjonen.

I all veiledning og undervisning er innholdet selve essensen av det sykepleieren skal formidle til pasienten, og innholdet må alltid tilpasses faktorene rundt. Sykepleieren bør informere om alle utfordringene og problemene pasienten kan oppleve som følge av operasjonen.

Sykepleieren bør også informere om tiltakene pasienten selv kan gjøre for at de seksuelle utfordringene kan forebygges i den grad det er mulig.

Arbeidsmåten for hvordan undervisningen skal gis er også essensielt viktig. Forskning og teori forteller at veiledning om seksuelle utfordringer bør finne sted både før og etter gjennomført operasjon. Det kan være nyttig for både pasienten og pasientens partner at partneren deltar i veiledningen. Sykepleieren bør gjenta den viktigste informasjonen så pasienten har større sannsynlighet for å huske den. Informasjonen bør også gis skriftlig. Forskningen viser at mange pasienter med nyanlagt stomi har stort utbytte av å møte og ha samtaler med andre personer som har fått stomi. Dette bør sykepleieren legge til rette for og informere om.

Det er viktig å vurdere og evaluere gjennom hele veiledningsfasen, men når veiledningen avsluttes skal man vurdere hva pasienten har fått ut av veiledningen. Det er hensiktsmessig å prate om veien videre siden det er stor sannsynlighet for at pasienten får flere spørsmål etter utskrivelse fra sykehuset. Det kan også være hensiktsmessig og positivt for pasienten å få hjemmebesøk av sykepleier etter hjemkomst. Om det er god kontakt og informasjonsformidling mellom sengeposten og hjemmesykepleien kan pasienten få utbytte av besøk fra hjemmesykepleien etter utskrivelsen.

Forskningen viser at det er et høyt antall av pasienter som har seksuelle utfordringer etter at de har fått anlagt stomi. Forskningen antyder også at utfordringene pasientene opplever kan reduseres ved hjelp av god veiledning fra sykepleiere. Jeg kan ikke konkludere med noen form for mål på hvordan veiledningen skal gjøres siden veiledningen alltid skal tilpasses hver enkelt pasient, og rammefaktorene rundt pasienten og sykepleieren. Jeg kan derimot konkludere med at sykepleiere trenger mer kunnskap om seksualitet og seksuelle utfordringer for å kunne gi pasientene sine god veiledning på området. Sykepleiere må også være trygge i sin rolle når de tar opp temaer rund sex med sine pasienter, siden flere pasienter synes dette er et vanskelig tema å prate om.

Litteraturliste

- Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Anaraki, F., Vafaie1, M., Behboo, R., Maghsoodi, N., Esmaeilpour, S. & Safaee, A. (2012). Quality of Life Outcomes in Patiens Living with Stoma. *Indian Journal of Palliative Care*, 18(3): 176-180. <http://dx.doi.org/10.4103/0973-1075.105687>
- Beck M, & Justham D. (2009). Nurses' attitudes towards the sexuality of colorectal patients. *Nursing Standard*, 23(31), 44–48. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105505540>
- Christiansen, B. (2013) *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). 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>
- Eide, H., & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fonn, M. (2011). Tabubelagt tap. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2011/06/tabubelagt-tap>
- Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik, & T. Larsen, *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). [Regjeringen.no](http://regjeringen.no) 43-44.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Mæland, J. (2016). Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Nilsen, C., Indrebø, M., & Stubberud, D. (2016). Sykepleie til pasienter med stomi. I U. Almås (red.), *Klinisk sykepleie 1* (5 utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- 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>
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

- Oslo- universitetssykehus. (2016). Hentet fra: <https://oslo.universitetssykehus.no/behandlinger/endetarmskreft-operasjon#andre-og-tredje-dag-etter-operasjonen>
- 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
- Ramirez M, McMullen C, Grant M, Altschuler A, Hornbrook MC, & Krouse RS. (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>
- Reese, J. B., Finan, P. H., Haythornthwaite, J. A., Kadan, M., Regan, K. R., Herman, J. M., Efron, J., Diaz, L. A. Jr. & Azad, N. S. (2014). Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status. *Supportive Care in Cancer*, 22(2), 461-468. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-013-1998-x>
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning: - Mer Enn Ord*. (4. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Tveiten, S. (2016). Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring. Bergen: Fagbokforlaget
- World Health Organization. (2018). Defining sexual health: Sexuality. Hentet fra https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/