



Stomi & seksualitet

Hvordan kan veiledning bidra til ivaretagelse av seksualiteten hos pasienter med nyanlagt stomi?

Kandidatnummer: 323 og 324
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8513
Dato: 14.04.20

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 14.04.20
Tittel Stomi & seksualitet	
<p><u>Problemstilling</u> “Hvordan kan veiledning bidra til ivaretagelse av seksualiteten hos pasienter med nyanlagt stomi?”</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske grunnlaget er basert på teori om stomi, seksualitet, det å kommunisere om seksualitet, sykepleierens rolle og funksjon, aktuelle lovverk, yrkesetiske retningslinjer, helseveiledning, pre- og postoperativ veiledning og PLISSIT-modellen som et aktuelt verktøy ved veiledning til pasienter med nyanlagt stomi.</p> <p><u>Metode</u> Denne oppgaven er en litterær oppgave, hvor metoden er litteratursøk. Data er innhentet fra allerede eksisterende teori, fagkunnskap og forskning. Vi har anvendt fag- og pensumlitteratur, innhentet forskningsartikler fra databasen CINAHL, og innhentet fagstoff fra nettsider vi anser som pålitelige. Metodekapitlet presenterer fremgangsmåte for litteratursøk, søk etter forskningsartikler, utvalg av fag- og forskningsartikler, samt kildekritikk.</p> <p><u>Drøfting</u> Drøftingen tar utgangspunkt i fire hovedtemaer. Drøftingen er basert på anvendt teori og forskningsartikler. Kapitlet diskuterer sykepleierens ansvarsområde, stomi og seksualitet, rammevilkår for veiledning og PLISSIT-modellen som et verktøy i veiledning.</p> <p><u>Konklusjon</u> Det er bekreftet gjennom teori og forskning at veiledning av seksualitet til stomipasienter er en mangelvare. Gjennom forskning opplyser pasienter at de ikke blir tilstrekkelig informert om seksualitet. En anleggelse av stomi gir både fysiske og psykiske konsekvenser, noe som indikerer et behov for veiledning. Helseveiledning kan ha en forebyggende og helsefremmende funksjon hos denne pasientgruppen. Forskning viser at anvendelse av PLISSIT-modellen som et verktøy i veiledning, kan bidra til å ivareta seksualiteten til pasienter med nyanlagt stomi.</p>	

*Om du bare
kunne svart
på alt
jeg ikke spør om*

Av Trygve Skaug (Skaug, 2017, s. 157).

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensning	2
1.4	Begrepsavklaring	2
1.4.1	Stomi	2
1.4.2	Seksualitet	2
1.4.3	PLISSIT-modellen	3
1.4.4	Pre- og postoperativ fase	3
1.4.5	Veiledning	3
1.5	Oppgavens disposisjon	3
2	Teori	5
2.1	Stomi	5
2.2	Seksualitet	5
2.3	Seksualitet og stomi	6
2.4	Å kommunisere om seksualitet	7
2.5	Sykepleierens rolle og funksjon	8
2.6	Veiledning	9
2.7	PLISSIT-modellen	10
3	Metode	13
3.1	Fremgangsmåte for litteratursøk	13
3.1.1	Søk etter forskningsartikler	13
3.1.2	Utvalg av forskningsartikler	14
3.1.3	Utvalg av faglitteratur og internettsider	15
3.2	Kildekritikk	15
3.2.1	Forskningsartiklene	15
3.2.2	Faglitteratur	16
4	Presentasjon av forskningsresultater	18
5	Diskusjon	21
6	Avslutning	29
7	Referanseliste	31

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge antas det at 2000 personer årlig gjennomgår en operasjon for stomi (Norilco, 2019). Å få anlagt en stomi kan for mange gi en frihetsfølelse og øke livskvaliteten. Det kan også gi tap av kontroll over avføring og gi psykososiale konsekvenser. Stomien kan påvirke hverdagslige forhold og kan skape vanskelige følelser omkring det å leve med stomi (Indrebø, 2019, s. 427). Nyopererte stomipasienter kan oppleve både fysiske og psykiske endringer i seksuallivet. En stomioperasjon kan påvirke kroppsbildet og selvbilde, pasienten kan føle seg mindre tiltrekkende, føle på skam og oppleve nedsatt sosial funksjon (Indrebø, 2019, s. 456) (Krabbe, Austrheim & Ambrose, 2019).

Stomi og seksualitet er et omtalt tema både i medier og nettsider for fagmiljøet. Her sies det at pasienter synes det er vanskelig å ta opp seksualitet med helsepersonell og helsepersonell uttrykker at de ikke har nok kunnskap til å ta opp seksualitet med pasienter (Pedersen, 2016). Det kommer også frem at stomiopererte pasienter etterspør informasjon og samtale om sex og samliv med helsepersonell (Dagbladet, 2019). Vi valgte dette tema på bakgrunn av at vi ønsker å undersøke hvordan veiledning kan være med på å ivareta seksualiteten hos pasienter med nyanlagt stomi. Som sykepleiestudenter synes vi at seksualitet er et interessant tema å utforske, da vi har opplevd i praksis at det er lite fokus på seksualitet knyttet til sykdom på sykehus. Vi opplever at det er et samtaleemne som ikke prioriteres i samtale med pasienten.

Seksualitet er et synlig tema i samfunnet via tv- og radioprogrammer, blader, musikk, kunst, medier og reklame. Til tross for sin synlighet i samfunnet er seksualitet et tema som unngås å snakkes om i helse- og omsorgstjenesten. Sykepleiere og øvrige helsepersonell tar sjeldent opp denne tematikken (Helland, 2015, s. 863). Seksualitet er et tema som ofte ignoreres i helsetilbudet til ulike pasientgrupper. Pasienter anser det som et problem at det ikke gis informasjon om mulige konsekvenser for seksuallivet som følge av en tilstand. At seksualitet er undertematisert i helse- og omsorgstjenesten, kan skape usikkerhet rundt hvordan en sykepleier skal åpne opp for en dialog med pasienter om dette temaet. Dette fører også til at ansvaret for å åpne opp for denne dialogen ligger på hver enkelt sykepleier (Helland, 2015, s. 870-871).

1.2 Presentasjon av problemstilling

“Hvordan kan veiledning bidra til ivaretagelse av seksualitet hos pasienter med nyanlagt stomi?”

1.3 Avgrensning

Vi har valgt å avgrense oppgaven til kolostomi og ileostomi da dette er de typene stomi som utgjør mesteparten av antall stomiopererte. Blant de om lag 10.000 stomiopererte i Norge utgjør colostomi ca. 60 prosent, mens ileostomi utgjør ca. 33 prosent (Norilco, 2019).

Oppgaven fokuserer på det å ha stomi, og ikke sykdommen som foreligger bak. For å avgrense oppgaven har vi valgt å fokusere på permanent stomi. Aldersgruppen vi velger å fokusere på er 23 år og oppover da den anvendte forskningen tar utgangspunkt i et bredt aldersspenn, hvor 23 år er laveste alder. Konteksten vil være på en gastrokirurgisk avdeling i spesialisthelsetjenesten. Pasientene er elektive, og vi møter de pre- og postoperativt.

Oppgaven avgrenses til tertiærforebygging da den har som hensikt å forebygge nye helseutfordringer hos personer med helsesvikt eller kronisk sykdom (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22)

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Stomi

Direkte oversatt betyr ordet stomi munn eller åpning. Stomi er en kunstig kroppsåpning hvor tarm eller urinvei har utgang til overflaten av huden. Hensikten er å avlaste eller erstatte et organ som er rammet av sykdom. Eksempelvis ved sykdom i endetarmen, ledes avføringen ut gjennom stomiåpningen. Det finnes ulike typer stomier ut ifra hvilket organ som er rammet. Stomiene er navngitt etter hvilken del av et organ som er ført gjennom huden (Norilco, 2019).

1.4.2 Seksualitet

Ifølge Verdens Helseorganisasjon (2006) defineres seksualitet som «en kjernedimensjon ved det å være menneske, som inkluderer seksuelle handlinger, kjønnsroller, kjønnsidentitet, seksuell orientering, erotikk, intimitet, nærhet, bekreftelse, kjærlighet og reproduksjon. Seksualitet oppleves eller uttrykkes i tanker, fantasier, lengsler, ønsker, tro, holdninger, verdier, aktiviteter, handlinger, roller og forhold, og er en kilde til gleder og selvrealisering så

vel som til helseutfordringer og vanskeligheter som rammer både kvinner og menn» (Helland, 2015, s. 862).

1.4.3 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen står for Permission, Limited Information, Specific Suggestions og Intensive Therapy. Modellen er en beskrivelse av ulike nivåer å forholde seg til og behandle seksuelle problemer på. Tanken bak modellen er at det ikke er kun spesialister som kan utføre seksualveiledning, men også ulike faggrupper med en utdanning som inkluderer en viss kunnskap om seksualitet og samliv (Nilsen, Indrebø & Stubberud, 2016, s. 543).

1.4.4 Pre- og postoperativ fase

Den preoperative fasen er den perioden fra da det blir bestemt at pasienten skal gjennomgå et kirurgisk inngrep, til pasienten blir operert. Den postoperative fasen er perioden etter det kirurgiske inngrepet hvor pasienten trenger overvåking og oppfølging (Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dåvøy & Eide, 2016, s. 309-310).

1.4.5 Veiledning

Ifølge Tveiten (2006) defineres veiledning til pasienter som: “en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier” (Tveiten, 2016, s. 89).

1.5 Oppgavens disposisjon

Denne besvarelsen er delt inn i seks hovedkapitler. I kapittel en presenteres bakgrunn for valg av tema, avgrensning, problemstilling og begrepsavklaring av sentrale begreper. I kapittel to redegjøres teori om stomi, seksualitet og det å kommunisere om seksualitet. Videre redegjøres sykepleierens rolle og funksjon, aktuelle lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Deretter presenteres teori om helseveiledning og pre- og post operativ veiledning. Avslutningsvis presenteres PLISSIT-modellen som et verktøy sykepleiere kan anvende i veiledning om seksualitet. I kapittel tre vil metoden anvendt i besvarelsen bli presentert. Her redegjøres fremgangsmåte, forskningssøk, utvalg av forskningsartikler og faglitteratur, samt kildekritikk. I kapittel fire presenteres funn og resultater fra de utvalgte forskningsartiklene, samt en artikkelmatrise. I kapittel fem diskuterer besvarelsen fire hovedtemaer; sykepleierens

ansvarsområde, stomi og seksualitet, rammevilkår for veiledning og PLISSIT-modellen. I kapittel seks avsluttes oppgaven med et svar på problemstillingen. Til slutt vil kapittel syv oppgi referansene som er anvendt i besvarelsen.

2 Teori

2.1 Stomi

Ileostomi

Ileostomi betyr framlagt tynntarm. Ved denne typen stomi er ileum kuttet rett over og enden er ledet ut gjennom abdomen, og kalles en ileostomi (Nilsen, Indrebø & Stubberud, 2016, s. 520). De vanligste årsakene til å få en anlagt permanent ileostomi er Chrons sykdom og ulcerøs kolitt (Francone, referert i Nilsen et al., 2016, s. 520) (Sunde, referert i Nilsen et al., 2016, s. 520). Konsistensen til tarminnholdet som kommer ut av ileostomien vil være tyntflytende og den inneholder fordøyelsesenzymer som er hudirriterende. Tarmen tømmes kontinuerlig, og øker ved matinntak. Tarminnholdet lukter annerledes enn vanlig avføring, og kan oppleves som ubehagelig. Ved ileostomi er det en fare for lekkasje av tarminnholdet på huden. En ileostomi er derfor plassert lenger ut på hudoverflaten enn en kolostomi slik at tarminnholdet lettere føres ned i stomiposen. Den bør være plassert ca. 3-4 cm utenfor hudnivået, og blir vanligvis plassert på nedre høyre side av abdomen (Nilsen et al., 2016, s. 520).

Colostomi

Colostomi er betegnelsen når colon sigmoideum er fremlagt på abdomen. Den vanligste årsaken til anleggelse av colostomi er kreft. I motsetning til ileostomi er avføringen fast. Dette fordi næringsstoffene er blitt tatt opp tidligere i fordøyelsen, i øvre del av tynntarmen. Absorpsjonen av salter og vann blir tatt opp i den resterende delen av tykktarmen. Av denne årsak er det redusert risiko for tarmlekkasje på huden omkring stomien, og legges ca. 1-2 cm utenfor hudnivået. Denne typen stomi plasseres vanligvis på venstre side av abdomen. Sammenlignet med ileostomi er det normal avføringslukt og gassutslipp, og tømningene vil være på ca. 2-4 ganger i døgnet etter hvert som tarmfunksjonen har stabilisert seg etter operasjonen (Nilsen et al., 2016, s. 522).

2.2 Seksualitet

Seksualitet regnes å være en sentral del av det å være et menneske. Seksualitet omfatter både det psykiske, fysiske og sosiale aspektet. Seksualitet er en del av den generelle helsen, og er med på å påvirke livskvaliteten hos mennesket (Helland, 2015, s. 861). Mennesker i alle aldre og livssituasjoner har en seksualitet, og menneskers seksualitet endres gjennom livsløpet.

Dette kan være grunnet fysiske endringer. Eksempler på fysiske endringer kan være pubertet, menopause eller sykdom. Det er viktig at helsepersonell har kunnskap om seksuell utvikling og hvordan ulike stadier i livet påvirker seksualiteten (Helland, 2015, s. 866). Seksualitet og den generelle helsen kan påvirke hverandre i både positiv og negativ retning. Med det menes at seksuelle utfordringer kan påvirke samlivsrelasjonen og livskvaliteten, samt bidra til stress. Å ha en god seksuell helse kan bidra til å fremme livskvalitet og mestringsevne (Helland, 2015, s. 862).

Sykdom og funksjonsnedsettelse kan påvirke seksualiteten hos mennesket. Sykdom kan ha en fysiologisk årsak, men samtidig gi sosiale- og psykologiske utfordringer. Derfor blir intimrelasjoner og seksuallivet påvirket ved sykdom. Ulike funksjonsnedsettelser og sykdom kan påvirke nytelse og lyst, gi ereksjonssvikt hos menn og påvirke fuktigheten i skjeden til kvinner. Dette kan forårsake endringer i selvbilde og relasjoner, samt begrense seksuallivet. Endret fysisk funksjonsevne kan redusere den seksuelle tilfredsheten-, aktiviteten- og selvfølelsen, samt gi seksuell engstelse. Pasienter som har tilstander som ikke direkte påvirker evnen til å kunne ha samleie, kan dog oppleve begrensninger i sitt seksualliv (Helland, 2015, s. 867-868).

2.3 Seksualitet og stomi

Ved en anleggelse av stomi kan bekkenets autonome nerver i enkelte tilfeller skades. Slike nerveskader kan gi en seksuell dysfunksjon. Dette i form av erektilе problemer og smertefulle eller manglende ejakulasjon hos menn. Hos kvinner kan disse skadene gi manglende orgasme, smerter under samleie og tørre vaginalslimhinner (Nilsen et al., 2016, s. 525). I tillegg til fysiske endringer, kan en anleggelse av stomi påvirke menneskets personlige velvære. Dette går utover samvær med andre mennesker. De kan føle seg mindre attraktive, og mer urenlige. Mange kan ville avskrive seg fra seksualiteten i et parforhold grunnet frykt for uhell i lekkasje, og frykt for at partneren skal kunne trekke seg (Gamnes, 2017, s. 397). En anleggelse av stomi vil gi konsekvenser for pasientens grunnleggende behov. Pasientene vil oppleve endringer i eksempelvis eliminasjon, ernæring og personlig hygiene. Pasienten vil miste kontroll over tømning av avføring og tarmgass. Endring i eliminasjonen inkluderer også lukt og lyd, og det kan oppstå uvante problemer som mye gass, mageknip, obstipasjon og tynn avføring. Dette kan være sosialt sjenerende da omgivelsene lærer oss fra ung alder at en skal være renslig og at en holder eliminasjon privat. Dette kan oppleves nedverdiggende og

en kan føle at en mister en del av den voksne identitet (Nilsen et al., 2016, s. 523).

Kroppsforandringene en stomioperasjon medfører kan påvirke selvbilde og måten pasienten føler, tenker, fremstår og ser på seg selv. Et endret utseende kan endre pasienten sin oppfatning av egenverd og resultere i at pasienten får et lavere selvbilde (Lim et al., referert i Helland, 2015, 524-525). I tillegg kan det oppstå psykoseksuelle problemer. Eksempelvis kan pasienten føle seg mindre attraktiv. Selvbildet til pasienten kan bli så redusert at en ikke klarer å opprettholde eller innlede en seksuell relasjon (Thorpe et al., referert i Nilsen et al., 2016, s. 525). Sykepleier bør ha kunnskaper om disse reaksjonene, da det kan være faktorer som kan bidra til depresjon (Nilsen et al., 2016, s. 525).

2.4 Å kommunisere om seksualitet

Sykepleieren skal møte pasientenes seksualitet på lik linje som andre grunnleggende behov. I tillegg skal sykepleier møte seksualitet som et viktig element ved livskvalitet. I den sammenheng er det viktig å ha kjennskap til at seksualitet er et privat og sensitivt tema, og at seksualitet kan knyttes til ulike aspekter som identitet, bekreftelse og kjærlighet. Dette er viktig å ha kunnskap om for at sykepleier skal kunne ha en dialog på en etisk profesjonell og ivaretagende måte (Helland, 2015, s. 873).

Flere sykepleiere frykter å ikke ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne svare pasienten på mulige spørsmål rundt seksualitet knyttet til situasjonen. Ved samtale om et sensitivt og privat tema som seksualitet, er det spesielt viktig at samtalen og dialogen bygger på gjensidig tillit og respekt. Sykepleieren må respektere pasientens grenser, kultur, følelser og livssituasjon. Når sykepleier skal åpne opp for samtale om seksualitet kan det være hensiktsmessig å informere om at andre i samme situasjon kan oppleve eller møte på seksuelle utfordringer. Det er en maktubalanse som eksisterer mellom sykepleier og pasient hvor sykepleier er den som sitter på kunnskap og kan derfor velge hvor mye oppmerksomhet dette temaet gis. Ved denne maktubalansen er det viktig at sykepleier motvirker ubalansen, ved å utveksle sin kunnskap med pasienten. Samtale og informasjon åpner opp for at pasienten lettere kan ta opp eventuelle seksuelle problemer ved konsultasjoner (Helland, 2015, s. 873-876).

2.5 Sykepleierens rolle og funksjon

I utøvelse av sykepleie har en yrkesetiske retningslinjer å forholde seg til. Sykepleieren har en helsefremmende og forebyggende rolle og skal følge yrkesetiske retningslinjer punkt 2.1 som sier at sykepleier har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon innebærer at sykepleier styrker pasientens egne ressurser og reduserer risikoen for sykdom eller skader. Forebyggende- og helsefremmende arbeid deles inn i primærforebygging, sekundærforebygging og tertiær forebygging (Mæland, 2016). I denne oppgaven vil tertiærforebygging være relevant. Tertiærforebygging er tiltak som skal hindre komplikasjoner som kan oppstå ved sykdom, undersøkelser og behandling. Det innebærer også å forebygge nye helseutfordringer hos personer med en helsesvikt eller kronisk sykdom (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Videre skal sykepleier følge punkt 2.2 som sier at sykepleier skal støtte pasienten i mestring, livsmot og håp. Sykepleier skal etter punkt 2.3 i yrkesetiske retningslinjer også ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon innebærer å veilede, undervise og informere pasienter, medarbeidere, studenter og pårørende. Hensikten er å fremme trygghet og sikre at pasienten mestrer og forstår mulige konsekvenser av sykdom og behandling. Pasientens rett på informasjon er lovfestet, og derfor kan ikke sykepleier unnlate dens undervisende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Helsepersonelloven §10 omhandler informasjon til pasienter, og sier at 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 helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker (Helsepersonelloven, 1999). Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2, som omhandler pasientens og brukerens rett til informasjon sier at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

2.6 Veiledning

Veiledning er en vid definisjon, og kan anses som et paraplybegrep. I paraplybegrepet inngår informasjon, undervisning, instruksjon og råd (Tveiten, 2016, s. 90-91). Veiledning foregår i ulike kontekster. Veiledning er en metode som ofte er benyttet når pasienten og pårørende, har behov for hjelp til å klargjøre sine verdier og sette nye mål for livsstil (Kristoffersen, 2017, s. 370). Når veiledningen har som hensikt å utvikle kompetanse til å mestre helseutfordringer hos pasienten, eller å ivareta helse, kalles veiledningen for helseveiledning (Tveiten, 2016, s. 89). Helseveiledning er en prosess som består av fagkunnskap, pedagogisk kompetanse og kommunikasjon. Det er en sammensatt prosess som har som hensikt å bidra til mestring og læring i helse- og sykdomsrelaterte livssituasjoner (Christiansen, 2013, s. 14).

I helseveiledning inngår det flere elementer som består av å motivere, prosessvurdere, råde, støtte, undervise, informere, lytte og spørre (Christiansen, 2013, s. 15) (Kristoffersen, 2017, s. 370). Informasjon og veiledning kan sees på som to ulike aspekter. Informasjon kan sees på som et eget nøkkelbegrep i mange ulike sammenhenger (Christiansen, 2013, s. 14). Ved å kun gi informasjon er det ingen garanti for at pasienten har mottatt og forstått innholdet. Det er en enveisprosess, der det blir gitt opplysninger som en mener mottakeren trenger, uten nødvendigvis å undersøke vedkommens behov for informasjon. I helseveiledning er informasjon implisitt som et element, og sykepleier kan utveksle informasjon som en del av veiledning og undervisning i dialog med mottakeren. Behovet for informasjon kan her bli vurdert i tråd med pasienten (Kristoffersen, 2017, s. 370). Helseveiledning fungerer som helsefremmende og helseforebyggende arbeid ved at veiledningen er tilpasset behov hos målgrupper, behov som springer ut av særpreg i kontekst og behov relatert til behandling, pleie og endring av levevaner (Christiansen, 2013, s. 16). Når en skal veilede pasienter er det flere utfordringer sykepleier må forholde seg til. Dette kan være ulike verdier, livssyn, kulturell bakgrunn, behov og ønsker og mål og pårørende (Christiansen, 2013, s. 17).

Sykepleier møter pasienter med stomi i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Sykepleier har blant annet ansvar for opplæring, veiledning, oppfølging og individuell tilpasset informasjon når det gjelder det praktiske og temaer som omhandler det å leve med stomi (Indrebø, 2019, s. 428). Når en pasient får anlagt en stomi, kan det gi store påkjenninger, kriser og selvbilde kan påvirkes. Den nye situasjonen pasienten er i innebærer tap av kontroll over en privat funksjon og pasienten kan føle seg hjelpeløs. Sykepleieren bør tilrettelegge for

en uformell samtaleform som kan gi pasienten følelsen av å være i en gjensidig dialog, som kan bidra til at pasienten erverver seg kunnskapen i større grad (Nilsen et al., 2016, s. 541).

Pasienter som skal gjennomgå en behandling som kan endre livsstil eller funksjonsnivå krever ofte et mer avansert og planlagt informasjons- og undervisningsopplegg (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). På en sykehusavdeling er det stor gjennomstrømning av pasienter, liggetiden er ofte bare noen dager og det er mange sykepleiere som er i kontakt med en pasient. Dermed kan det være utfordrende for helsepersonell å gjennomføre gode informasjon- og opplæringstiltak som dekker og ivaretar pasients behov for informasjon (Christiansen, 2013, s. 78-79). Som tidligere nevnt i dette kapitlet, er informasjon et element som inngår i det å veilede. Preoperativ informasjon er en viktig faktor som kan bidra til at pasienten er forberedt og kan redusere mulig stress før og etter operasjon (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Preoperativ undervisning og informasjon bidrar til at pasientene kan bli mer deltagende i den postoperative perioden. En økt forståelse og kunnskap om hva som vil skje postoperativt kan bidra til økt livskvalitet hos pasienten etter inngrepet. Det er viktig at den preoperative informasjonen som gis, blir gitt av et kompetent personale, samtidig som den er realistisk og relevant med hensyn til pasientens situasjon. Derfor er det viktig å involvere pasienten i samtalen for å avklare hvilke behov den enkelte pasient har. Sykepleier bør være bevisst på hvilken kontekst veiledningen blir gitt. Dette er viktig for å sikre at pasienten er mottagelig og oppfatter budskapet (Berntzen, et al., 2016, s. 320).

2.7 PLISSIT-modellen

Den amerikanske psykologen Jack Annon utviklet i 1978 PLISSIT-modellen. Modellen er formet som en pyramide med fire nivåer, og beskriver hvordan en kan tilnærme seg og behandle seksuelle problemer på. Tanken bak modellen er at den kan anvendes ved seksualopplysning, rådgivning, behandling og fjerdelinjektivitet (Almås & Benestad, 2017, s. 70). Tanken bak modellen er at den ikke kun kan anvendes av spesialister, men også ulike faggrupper med kunnskap om seksualitet og samliv skal kunne anvende den i sexologisk veiledning (Nilsen et al., 2016, s. 543).

Det nederste nivået i pyramiden er *Permission (tillatelse)*. Dette nivået innebærer at pasienten har tillatelse til å være seksuell, ha seksuelle problemer eller utfordringer, og har tillatelse til å kunne spørre om dette. Pasienter som gjennomgår en medisinsk undersøkelse, skal få

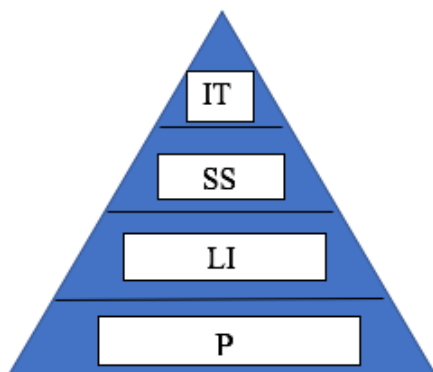
spørsmål om dens seksuelle funksjon. Her åpnes det opp for at pasienten skal få tillatelse til å kunne snakke om eventuelle utfordringer og problemer ved seksualiteten og stille spørsmål vedrørende dette (Almås & Benestad, 2017, s. 70).

Det neste nivået oppover i pyramiden er *Limited Information (begrenset informasjon)*. Dette nivået ivaretar pasientens behov for informasjon om ulike aspekter rundt seksualiteten. Her belyses både vanlige og uvanlige forhold knyttet til pasients seksualliv. Når seksuelle spørsmål oppstår under en undersøkelse eller en behandling, vil det være aktuelt at sykepleier gir begrenset informasjon om seksualitet og seksuelle utfordringer knyttet til pasientens aktuelle situasjon (Almås & Benestad, 2017, s. 71).

Det tredje nivået i pyramiden består for *Specific Suggestions (spesifikke forslag)*. Dette nivået handler om å gi spesifikke forslag som kan løse eller imøtekomme pasients problem eller utfordring. Eksempelvis kan dette være endring av sosial situasjon, endring av medikasjon eller ytterligere behandling hos en spesialist (Almås & Benestad, 2017, s. 71).

Det øverste nivået i pyramiden er *Intensive Therapy (intensiv terapi)*. Dette nivået krever en mer intensiv behandling, eksempelvis seksualterapi. Nivået krever erfaring og kunnskap. Ved identifisering av problemer som er utenfor ens kompetansenivå skal man henvise til spesialister som har kunnskap og erfaring på dette nivået. Intensiv terapi består også av andre typer spesialbehandling, som eksempelvis psykoterapi og behandling av hormonforstyrrelser (Almås & Benestad, 2017, s. 72). De ulike nivåene i PLISSIT-modellen illustreres nedenfor i figur 1.

Figur 1



Sykepleier kan i møte med pasienter anvende de to nederste nivåene i pyramiden. Samtale og informasjon ut ifra de to nederste nivåene i pyramiden, *permission* og *limited information*, omhandler det allmennmenneskelige og generelle. Det er ikke nødvendig å være spesialist for å samtale med pasienter ut ifra disse nivåene. Nivåene beveger seg oppover basert på kunnskap og erfaring, og spesialister kan anvende de øverste nivåene i pyramiden. En som utøver sykepleie til pasienter med stomi, bør kunne gi informasjon og veiledning ut ifra pyramidens to nederste nivåer. Her får pasienten mulighet til å sette ord på temaer som er vanskelig. Videre kan sykepleier bevege seg oppover til neste nivå, som går på det å gi begrenset informasjon. Her kan sykepleie utveksle informasjon om hva en stomioperasjon innebærer både psykisk og fysisk, og hvordan seksuallivet kan bli påvirket (Nilsen et al., 2016, s. 543-544).

3 Metode

Ifølge Vilhelm Aubert (1985) er metode *“en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder”* (Dalland, 2018, s. 51). Metoden er en fremgangsmåte for å innhente informasjon til å undersøke ulike fenomener. Metoden bidrar til å innhente data en trenger til å svare på den aktuelle problemstillingen (Dalland, 2018, s. 52). Denne oppgaven er en litterær oppgave, hvor metoden er litteratursøk. Det er innhentet data fra allerede eksisterende teori, fagkunnskap og forskning (Dalland, 2018, s. 207).

3.1 Fremgangsmåte for litteratursøk

Ved søk etter litteratur ønsket vi å finne aktuell data som kan være med på å belyse problemstillingen i besvarelsen. Ved innhenting av litteratur har vi fulgt inklusjonskriterier. Forskningsartikler skal være engelsk eller skandinavisk språklig. Artikkene skal være fra Europa eller et vestlig land hvor funnene kan overføres til Norge. Det skal være anerkjente tidsskrifter og artikkene skal ha en relevans til problemstillingen (Dalland, 2018, s. 211). Ved innhenting av informasjon på internett har vi benyttet nettsider som vi anser pålitelige og troverdige innenfor fagfeltet. I besvarelsen har vi brukt fag- og pensumlitteratur som belyser de ulike aspektene ved problemstillingen; stomi, seksualitet og veiledning. Videre har vi inkludert faglitteratur som ser på sykepleieperspektivet og juridiske rammer. Vi har brukt Sykepleiens-, Sykepleieforbundets-, Norilcos og World Health Organizations nettsider da vi anser disse nettsidene som aktuelle og pålitelige for fagfeltet og problemstillingen til denne besvarelsen. Videre har vi innhentet lovverk og yrkesetiske retningslinjer fra nettsidene Norsk Sykepleieforbund og Lovdata. Vi har også valgt å inkludere forskningsartikler fra databasen CINAHL. Vi har valgt å inkludere både kvalitativ- og kvantitativ forskning. Den kvalitative forskningen innhenter en dypere innsikt av sykepleierens og pasientens meninger og opplevelser. Den kvantitative forskningen gir data som er målbar og kan tallfestes, hvor vi kan få en bredere forståelse av tematikken (Dalland, 2018, s. 52).

3.1.1 Søk etter forskningsartikler

Forskningsartikkene er hentet fra databasen CINAHL som inneholder tidsskrifter innen helse- og sykepleiefag. Søkene er avgrenset til en 10 års periode, da vi ønsket at de utvalgte artikkene skulle være oppdaterte og dagsaktuelle til problemstillingen vår. Vi har også avgrenset

artikkelsøket til fagfellevurderte artikler, hvor de er publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Disse artiklene har redaksjoner som sikrer kvaliteten på det som utgis (Dalland, 2018, s. 154). Vi søkte etter artikler med fulltekst tilgang.

Fremgangsmåten for søkene illustreres i tabell 1 nedenfor:

Tabell 1

Nr.	Dato for søk	Database	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Nr.
1	10.12.19	CINAHL	Discussion AND Sexuality	2009-2019 Academic Journals Peer Reviewed	32	25
2	10.12.19	CINAHL	Sexuality AND Ostomy	2009-2019 Academic Journals Peer Reviewed	58	28
3	10.12.19	CINAHL	Sexuality AND Ostomy	2009-2019 Academic Journals Peer Reviewed	58	4
4	10.12.19	CINAHL	Plissit AND Ostomy	2009-2019 Academic Journals Peer Reviewed	4	1

3.1.2 Utvalg av forskningsartikler

Ved søket etter forskningsartikler tok vi utgangspunkt i oppgavens tematikk og problemstilling. Utvalget av artiklene ble vurdert etter inklusjonskriterier. Ved artikkel nr. 1 i tabellen ønsket vi å se på hvor hyppig seksualitet blir snakket om med pasienter blant sykepleiere. Vi brukte derfor søkeordene *Discussion og *Sexuality. Det var et bredt søk som ga 32 treff, hvor vi leste gjennom abstraktet til artiklene som kunne være aktuelle. Vi valgte artikkel nr. 25, da den ser på sykepleierens perspektiv med hensyn til problemstillingen vår. Den er aktuell da forskningen er fra Sverige, som er et Skandinavisk land. Ved søk etter artikkel 2 og 3 ønsker vi å undersøke hvilke konsekvenser en anleggelse av stomi har for

seksualiteten. Vi ønsker også å undersøke om disse pasientene ble veiledet om seksualitet på sykehuset. Derfor valgte vi søkeordene *Sexuality og *Ostomy. Søkeordene ga 58 treff. Noen av resultatene var upresise med hensyn til problemstillingen vår. Vi undersøkte treffene ved å lese abstraktet. Ut ifra dette valgte vi noen artikler som kunne være aktuelle, og leste nøye gjennom disse. Vi endte opp med artikkel nr. 28 og nr. 4 av de 58 treffene. Disse artiklene ble valgt ut fordi de kan belyse vår problemstilling fra sykepleier-, men også pasientperspektivet. Videre ønsket vi å se på hvilken effekt PLISSIT modellen har på stomiopererte pasienter. Vi brukte søkeordene *Plissit og *Ostomy*, som ga få spesifikke treff. Av 4 treff valgte vi artikkel nr. 1, da den var høyest aktuell og kan være med på å besvare problemstillingen vår.

3.1.3 Utvalg av faglitteratur og internettsider

Ved innhenting av faglitteratur ønsket vi å innhente data som ser på de ulike aspektene veiledning, seksualitet og nyopererte pasienter med stomi. Faglitteraturen som ble innhentet ble utvalgt etter relevans for oppgavens problemstilling. Vi har anvendt pensumlitteratur fra Lovisenberg Diakonale høgskole av nyeste utgave og er derfor faglig oppdatert. Oppgaven har et sykepleiefaglig perspektiv. For å belyse dette perspektivet var det sentralt å innhente faglitteratur om sykepleierens rolle og funksjon. Vi ønsket å inkludere sykepleierens yrkesetiske retningslinjer da de illustrerer hvordan sykepleier skal møte pasienten og profesjonen på en faglig forsvarlig måte. Vi har også innhentet aktuelle lovverk med hensyn til pasientens rettigheter og sykepleierens plikter når det kommer til informasjonsgivning. Videre har vi anvendt sykepleierens yrkesetiske retningslinjer som er aktuell ved utøvelse av sykepleie til pasientgruppen vår. Når det gjelder innhenting av faglitteratur fra internettsider har vi vurdert hvem som har lagt ut informasjonen og derfor brukt internettsidene på en forsvarlig måte (Dalland, 2018, s. 151).

3.2 Kildekritikk

3.2.1 Forskningsartiklene

Forskningsartiklene som er anvendt i denne besvarelsen har både styrker og svakheter. Det er gjort lite forskning på tematikken. Med våre søkeord har vi funnet begrenset med forskning fra Skandinavia. Derfor har vi måttet bruke den mest aktuelle forskningen fra andre steder i Europa. De utvalgte forskningsartiklene er engelskspråklige. Da det ikke er skrevet på vårt

morsmål kan det utgjøre en risiko for feiltolkning av funn og resultater, og viktige nyanser kan ha blitt oversett.

To av forskningsartiklene er gjennomført i Tyrkia og en er gjennomført i Italia. Grunnet kulturelle forskjeller kan det utgjøre forskjeller i praktisering i helsevesenet. Disse forskjellene kan gjøre det vanskeligere å vurdere om funn og resultater kan overføres til det norske helsevesenet. Artiklene er likevel inkludert da funnene og resultatene er interessante og gode, og kan være med på å besvare problemstillingen. En av forskningsartiklene er gjennomført i Sverige, og er overførbare da det svenske helsevesenet er relativt likt det norske. Alle forskningsartiklene er publisert innen et tiårs spenn fra da søkene ble gjennomført. En av de er publisert i 2009, og er på grensen til våre inklusjonsriterier som er på et tiårs spenn. Det øker sjansen for at resultatene kunne ha sett annerledes ut dersom forskningen ble utført i dag. Den er likevel inkludert da den er den nyeste forskningen på tematikken og resultatene responderer med anvendt pensumlitteratur.

En av artiklene har respondenter fra ulike sykehus og ulike avdelinger, og er ikke rettet mot stomipasienter. Det kan være en svakhet at vi ikke har opplysninger om sykepleierne jobber med stomipasienter. Det kan også være en styrke da dette gir et bredere omfang av tematikken. I to av artiklene er en andel av respondentene stomisykepleiere. Til tross for dette anser vi at forskningsartiklene likevel er aktuelle og overførbare til sykepleiere uten spesialisering.

3.2.2 Faglitteratur

Ved innhenting av faglitteratur har vi forsøkt å holde oss til primærkilden. En utfordring vi har møtt på underveis har vært at enkelte deler av pensumlitteraturen er sekundærkilder. Her har vi forsøkt å oppsøke primærkilden. Det kan være en svakhet at vi i enkelte tilfeller måttet bruke sekundærkilden da det har vært utfordrende å finne primærkilden. Sekundærlitteratur vil si at innholdet i stoffet er bearbeidet av noen andre enn den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2018, s. 158).

Besvarelsen anvender PLISSIT-modellen som et mulig verktøy ved veiledning av seksualitet til stomipasienter. Til tross for at PLISSIT-modellen ikke spesifikt er utviklet for sykepleiere,

er den likevel inkludert i besvarelsen da sykepleier, som nevnt i kapittel 2.7, skal ha tilstrekkelig kunnskap til å kunne anvende de to nederste nivåene i modellen.

4 Presentasjon av forskningsresultater

I studien til Saunamäki og Engström (2014) kommer det frem at en rekke sykepleiere ikke snakker om seksualitet da det er tema de ikke ønsker å snakke om. Faktorer som frykt, fordommer og mangel på tid og sted til å snakke om seksualitet er årsaker til at sykepleiere ikke snakker om dette med pasientene. Funnene i Vural et al. (2016) viser at stomi kan gi endring i kroppsbildet, pasientene føler angst og frykt under seksuell omgang, stomi kan gi psykisk påkjenning og at det er en forventning om en seksuell rådgivning fra stomisykepleiere. Funnene i studien til Saracco et al. (2019) demonstrerer hovedproblemene i pasienters seksuelle funksjon. Samtidig ser den på vanskeligheten og flauheten pleiere og pasienter ved samtale om dette temaet. Studien til Ayaz og Kubilay (2009) viser at den eksperimentelle gruppen hadde en nedgang i seksuelle problemer etter forskningsperioden, sammenlignet med kontrollgruppen. Dette resultatet viser at PLISSIT- modellen er effektiv. Bruk av denne modellen gir et bedre utfall sammenlignet med det å ikke bruke modellen (Ayaz & Kubilay, 2009).

Tabell 2

Nr.	1
Forfatter	Nina Saunamäki & Maria Engström (2014)
Tittel	Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)
Hensikt	Å beskrive sykepleiernes refleksjoner rundt det å diskutere seksualitet med pasienter
Metode	Kvalitativ metode: Deskriptivt design hvor 10 sykepleiere ble intervjuet
Funn	Sykepleierne er klar over sitt ansvarsområde rundt det å ta opp og spørre om seksualitet hos pasienter. Noen av sykepleierne beskriver å ha kunnskap om seksualitet og anerkjente hvordan denne kunnskapen kan hjelpe pasienter. Noen rapporterte at de mangler kunnskap om hvordan sykdom og behandling kan påvirke pasientens seksualitet. Flertallet av sykepleierne opplevde arbeidsmiljøet som stressfullt, og at det ikke var tid til å snakke om seksualitet. Alle sykepleierne rapporterte at de tidligere hadde trukket antagelser om seksualiteten til den enkelte pasient, uten å ha noe informasjon om dette. Alle sykepleierne beskriver seksualitet som et intimt tema, og at det ofte kan virke invaderende å snakke om det. Usikkerhet er beskrevet som

	en barriere til å snakke med både pasienter og kollegaer om dette temaet. De fleste sykepleiere sa at temaet aldri var diskutert blant pasienter eller kollegaer. Årsaken til dette var at de mente at det er tabubelagt tema.
Nr.	2
Forfatter	Fatma Vural, Deniz Harputlu, Ozgul Karayurt, Gulseren Suler, Aylin Durmaz Edeer, Ceylanim Ucer & Deniz Cenani Onay (2016)
Tittel	The Impact of an Ostomy on the Sexual Lives of Persons with Stomas.
Tidsskrift	Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing
Hensikt	Beskrive erfaringene personer med stomi har knyttet til deres seksuelle funksjon og oppfatning av stomisykepleiere og deres utøvelse av sykepleie til dem
Metode	Dybdeintervju. Intervjuene varte fra 20-60 minutter, og det ble gjennomført lydopptak. Lydopptakene ble transkribert og innholdsanalyse ble utført.
Funn	Respondentene i undersøkelsen beskriver endringer i deres seksualliv. Respondentene oppga utfordringer under samleie. De rapporterte endringer i relasjonen med sin partner. De rapporterer at fysiologiske problemer påvirker den seksuelle tilfredsheten og den seksuelle lysten. Flere av respondentene rapporterer at deres selvbilde har blitt påvirket i negativ grad og at det har ført til problemer i seksuallivet. Respondentene beskriver psykologiske problemer som følge av endringer i seksuallivet. Flere uttrykker at de ikke klarer å tilfredsstille seg selv og deres partner på samme måte som tidligere. En kvinnelig respondent forteller at ingen hadde spurt eller veiledet om seksualitet. En annen uttrykker at det er viktig å informere pasienten og partneren, da pasienter og partneren ikke er like.
Nr.	3
Forfatter	Carla Saracco, Gabriele Rastelli, Gabriele Roveron & Francesco Ferrara (2019)
Tittel	Sexual Function in Patients with Stoma and its Consideration Among Their Caregivers: A Cross-Sectional Study
Tidsskrift	Sexuality and Disability
Hensikt	Undersøke forskjellene mellom pasientenes forventninger og pleiernes hensyn til pasientenes seksuelle funksjon
Metode	Kvantitativ metode: To undersøkelser gjennomført i perioden 1.mars til 31. mai 2012. Basert på 457 svar fra alle de italienske regioner.
Funn	Den seksuelle aktiviteten har blitt redusert etter operasjon grunnet psykoemosjonelle og organisk eller funksjonelle problemer. I 20 % av tilfellene gjennomførte helsepersonell preoperative samtaler om mulige seksuelle problemer. 20% forteller at de ble tilstrekkelig informert om seksuell aktivitet etter operasjonen. Postoperativt var det 31% av tilfellene hvor helsepersonell informerte om seksualitet. 78% av pasientene synes at

	informasjon om bivirkninger av behandlingen og muligheter for rehabilitering var viktig. Kun 13% av sykepleierne synes at den postoperative informasjonen om seksuell funksjon var tilstrekkelig. 75% anså det å gi informasjon om seksualitet til pasientene var en viktig del av sykepleierens oppgaver.
Nr.	4
Forfatter	Sultan Ayaz & Gulumser Kubilay (2009)
Tittel	Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing (Wiley- Blackwel l)
Hensikt	Å vurdere hvor effektiv PLISSIT- modellen er for å løse seksuelle problemer hos personer med stomi.
Metode	Mixed method- metode bestående av en spørreundersøkelse, PLISSIT- modellen og Golombok- Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). Studien inkluderer 60 deltagere med stomi, hvor det er en eksperimentell og en kontrollgruppe. Den eksperimentelle gruppen inneholder 30 personer som bor i Ankara. De resterende 30 utgjør kontrollgruppen bor utenfor Ankara.
Funn	Utdanning, kjønn og alder hadde en betydning for effekten PLISSIT- modellen. Deltakerne følte seg mindre attraktive, hadde seksuell prestasjonsangst og noen fysiske- og emosjonelle utfordringer knyttet til seksualitet. Fysiologiske problemer som lekkasje, flatulens og lukt, hadde negativ effekt på seksualiteten. Forskningsgruppen hadde en nedgang på GRISS-scoren etter fire måneder ved bruk av PLISSIT-modellen. Kontrollgruppen hadde en mindre nedgang på GRISS-scoren etter fire måneder.

5 Diskusjon

I dette kapitlet ønsker vi å drøfte i hvilken grad og årsakene til at seksualitet ikke blir snakket om, og sette det i lys av sykepleierens ansvarsområde. Vi ønsker å drøfte hvilke konsekvenser en stomioperasjon har for seksualiteten. Videre vil vi diskutere ulike rammevilkår som spiller inn på sykepleiers veiledning til en pasient med nyanlagt stomi. Til slutt vil vi drøfte PLISSIT-modellen som et mulig verktøy i veiledningen om seksualitet til denne pasientgruppen.

Sykepleierens ansvarsområde

Seksualitet er undertematisert i helse- og omsorgstjenesten (Helland, 2015, s. 863-871). Sykepleierens ansvarsområde innebærer blant annet å veilede, undervise og informere pasienter (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Sykepleierne i forskningen til Saunamäki & Engström (2014) var klar over at det å veilede om seksualitet var en del av deres ansvarsområde. Likevel rapporterte de fleste sykepleierne at temaet aldri var diskutert blant pasienter eller medarbeidere (Saunamäki & Engström, 2014). Dette kan sees i sammenheng med funnene til Saracco et al. (2019) som viser at seksualitet kun ble snakket om i 20% av de preoperative samtalene. I kun 31% av tilfellene informerte helsepersonell om seksualitet postoperativt. Etter respondentenes stomioperasjon oppgir kun 20% at de ble tilstrekkelig informert. Dette vil si at hele 80% av pasientene ikke ble tilstrekkelig informert om seksualitet (Saracco et al., 2019). Dette samsvarer med at sykepleiere og øvrig helsepersonell sjeldent tar opp denne tematikken, og at seksualitet er et tema som ofte ignoreres i helsetilbudet til pasientene (Helland, 2015, s. 863) (Helland, 2015, s. 870-871).

Som sett i teori (Helland, 2015) og forskning (Saunamäki & Engström (2014) (Saracco et al., 2019) veileder ikke sykepleiere tilstrekkelig om seksualitet. Dette kan gå på bekostning av pasientens rett til informasjon. Sykepleier skal gi informasjon som er nødvendig for at pasienten skal få innsikt i sin helsetilstand og innhold i helsehjelpen, samt informeres om mulige bivirkninger og risikoer (Helsepersonelloven §10, 1999) (Pasient- og Brukerrettighetsloven §§3-2 – 3-4, 1999). Pasienter anser det som et problem at sykepleiere ikke snakker om seksualitet som følge av en tilstand (Helland, 2015, s. 870-871). 78% av pasientene i forskningen til Saracco et al. (2019) synes at informasjon om bivirkninger av behandling og muligheter for rehabilitering knyttet til seksualitet var viktig. Videre ser en at

75% av sykepleierne anså det å gi informasjon om seksualitet som en viktig del av sykepleierens oppgaver (Saracco et al., 2019). Til tross for at sykepleiere ser på det å veilede og informere om seksualitet som et ansvarsområde og en viktig del av sykepleierens oppgaver, kan en sette spørsmålsteget ved hvorfor seksualitet likevel ikke blir snakket om.

Det kan være flere årsaker til hvorfor seksualitet er undertematisert i helsevesenet (Helland, 2015, s. 870-871). På den ene siden ser en at manglende kunnskap, usikkerhet og frykt for å ikke ha tilstrekkelig kompetanse er årsaker til at sykepleier unnlater å snakke om seksualitet (Saunamäki & Engström, 2014) (Helland, 2015, s. 874). Disse faktorene er noe som kan skape usikkerhet blant sykepleiere om hvordan en åpner opp en dialog om seksualitet. Likevel ligger ansvaret på hver enkelt sykepleier (Helland, 2015, s. 870-871). På den andre siden viser funnene at noen av sykepleierne sier å ha kunnskap om seksualitet og anerkjente hvordan denne kunnskapen kunne hjelpe pasienter (Saunamäki & Engström, 2014). Basert på funnene til Saunamäki & Engström (2014) ser en at sykepleiere har varierende kunnskap om temaet. Til tross for at noen av sykepleierne sitter med kunnskap om temaet, ser en likevel at det ikke blir snakket om med medarbeidere eller pasienter. Årsaken til dette er at sykepleierne anser seksualitet som et tabulagt tema (Saunamäki & Engström, 2014). Dette kan stride med sykepleierens veiledende og undervisende funksjon, som innebærer at sykepleiere skal undervise, veilede og informere både pasienter, pårørende, studenter og medarbeidere (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23).

Forskningen til Saunamäki & Engström (2014) påpeker også andre årsaker til at sykepleiere unnlater å snakke om seksualitet, som at det er et stressfullt arbeidsmiljø og at de ikke har tid til å snakke om det. På en sykehusavdeling er det stor gjennomstrømning av pasienter, kort liggetid og mange sykepleiere i kontakt med en pasient (Christiansen, 2013, s. 78-79). Helsepersonell opplyser at de unngår å snakke om seksualitet til pasientene da de ikke har tid eller mulighet til å håndtere disse problemene (Ayaz & Kubilay, 2009). Sett i sammenheng med funnene i forskningen til Saunamäki & Engström (2014), Ayaz & Kubilay (2009) og teorien til Christiansen (2013) kan det tolkes at sykepleiere mulig bortprioriterer deres ansvarsområde når det kommer til å veilede om seksualitet. Dette kan trolig være med på å true pasientens mulighet til å få tilstrekkelig veiledning som kan ivareta dens seksualitet. Her blir ikke pasientens behov for helhetlig omsorg dekket, noe som er en del av sykepleierens yrkesetiske retningslinjer etter punkt 2.3 (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Stomi og seksualitet - et behov for veiledning

Seksualiteten er en viktig del av det å være menneske. Seksualiteten omfatter det fysiske, psykiske og sosiale aspekt (Helland, 2015, s. 861). Når sykdom og funksjonsnedsettelse oppstår, kan det påvirke seksualiteten hos mennesket. Dette kan ses i sammenheng med anleggelse av en stomi, hvor nyopererte stomipasienter opplever psykiske og fysiske endringer i seksuallivet (Indrebø, 2019, s. 456). Dette støttes opp av Helland (2015) som sier at en stomanleggelse kan gi fysiologiske, psykologiske og sosiale endringer, hvor disse endringene kan påvirke seksuallivet og intimrelasjoner. 42% av pasientene i Saracco et al. (2019) sin forskning har gjenopptatt seksuell aktivitet etter operasjonen. I 22,5% av tilfellene var det psykoemosjonelle problemer som påvirket den postoperative seksuelle aktiviteten. 36% av tilfellene var av organiske eller funksjonelle problemer (Saracco et al., 2019). Her kan en se at både fysiologiske og psykologiske problemer er med på å påvirke seksuallivet og intimrelasjoner til stomipasienter, som teorien til Helland (2015) belyser.

I forskningen til Vural et al. (2016) beskrev de mannlige respondentene fysiologiske endringer som ereksjonsproblemer og retrograd ejakulasjon. De kvinnelige respondentene beskrev tørrhet og ubehag i skjeden under samleie. Dette påpekes også i teorien til Helland (2015) som viser til fysiologiske endringer som ereksjonssvikt hos menn og en innvirkning på vaginalfuktigheten hos kvinner. Dersom det er oppstått skade på autonome nerver i bekkenet kan det i tillegg til erektilе problemer hos menn og tørrhet hos kvinner, gi smerter under samleie hos både menn og kvinner (Nilsen et al., 2016, s. 525). Endringer i eliminasjonen kan også være med på å påvirke seksuallivet. Disse endringene kan være tap av kontroll over avføring og tarmgass, lukt og lyd, obstipasjon, mageknip og tynn avføring med risiko for å lekkasje fra stomiposen (Nilsen et al., 2016, s. 520-523). Avføring, tarmgass, lukt og lyd kan oppstå når som helst (Nilsen et al., 2016, s. 520-523), og disse faktorene kan tolkes å være sjenerende med hensyn til seksuallivet. Dette samsvarer med funnene i Ayaz & Kubilay (2009), hvor respondentene rapporterte at de hadde fysiologiske problemer som lekkasje, flatulens og lukt. Respondentene opplyste at disse faktorene hadde en negativ effekt på seksualiteten (Ayaz & Kubilay, 2009). Respondentene i forskningsartikkelen til Vural et al. (2016) rapporterer også at de var redde for at det skulle lekke fra stomiposen under seksuell aktivitet. Funnene belyser at fysiologiske problemer og utfordringer påvirker den seksuelle tilfredsheten og den seksuelle lysten (Vural et al., 2016). Dette er en essensiell faktor som kan føre til at noen vil kunne avskrive seg fra seksualiteten (Gamnes, 2017, s. 397). De fysiologiske faktorene kan også oppleves som nedverdiggende, og gi følelsen av å miste sin

voksne identitet (Nilsen et al., 2016, s. 523). Dette kan tolkes å være med på å påvirke det psykologiske aspektet til pasienten.

En anleggelse av stomi kan også påvirke det psykologiske aspektet. Dette ved at pasienter kan føle på skam og oppleve nedsatt sosial funksjon. Pasienter kan også føle seg mindre attraktive, og kropps- og selvbildet kan bli svekket (Indrebø, 2019, s. 456) (Krabbe, Austrheim & Ambrose, 2019). Dette er psykologiske faktorer som kan ha en negativ innvirkning på seksualiteten. Denne teorien kan ses i lys av forskningen til Ayaz & Kubilay (2009). Etter en anleggelse av stomi følte deltakerne seg mindre attraktive, hadde seksuell prestasjonsangst og noen fysiske- og emosjonelle utfordringer knyttet til seksualitet (Ayaz & Kubilay, 2009). Dette belyses også i forskningen til Vural et al. (2016) som viser at selvbildet til respondentene ble påvirket i den grad at det gikk ut over seksuallivet. Pasientene i forskningen til Saracco et al. (2019) sin holdning til seksualitet ble også endret etter stomioperasjonen. Før operasjonen var det 80% som anså seksuell aktivitet som viktig, mens etter operasjonen var det kun 65% som anså seksuell aktivitet som viktig i livet (Saracco et al., 2019). Videre viser forskning at anleggelsen av stomien gjorde at det ble ubekvem å være intim med partneren sin. Eksempelvis som det å sove i samme seng. Dette førte til at enkelte sluttet å sove sammen med sin partner (Vural et al., 2016). Dette kan ses i sammenheng med at flere pasienter har en frykt for at partneren skal kunne trekke seg fra seksuallivet, og at pasientene ikke klarer å opprettholde eller innlede en seksuell relasjon (Gamnes, 2017, s. 387) (Thorpe et al., referert i Nilsen et al., 2016).

De psykologiske og fysiologiske utfordringene en stomipasient opplever indikerer at det er et behov for veiledning og støtte når det gjelder seksuell aktivitet etter en stomioperasjon (Vural et al., 2016). Det er uttrykt et ønske fra pasientene om mer informasjon om gjenopptakelse av seksualitet etter anleggelse av stomi, og det er anbefalt at alle som gjennomgår en stomioperasjon får veiledning vedrørende seksuell funksjon (Vural et al., 2016). Som sykepleier har en et ansvar for å hjelpe pasientene med å håndtere en rekke utfordringer knyttet til det å få anlagt en stomi, inkludert det å håndtere utfordringer i seksuallivet (Vural et al., 2016). Det er viktig at sykepleier møter pasientenes seksualitet på lik linje som andre grunnleggende behov (Helland, 2015, s. 873).

Rammevilkår for veiledning

Ved veiledning skal sykepleier bidra til ivaretagelse av seksualiteten til pasienter med nyanlagt stomi. Dette ved å anvende helseveiledning, som har som hensikt å bidra til mestring og læring. For å kunne utøve helseveiledning, må sykepleier inneha fagkunnskap, pedagogisk kompetanse og kommunikasjonsferdigheter (Christiansen, 2013, s. 78-79). Sykepleiere har manglende kunnskap og frykt for å ikke ha tilstrekkelig kompetanse om seksualitet (Saunamäki & Engström, 2014) (Helland, 2015, 874). Dette kan være problematisk da kompetanse og kunnskap er essensielt ved helseveiledning (Christiansen, 2013, s. 78-79).

Seksualitet er et tabubelagt- og vanskelig tema å snakke om, og en ser i Saracco et al. (2019) sin forskning at 38% av pasientene anså det som vanskelig å snakke om seksualitet. Basert på dette kan en tolke at det kan være vanskeligere for pasienten enn sykepleiere å ta opp spørsmål vedrørende seksualitet. Da det er en maktubalanse mellom sykepleier og pasient, er det spesielt viktig at sykepleier motvirker denne ubalansen og veileder pasienten om seksualitet (Helland, 2015, s. 876). Her vil det være viktig at sykepleier anvender sin undervisende og veiledende funksjon i møte med stomipasienter (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). For å åpne opp en dialog og gjøre det mindre flaut for pasientene å snakke om seksualitet, kan det eksempelvis være hensiktsmessig å fortelle at også andre stomipasienter kan oppleve eller møte på seksuelle utfordringer (Helland, 2015, s. 874).

Da det er kortere liggetider på sykehusene, hyppig utskiftning av pasienter og mange sykepleiere for pasientene å forholde seg til (Christiansen, 2013, s. 78-79), kan det være utfordrende å skape en god relasjon med pasienten. Disse faktorene kan gjøre det utfordrende for helsepersonell å gjennomføre gode informasjons- og opplæringstiltak som kan ivareta pasientens behov for informasjon (Christiansen, 2013, s. 78-79). Sykepleierne i forskningen til Saunamäki & Engström (2014) påpeker at det å ha tilstrekkelig tid er en viktig faktor for å kunne ha en samtale om seksualitet. Forskningen belyser også at sykepleierne beskriver seksualitet som et intimt tema, og at det ofte kan virke invaderende å snakke om det (Saunamäki & Engström, 2014). Ved at sykepleieren ivaretar pasientens grenser, livssituasjon, følelser og kultur, og etterstreber at samtalen bygger på gjensidig tillit og respekt (Helland, 2015, s. 873), kan det virke mindre invaderende å samtale om et slikt sensitivt tema som seksualitet. Gjennom veiledningen er det viktig at sykepleier ivaretar pasientens verdier, kulturelle bakgrunn, livssyn, behov, ønsker og mål (Christiansen, 2013, s. 17). Dette er spesielt viktig da veiledningen omhandler et privat og sensitivt tema som

seksualitet. På bakgrunn av dette er det viktig at sykepleier har kunnskap om at seksualitet ikke kun handler om det fysiske, men også inkluderer aspekter som kjærlighet, bekreftelse og identitet (Helland, 2015, s. 873).

Når sykepleier skal veilede om seksualitet, bør sykepleieren være bevisst på hvilken kontekst veiledningen blir gitt. Kontekst påvirker pasientens mottagelighet og evne til å oppfatte budskapet (Berntzen et al., 2016, s. 320). Kontekst kan eksempelvis være hvilket tidspunkt sykepleier velger å utføre veiledningen. Forskningen til Saracco et al. (2019) belyser at pasientene anså pre- og postoperativ informasjon som viktig, men at den mest egnede tiden for å gi informasjon er preoperativt. Teorien til Nordtvedt & Grønseth (2016) støtter dette da preoperativ informasjon kan bidra til å redusere mulig stress før og etter operasjonen, samt bidra til at pasienten er mest mulig forberedt. I tillegg belyser Berntzen et al. (2016) at preoperativ undervisning og informasjon bidrar til at pasientene blir mer deltagende i den postoperative perioden.

Helseveiledning kan fungere som helseforebyggende og helsefremmende arbeid (Christiansen, 2013, s. 16). Når sykepleier veileder både pre- og postoperativt om mulige konsekvenser og reaksjoner ved anleggelse av en stomi, kan denne helseveiledningen fungere som helseforebyggende og helsefremmende arbeid (Christiansen, 2013, s. 16). Ved å anvende helseveiledning fungerer det som et tertiærforebyggende tiltak ved at sykepleier hindrer mulige komplikasjoner og forebygger nye helseutfordringer hos pasientene (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Eksempelvis forebygge de psykoemosjonelle problemene som kan resultere i en depresjon (Nilsen et al., 2016, s. 525). Ved å anvende helseveiledning til stomipasienter ivaretar sykepleier sin forebyggende og helsefremmende funksjon, og sykepleier følger yrkesetiske retningslinjer punkt 2.1 (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

PLISSIT-modellen som verktøy i veiledning

PLISSIT-modellen er et aktuelt verktøy sykepleier kan bruke i veiledning av seksualitet til pasienter med nyanlagt stomi (Ayaz & Kubilay, 2009). Veiledning kan bli gitt gjennom de to nederste nivåene; permission og limited information. Disse nivåene av veiledning skal utføres av helsepersonell med fagkunnskap om seksualitet, noe sykepleier skal inneha (Nilsen et al., 2016, s. 543-544). Gjennom vår erfaring i praksis har vi opplevd at pasientens seksualitet er nedprioritert blant sykepleiere, og at det ikke er en kultur for å snakke om det med pasienter. 61% av sykepleierne i Saracco et al. (2019) sin forskning hadde en samtale med pasientene

før stomioperasjonen. Kun 23% av disse sykepleierne undersøkte aspektet om seksuell funksjon hos pasientene (Saracco et al., 2019). Basert på Saracco et al. (2019) sine funn ser en at sykepleierne ignorerer å innhente data om seksualitet og ikke kartlegger seksualiteten til pasientene før operasjonen. På bakgrunn av dette ser en at det er viktig at sykepleier involverer pasienten i samtale om seksualitet for å avdekke hvilke behov hver enkelt pasient har for veiledning (Berntzen et. al, 2016, s. 320).

Sykepleierne i forskningen til Saunamäki & Engström (2014) opplyser at de tidligere hadde trukket antagelser om seksualiteten til enkelte pasienter, uten å ha noe informasjon om pasientens seksualitet. Dette kan hindre pasientens tillatelse til å ha seksuelle problemer eller utfordringer (Almås & Benestad, 2017, s. 70). I motsetning til å trekke antagelser, skal sykepleier i første nivå av PLISSIT-modellen, gjennomføre en undersøkelse med spørsmål om pasientens seksuelle funksjon. Her kan pasienten få mulighet til å åpne opp om bekymringer omkring kommende seksuelle problemer eller utfordringer (Almås & Benestad, 2017, s. 70). Sykepleier kan ved dette identifisere pasientens behov for informasjon og veiledning. En annen viktig årsak til å avdekke hvilke behov hver enkelt pasient har for veiledning, kan være at pasientene har ulik tilnærming til temaet (Saracco et al., 2019). Sykepleiere kan møte på pasienter som ikke ønsker å bli veiledet. Dette kan en se i funnene til en av hovedartiklene, hvor 10% av pasientene erklærte at de ikke ønsker å bli informert om seksuell aktivitet (Saracco et al., 2019).

Det er varierende hvorvidt pasienter synes det er lett å snakke om seksualitet med helsepersonell. 52% av pasientene synes det var lett å snakke spontant om seksualitet, mens 38% synes det var vanskelig og flaut (Saracco et al., 2019). Da det er en stor andel av pasientene som synes det er vanskelig og flaut å snakke om seksualitet er dette en pekepinn på viktigheten av at sykepleier stiller spørsmål om pasientens seksuelle funksjon, ved å anvende første nivået av PLISSIT-modellen (Almås & Benestad, 2017, s. 70). I forskningen til Saracco et al. (2019) ser en at i 20% av tilfellene var det preoperative samtaler om mulige seksuelle problemer relatert til det å ha stomi. 13% av pasientene vurderte denne samtalen som utilstrekkelig (Saracco et al., 2019). Her ser en at det kunne ha vært hensiktsmessig å anvende PLISSIT-modellens nivå to, begrenset informasjon, som kan ivareta pasientens behov for informasjon. På dette nivået kan sykepleier veilede og undervise om ulike aspekter rundt seksualiteten, eksempelvis om mulige fysiske og psykiske konsekvenser en stomioperasjon har for seksualiteten (Almås & Benestad, 2017, s. 71).

Ayaz & Kubilay (2009) viser at stomipasienter hadde en nedgang på seksuelle problemer etter anvendelse av PLISSIT-modellen. Funnene indikerer at PLISSIT-modellen kan ha en positiv effekt på å løse seksuelle problemer og seksuell dysfunksjon hos en nyoperert stomipasient (Ayaz & Kubilay, 2009). Anvendelse av denne modellen kan redusere pasientens bekymringer rundt deres seksuelle liv ved at de får anerkjent og uttrykt deres følelser rundt den nyanlagte stomien (Almås & Benestad, 2017, s. 70). Dette kan ses i forskningen til Ayaz & Kubilay (2009) som viser at de seksuelle problemene ble redusert ved at pasientene fikk uttrykt sine følelser, satt ord på sine bekymringer og fikk informasjon om seksualitet. Resultatet til forskningen indikerer at PLISSIT-modellen kan ha en positiv effekt på å løse seksuelle problemer og seksuell dysfunksjon hos en nyoperert stomipasient. Likevel er det viktig å ta i betraktning at modellen kan ha en individuell effekt. Det kan bekreftes i forskningen som viser at utdanning, kjønn og alder hadde en betydning på effekten av PLISSIT-modellen (Ayaz & Kubilay, 2009).

6 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å besvare problemstillingen: “Hvordan kan veiledning bidra til ivaretagelse av seksualitet hos pasienter med nyanlagt stomi?”.

Det er bekreftet gjennom teori og forskning at veiledning av seksualitet hos stomipasienter er en mangelvare. Stomipasientene har opplyst at de ikke blir tilstrekkelig informert om seksualitet og etterspør denne veiledningen. Ulike faktorer som manglende kunnskap, frykt for utilstrekkelig kompetanse, at det er et tabubelagt tema og mangel på tid og sted er årsaker til at sykepleiere ikke veileder om seksualitet med pasientene. Mangelfull veiledning kan gå på bekostning av pasientens ivaretagelse av seksualiteten. Dette er bekymringsverdig da oppgaven har belyst at behovet for veiledning om seksualitet er stort. Dette da en kan se at det både er psykiske og fysiske følger for seksualiteten etter en stomioperasjon. Dette illustrerer behovet og viktigheten for at sykepleier veileder om seksualitet med nyopererte stomipasienter.

Sykepleier har en veiledende, undervisende funksjon, helsefremmende og forebyggende funksjon når det gjelder pasienter med nyanlagt stomi. For å kunne veilede stomipasientene om seksualitet må sykepleier ha kunnskap om hvordan en anleggelse av stomi kan påvirke både det fysiske og psykiske aspektet, samt ha kunnskap om sin rolle og funksjon, og aktuelle lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Til tross for at sykepleiere opplyser at det er mangel på tid og sted for å veilede om seksualitet, er det viktig at veiledning om teamet blir ansett som en av sykepleierens ansvarsoppgaver i praksis. Veiledning om seksualitet bør bli satt på lik linje som andre grunnleggende behov, og sykepleier er nødt til å legge bort følelser som kan gjøre det vanskelig å veilede om temaet. En kan se gjennom forskning at det ikke er en kultur for å snakke om seksualitet med medarbeidere og pasienter. En åpen kultur kan være med på å redusere tabuet rundt temaet og gjøre det å lettere å åpne opp en dialog om seksualitet med pasientene. Dette ansvaret ligger på hver enkelt sykepleier.

For å utøve helseveiledning til pasienter er sykepleier avhengig å basere veiledningen på kunnskap. Helseveiledning kan ha en helsefremmende og forebyggende funksjon hos denne pasientgruppen. Det er viktig at sykepleier tar utgangspunkt i kontekst, altså når pasienten er mottakelig for veiledning. Oppgaven har sett gjennom forskning at informasjonsgivning om seksualitet preoperativt er foretrukket. På denne måten blir pasientene mer forberedt for hva

som vil skje postoperativt, og veiledningen postoperativt blir mer effektiv. Veiledning kan ha en positiv effekt på ivaretagelse av seksualiteten til stomipasienter ved bruk av PLISSIT-modellen. Sykepleier kan veilede stomipasientene gjennom de to nederste nivåene i modellen; tillatelse og begrenset informasjon. En ser også at de stomipasientene som ikke har fått veiledning gjennom PLISSIT-modellen har en større grad av seksuelle problemer og seksuell dysfunksjon. Dette illustrerer viktigheten og behovet for veiledning, og at veiledning med PLISSIT-modellen som et verktøy bidrar til å ivareta seksualiteten hos pasienter med nyanlagt stomi.

7 Referanseliste

- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ayaz, S. & Kubilay, G. (2009). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *Journal of Clinical Nursing (Wiley Blackwell)*, 18(1), 89-98. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02282.x>
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Eide P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5 utg., s. 309- 373). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, B. (2013). *Helseveiledning*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I J. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug. & H. G. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2* (3. utg., s. 373-407). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., 861-886). Oslo: Cappelen Damm.
- Indrebø, K. L. (2019). Sykepleie til pasienter med stomi. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (3. utg., 427-470). Oslo: Cappelen Damm.
- Krabbe, S. H., Austrheim, A. I. & Ambrose, H. R. (2019). Stomi kan være ekstra utfordrende for unge. *Sykepleien Forskning*. 10.4220/Sykepleiens.2019.75395

Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestrings* (3. utg., 349-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lindtner, N. C. (2019). Christel (26): - Var redd for å dø som jomfru. Hentet fra: <https://www.dagbladet.no/nyheter/christel-26---var-redd-for-a-do-som-jomfru/71638638>

Mæland, J. G. (2016). Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Nilsen, C., Indrebø, M. & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie til pasienter med stomi. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth. & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 519-553). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norilco. (2019). Stomi og Reservoar: om de ulike operasjonstypene, stomipleie og kosthold.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth. & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., 17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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#KAPITTEL_3

Pedersen, L. (2016). Psykisk helse og seksualitet - tør vi snakke om det? Hentet fra:

<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/02/psykisk-helse-og-seksualitet-tor-vi-snakke-om-det>

Saracco, C., Rastelli, G., Roveron, G. & Ferrara, F. (2019). Sexual Function in Patients with Stoma and its Consideration Among Their Caregivers: A Cross-Sectional Study. *Sexuality & Disability*, 37(3), 415-427. <http://dx.doi.org/10.1007/s11195-019-09574-7>

Saunamäki, N. & Engström, N. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 23(3-4), 531-540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>

Skaug, T. (2017). Den siste. Oslo: Fashion moves music AS.

Tveiten, S. (2016). Helsepedagogikk, pasient- og pårørendeopplæring. Bergen: Fagbokforlaget.

Vural, F., Harputlu, D., Karayurt, O., Suler, G., Edeer, A. D., Ucer, C. & Onay, D. C. (2016). The Impact of an Ostomy on the Sexual Lives of Persons with Stomas. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 43(4), 381-384. <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000236>