

Bacheloroppgave

Stomi og seksuell helse:

«Hvordan kan sykepleiere hjelpe pasienter med stomi å ivareta sin egen seksuelle helse?»

Ostomy and sexual health:

«How can nurses help patients with ostomy care for their own sexual health?»

Kandidatnummer: 1238 & 1343

Emnekode: SYBA3900

Emnenavn: Bacheloroppgave

Studieprogram: Bachelorstudium i sykepleie

Antall ord: 10 527

Innleveringsfrist: 29.5.2020 kl. 10.00

Sammendrag

Bakgrunn

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til at pasienter med stomi kan ivareta sin seksuelle helse. For å svare på dette, må vi sette oss inn i hvilke problemer som kan oppstå relatert til stomioperasjonen, og innenfor hvilke rammer sykepleier jobber.

Metode

Opgaven baserer seg på litteraturstudie som metode. Totalt seks oversiktsstudier fra 2013 og ulike land er funnet i databasene CINAHL og Epistemonikos.

Resultat

Hovedfunnene peker på at de fleste pasientene ønsker å snakke om temaer relatert til sin seksuelle helse, men blir som regel ikke imøtegått av helsepersonell. Det å få stomi kan påvirke kroppsbildet drastisk, og mange pasienter kan isolere seg eller avskrive sin seksualitet. Sykepleiere må gi tillatelse til pasienter om at dette er lov å snakke om. I tillegg kan det å inkludere pasientens eventuelle partner ha en positiv effekt på den seksuelle helsen.

Konklusjon

I generalistutdanningen av sykepleiere er seksuell helse ikke nevnt i rammeplanen. Tematikken bør vektlegges mer i både pensum, ute i sykehusene, samt fra myndighetenes side. Dette kan bidra til å minske tabuene knyttet til temaet. Rammene sykepleiere jobber innenfor kan vanskeliggjøre den viktige samtalen pasienter ofte kan ha stor fordel av.

INNHold

1.0 INNLEDNING	3
1.1 Begrunnelse for valg av tema.	3
1.2 Problemstilling.....	4
1.3 Avgrensning av problemstillingen.....	4
1.4 Oppgavens oppbygning.	5
2.0 TEORI	6
2.1 Begrepsavklaring.	6
2.1.1 Seksuell helse.....	6
2.1.2 Stomi.....	7
2.1.3 Kroppsbilde.....	8
2.1.4 Mestring	8
2.1.5 Livskvalitet	9
2.2 Hvordan påvirkes man av å få stomi?	10
2.2.1 Fysiologiske forandringer	10
2.2.2 Psykologisk påvirkning.....	10
2.3 Sykepleierens ansvar for informasjon og veiledning.	11
2.3.1 Helsekompetanse	11
2.3.2 Helseveiledning og undervisning.....	12
2.4 Kommunikasjon med pasienter i krise.	13
2.5 PLISSIT-modellen.	14
3.0 METODE OG SØKEPROSESS	16
3.1 Etske overveielser.....	16
3.2 Litteraturstudie som metode.	16
3.3 Datainnsamling.....	16
3.3.1 Artikkelsøk.....	17
3.3.2 Presentasjon av forskningsartikler	17
3.3.3 Kildekritikk	19
4.0 FUNN	21
4.1 Psykososiale faktorer som påvirkes av stomi.	21
4.2 Pasienter savner informasjon.....	22
4.3 Sykepleiers rolle: pasientens forventninger og aktuelle intervensjoner.	23
5.0 DRØFTING.....	24
5.1 Informasjon, kommunikasjon og pedagogisk funksjon.....	24
5.2 Rammer for helseveiledning.....	25
5.3 Bruk av PLISSIT-modellen og andre verktøy i praksis.	26
5.4 Sykepleiers ansvar eller spesialistoppgave?	27
5.5 Kompetansenivået må heves.	28
6.0 OPPSUMMERING	30
Litteratur.....	31
Vedlegg 1: PICO-skjema.	35
Vedlegg 2: Søkematrise.	36

1.0 INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for valg av tema.

I bachelorutdanningen i sykepleie på OsloMet starter vi første året med fokus på grunnleggende behov, og videre om psykososiale behov. Seksuell helse er ikke nevnt spesifikt i læreplanen, og det har ikke vært særlig satt søkelys på i forelesninger.

Sykepleierutdanningen er en generalist-utdannelse, og derfor er det forståelig at noe må utelates fra det allerede brede pensumet som foreligger. Det er derimot flere pensumbøker som tar opp tematikken på en god måte, men det oppleves at ansvaret for å tilegne seg denne kunnskapen i stor grad overlates til studentene selv, hvor egen interesse kan tenkes å være avgjørende. Temaet er allikevel viktig for mange pasienter, og de har en lovfestet rett på opplæring relatert til sin sykdom. Dette inkluderer også hvordan en kan ivareta sin seksuelle helse (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Et annet argument for å løfte frem denne problemstillingen er at man har mye å tjene på god oppfølging på dette området hos disse pasientene. Det er nemlig slik at dersom man styrker menneskers helse skapes et overskudd som til syvende og sist øker deres livskvalitet (Mæland, 2016, s. 17).

Sykepleier og spesialist i sexologisk rådgivning Siv Gamnes skriver at man «Som sykepleier har en ansvar for at pasientens seksuelle behov settes på dagsordenen på linje med andre grunnleggende behov» (Gamnes, 2016, s. 373). Allikevel viser studier til at helsepersonell ikke tar opp dette i tilstrekkelig grad, blant annet i oversiktsartiklene av Humphreys (2017) og Tripaldi (2019), samt den systematiske oversiktsartikkelen av Danielsen, Burcharth & Rosenberg (2013). Begrenset kunnskap om tematikken blant sykepleiere gjør det naturligvis utfordrende å hjelpe pasienter med dette.

Gjennom egen praksis på sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleie i tillegg til litteratursøk har vi et inntrykk av at pasienter som får stomi, ofte opplever dette som en stor og vanskelig forandring i sine liv. Spesielt når det kommer til eget kroppsbilde og seksualitet, som ofte påvirkes negativt. Faktorer som den fysiske forandringen, frykt for lekkasje, lukt og lyder som følger en stomioperasjon, kan bidra til redsel for å bli avvist fra partner. Dette kan føre til at pasientene heller velger å avskrive intimitet og seksuelt samvær (Barreto & Valença, 2013; Humphreys, 2017). Sykepleiere bør ha kjennskap til at depresjon kan utvikles som følge av dette (Nilsen, Indrebø & Stubberud, 2016, s. 525).

Det har vært vanskelig å finne eksakt statistikk på hvor stor denne pasientgruppen er i Norge. Tall fra HELFO viser at det i 2014 var 18 500 personer som hentet ut forbruksmateriell til

stomi, (HELFO, 2015). Dette tallet skiller ikke på hvor mange som har en permanent stomi og hvem som kun har det midlertidig, og heller ikke hvor mange som har de ulike typene. Til tross for et noe diffust tallmateriale, gir det et estimat på at dette er en stor pasientgruppe. Den frivillige pasientorganisasjonen NORILCO estimerer at det årlig utføres 2000 stomioperasjoner, hvor halvparten anslås å være permanente (u.å.).

Med bakgrunn i dette ønsker vi å få større forståelse for hvordan sykepleiere faktisk kan bidra til at pasientene opplever at sitt grunnleggende behov for seksuell helse blir ivaretatt, og har formulert vår problemstilling på dette grunnlaget.

1.2 Problemstilling.

«Hvordan kan sykepleiere hjelpe pasienter med stomi å ivareta sin egen seksuelle helse?»

1.3 Avgrensning av problemstillingen.

Vi har valgt å omtale denne pasientgruppen under ett, til tross for at pasienter med stomi er en variert gruppe. Med det inkluderes alle uansett kjønn, årsak til stomi, sivilstatus, sosioøkonomisk status samt geografisk og etnisk opphav. Grunnen til dette er at utfordringer knyttet til seksuell helse stort sett går igjen, i tillegg ser vi at flere av forskningsartiklene har gjort det samme.

Det eneste eksklusjonskriteriet vi har satt er at det skal være voksne personer over 18 år, fordi dette er den største og mest aktuelle pasientgruppen. I tillegg er temaet seksuell helse mer aktuelt blant voksne enn barn. Det kan allikevel poengteres at barn under 18 år også har en seksuell helse som må ivaretas, men vi velger å begrense oss til de over.

Vi har også valgt å inkludere artikler fra hele verden. Dette kan være problematisk fordi det kan være vanskelig å overføre kunnskapen og funnene til norsk kultur og forhold. Vi velger allikevel å ha med disse artiklene med tanken om at forskningen kan bidra til nye innfallsvinkler på tematikken.

Når vi denne oppgaven skal se på hvordan pasientgruppens seksuelle helse blir ivaretatt, kommer vi hovedsakelig ta for oss tiden rett før og rett etter operasjonen. Det er naturlig å anta at denne perioden er mest kritisk for pasientene da store endringer i hverdagen er i ferd med å inntreffe eller nettopp har det.

Når vi i denne oppgaven omtaler pasienter med stomi ser vi for oss at vi møter dem i en preoperativ samtale, under innleggelse på kirurgisk avdeling og poliklinisk oppfølgingssamtale. Vi har altså valgt å ikke låse oss til kun enten den pre- eller postoperative

fasen da vi ikke vet hva pasientene selv foretrekker og har best nytte av. Derfor ønsket vi å se om det fantes forskning på akkurat dette.

1.4 Oppgavens oppbygning.

Vi har presentert bakgrunnen for valget av tema, og vil gå videre inn på teori med avklaring av begreper som kommer til å være essensielle videre i oppgaven. Deretter går vi kort igjennom metodebeskrivelsen og søkeprosessen, før vi presenterer relevant teori for å skape et godt teoretisk rammeverk for en helhetlig forståelse av de inkluderte forskningsartiklene.

Videre presenteres våre funn, som deretter drøftes i påfølgende kapittel. Avslutningsvis vil vi oppsummere oppgaven og svare på problemstillingen.

2.0 TEORI

I oppgavens teoridel beskrives hva stomi er og hvorfor man får det. Det presenteres hvordan en slik forandring kan påvirke pasienter, både ut ifra et fysiologisk og psykologisk perspektiv, og hvordan det igjen kan påvirke den seksuelle helsen. Videre tar vi for oss hvilket ansvar sykepleiere har for veiledning og undervisning av pasienter og deres pårørende. Dette med bakgrunn i utdanningens rammeplan, gjeldende lovverk, yrkesmessige retningslinjer, samt sykepleieteorien til Virginia Henderson. Her er det også relevant å trekke frem den didaktiske relasjonsmodellen for å øke forståelsen for undervisningsprosessen. Avslutningsvis presenteres det et verktøy for rådgivning innen seksuell helse, kalt PLISSIT-modellen.

2.1 Begrepsavklaring.

2.1.1 Seksuell helse

Ordet «sex» brukes i dagligtale som ulike former for samleie. Seksualitet har en bredere betydning som refererer til alle aspekter ved det å være en seksuell person. Det har blitt utarbeidet ulike definisjoner på begrepet «seksuell helse», og vi har valgt å bruke Verdens helseorganisasjon (WHO) sin arbeidsdefinisjon fra 2006. Denne er grundig og inkluderer problemer utover somatisk sykdom som for eksempel impotens eller problemer relatert til forplantning:

«Seksuell helse er en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet, ikke bare relatert til fravær av sykdom, dysfunksjon eller funksjonssvikt.

Seksuell helse forutsetter en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, så vel som muligheten til å ha positive og trygge seksuelle opplevelser, uten tvang, diskriminering eller vold. For å oppnå og opprettholde seksuell helse kreves det at seksuelle rettigheter for alle mennesker må bli respektert, beskyttet og oppfylt.» (WHO, 2006, s. 5).

WHO presiserer imidlertid at «These working definitions are offered as a contribution to advancing understanding in the field of sexual health. They do not represent an official position of WHO.» (WHO, 2006, s. 5). Denne arbeidsdefinisjonen brukes derimot også av Helse- og omsorgsdepartementet (2016).

Spesialist i sexologisk rådgivning Siv Gamnes utdyper at en god seksuell helse innebærer blant annet «frihet fra frykt, skam, skyldfølelse, vrangforestillinger og andre psykologiske forhold som hemmer evnen til seksuell utfoldelse og forstyrrer en seksuell relasjon.» (2016, s. 374).

2.1.2 Stomi

Når sykdom eller skade påvirker tarmen og/eller urinveier slik at de ikke lenger klarer å fjerne avfallsstoffer fra kroppen, kan man danne en kunstig kroppsåpning på magen der tarm eller urinveier ledes ut (Nilsen et al., 2016, s. 519). Dette inngrepet kan være permanent, men også fungere som en midlertidig løsning for å avlaste tarmen.

Indikasjonen for stomidannelse kan være kreft i for eksempel tarm eller blære, medfødte misdannelser, skader, inkontinens, alvorlig obstipasjon, kroniske tarmbetennelser som Crohns og ulcerøs kolitt, senkomplikasjoner av kroniske lidelser, for eksempel multippel sklerose og ryggmargsbrokk (Stordalen, 2010, s. 224). Det finnes tre ulike hovedtyper stomi, hvor organnavnet beskriver hvilken type det er: kolostomi, ileostomi og urostomi.

(Permanent) Ileostomi

Når tynntarmen legges ut gjennom en kunstig åpning, kalles dette for ileostomi eller endeileostomi, da det som oftest er den nedre delen av ileum som blir lagt ut. Ved inngrepet opprettes en permanent stomi ved at tarmen kuttet tvers over, enden trekkes ut gjennom abdominalveggen åpning, vrenses og sys fast til huden, vanligvis i magens nedre høyre kvadrant. Denne typen anlegges som oftest på grunn av ulcerøs kolitt og Crohns sykdom, og det er vanlig at deler av eller hele tykktarm er fjernet. Grunnet den anatomiske plasseringen er det nokså kontinuerlig produksjon av tyntflytende, hudirriterende tarminnhold med en karakteristisk lukt. Konsistensen på tarminnholdet gjør at det er økt fare for lekkasje (Nilsen et al., 2016, s. 520). For at pasienten skal få den beste muligheten til å leve med, samt å ta vare på sin stomi er det av stor betydning at den er riktig plassert. At stomien er godt synlig, ikke er i veien for bekledding eller begrenser fysisk funksjon er noen av flere viktige faktorer å ta hensyn til (Sunde, 2020).

Kolostomi

Når det kommer til stomi i tykktarmen, varierer plassering ut fra årsak til inngrepet. Det vanligste typen for kolostomi er når sigmoideum (siste del av kolon) legges fram på magen, primært på venstre side (Nilsen et al., 2016, s. 521-522). Årsaken kan være at det ikke er fornuftig å skjøte tarmen sammen, som for eksempel ved en akutt bukhinnebetennelse, da det er stor risiko for anastomoselekkasje. Det kan også være som følge av medfødte misdannelser, stråleskader, kronisk obstipasjon eller skader (Nilsen et al., 2016, s. 521-522). Den vanligste årsaken til kolostomi er imidlertid kreft og omtrent 15-30% av pasientene får denne stomitype som følge av endetarmskreft (Sunde, 2020).

Urostomi

Ved anleggelse av urostomi blir ureter plassert på høyre side, og kreft i urinblæra er den vanligste årsaken. Skader eller medfødte misdannelser kan også ligge til grunn for at en må få lagt ut urinveier. Ved dette inngrep fjernes urinblæren, og urinlederne sys på et segment fra tynntarmen som igjen festes til huden på abdomen som vil sørge for kontinuerlig transport av urin. Siden tarmen produserer slim, vil urinen hos pasienter med urostomi ha slimete urin. Urinens lukt er også sterkere enn vanlig (Nilsen et al., 2016, s. 523).

2.1.3 Kroppsbilde

Kroppsbilde kan defineres som oppfatningen man har av egen kropp. Dette innebærer tanker og følelser omkring kroppsstørrelse, hvordan en ser ut, og hvordan fungerer (Hummelvoll, 2012, referert i Lorentsen & Grov, 2016, s. 405). Forandret oppfatning av eget kroppsbilde som følge av sykdom, påvirker følelser og tanker og ens atferd. Dette kan ha negativ innvirkning på hele livet, fordi både relasjoner til andre mennesker samt livskvaliteten påvirkes. Det er heller ikke uvanlig at en sorgreaksjon utløses når utseende ufrivillig endres, fysisk funksjon svekkes, eller en kroppsdel fjernes (Lorentsen & Grov, 2016, s. 405).

Et forandret kroppsbilde kan også føre til at pasienten kjenner seg fremmed i egen kropp, som kan framkalle angst, følelser av meningsløshet og verdiløshet. Ifølge forskning referert i boken *Kropp, respirasjon og kroppsbilde*, er det en sammenheng mellom oppfatningen av eget kroppsbilde og menneskets selvstendighet, evne til vurdering og problemløsning, bruk av forsvarsmekanismer og intellektuelle funksjoner (Witkin et al., 1954, og Fischer & Cleveland, 1968, referert i Bunkan, 2008, s. 53).

2.1.4 Mestring

Mestring kan forklares som de ressurser og handlingsevner mennesker besitter og tar i bruk når dem havner i en vanskelig livssituasjon. Dette vil bidra til opplevelsen av å ha mer kontroll over omstendighetene og bedre tolerere belastningene som følger, samt hjelpe dem med å finne mening i livet (Haugen & Rannestad, 2018, s. 142). Synet på egne evner til å organisere og gjennomføre ulike handlinger omtales som mestringsforventning (på engelsk «self-efficacy»). Jo større tiltro det er til å mestre en utfordring, desto mer øker sjansen for å overkomme denne (Gammersvik, 2018, s. 214).

Pasienters evne til å mestre de ulike situasjonene som han eller hun møter i sin hverdag har også en sterk sammenheng med livsmot og -glede, som sammen danner grunnlag for helse. Ut ifra salutogent perspektiv fremmes mestring gjennom å rette fokus på individets styrker og

motstandsressurser, istedenfor å se på det som skaper begrensninger og sykdom. Videre vil et menneske med god helse ha gode evner til å mestre livet (Larsen, 2018, s. 40).

2.1.5 Livskvalitet

Seksuell helse, kroppsbylde og mestring er blant mange faktorer som kan påvirke ens livskvalitet. Spesielt innenfor helseforskningen er dette et begrep som er mye brukt, og det har blitt utviklet ulike verktøy for å måle nettopp livskvalitet. Det er ingen enkel oppgave å definere dette begrepet, fordi det er svært subjektivt og varierende fra person til person. Faktorer som for noen kan virke positivt inn på ens livskvalitet resonnerer kanskje ikke like godt hos andre.

Hvis man ser på klassifikasjonsverktøyet for sykepleieresultater (Nursing Outcome Classification - NOC) defineres livskvalitet som «grad av positiv oppfatning av nåværende livssituasjon» (Moorhead, Johnson & Maas (red.), 2007). Dette verktøyet brukes for å måle effekten av tiltak eller intervensjoner iverksatt for pasienter med nedsatt livskvalitet. Her skal pasienten selv eller med hjelp fra sykepleier sette ring rundt et tall fra én til fem i hvilken grad ulike forhold er forandret. Den norske oversettelsen bruker indikatorene helsetilstand, sosiale forhold, miljømessige forhold, økonomisk status, utdanningsnivå, sysselsetting, nære relasjoner, oppnåelse av mål i livet, mestringsevne, selvoppfattelse og gjennomgående stemningsleie (Moorhead et al., 2007).

Gunn von Krogh utdyper at livskvalitet handler om en helhetsopplevelse av livet, og fremhever fravær av sykdom som en viktig komponent i denne opplevelsen (2005, s. 177). Hvilke andre faktorer som påvirker ens livskvalitet er som nevnt ikke enkelt å oppsummere, og for å presisere denne subjektiviteten har sykepleieren Carol E. Ferrans forsøkt å tydeliggjøre dette. Hennes definisjon ble i samarbeid med kollega Marjorie Powers publisert i 1985 og de formulerte livskvalitet som «en persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områder i livet som er viktige for en.» (Ferrans & Powers henviser i Rustøen, 2016). Ferrans og Powers har også utviklet et verktøy for å kunne måle livskvalitet gjennom en rekke spørsmål med graderte svar pasienter selv skal fylle ut (Ferrans & Powers, 1984). Skjemaet finnes i ulike versjoner ut ifra sykdom og er oversatt til flere språk, inkludert norsk. Den generiske versjonen for å måle livskvalitet inneholder blant annet spørsmål som «hvor viktig er ditt seksualliv for deg?» og «hvor viktig er ditt eget utseende for deg?».

2.2 Hvordan påvirkes man av å få stomi?

Det å få stomi er noe som kan by på både fysiske og psykiske utfordringer. Å «plutselig» ha en kunstig åpning i abdomen hvor urin eller avføring, mer eller mindre synlig kommer ut, er noe som de aller fleste opplever som unaturlig og skremmende (Nilsen et al., 2016, s. 519).

Dette avsnittet er delt opp i to: fysiologisk og psykologisk påvirkning. Dette henger naturligvis tett sammen, da det fysiologiske tapet som en stomi medfører, kan utløse en psykisk krisereaksjon (Eide & Eide, 2017, s. 78).

2.2.1 Fysiologiske forandringer

Ved en stomioperasjon kan det oppstå skader på autonome nerver i bekkenregionen, som kan føre til seksuell dysfunksjon hos både menn og kvinner. Hos menn kan dette komme til syne som erektil dysfunksjon og/eller problemer relatert til smerter eller fravær av ejakulasjon. Hos kvinner kan nerveskaden føre til at det blir vanskelig å oppnå orgasme, samt at vaginalslimhinnene kan bli tørre som igjen kan føre til at samleie blir smertefullt (Nilsen et al., 2016, s. 525).

Noen av komplikasjonene direkte relatert til stomien er hudproblemer som allergiske reaksjoner, sår og væskende hud, infeksjoner og sopp. I tillegg kan det i sjeldnere tilfeller oppstå et brokk ved siden av stomiåpningen (parastomalt brokk) og i verste fall at stomien løsner helt (stomiseparasjon) (Nilsen et al., 2016, s. 548).

2.2.2 Psykologisk påvirkning

Helt fra en er liten læres en opp til å ha kontroll på kroppsvæsker, og at det å holde på urin, avføring og tarmlyder er renslig. Omgivelsene forventer også at detaljer om dette holdes for en selv. Det å plutselig miste kontrollen over eliminasjon er svært personlig og et tabubelagt tema som dermed lett kan oppleves som nedverdiggende (Nilsen et al., 2016, s. 523).

I vår vestlige kultur er vi omgitt av ulike perfeksjonsidealer, som påvirker oss i større eller mindre grad. Mange opplever et sterkt press på hvordan den «perfekte kroppen» skal se ut, og det å ikke kunne leve opp til disse idealene kan derfor være ekstra vanskelig å akseptere. Pasienter med nylig anlagt stomi kan være spesielt utsatt, og de kan lett kan føle seg mindreverdig (Nilsen et al., 2016, s. 524).

Selv om en stomi kan være begynnelsen på nytt liv for mennesker med kroniske tarm- eller urinveislidelser, vil «posen på magen» i en del tilfeller representere et hinder for seksuell utfoldelse (Almås & Benestad, 2006, s. 174).

2.3 Sykepleierens ansvar for informasjon og veiledning.

Spesialisthelsetjenestelovens § 3-8 sier at en av sykehusenes fire hovedoppgaver er «opplæring av pasienter og pårørende» (1999). Også rammeplanen for sykepleierutdanningen presiserer at en sykepleier skal kunne «informere, undervise og veilede pasienter og pårørende om problemer og behov som oppstår ved sykdom, lidelse og død» (Kunnskapsdepartementet, 2008). Den nye forskriften med nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanningen gjeldende fra kull med oppstart i 2020 presiserer også tydelig dette ansvaret (2019).

Begrepene undervisning og veiledning brukes om hverandre i litteraturen og rammeverket for sykepleiere, men vi tolker det slik at veiledning er et mer presist begrep da «undervisning» lett kan oppfattes som den tradisjonelle «ovenfra og ned» klasseromsundervisningen.

Målet med å veilede og lære pasienter hvordan de skal takle sin sykdom handler om å fremme pasientens helse. Hos pasienter som ikke kan bli friske fra sykdom innebærer det at sykepleieren bidrar til at pasienten lærer seg å leve med den (Larsen, 2018, s. 37).

Dette ansvaret harmonerer godt med Virginia Hendersons tanker om hva sykepleie er. Hun skriver at sykepleierne er autoriteten når det gjelder grunnleggende sykepleie (Henderson, 1998, s. 46). Hvilke ansvarsoppgaver som inngår i begrepet «grunnleggende sykepleie» lister hun opp i 14 punkt. I tillegg til de fysiske, grunnleggende behovene som å puste normalt, spise og drikke tilstrekkelig og kvitte seg med avfallsstoffer vektlegger hun også pasientens psykiske, sosiale og eksistensielle behov. Her skriver hun at man skal hjelpe pasienten med å «kommunisere med andre ved å uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger» (Henderson, 1998, s. 46). Sykepleieren skal også «arbeide på en måte som styrker selvfølelsen» (Henderson, 1998, s. 46). På det siste punktet av disse 14 skriver hun at sykepleieren også skal «lære, oppdage eller tilfredsstille den nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og helse, og benytte de helsetjenester som finnes» (Henderson, 1998, s. 47).

2.3.1 Helsekompetanse

Til tross for at dette informasjonsansvaret ikke er noe nytt, har Helse- og omsorgsdepartementet sett det nødvendig å rette et tydeligere søkelys på nettopp dette. De lanserte i fjor en strategi hvor de presenterte begrepet «helsekompetanse». På engelsk har begrepet *health literacy* lenge vært i bruk, og begrepet helsekompetanse er den norske oversettelsen som Helse- og omsorgsdepartementet har landet på, og defineres som:

«Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både

beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5)

Formålet med denne tydeliggjøringen og definisjonen av begrepet er at «Lav helsekompetanse er forbundet med dårligere helse og svakere oppfølging av egen sykdom, større sykdomsforekomst og hyppigere innleggelse i sykehus.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 8).

2.3.2 Helseveiledning og undervisning

Bjørn Christiansen (2013, s. 14) definerer helseveiledning som «en sammensatt pedagogisk, faglig og kommunikativ prosess der hensikten er å bidra til læring og mestring i helse- og sykdomsrelaterte livssituasjoner». Hos pasienter som skal få eller nettopp har fått stomi er for eksempel opplæring i bruk av stomimateriell helt essensielt.

Målet med at sykepleiere gir god og grundig informasjon, veilede og lære opp pasienter er at pasienten skal klare å håndtere sin sykdom og lidelse bedre. Sørli og Bergsvik skriver i boken *Helseveiledning* at «informasjonsformidling og opplæring i ulike mestringsstrategier kan ha vesentlige positive effekter på resultatmål. Informasjon synes å være en nødvendig forutsetning for å kunne påvirke mestring» (2013, s. 81).

Også Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer presiserer dette ansvaret, samtidig som det tydeliggjøres at en må tilpasse informasjonen og forsikre seg om at den er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

I denne sammenheng er det relevant å trekke frem den didaktiske relasjonsmodellen. Denne ble utviklet av Bjørndal og Lieberg, og beskriver undervisningsprosessen med utgangspunktet i en skolesituasjon (1978). I vårt tilfelle derimot kan det være møtet med en pasient som trenger opplæring og veiledning relatert til stomi.

Modellen består av fem punkter hvorav «didaktiske forutsetninger» er et av dem. Dette punktet betyr i praksis at for å kunne drive opplæring eller veiledning er det viktig å kartlegge hva pasienten har av kunnskaper fra før av, og hvilke kunnskapshull som eventuelt må tettes. Forutsetningene man har som «lærer», altså sykepleier, spiller naturligvis også en stor rolle – man må vite om sine egne begrensninger. Dette vil hovedsakelig handle om å være klar over hvilken kompetanse man har, og ikke har. Bjørndal og Lieberg skriver at «Kulturelle og sosiale forhold i det lokale miljø, bør alltid ha innflytelse både på prioritering av faginnhold og på måten undervisningen blir gjennomført på.» (Bjørndal & Lieberg, 1978). Det finnes utallige faktorer som spiller inn på læringsmiljøet. Pasientens tilstand og mulighet til å ta imot

informasjon er helt vesentlig. Også muligheten for å snakke på tomannshånd uten andre medpasienter i samme rom er et annet eksempel blant flere viktige. Det er ikke mulig å inkludere alle her, men er uansett et aspekt en bør ha med seg inn i en sammenhenger hvor formålet er å gi informasjon til en pasient.

2.4 Kommunikasjon med pasienter i krise.

Hos noen pasienter kan det å få stomi være en forventet del av et lengre sykdomsforløp, og noe de gjerne har fått informasjon om god tid i forveien. Dette kan bidra til at de i større grad er mer forberedt på en del av forandringene som følger en stomioperasjon. Hos pasienter der stomikirurgi kommer brått på og/eller informasjonen ikke er tilstrekkelig kommunisert, kan tenkes å være en bidragende faktor til at en krisereaksjon utløses. Den svenske psykiateren Johan Cullberg skriver at «Viktige opplysninger blir altfor ofte gitt i en tilslutning til en sjokkartet melding, med den følge at all denne informasjonen bli glemt.» (Cullberg, 1994, s. 130). Andre kjennetegn på pasienter i krise er blant annet tegn på fornektelse, isolasjon og undertrykkelse (Cullberg, 1994, s. 133-134). Dette er tegn man som sykepleier bør være observant på, slik at man i bedre grad kan tilpasse kommunikasjonen til den enkelte pasient.

Som nevnt kan tap av fysisk funksjon utløse en krisereaksjon og i møte med mennesker i krise er det viktig å danne seg et fullstendig bilde av pasientens situasjon (Eide & Eide, 2017, s. 80). Det er ikke helt uvanlig at man i starten av en krise befinner seg i det som kalles sjokkfasen. Det kan være vanskelig å håndtere den nye situasjonen, og det kan by på mange emosjonelle utfordringer (Håkonsen, 2014, s. 256). I sjokkfasen blir vurderings- og tankeevnen nedsatt. Det medfører at en får redusert evne til å forstå og akseptere sin nye situasjon, noe som i sin tur kan føre til at en ikke handler adekvat (Eide & Eide, 2017, s. 79). Hvis informasjon gis på feil tidspunkt til en som befinner seg i krise, kan den altså lett bli feiltolket, delvis oppfattet, eller helt glemt. Det er derfor helt essensielt for denne pasientgruppen at informasjonen alltid repeteres og tas opp i etterkant (Eide & Eide, 2017, s. 80).

I en krise vil pasienten ha behov for støtte og noen å dele sine følelser og tanker med (Eide & Eide, 2017, s. 68). For å hjelpe pasienter til å oppnå større mestring i en vanskelig tid, kreves det at helsepersonell utøver riktig og god kommunikasjon. En må møte pasienter med åpenhet, lytte aktivt og utøve skjønn i den situasjon pasienten befinner seg i (Eide & Eide, 2017, s. 16-17). Sykepleierens rolle vil i disse tilfellene være å hjelpe pasienten til å «gi en forsiktig støtte i klientens konfrontasjon med virkeligheten og motvirke realitetsforvanskninger.» (Cullberg, 1994, s. 143).

Eide & Eide oppsummerer godt dette å snakke med personer i krise. De poengterer viktigheten av en medmenneskelig interesse og at det å «etablere naturlig kontakt og tilknytning er et godt steg i det å bygge en god tillit mellom den som gir helsehjelp og den som mottar. Så kan man finne ut av hva som er viktig for den andre, etter hvert og sammen med personen vurdere behov og videre oppfølging». (Eide & Eide, 2017, s. 76).

Sørli og Bergvik (2013) beskriver viktigheten av at relevant informasjon bør formidles og tilpasses pasientens kommunikasjonsstil og behov. Dette kan bidra til å skape et mer realistisk bilde av situasjonen som igjen kan være med på å fremme konstruktivt bruk av pasientens egne ressurser i tillegg til å styrke samarbeidet med helsepersonell. Det er også viktig at pasienten i disse samtaleene får mulighet til å uttrykke alt av tanker, bekymringer, følelser og det som oppleves viktig. Dersom det er etablert en tillitsfull relasjon mellom pasient og sykepleier, vil sykepleieren ha mulighet til å korrigere feilaktige forestillinger som pasienten kan ha om sykdommen, behandlingen og prognosen (Sørli & Bergsvik, 2013, s. 92-93).

2.5 PLISSIT-modellen.

I 1976 publiserte den amerikanske psykologen Jack Annon et verktøy til bruk innenfor seksualrådgivning han kalte PLISSIT (Annon, 1976) som bygget opp som en stige på fire nivå. PLISSIT er et akronym som oversatt til norsk betyr tillatelse (*Permission*), begrenset informasjon (*Limited Information*), spesifikke råd (*Specific Suggestions*) og intensiv terapi (*Intensive Therapy*).

Som en hjelp til å forstå PLISSIT-modellen har vi tatt i bruk *eMetodebok for seksuell helse* utgitt av Sex og Samfunn, Norges største senter for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (Sex og Samfunn, 2020). Første nivå på stigen som handler om tillatelse betyr at kan skal «invitere pasienten til å ta opp ulike temaer og spørsmål knyttet til seksualitet» (Sex og Samfunn, 2020). Dette fordrer at man har bygget en relasjon til pasienten som skaper trygghet og rom for samtale. Andre nivå (begrenset informasjon) betyr i praksis å kunne gi generell og begrenset informasjon uten at behandleren nødvendigvis innehar spesialkompetanse (Sex og Samfunn, 2020). Neste nivå er spesifikke råd, og her er kravene til kompetanse hos den som behandler større. Man må kunne begrunne rådene man gir faglig, og tidsperspektivet er lengre. Siste nivå i PLISSIT-modellen er intensiv terapi. Som det ligger i ordet, så behandler man mer komplekse seksuelle problemer på dette nivået. Dette kan for eksempel dreie seg om fysiologisk impotens eller lystproblematikk. For sykepleieres del betyr dette at man er nødt til å henvise pasienten videre til for eksempel en spesialist i klinisk sexologi eller en urolog.

I teoridelen er det beskrevet hvordan en stomikirurgi kan påvirke pasienter ut et psykologisk og fysiologisk perspektiv og hva det har å si for den seksuelle helsen. Kapitlet har også tatt for seg sykepleierens rolle når det kommer til hvordan og hvilken informasjon som skal formidles til pasienten, på hvilken måte.

3.0 METODE OG SØKEPROSESS

I metodekapitlet som følger vil vi presentere fremgangsmåten på hvordan vi har innhentet litteratur og forskning.

3.1 Etiske overveielser.

I og med at dette er en litteraturstudie, vil de viktigste etiske overveielserne være å overholde akademiske normer for kildehenvisninger (Thidemann, 2015, s. 12). Dette er noe vi har jobbet aktivt med gjennom hele prosessen.

3.2 Litteraturstudie som metode.

Denne oppgavens teoretiske hovedtyngde baserer seg på systematiske litteratursøk i relevante databaser. På forhånd har vi laget en søkestrategi (PICO-skjema) som inneholder relevante MESH-ord. Analysering, tolkning, resultat og funn av valgte artikler presenteres i en litteraturmatrise senere i kapittel 3.3.2.

En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Det å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt sammenfatte det hele (Magnus & Bakketeig, 2000, s. 37). Forskningsartiklene vi har funnet har benyttet seg av både kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitativ metode innhenter data som kan tallfestes og presenteres som statistikk. Det brukes gjerne spørreskjema med faste svaralternativer. Kvalitativ metode derimot går mer i dybden og forsøker å fange opp tanker og følelser omkring det man vil undersøke (Dalland, 2017, s. 112).

3.3 Datainnsamling.

Vi har gått grundig til verks, og lest pensumlitteratur, andre relevante skriftlige kilder som for eksempel brosjyrer laget for pasienter som har eller skal få stomi, foretatt søk på Google, Google Scholar og Oria. Så langt det har latt seg gjøre, har vi gått til primærkildene som blir referert til i pensum. Et eksempel på dette er boken til Almås og Benestad (2006), *Sexologi i praksis*.

I tillegg har vi satt oss inn i problemstillingen ved hjelp av andre kanaler. Det finnes mange personlige beretninger fra pasientgruppen på YouTube og podkaster som «Juntafil» fra NRK P3 og «S**t happens». Her forteller personer med stomi om hverdagens utfordringer relatert til det å få og være intim med stomi. Naturligvis er det vitenskapelige forskningsartikler som skal danne det teoretiske grunnlaget for oppgaven.

3.3.1 Artikkelsøk

I søk av studier ble SveMed+, Cinahl, og Epistemonikos benyttet, men kun søk i de to sistnevnte resulterte i artikler som er inkludert i denne oppgaven. Disse databasene ble valgt da de har innhold med hovedvekt på helsefag og sykepleie og i tillegg er oversiktlige og enkle å bruke.

Etter å ha tenkt igjennom hva vi trenger for å besvare problemstillingen, ble det foretatt søk i SveMed+ for å finne gode og treffsikre MeSH-termer til å anvende oss av i et PICO-skjema. Dette er et rammeverk som tydeliggjør og strukturerer søkene. Hver av bokstavene betegner bestemte elementer, P: pasient/problem, I: intervensjon/hva, C: comparison/alternativer, O: outcome/resultat (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 33). Med utgangspunkt i problemstillingen ble et PICO-skjema utarbeidet (se vedlegg 1). Ordene skrevet i kursiv er ikke brukt i de søkene som resulterte i artiklene som er grunnlaget for funnene i denne oppgaven.

For å avgrense og tydeliggjøre søket har vi brukt ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier (Thidemann, 2015, s. 84). Inklusjonskriterier er blant annet at forskningsartiklene er fagfellevurdert (peer reviewed). Dette for å forsikre oss om at de er kvalitetssikret av eksperter på fagfeltet (Svartdal, 2020). Denne valgmuligheten fantes kun i Cinahl, men siden Epistemonikos indekserer systematiske oversiktsartikler, tolker vi det som at studiene allerede er fagfellevurdert. Valgte forskningsartikler er kvalitative og kvantitative, og inkluderer alle stomityper, publisert i tidsrommet 2010-2020, på språkene norsk, dansk, svensk og engelsk. Det eneste eksklusjonskriteriet er at forskningsartiklene ikke omfatter barn under 18 år, som tidligere nevnt. For å gi en mer oversiktlig innføring i hvordan søket ble gjennomført, presenteres det i en tabell (se vedlegg 2).

3.3.2 Presentasjon av forskningsartikler

Vi har laget en litteratormatrise som et hjelpemiddel for arbeidsprosessen og for å ha en oversiktlig måte å presentere de inkluderte artiklene på (Thidemann, 2015, s. 89):

Forfatter, år, tittel, tidsskrift og land	Hensikt	Metode	Deltagere	Hovedfunn	Relevans
Humphreys, Nadine. (2017) Sexual health and sexuality in people with a stoma: a literature review Gastrointestinal Nursing Storbritannia	Ser på faktorer som påvirker seksuell helse og seksualitet hos pasienter med stomi.	En oversiktsartikkel bestående av 5 kvalitative og 5 kvantitative fagfelleverderte studier, fra 2008-2017.	Inkluderer pasienter med kolo- eller ileostomi Kvinner og menn > 18 år Enhver seksuell legning Sivilstatus ikke definert	Identifiserte hovedtemaer er hvordan stomi påvirker kroppsbilde, fysiske faktorer, redsel for avvisning fra partner, venner og familie, samt informasjon gitt av helsepersonell. Den seksuelle helsen påvirkes i stor grad. Kroppsbilde påvirkes mer hos kvinner enn menn. Pasienter ønsker at helsepersonell skal diskutere seksualitet, noe som sjelden skjer. Kroppsbilde og seksuell funksjon bedres over tid, en signifikant forbedring er å se etter 12 mnd.	Artikkelen anses relevant fordi den oppfylder de fleste av inklusjonskriteriene, samt at forfatter er sykepleier, noe som bidrar til et sykepleiefaglig perspektiv.
Tripaldi, Ciara, (2019). Sexual function after stoma formation in women with colorectal cancer British Journal of Nursing Irland	Undersøker opplevelse av seksuell funksjon etter stomidannelse som følge av kolorektal kreftoperasjon .	En oversiktsartikkel (literature review) som inkluderer 18 fagfelleverderte studier fra 2005-2017.	Heterofile kvinner i parforhold Kolostomi Alder ikke definert	Stomidannelse fører til forandret kroppsbilde og kroppslige forstyrrelser som påvirker intime forhold og medfører reduksjon av seksualitet. Seksuell funksjon blir ofte oversett av helsepersonell. Støtte fra partner er sentralt for å oppnå en god tilpasning av stomien.	Artikkelen er relevant for oppgaven siden den er skrevet av en sykepleier som gir artikkelen et sykepleiefaglig utgangspunkt. Videre oppsummeres og presenteres tydelige faktorer som bidrar til å hemme den seksuelle helsen. Ut fra dette viser forfatteren til forslag på hvilken kunnskap man som sykepleier bør ha, for å yte god omsorg ovenfor pasientgruppen. Alder er ikke definert og studien er kun rettet mot funn på kvinnelige pasienter med kolostomi, som gjør den noe begrenset siden den ikke oppfyller inklusjonskriteriene fullt ut.
Ayaz-Alkaya, Sultan, (2018). Overview of psychosocial problems in individuals with a stoma: A review of literature International Wound Journal Tyrkia	Ser på psykososial helse etter stomikirurgi, sykehusinnleggelse og etter utskrivning. Samt tilpasning til stomi og opplevelse av livskvalitet.	En oversiktsartikkel som inkluderer 16 kvalitative og 11 kvantitative studier fra 2006-2017.	Inkluderer menn og kvinner som gjennomgått kolo- eller ileostomikirurgi. Alder og sivilstatus er ikke definert.	Identifiserte psykososiale problem var dårlig kroppsbilde, selvspekt, depresjon, seksuelle problemer og lavere psykososial tilpasning. Opplevelse av mestringsevne, kunnskap om stomipleie, sosial støtte, akseptens av stomien og stomiplassering er sterkt forbundet med tilpasning av det nye livet som en stomi medfører. Det fremkommer at menn har større vansker med den psykososiale tilpasningen av stomi som følge av kolorektal kreft. Det er større fokus på å ivareta pasientens fysiske behov og ivaretagelse av de psykiske behovene blir ofte neglisjert, selv om disse bør prioriteres.	Artikkelen anses som relevant, siden viser til konkrete intervensjoner som vil være til hjelp for ivaretagelse av de psykososiale problemene som følger en stomikirurgi. Disse er nærmere presentert i resultatdelen.
Barreto, Ana Patricia Costa Paes Valença, Marília Perrelli. (2013) The ostomy patient's sexuality: integrative review Journal of Nursing UFPE Brasil	Undersøker seksuelle vansker som mennesker med stomi opplever.	En systematisk oversiktsartikkel der 8 kvalitative studier og en litteraturstudie er inkludert og publisert i tidsrommet 2000-2011	Giftede kvinner og menn. > 40 år Kolostomi Ileostomi	Stomi forårsaker forandring i kroppsbilde som påvirker daglige rutiner i stor grad, spesielt det som angår seksualitet. Pasienter med stomi opplever frykt, skam, avvisning og ekskludering, som bidrar til sosial isolering og hemmer seksuell aktivitet. Stomilokalisering kan være avgjørende for den seksuelle handlingen. Kolostomi bidrar i større grad enn ileostomi til forbedret kroppsbilde og dermed bedre livskvalitet. Noen opplever ingen forskjell ved samleie, siden partner bidratt i tilpasningsprosess.	Artikkelen er skrevet av sykepleiere og bidrar til at den får et godt sykepleieperspektiv. Viktigheten av sykepleierens rolle, samt når og hvordan dem burde være involvert i møte med stomipasienten presiseres, noe vi finner svært relevant for vår oppgave. Vi ønsket å se på pasienter fra 18-årsalder, uansett sivilstatus, men inkludert målgruppe er giftede pasienter > 40 år. Videre ble limiter «full text» brukt, som kan medføre at søken ikke inkluderer alle tekster som har vært tilgjengelige på temaet. Dette tenker vi kan begrense innhentede data rørende pasientgruppen.
Michelato Silva, Natália., Antônio dos Santos, Manoel., Rodrigues Rosado,	Undersøker hvordan de psykologiske aspektene påvirkes hos	En systematisk oversiktsartikkel der 27 kvalitative og kvantitative	Kolostomi Ileostomi Alder ikke definert.	Pasienter med stomi opplever store livsendringer, spesielt relatert til sosialt nettverk og seksualitet. Dette forverrer følelsen av usikkerhet og frykt for avvisning.	Artikkelen presenterer funn om viktigheten av planlagt pre- og postoperative psykologiske intervensjoner. Dette er noe vi vil belyse i oppgaven, og derfor anses studien som

<p>Sara., Galvão, Cristina Maria., Megumi Sonobe, Helena (2017)</p> <p>Psychological aspects of patients with a intestinal stoma: integrative review</p> <p>Revista latino-americana de enfermagem Brasil</p>	<p>stomi-pasienter.</p>	<p>studier fra 2007-2016 er inkludert.</p>		<p>For å unngå komplikasjoner, bekymringer og frykt som en stomioperasjon medfører er det behov for å henvende seg til pasienten før operasjon.</p> <p>Pasienter med mer kunnskap om stomipleie oppnår bedre tilpasning sammenlignet med personer med mindre kunnskap og større avhengighet av andre mennesker til å utføre stomiomsorg.</p> <p>Funn viser at psykologiske intervensjoner bør prioriteres fremfor å fokusere på pasientens mestringsstrategier.</p> <p>Pasienter med ileostomi tilbakevender det sosiale liv raskere i motsetning til de med kolostomi, som var mer emosjonelt rystet og oppfattet mer avvisning av familie/seksualpartner.</p>	<p>relevant.</p>
<p>Danielsen, Anne Kjærgaard, Burcharth, Jakob, Rosenberg, Jacob (2013)</p> <p>Spouses of patients with a stoma lack information and support and are restricted in their social and sexual life: a systematic review</p> <p>International Journal of Colorectal Disease</p> <p>Danmark</p>	<p>Forfatterne ønsket å se nærmere på hvordan en stomi kan påvirke ektefeller til pasienter med stomi.</p>	<p>En systematisk oversiktsartikkel som inkluderer 3 kvalitative og 3 kvantitative studier fra 1995-2009</p>	<p>Kvinner og menn</p> <p>Kolostomi</p> <p>Ileostomi</p> <p>(Alder er ikke definert)</p>	<p>Ektefeller ønsket mer informasjon, å involveres mer i stomiopplæring, og mer fokus på de psykososiale aspektene ved stomiskapning. Dette vil bidra til å bedre kunne støtte og forstå pasientens reaksjoner.</p> <p>Seksualliv og sosiale liv ble påvirket og begrenset i stor grad. Det ønskes mer støtte fra helsevesenet, familie og venner.</p>	<p>Vi vet hvor viktig det er å ivareta pårørende og hvor mye sosial støtte fra familie og partner har å si, når pasienter befinner seg i en vanskelig tid. Derfor anser vi det relevant å se nærmere på partners/ektefeller sin opplevelse når partner får stomi, som igjen vil kunne bidra til bedring i vår omsorg til pasienten.</p>

3.3.3 Kildekritikk

Denne bacheloroppgaven har blitt skrevet i en tid som på mange måter har gjort arbeidet ekstra utfordrende. Uten vanlig tilgang på bibliotek har ført til at vi i større grad har måttet benytte oss av litteratur som ikke går nok i dybden på dette temaet. Det hadde vært en god hjelp å fysisk kunne besøke et bibliotek, funnet god litteratur på stomi og seksuell helse og sett nærmere på primærkildene i de ulike bøkene. Det finnes gode nettressurser, men Nasjonalbiblioteket sin elektroniske database inneholder kun tidligere utgaver av bøker, noe vi iblant har måttet benytte oss av.

Dersom vi hadde hatt tilgang på et bredt spekter av bøker ville det kunne vært med på å gi en oversikt over de mest innflytelsesrike forfatterne innenfor faget (Dalland, 2017, s. 68). I tillegg har vi også gått glipp av undervisning om skriveprosessen og litteratur som var planlagt rett før utbruddet av coronaviruset.

Vi ønsket å gå inn i problemstillingen med et åpent sinn og inkluderte derfor alle hovedtypene av stomi. Det viste seg imidlertid å bli utfordrende, da finnes lite forskning på urostomi, noe det også fremgår i søkematriksen (vedlegg 2).

Når det gjelder forskningsartiklene har vi systematisk gått gjennom dem og evaluert relevansen for vår oppgave basert på IMRAD-strukturen, som er den mest brukte normen for oppbygging og struktur av en forskningsartikkel (Dalland, 2017, s. 79-80). IMRAD er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat, og diskusjon, og dette standardiserte oppsettet kan gjøre det enklere å orientere seg i artiklene (ibid.).

Ingen av forskningsartiklene vi har funnet er primærstudier, men oversiktsartikler og systematiske oversiktsartikler som bygger på allerede publisert forskning, altså sekundærlitteratur (Thidemann, 2015, s. 71). Fordelen med dette er at artiklene har en enda større faglig tyngde, da det empiriske grunnlaget er større.

Et av kriteriene vi har brukt for å velge forskningsartikler er at forfatterne skal være sykepleiere, og dermed ha et sykepleiefaglig utgangspunkt. Dette er noe som artiklene til Ayaz-Alkaya (2019), Barreto & Valença (2013) og Humphreys (2017) har. Vi har ikke klart å få svar på om Ayaz-Alkaya (2019) er sykepleier eller ikke. Hun tilhører et institutt for sykepleie og det er derfor naturlig å anta at hun har en sykepleiefaglig bakgrunn, noe som gjør artikkelen mer relevant for oppgaven. Det samme gjelder artikkelen av Silva, Santos, Rosado, Galvão & Sonobe (2017), som har forfattere med doktorgrader og professorer med tilhørighet til et portugisisk senter for forskning innen sykepleie. I artikkelen til Danielsen et al. (2013) har to av forfatterne legebakgrunn og en sykepleiebakgrunn. Denne forfatterkombinasjon kan antas å bidra til et bredere perspektiv på tematikken.

I dette kapitlet har vi presentert fremgangsmåten for søk, presentasjon av hovedfunn og relevansen av innhentet litteratur - dette med et kildekritisk blikk. Litteraturmatriksen presenterer de inkluderte artiklene som ligger til grunn for funnene som presenteres mer inngående i kommende kapittel.

4.0 FUNN

I dette kapitlet presenteres funnene i denne litteraturstudien. «Resultatene i en litteraturstudie er en tematisk presentasjon av resultater/funn fra artiklene.» (Thidemann, 2015, s. 108).

Gjennomgangen av de utvalgte forskningsartiklene har vist at det er flere temaer som går igjen. Funnene presenteres etter tema og relevans for problemstillingen og er å tolke som sentrale for hvordan det å få stomi kan påvirke den seksuelle helsen og hvordan sykepleier bør hjelpe pasienten for å kunne bedre ivareta sin seksuelle helse.

Funnene er også grunnlaget for følgende overskrifter: psykososiale faktorer som påvirkes av stomi, pasienter savner informasjon, sykepleiers rolle: pasientenes forventninger og aktuelle intervensjoner.

En systematisk oversikt av de inkluderte artiklene er å finne i forrige kapittel (3.3.2).

4.1 Psykososiale faktorer som påvirkes av stomi.

Det er enighet blant utvalgte forskningsartikler om at det å få stomi vil påvirke pasientens seksuelle helse. Dette kan ifølge oversiktsartikkelen av Tripaldi (2019), som inkluderer 18 fagfelleverderte studier, ha en stor sammenheng med et forandret kroppsbilde, som følge av de fysiske forandringene en stomioperasjon medfører. Samtlige forskningsartikler finner også at pasienter med stomi i varierende grad vil oppleve et svekket kroppsbilde. Et forandret kroppsbilde er noe som ifølge artiklene til Tripaldi (2019) og Barreto (2013) har en direkte negativ effekt på selvtilliten, som igjen påvirker intime forhold og fører til en reduksjon av seksualiteten. Oversiktsartikkelen av Ayaz-Alkaya (2019), som inkluderer 16 kvalitative og 11 kvantitative studier, viser flere av de kvalitative studiene at deltakerne oppgir å føle seg mindre attraktive etter stomikirurgi. Et negativt kroppsbilde kan føre til redsel for avvisning fra partner, som innebærer at pasienten velger å avskrive intimitet og nærhet helt, som igjen hemmer seksuell aktivitet (Ayaz-Alkaya, 2019; Barreto & Valença, 2013; Humphreys, 2017; Silva et al., 2017). De fysiske forandringene kan også bidra til at pasienter frykter for å bli ekskludert av venner og familie, og kan føre til sosial isolering (ibid.). Ifølge Humphreys' oversiktsartikkel (2017) som inkluderer fem kvalitative og fem kvantitative studier, påvirkes kroppsbildet mer hos kvinner enn hos menn. Samtidig viser artikkelen av Ayaz-Alkaya (2019) til en tverrsnittsstudie (Jayarajah & Samarasekera, 2017) som presenterer at menn scorer dårligere på målinger av forstyrrelse av kroppsbilde (Body image disturbance questionnaire, BIDQ). Imidlertid viser Humphreys (2017) til at både kroppsbilde og seksuell funksjon forbedres over tid og at en signifikant forbedring er å se etter 12 måneder. Den systematiske

oversiktsartikkelen av Barreto (2013), som inkluderer 8 kvalitative studier og en litteraturstudie, belyser at stomilokaliseringen kan være avgjørende for den seksuelle handlingen. Dette er noe den systematiske oversiktsartikkelen av Silva (2017), hvor 27 kvalitative og kvantitative studier er tatt med, også viser til, men vi velger å ikke gå nærmere inn på dette.

4.2 Pasienter savner informasjon.

Flere artikler understreker viktigheten av informasjon som omhandler stomioperasjonen samt stomiomsorg. For å unngå komplikasjoner, bekymringer og frykt som inngrepet medfører er det behov for å henvende seg til pasienten før operasjon (Silva et al., 2017). Ayaz-Alkaya (2019), Danielsen et al. (2013) og Silva et al. (2017) viser alle til at pasienter som har mer kunnskap om stomipleie og mestrer egenomsorg, opplever større mestringsevne. Dette fører igjen til bedre tilpasning, sammenlignet med personer som har mindre kunnskap og er avhengig av andre mennesker til å utføre stomiomsorgen.

Ifølge Humphreys (2017) er det å snakke om seksualitet er noe som pasientene forventer at helsepersonell skal adressere. Allikevel er dette noe som ofte blir oversett (Tripaldi, 2019). Humphreys (2017) refererer til den kvantitative studien av Shieh et al. (2016) som viser at kun 35% av studiens deltakere hadde hatt samtale om seksuelle problemer postoperativt, selv om hele 97% opplevde seksuell dysfunksjon. Også i artikkel av Barreto (2013) oppgir pasientene at de ikke har fått god nok informasjon i den preoperative fasen, som fører til at dem opplever vansker med å identifisere og tilpasse seg endringene som følger av stomikirurgi. Det presenteres også at pasientene synes det er vanskelig å diskutere sex med helsepersonell. Pasienters ektefeller oppgir også at det seksuelle og sosiale liv påvirkes og begrenser dem i stor grad. De etterlyser å bli mer inkludert i utvekslingen av informasjon fra helsevesenet (Danielsen et al., 2013).

Tripaldi (2019) og Ayaz-Alkaya (2019) understreker at sosial støtte fra partner og familie er sentralt for å oppnå en god tilpasning av stomien. Det framkommer også at når ektefeller får ta del av informasjon relatert til stomien, vil de bedre kunne støtte og forstå pasientens reaksjoner (Danielsen et al., 2013). Dette bekreftes av Barreto (2013) som viser til at noen pasienter faktisk ikke erfarer noen forskjell ved seksuell omgang til tross for stomien, fordi hans eller hennes partner bidro i tilpassningsprosessen. Andre opplever derimot at definisjonen samleie nærmer seg mer kjærlighet, omtanke og respekt.

Silva et al. finner at pasienter som ikke får tilstrekkelig veiledning får redusert livskvalitet (2017). Den samme studien finner også at mangel på sexpartner har samme effekt.

4.3 Sykepleiers rolle: pasientens forventninger og aktuelle intervensjoner.

I oversiktsartikkelen av Ayaz-Alkaya (2019) presenteres viktigheten av at sykepleieren tilbyr pasienten passende intervensjoner i den postoperative fasen. Utover god opplæring av stomiomsorg, vil avslapningstrening, støttende gruppeterapi, kognitiv atferdsterapi, emosjonell og sosial støtte, generelle interaktive ferdigheter som støttende kommunikasjon, og lytting og rådgivning, bidra til å løse og forhindre psykososiale problem, samt øke livskvaliteten (Ayaz-Alkaya, 2019).

Ifølge Tripaldi (2019) og Barreto (2013) bør sykepleieren være involvert så mye det lar seg gjøres både når det kommer til den preoperative rådgivningen og informasjon om forberedelser før inngrep. Det samme gjelder i den postoperative fasen, som innebærer å hjelpe pasienten med opplæring av utstyr og stomiomsorg og tilpasningen til hverdagen. Videre presenterer Tripaldi (2019) og Ayaz-Alkaya (2019) at sykepleieren bør påta seg en støttende rolle, som vil være med på å forberede pasienten på sin fremtid med stomi. Silva (2017) skriver også om at oppfølging gjennom telefonsamtale etter utskrivning også kan være med på å redusere komplikasjoner, forbedre tilfredsheten av mottatt omsorg, forbedre ferdigheter til egenomsorg og øke pasientens selvtillit relatert til stomien.

Når det kommer til informasjon omkring seksuell helse og seksualitet viser Humphreys (2017) til at helsepersonell må sørge for å ha god nok kunnskap og ferdigheter til å diskutere tematikken med pasientene. Dette er også viktig da det vil være med på å forbedre pasientens livskvalitet (Humphreys, 2017). Den samme artikkelen trekker også frem bruken av PLISSIT-modellen som et nyttig verktøy som sykepleiere kan dra nytte av når de skal snakke om seksuell helse med disse pasientene.

Silva (2017) skriver også at det tverrfaglige teamet som hjelper pasienten under sitt sykehusopphold bør ha kjennskap til han eller hennes sosiokulturelle og kliniske egenskaper. Dette gjør at hjelpen som gis blir riktig tilpasset for hver enkelt pasient, som igjen bidrar til en mer effektiv fremgangsmåte i tilpasning av stomien. Det framkommer også at psykologiske intervensjoner bør prioriteres fremfor å kun fokusere på pasientens mestringsstrategier (Silva et al., 2017).

I dette kapittelet har vi sammenstilt gjennomgående temaer fra forskningsartiklene. Disse funnene vil ligge til grunn for diskusjonen som følger i kommende kapittel.

5.0 DRØFTING

I dette kapitlet vil vi drøfte pasientenes ønske om mer informasjon relatert til seksuell helse. Hvilke forutsetninger har egentlig sykepleiere til å ta opp dette temaet med pasienter og innenfor hvilke rammer kan en gjøre dette? For å kunne hjelpe pasienter med å ivareta sin seksuelle helse må sykepleiere klar over hvilke utfordringer vedkommende har.

5.1 Informasjon, kommunikasjon og pedagogisk funksjon.

Silva et al. (2017) finner i sin studie at det å generelt informere pasienter preoperativt kan «prevent the complications, anxieties and fears generated by the stoma». Helsepersonell prioriterer ikke den seksuelle helsen til pasienter med stomi tilstrekkelig, noe artiklene til Humphreys (2017), Tripaldi (2019) og Danielsen et al. (2013) viser til. Fysisk og mental helse prioriteres fremfor seksualitet (Tripaldi, 2019). Dette til tross for at det er god kjennskap til de seksuelle utfordringene en stomioperasjon kan medføre.

En kan spørre seg om hvorfor det er slik, og det hadde vært nyttig med mer forskning på de bakenforliggende årsakene til dette. Seksuell helse er som tidligere nevnt et grunnleggende behov, som må ivaretas på lik linje med de andre (Gamnes, 2016, s. 373). Kan det komme av at det er utydelige retningslinjer angående hvem det er som skal ta det opp med pasienten?

Det kommer frem i studien til Humphreys (2017) at 81,4 % av pasientene i en av de inkluderte studiene ønsket å snakke med helsepersonell om sex og seksualitet før stomioperasjon. Funnene til Humphreys (2017) viser at det å ikke snakke om seksualitet kan ha en negativ effekt på pasientens seksuelle helse. Hvis vi unngår å prate om hvordan en stomikirurgi kan påvirke pasientens seksualitet eller ikke informerer om de muligheter som finnes, kan dette forsterke pasientens tanker om at seksualitet er et avsluttet kapittel (Borg, 2004, s. 86). Humphreys (2017) viser også til viktigheten av at sykepleieren må ha nok kunnskap og ferdighet til å diskutere tematikken, da dette vil være med på å forbedre pasientens livskvalitet.

Så kan en stille seg spørsmålet - hva hvis pasienten overhodet ikke ønsker å snakke om sin seksuelle helse? Som sykepleier skal man følge de yrkesetiske retningslinjene og respektere pasientens autonomi. Allikevel må ikke dette prinsippet bli en hvilepute for sykepleiere. Selv om pasienten selv skal få bestemme over egen situasjon, må en sørge for at pasienten gjør egne valg basert på grundig og relevant informasjon, slik også lovverket gir rett på som omtalt i kapittel 2.3.

Selv om pasienten etter loven har rett til å bli informert om aspekter rundt egen sykdom og lidelse, har man sett at det trengs å løftes enda mer frem. Dette er bakgrunnen for lanseringen av Helse- og omsorgsdepartementets strategi fra 2019 som er henvist til tidligere. En viktig presisering i denne strategien er at helsepersonell må få en økt bevissthet rundt pasienters helsekompetanse og «tilpasse kommunikasjonen til mottakers evne til å håndtere og bruke informasjonen i den situasjonen vedkommende er i» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Et helt sentralt spørsmål å stille til pasienter er «hva er viktig for deg?». Dette spørsmålet kan gjøre det enklere å inkludere pasienter og vil hjelpe helsepersonell med å kartlegge hva som er viktig for pasienten. Dermed kan kommunikasjonen lettere tilpasses. Ved dette spørsmålet har man også en gylden mulighet til å plukke opp problemer og bekymringer pasienten eventuelt måtte ha rundt sin egen seksuelle helse.

5.2 Rammer for helseveiledning.

Flere av studiene presentert i denne oppgaven har vist at pasienter savner informasjon relatert til seksuell helse, og vi har presentert noen av følgene dette kan ha for pasienter. Nå går vi videre inn på rammene for å kunne gi pasienter den informasjonen de trenger, og vi velger som tidligere nevnt å bruke begrepet «veiledning» fremfor undervisning.

Pasienter (og deres pårørende) har som allerede beskrevet en lovfestet rett til å få veiledning relatert til deres sykdom eller tilstand. Flere av funnene viser derimot at informasjonen og veiledningen ikke alltid er tilstrekkelig og det kan være flere grunner til dette. Mangel på kunnskap fra helsepersonells side er et vesentlig poeng som nok kan regnes å være essensielt. Ifølge Borg (2004, s. 86) er det ikke uvanlig at sykepleiere stiller for høye krav til egen evne når det kommer til å føre en samtale omkring tematikken. Dette kan medføre at sykepleiere vegrer seg for å samtale med pasienten om hans eller hennes seksualitet. Det finnes verktøy som kan gjøre det enklere å ta opp teamet, slik som kartleggingsskjemaet til Ferrans og Powers (1984) omtalt i 2.1.5. Derimot er det viktig å presisere at ingen verktøy fungerer uten at de faktisk blir brukt. Det må finnes en kultur for å kunne snakke om seksuell helse og ta det på alvor ute på de respektive avdelingene. Ansvar for å sette dette på dagsorden kan tenkes å ligge hos avdelingsleder.

En annen grunn kan være mer konkret rammene på systemnivå – har sykepleiere nok tid til hver enkelt pasient på for eksempel en kirurgisk sengepost? Får de kun utført prosedyrer som er helt nødvendige for sykdomsforløpet eller har de tid til å stoppe opp og snakke med pasientene? Terje Årsvoll Olsen er medlem av Rådet for sykepleietikk og førstelektor på Høgskolen på Vestlandet og sier i en artikkel i Sykepleien at det er «stor forskjell på god

sykepleie og sykepleie som er 'god nok'» (Olsen, 2019). Det er naturligvis ikke enkelt å definere nøyaktig hvor skillelinjen går. Dette med tidspress er uansett et aspekt ved utøvelsen av sykepleie som er rimelig å anta har en vesentlig påvirkning i negativ retning for pasientens del.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at antall døgnopphold på norske sykehus har vært synkende over lang tid, og flere blir i dag behandlet poliklinisk eller gjennom dagbehandling til tross for en økning av antallet behandlinger (Lunde & Hjemås, 2019). Dette vil altså si at det gis flere behandlinger, men raskere enn før. I tillegg er vi på vei inn i en varslet sykepleierkrise, med en forventet sykepleiermangel på rundt 28 000 sykepleiere i år 2035 (Roksvaag & Texmon, 2012). Dette med tidspress er allerede en kjent faktor for mange sykepleiere i dag, og flere velger til å med å slutte i yrket nettopp på grunn av dette viser en rapport fra Velferdsforskningsinstituttet NOVA (Gautun, Øien & Bratt, 2016).

En annen viktig rammefaktor for sykehusene som helhet er den såkalte innsatsstyrte finansieringen (ISF) som utgjør omtrent 50 % av finansieringen til de regionale helseforetakene (Helsedirektoratet, 2019). Dette systemet har vært i bruk i Norge siden 1997, og belønner effektivitet på en systematisk måte. Kort forklart har alle diagnoser og prosedyrer en prislapp på seg og er listet opp som diagnoserelaterte grupper (DRG). Hvert DRG-poeng utløser en fastsatt utbetaling til det aktuelle sykehuset som behandler eller utfører denne.

Noe av kritikken som er rettet mot systemet er at sykehusene i større grad drives som «butikk», og at effektivitet og antall behandlinger belønnes fremfor en helhetlig pasientvurdering (Olsen, 2019). Dette poenget er noe som kunne vært grunnlaget for en oppgave i seg selv, og vi vil derfor ikke gå videre inn på det her.

5.3 Bruk av PLISSIT-modellen og andre verktøy i praksis.

PLISSIT-modellen som er ment som et verktøy til bruk i veiledning innen seksuell helse blir nevnt i (Humphreys, 2017) artikkel, og trekkes her frem som et godt og veletablert verktøy for sykepleiere. Dette til tross for at samme artikkel viser til en studie som finner at brukes av verktøyet gir gode resultater, men med uvisshet om det gode resultatet kan tillegges verktøyet i seg selv, eller pasientenes naturlige helningsprosess. Det kunne vært interessant og sett mer på effekten til bruken av PLISSIT-modellen i nye søk spesifikt på dette. Det tolkes derimot som noe som er utenfor handlingsrommet for det denne oppgaven skal besvare. Siden modellen blir nevnt i to av pensumbøkene til sykepleierutdanningen (Gamnes, 2016, s. 399-400; Nilsen et al., 2016, s. 543-544) underbygger dette poenget om at modellen er aktuell å bruke for sykepleiere.

Sykepleieforskerne Bridget Taylor og Sally Davis har videreutviklet Annons PLISSIT-modell. Grunnen til dette er at de har sett begrensninger ved den opprinnelige modellen ved at den ikke vektlegger refleksjon og evaluering (Taylor & Davis, 2007). Med bakgrunn som undervisere for sykepleiere har de i tillegg erfart at det første nivået i modellen ofte ikke vektlegges nok, eller misforstås. Mange sykepleiere gir gjerne ut skriftlig informasjon om seksuell helse, og antar at pasienten selv tar opp tematikken ved behov. Det at pasienten ikke stiller ytterlige spørsmål om seksuell helse, tolkes da som at pasienten har den informasjonen som trengs. Selv om dette går under nivå to i modellen (begrenset informasjon), fremhever Taylor og Davis (2007) viktigheten av å alltid inkludere nivået om tillatelse uansett hvor i modellen man befinner seg. Det må tydeliggjøres at det er tillatt å ta opp problemer eller spørsmål om seksuell helse. Denne videreutviklingen av modellen har de kalt Ex-PLISSIT (The Extended PLISSIT Model) og er formet som en blomst hvor tillatelse er i sentrum og *reflect* og *review* er lagt til på hvert «blad». For å gi pasienten «tillatelse» til å snakke om temaet kan dette gjøres gjennom å stille åpne spørsmål. Kanskje et eksempel kan være «En del av pasientene våre opplever utfordringer relatert til sin seksualitet etter en stomioperasjon. Hvilke tanker har du omkring din seksuelle helse?»

Ferrans og Powers' kartleggingsverktøy for å måle livskvalitet stiller som tidligere nevnt spørsmålet «hvor viktig er ditt seksualliv for deg?» (1984). Ved å be pasienten fylle ut et slikt skjema kan man enkelt se hvor mye pasienten vektlegger dette.

I tillegg til å bare dele ut et skjema, er det selvfølgelig viktig at sykepleieren imøtekommer og lytter aktivt til pasienten. Det vil skape grunnlag for tillit og kan bidra til motivasjon, mestingsfølelse og opplevelse av mening i en vanskelig situasjon (Eide & Eide, 2017, s. 26-27 & s. 83). Når slike private temaer skal diskuteres med helsepersonell, spiller pasientens opplevelse av den som formidler informasjonen også en stor rolle. Det legger et grunnlag for hvor mye pasienten er villig å dele eller tørre å spørre om (Berntzen et al., 2016, s. 318).

5.4 Sykepleiers ansvar eller spesialistoppgave?

Vi har sett på hvordan sykepleiere lettere kan snakke med pasienter om seksuell helse. Nå vil vi diskutere om pasienters seksuelle helse kan sies å være en sykepleieroppgave eller noe kun spesialister skal håndtere.

Nilsen et al. (2016) argumenterer for at sykepleiere som arbeider med stomipasienter, bør kunne gi hjelp på de to nederste nivåene i PLISSIT-pyramiden, altså *tillatelse* og *begrenset informasjon*. Disse to nivåene krever ifølge dem ingen spesialkompetanse innenfor temaet seksuell helse. Bare det å gi tillatelse til at pasienten får snakke om seksualitet og dermed

kunne få satt ord på vanskelige temaer kan ofte være god hjelp i seg selv. «Videre bør sykepleieren kunne gi begrenset informasjon, nærmere bestemt om hva en stomioperasjon innebærer rent fysisk og psykisk, og om hvordan den kan påvirke seksuallivet» (Nilsen et al., 2016, s. 543-544).

Dersom man er en erfaren sykepleier eller har en spesialistutdanning som stomisykepleiere har, vil man kunne bevege seg opp på neste nivå (spesifikke råd). Her er det viktig at hver og en kjenner både sine styrker og begrensninger, og forstår når det er riktig å henvise videre til andre med mer erfaring og bedre kunnskap (Nilsen et al., 2016, s. 544).

Det å ha kunnskap om temaet er naturligvis viktig for å kunne snakke med pasienter om det. Allikevel peker både artikkelen til Humphreys (2017) samt Nilsen et al. (2016) på at PLISSIT-modellen er et godt verktøy sykepleiere kan benytte seg av. Det å sørge for at pasienten får tillatelse til å stille spørsmål omkring seksuell helse, tolkes som noe av det mest essensielle for at pasientene skal føle seg ivaretatt.

På den ene siden bør helsepersonell som innehar den tilstrekkelige kompetansen være den som tar opp spørsmål rundt temaet, for eksempel en stomisykepleier, sexolog eller uroterapeut. Det er ikke enkelt å definere hva som er «tilstrekkelig» kompetanse på dette feltet, men sykepleiere kan nok hjelpe pasienter godt på vei selv med en generalistutdanning.

Pasientorganisasjonen Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft (NORILCO) ønsker at Helsedirektoratet utarbeidet en veileder for oppfølging av stomipasienter (NORILCO, 2019). De har også sett at tilbudet pasienter med stomi får i Norge er svært varierende fra sykehus til sykehus, da (Svinndal, 2018). En slik veileder kan bidra til å sikre et bedre og likere tilbud til pasienter med stomi, og få temaet seksuell helse inn på dagsorden. I tillegg er det rimelig å anta at en veileder kan tydeliggjøre ansvarsoppgavene relatert til seksuell helse.

5.5 Kompetansenivået må heves.

I sykepleierutdanning kommer det frem av pensumlistene at kapitler fra boken Grunnleggende sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016) at alle grunnleggende behov er inkludert, med ett unntak: kapitlet om seksualitet og helse. Dette tolkes som at denne tematikken ikke prioriteres i like stor grad som de andre grunnleggende behovene.

Selv om en treårig sykepleierutdanning er en generalistutdanning, kan det argumenteres for at dette er et tema man burde ha kjennskap til, på lik linje med de andre behovene slik Gamnes (2016) presiserer som tidligere nevnt. Det er forståelse for at dette er et komplekst tema og det

kreves god og riktig kunnskap for å kunne hjelpe pasienten på best mulig måte. Slik det er på nåværende tidspunkt har nyutdannede sykepleiere dårlige forutsetninger for å møte pasienter i slike situasjoner hvor seksuell helse diskuteres. Kanskje det å heve kunnskapsnivået kunne gjort oss bedre rustet til å møte disse pasientene. Spørsmålet er da om det finnes det muligheter for at dette kan inkluderes i utdanningen, slik at vi som kommende sykepleiere er bedre rustet til å møte disse pasientene på en bedre måte.

6.0 OPPSUMMERING

Denne oppgaven har tatt for seg hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter med stomi å ivareta sin egen seksuelle helse. Henvist litteratur og resultat fra forskningsartikler støtter våre antagelser presentert innledningsvis, om at det å få stomi kan oppleves som en vanskelig forandring. Stomien viser seg å ofte påvirke både kroppsbildet og seksualitet negativt og i verste fall føre til at pasienten isolerer seg.

Pasienter som gjennomgår en stomioperasjon ønsker å snakke om temaer rundt seksuell helse, men opplever ofte at helsepersonell ikke tar dette opp. Pasienter som skal få stomi eller akkurat har fått det, har stor nytte av å inkludere sin partner inn i samtaler angående seksuell helse, noe sykepleier må huske å oppfordre til. Slik vi ser det, må sykepleiere generelt i større grad tørre å stille spørsmål rundt seksuell helse. Det vil bidra til normalisering av temaet og samtidig gi «tillatelse» til pasienter om at dette er greit å snakke om. Man skal naturligvis kjenne sine egne begrensninger som sykepleier og ikke snakke om tematikk man ikke er trygg på. Allikevel er det viktig å gi pasienter med stomi «tillatelse» til å ta opp temaer relatert til seksuell helse, og gi informasjon om at det finnes fagpersoner man eventuelt kan henvise til.

Det kunne vært interessant og gått dypere inn i bakgrunnen for hvorfor helsepersonell ofte unngår tematikken med pasienter. Noe av grunnen antas å være mangel på kunnskap, men også at det er et tema som mange anser som tabu og ukomfortabelt å snakke om. Det faktum at seksuell helse ikke er nevnt på pensum for sykepleieutdanningen, kan tolkes som et signal om at dette er noe sykepleiere ikke trenger å ta opp med pasienter, noe funnene taler imot. Pasientorganisasjonen NORILCO anbefaler at Helsedirektoratet utarbeider en veileder for pasienter med stomi. Denne kan tenkes å styrke kulturen og språket rundt seksuell helse hos sykepleiere. For at den skal ha noen effekt, ligger nok allikevel ansvaret på de respektive avdelingslederne å inkludere denne i den daglige virksomheten.

Det kan være verdt å nevne at det er andre pasientgrupper denne tematikken er aktuell for, som for eksempel pasienter med hjerte- og karsykdom. En rekke andre diagnoser, medikamenter og bivirkningene av disse kan også påvirke ens seksuelle helse i negativ retning, og det er viktig å være klar over dette i møte med pasienter på generell basis slik at de får den informasjonen de har rett på.

Litteratur

- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2006). *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Annon, J. S. (1976). The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1-15.
<https://doi.org/10.1080/01614576.1976.11074483>
- Ayaz-Alkaya, S. (2019). Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. *International Wound Journal*, 16(1), 243-249.
<https://doi.org/10.1111/iwj.13018>
- Barreto, A. P. C. P. & Valença, M. P. (2013). The ostomy patient's sexuality: integrative review. *Journal of Nursing UFPE*, 7(7), 4935-4943. Hentet fra
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11753/14040>
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dāvøy, G. & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., bd. 1, s. 309-379). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjørndal, B. & Lieberg, S. (1978). *Nye veier i didaktikken?* Oslo: Aschehoug.
- Borg, T. (2004). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie* (s. 84-89). Oslo: Akribe.
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde : teori og helsefremmende behandling* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christiansen, B. (2013). Helseveiledning - hva menes? I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 13-29). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Cullberg, J. (1994). *Mennesker i krise og utvikling : en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (3. utg., C. Hambro, Overs.). Oslo: Aschehoug.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A. K., Burcharth, J. & Rosenberg, J. (2013). Spouses of patients with a stoma lack information and support and are restricted in their social and sexual life: A systematic review. *International journal of colorectal disease*, 28.
<https://doi.org/10.1007/s00384-013-1749-y>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Ferrans, C. E. & Powers, M. (1984). Livskvalitetindeks (generic II). Hentet fra
<https://qli.org.uic.edu/questionnaires/pdf/genericversionIII/QLI%20Norwegian%20Generic%20II.pdf>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412)*. Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Gammersvik, Å. (2018). Å fremme helse sett fra et helsepsykologisk perspektiv. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie : i teori og praksis* (2. utg., s. 201-220). Bergen: Fagbokforlaget.

- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., bd. 2, s. 373-405). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selyforsterkende: Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem* (NOVA Rapport 6/16). Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
- Haugen, G. & Rannestad, T. (2018). Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie : i teori og praksis* (2. utg., s. 135-156). Bergen: Fagbokforlaget.
- HELFO. (2015). *Blåreseptforskriften §§ 5 og 6. Forvaltning av produkt- og prislister. Delrapport 3 Stomi*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2628313/BI>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helsedirektoratet. (2019). *Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2020 (ISF-regelverket)* (IS-2869). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF-regelverket%202020.pdf/>
- Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning: refleksjoner etter 25 år* (S. Mellbye & A.-M. Munkeby, Overs.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Humphreys, N. (2017). Sexual health and sexuality in people with a stoma: a literature review. *Gastrointestinal Nursing*, 15(10), 18-26. <https://doi.org/10.12968/gasn.2017.15.10.18>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jayarajah, U. & Samarasekera, D. N. (2017). Psychological Adaptation to Alteration of Body Image among Stoma Patients: A Descriptive Study. *Indian journal of psychological medicine*, 39(1), 63-68. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.198944>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., bd. 2). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Krogh, G. v. (2005). *Begreper i psykiatrisk sykepleie: sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Larsen, T. B. (2018). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid (H. B. Urke, Overs.). I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2. utg., s. 37-49). Bergen: Fagbokforlaget.

- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., bd. 2, s. 397-436). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lunde, E. S. & Hjemås, G. (2019). *5 prosent av pasientene sto for en tredel av liggedagene på sykehus*. Statistisk Sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/5-prosent-av-pasientene-sto-for-en-tredel-av-liggedagene-pa-sykehus>
- Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Moorhead, S., Johnson, M. & Maas (red.), M. (2007). *Klassifisering av sykepleieresultater (NOC)* (3. utg., G. Thorsen (oversetter) & K. Mølstad (prosjektleder for den norske oversettelsen), Overs.). Oslo: Akribe.
- 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 *Klinisk sykepleie* (5. utg., bd. 1, s. 519-548). Oslo: Gyldendal akademisk.
- NORILCO. (2019, 3.10.2019). Seksualitet og livskvalitet hører sammen. Hentet 20.5.2020 fra <https://www.norilco.no/aktuelt/seksualitet-og-livskvalitet-hoerer-sammen>
- NORILCO. (u.å.). Informasjon. Hentet 19.3.2020 fra <https://www.norilco.no/informasjon>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 30.4.20 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.
- Olsen, T. Å. (2019, 4.6.). Tar vi vare på faglig og etisk kompetanse? *Sykepleien*. Hentet 19.5.2020 fra <https://sykepleien.no/forskning/2019/05/tar-vi-vare-pa-faglig-og-etisk-kompetanse>
- Roksvaag, K. & Texmon, I. (2012). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012* (rapporter 2012/14). Statistisk Sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201214/rapp_201214.pdf
- Rustøen, T. (2016). Livskvalitet og velvære. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., bd. 2, s. 80-107). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sex og Samfunn. (2020, 14.4.20). Sexologi. I M. Johansen & S. Gamnes (Red.), *eMetodebok for seksuell helse*. Hentet fra <https://www.emetodebok.no/kapittel/sexologi/>
- Shieh, S.-I., Lin, Y.-H., Huang, C.-Y., Kao, C.-C., Hung, S.-L., Yang, H.-Y. & Tung, H.-Y. (2016). Sexual dysfunction in males following low anterior resection. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15-16), 2348-2356. <https://doi.org/10.1111/jocn.13172>
- Silva, N. M., Santos, M. A. D., Rosado, S. R., Galvão, C. M. & Sonobe, H. M. (2017). Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, e2950-e2950. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2231.2950>

- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)* (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stordalen, J. (2010). *Praktiske sykepleieferdigheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sunde, B. (2020). Stomi. I *Oncolex: Onkologisk oppslagsverk*. Hentet 14.4.20 fra <http://oncolex.no/PROSEDYRER-ONCOLEX/BEHANDLING/Kirurgi/Tykk-og-endetarm-Anleggelse-av-stomi?lg=procedure>
- Svartdal, F. (2020, 5.4.20). Fagfelle vurdering. I *Store norske leksikon*. Hentet 30.4.20 fra <https://snl.no/fagfelle-vurdering>
- Svinndal, M. (2018, 18.10.2018). Oppfølging uten retningslinjer. *NORILCO*. Hentet fra <https://www.norilco.no/aktuelt/oppfoelging-uten-retningslinjer>
- Sørli, T. & Bergsvik, S. (2013). Pasientinformasjon i sykehus - med særlig vekt på ivaretagelse av engstelige og bekymrede pasienter. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 78-107). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Taylor, B. & Davis, S. (2007). The Extended PLISSIT Model for Addressing the Sexual Wellbeing of Individuals with an Acquired Disability or Chronic Illness. *Sexuality and Disability*, 25(3), 135-139. <https://doi.org/10.1007/s11195-007-9044-x>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tripaldi, C. (2019). Sexual function after stoma formation in women with colorectal cancer. *British Journal of Nursing*, 28(16), 4-15. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.16.S4>
- WHO. (2006). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva. Hentet 19.3.20 fra https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf

Vedlegg 1: PICO-skjema.

Ordene skrevet i kursiv er ikke brukt i de søkene som resulterte i artiklene som er grunnlaget for funnene i denne oppgaven.

	Norsk	Norske søkeord (MeSH)	Engelske søkeord (MeSH)
P	Pasient, problem	Stomi/urostomi/ileostomi/kolostomi seksuell helse <i>seksualitet</i> kroppsbilde <i>psykososiale faktorer</i>	Ostomy/stoma/Ureterostomy/ileostomy/colostomy sexual health <i>sexuality</i> body image <i>psychosocial factors</i>
I	Intervensjon, hva	informasjon <i>PLISSIT-modellen</i> <i>holistisk sykepleie</i>	information <i>PLISSIT model</i> <i>holistic nursing</i>
C	Alternativer	-	-
O	Resultater	Seksuell helse <i>Mestringstro/gjennomføringsstyrke</i> <i>Livskvalitet</i>	Sexual health <i>Self-efficacy</i> <i>Quality of life</i>

Vedlegg 2: Søkematrise.

Dato	Database	Søkeord	Antall treff	Valgte artikler	Tittel
18/3/20	CINAHL	Ureterostomy Ileostomy Colostomy "Ureterostomy" AND "Sexual health" AND "Ileostomy" AND "Sexual health" "Colostomy" AND "Sexual health" "Ostomy+" AND "Sexual Health" AND "Information" (Søk med avgrensning) "Ostomy+" AND "Sexual Health" AND "Body Image" (Søk med avgrensning)	74 1257 1733 0 2 2 2 8	 2 (3)	 Følgende søk hadde like treff: Treff 1 "Sexual health and sexuality in people with a stoma: a literature review" Treff 1: "Sexual function after stoma formation in women with colorectal cancer." Treff 3: "The ostomy patient's sexuality: integrative review" Treff 5: Sexual health and sexuality in people with a stoma: a literature review"
23/3/20	Epistemonikos	Sexual health AND stoma Avgrensning: By category: Systematic reviews By year: Last 10 years	43	3	Treff 2: "Overview of psychosocial problems in individuals with a stoma: A review of literature" Treff 5: "Spouses of patients with a stoma lack information and support and are restricted in their social and sexual life: a systematic review" Treff 8: "Psychological aspects of patients with a intestinal stoma: integrative review"