

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,  
Pilestredet,  
Fakultet for helsefag**

**Kandidatnummer:** 277

**Eksamensnavn:** SYBA3900

**Dato:** 20.03.17 – 01.06.17

**Klasse:** 3B

**Kull:** 2014

**Antall ord:** 10355

# Bacheloroppgave i sykepleie våren 2017

## Tema: Stomi og seksualitet

Sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon



*”Hvordan kan sykepleier ved hjelp av sin undervisende- og veiledende funksjon bidra til at pasienter med stomi bevarer sin seksualitet? ”*



**Kull:** Høst 2014

**Dato:** 01.06.17

**Emne:** 3900 - bacheloroppgave

**Kandidatnummer:** 277

**Antall ord:** 10355

## SAMMENDRAG

### **Bakgrunn :**

Mange lever med stomi av ulike årsaker, og den forandrede kroppen vil kunne medføre konsekvenser for seksualiteten. Sykepleieren har en viktig rolle i arbeidet med å forebygge eller lindre disse konsekvensene. I denne oppgaven ønsket jeg derfor å se nærmere på hvordan sykepleieren, ved hjelp av sin undervisende- og veiledende funksjon kan bidra til at disse pasientene kan bevare sin seksualitet.

### **Problemstilling:**

*”Hvordan kan sykepleier ved hjelp av sin undervisende- og veiledende funksjon bidra til at pasienter med stomi bevarer sin seksualitet?”*

### **Metode:**

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie der fag- og forskningslitteratur skal belyse problemstillingen. Det er gjort søk i ulike databaser, samt manuelle søk der åtte artikler ble valgt ut.

### **Funn, diskusjon og konklusjon:**

I denne oppgaven kommer det frem at for å kunne veilede pasienter vedrørende deres seksualitet er det viktig å bygge opp en tillitsfull relasjon til pasienten, samt å inkludere pasienten som aktiv deltaker gjennom både planlegging og gjennomføring av veiledningen. All informasjon og veiledning vedrørende seksualitet må individualiseres ut fra pasientens opplevelser og behov. Den didaktiske relasjonsmodellen vil kunne være et godt verktøy for å individualisere veiledningen. Sykepleiere trenger generelt mer kunnskap om seksualitet, og hvilke konsekvenser som kan oppstå etter en stomioperasjon, samt hvordan å bidra til å lindre disse.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1	Presentasjon og begrunnelse for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon og begrunnelse av problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning og presisering av tema og problemstilling. ....	2
1.4	Oppgavens hensikt. ....	3
1.5	Oppgavens oppbygging. ....	3
<b>2.0</b>	<b>METODE .....</b>	<b>4</b>
2.1	Litteraturstudie som metode.....	4
2.2	Søkeprosessen. ....	4
2.4	Kildekritikk. ....	5
<b>3.0</b>	<b>TEORI .....</b>	<b>8</b>
3.1	Stomi. ....	8
3.2	Psykososiale konsekvenser for pasienter med stomi. ....	8
3.3	Stomi og seksualitet. ....	9
3.4	Etikk og lovverk. ....	10
<b>4.0</b>	<b>OPPGAVENS RAMMEVERK .....</b>	<b>13</b>
4.1	Sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon. ....	13
4.2	Den didaktiske relasjonsmodellen som verktøy. ....	14
<b>5.0</b>	<b>DRØFTING.....</b>	<b>17</b>
5.1	Kartlegging av behovet for veiledning vedrørende seksualitet.....	17
5.2	Pasienten og partnerens forutsetninger.....	19
5.3	Kontekst for veiledning.....	22
5.4	Veiledningens mål og innhold.....	23
5.5	Hvorfor er det så vanskelig å snakke om seksualitet? .....	26
<b>6.0</b>	<b>AVSLUTNING.....</b>	<b>27</b>
	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>29</b>

## 1.0 INNLEDNING

Innledningsvis i dette kapittelet vil tema og problemstilling presenteres med begrunnelse og avgrensning. Deretter presenteres oppgavens hensikt før jeg avslutningsvis vil presentere oppgavens oppbygging.

### 1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema.

Kreft i tykk- og endetarm, eller kolorektal kreft, er den vanligste kreftformen etter prostatakreft hos menn og brystkreft hos kvinner, og det ble i 2013 registrert over 4000 nye tilfeller i Norge (Stubberud & Nilsen, 2016). Mange av disse pasientene, samt noen pasienter med for eksempel Crohns sykdom eller ulcerøs colitt, vil kunne ende opp med å måtte gjennomgå behandlende kirurgi, og den vanligste kurative behandlingsmetoden er å anlegge stomi (Stubberud & Nilsen, 2016; Nilsen, Indrebø & Stubberud, 2016). Det å få stomi kan påvirke pasientens selvbilde, da det skjer en dramatisk estetisk endring av kroppens utseende, som igjen kan gå utover seksuallivet til pasienten og eventuelt vedkommendes partner (Andersson, Engstöm & Söderberg, 2010). Flere studier viser at informasjon om seksualitet blir nedprioritert når en pasient får stomi, og at mange pasienter tror at intimitet er noe de må gi slipp på (Persson, Gustavsson, Hellström, Lappas & Hultén, 2005; Davidson, 2016). I denne oppgaven benyttes den didaktiske relasjonsmodellen som verktøy, der jeg ønsker å se nærmere på hvordan sykepleieren kan bidra til at denne pasientgruppen i størst mulig grad bevarer sin seksualitet. I helsevesenet generelt er seksualitet og selvbilde noe som blir lite snakket om (Berndtsson, Palselius, Olsen, Alstad, Thomsen & Bach, 2004). Det kan derfor se ut til at dette er et område som burde tilegnes et større fokus, da det er en viktig del av en persons liv.

I dagens samfunn er sosiale medier en naturlig del av hverdagen, og dette påvirker oss i stor grad. Det har de siste årene vært enormt fokus på hvordan sosiale medier virker negativt inn på vårt selvbilde. I den vestlige verden blir vi stadig utsatt for bilder av attraktive, friske og ”perfekte” kropper i mediene (Hood, 2010). Likevel har det den siste tiden også dukket opp mange som står i mot dette forvrengte bildet av perfekte kropper, og det er blant annet flere bloggere og modeller som viser frem kroppen sin med stomipose (Senneset, 2015). Jeg

tror dette er en positiv utvikling i normaliseringen av å leve med stomi og kanskje vil det gjøre det lettere for pasientene å snakke om og stille spørsmål ved selvbilde og seksualitet.

Sykepleieren har en viktig rolle her, da det ofte er vi som ser pasientene mest og det er oss pasientene skaper relasjon og tillit til, som gjør at vi kan være en naturlig samtalepartner om slike spørsmål (Gamnes, 2011). Når sykepleier skal utføre inntakssamtaler med pasienter som skal anlegge stomi er seksualitet en av temaene for datasamling. Til tross for dette opplevde jeg i min praksis på gastrokirurgisk avdeling at samtlige sykepleiere overså dette punktet. Dette understøttes av Gamnes (2011) som skriver at seksualitet sjelden blir tatt opp på inntakssamtaler. Dette er det som vekket min interesse for tema. Med bakgrunn i dette vil denne bacheloroppgaven omhandle stomi og seksualitet, og hvordan sykepleier ved hjelp av sin undervisende- og veiledende funksjon kan hjelpe disse pasientene.

## 1.2 Presentasjon og begrunnelse av problemstilling.

I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er vi pliktig til å ivareta den enkelte pasients individuelle behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund [heretter NSF], 2011), noe som også innebærer pasientens seksuelle behov (Gamnes, 2011). Selv om dette er et faktum er det i følge Berndtsson et.al. (2004) fortsatt et problem at pasienter med stomi ikke får nok informasjon, om seksualitet og konsekvenser rundt dette. Mulige årsaker til det kan være at sykepleieren har for lite kunnskap om temaet og derfor kvier seg for å åpne opp for samtale rundt dette (Berndtsson et.al., 2004). Et av sykepleierens funksjonsområder er undervisning og veiledning, og det er denne sykepleiefunksjonen jeg vil ha fokus på gjennom oppgaven.

Med bakgrunn i dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

*”Hvordan kan sykepleier ved hjelp av sin undervisende- og veiledende funksjon bidra til at pasienter med stomi bevarer sin seksualitet?”*

## 1.3 Avgrensning og presisering av tema og problemstilling.

Jeg har i denne oppgaven valgt å avgrense til å omhandle voksne menn og kvinner, i alderen 30-40 år, som har fått anlagt permanent stomi. Det vil ikke fokuseres på type stomi eller diagnose, men heller det faktum at pasienten må leve med pose på magen. Videre vil jeg

vektlegge de psykososiale konsekvensene anleggelse av stomi kan ha, da spesielt selvbilde og seksualitet. Fysiske forhold som kan påvirke seksualiteten vil ikke vektlegges.

Oppgaven tar utgangspunkt i perioden etter pasienten er skrevet ut av sykehuset, og møtet mellom sykepleier og pasient vil foregå poliklinisk. Begrunnelsen for valg av dette knytter seg til at pasienter i pre- og postoperativ fase gjerne føler de har nok med å takle diagnosen og operasjonen i seg selv, og ikke er klar for å takle alt som kommer i ettertid. Eide og Eide (2007) omtaler dette som sjokkfasen, og forklarer at i denne fasen blir informasjon gjerne feiltolket og ikke fullt oppfattet. Pasientene kan med fordel få noe informasjon allerede pre-operativt om at det å få stomi kan ha konsekvenser for seksualiteten, da god informasjon gir trygghet og forutsigbarhet (Eide & Eide, 2007). Men jeg tenker at utdypende samtaler og veiledning angående seksualitet med fordel kan tas opp etter utskrivelse fra sykehus når pasienten har fått tid til å bearbeide det vedkommende har vært gjennom. Veiledningen vil foregå individuelt, eller med pasientens partner til stede, og jeg vil ikke ha fokus på gruppeundervisning.

#### 1.4 Oppgavens hensikt.

Oppgavens hensikt vil være å få økt kunnskap om hvilke utfordringer pasienter med nyanlagt stomi opplever vedrørende sin seksualitet og hvilke metoder sykepleier kan bruke for å hjelpe pasientene i denne situasjonen. Jeg vil se nærmere på hvordan sykepleier kan bruke sin undervisende- og veiledende funksjon, med den didaktiske relasjonsmodellen som verktøy, i møte med pasienter som har fått anlagt stomi, til å ivareta sin seksualitet.

#### 1.5 Oppgavens oppbygging.

Oppgaven er delt inn i seks hovedkapitler i følgende rekkefølge; innledning, metode, teori, oppgavens rammeverk, drøfting og avslutning. Disse kapitlene er igjen delt inn i flere underkapitler for å få en mer ryddig oppbygging. Kapittel to utgjør oppgavens metodedel. I kapittel tre presenteres aktuell teori. Oppgavens rammeverk, som innebærer sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon med den didaktiske relasjonsmodellen som verktøy, blir presentert i kapittel fire, og kapittel fem utgjør oppgavens drøftedel. Kapittel seks vil utgjøre oppgavens avslutning hvor oppgaven oppsummeres.

## 2.0 METODE

Metoden brukt i denne oppgaven er litteraturstudie, som jeg vil beskrive nedenfor. Deretter presenteres søkeprosessen før kapittelet avsluttes med kildekritikk.

### 2.1 Litteraturstudie som metode.

En metode er en systematisk fremgangsmåte for å finne informasjon om et tema du vil anskaffe deg mer kunnskap om (Thidemann, 2015). Et litteraturstudie baserer seg på eksisterende kunnskap og med dette menes at all data som samles er eksisterende, skriftlige kilder (Dalland, 2012). Disse kildene må vurderes nøye, noe jeg kommer til under kildekritikk, og det er dette Dalland (2012) forklarer som det metodiske redskapet i et litteraturstudie.

### 2.2 Søkeprosessen.

Gjennom søkeprosessen har er det blitt benyttet sentrale ord fra problemstillingen for å finne aktuell forskning. Søkeordene er kombinert på forskjellige måter og det er blitt benyttet kombinasjonsord som "AND" og "OR", noe som er med på å avgrense eller utvide søket ettersom hva vi leter etter (Mediesenteret, 2012b). Databasene jeg har funnet artiklene mine i er PubMed og Cinahl.

For å finne de aktuelle artiklene begynte jeg med å søke på "nursing" AND "ostomy" OR "stoma" AND "sexuality" OR "sexual health" i PubMed. På dette søket fikk jeg 4875 treff, og derfor endte jeg opp med å prøve flere andre søkeord i ulike kombinasjoner og i begge databaser for å få mer spesifikke treff. På søket "stoma" AND "sexuality" AND "quality of life" AND "patient information" fikk jeg 2 treff og valgte å bruke en av disse. Når jeg brukte søkeordene "nursing care" AND "colostomy" AND "experience" AND "rectal cancer" fikk jeg fem treff, en av disse var aktuell for oppgaven. På søket "sexuality" AND "quality of life" AND "ostomy" OR "ostomy care" fikk jeg 6 treff og valgte å benytte en av disse. Jeg søkte også "sexuality" AND "stoma" AND "body image" og fikk på dette søket 59 treff og valgte å bruke en av disse.



Det har i tillegg blitt foretatt manuelle søk, som vil si at man finner artikler gjennom å lete i referanselistene til annen utgitt litteratur (Thidemann, 2015). Jeg har lest relevante artikler og faglitteratur og har søkt opp og funnet artikler fra referanselistene. Slik har jeg funnet relevante artikler, ved å søke de opp gjennom Oria, som er Høgskolen i Oslo og Akershus sitt nettbaserte bibliotek. Jeg har slik funnet fire artikler som ble referert til i flere nyere studier, og har valgt å bruke disse i min oppgave da de er svært relevant for å besvare min problemstilling. Videre har jeg forsøkt å finne forskning som er gjennomført i land med vestlig, tilnærmet norsk kultur. Når det gjelder utgivelsesår søkte jeg hovedsakelig forskning fra perioden 2007-2017, da det er tenkelig at det vil være denne forskningen som er mest oppdatert på fagfeltet ettersom det stadig er nye produkter og lignende på området. Jeg har valgt ut både kvalitative og kvantitative artikler, da jeg er interessert i pasientenes opplevelser og konsekvenser av det å få stomi, samt statistikken på hvor mange som opplever disse konsekvensene (Thidemann, 2015).

For å velge ut artikler begynte jeg med å se på overskriftene og sammendrag for å se om artikkelen hadde relevans for min oppgave. Deretter valgte jeg ut de artiklene som best belyser problemstillingen. Artiklene jeg har valgt ut sier enten noe om hvordan pasienter opplever det å få en stomi, samt hvilke konsekvenser det har for seksualiteten, eller om pasientundervisning og sykepleiers rolle i dette arbeidet. Funn fra forskning vil ikke bli presentert som en egen del i oppgaven, men vil komme fortløpende gjennom drøftekapittelet.

### 2.3 Kildekritikk.

Kildekritikk hører med til et litteraturstudie og er en metode som anvendes for å se om de kildene som er brukt i oppgaven er troverdige (Dalland, 2012). Alle artiklene som er benyttet er funnet via databasene Cinahl, PubMed eller Oria, og alle er tilgjengelig i fulltekst gjennom Høgskolen i Oslo og Akershus, noe jeg har lagt som grunnlag for at kildene er pålitelige. I tillegg er alle mine artikler fagfellevurderte, altså er de allerede vurdert og godkjent av eksperter på området (Dalland, 2012). Det finnes også ulike sjekklister for å vurdere artikkelens relevans og noen av spørsmålene som jeg har benyttet i arbeidet om å finne relevant forskning er;

- *Har artikkelen en klart formulert problemstilling?*
- *Er designet velegnet for å svare på problemstillingen?*
- *Hva er, og kan du stole på resultatene?*

- *Kan resultatene brukes i min praksis?* (Mediesenteret, 2012a).

Når jeg har gjennomgått litteraturen har jeg først sett på tittel og problemstilling, også kalt forskningsspørsmål, og dersom dette ikke var forståelig, eller ikke hadde relevans for oppgaven har jeg lagt de bort. Når det gjelder design på artiklene har jeg hatt fokus på IMRaD-strukturen, som står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon, og samtlige av artiklene benyttet i oppgaven har utgangspunkt i denne oppbygningen (Dalland, 2012). Etter artiklene er blitt valgt utfra tittel og problemstilling har jeg systematisk gått gjennom sammendrag og luket ut de artiklene som ikke vil belyse problemstillingen, før jeg til slutt har lest gjennom de gjenværende artiklene i sin helhet med hovedvekt på resultater. Slik har jeg kommet frem til de åtte artiklene som jeg mener vil være relevant for oppgaven.

Det er ikke alle artiklene som omhandler seksualitet som hovedtema, men likevel inneholder informasjon om bakgrunn for hvordan seksualiteten til pasientene kan påvirkes av stomi, eller om sykepleierens rolle i veiledning og undervisning. Det er heller ikke alle artiklene som har samme aldersgruppe i fokus som i denne oppgaven, da de fleste studiene jeg fant har stort spenn i alder, med største spenn fra 18-91 år, men jeg mener de fortsatt er relevant, uavhengig av alder. Som nevnt var målet å finne artikler publisert innenfor de siste ti årene, men dette viste seg å være vanskelig da mye av forskningen på feltet ble utført sent på 90-tallet eller tidlig 2000. De benyttede artiklene som er eldre enn 2007, som kunne tenkes å være utdatert, har blitt ofte referert til i nyere forskning og litteratur. På bakgrunn av at de fortsatt blir brukt som referanse i dag, samt at jeg ikke kunne finne store bevis for at de var utdaterte, valgte jeg å benytte disse tross at de er eldre enn 10 år.

Jeg har så langt det har vært mulig benyttet meg av primærkilder da dette er beste måten å sikre korrekt informasjon (Dalland, 2012). Dalland (2012) forklarer videre at dette er fordi sekundærkilder gjerne er blitt tolket av en annen forfatter, noe som kan bety feiltolkninger og unøyaktigheter som vi ikke har kontroll over med mindre vi søker til primærkilden. Til tross for dette har jeg valgt å benytte meg av en nyere versjon av den didaktiske relasjonsmodellen. Den er opprinnelig utviklet av Bjørndal og Lieberg i 1978 som en modell for undervisning i skolen, og senere videreutviklet av blant annet Hiim og Hippe, da som verktøy for yrkesfaglig veiledning (Christiansen, 2013). Christiansen (2013) har tilpasset modellen i en retning som

er mer opp mot sykepleie og helseveiledning, og det er denne jeg velger å benytte i min oppgave.

Når det gjelder min forforståelse baserer det seg hovedsakelig på min praksisperiode på gastrokirurgisk avdeling. Her hadde hovedvekten av pasientene fått diagnosen kolorektal kreft og var innlagt for kirurgisk behandling. Flertallet av disse pasientene fikk stomi som resultat av behandlingen, og jeg fikk følge pasientene fra de ble tatt imot på avdelingen til de ble skrevet ut syv til ti dager etter operasjon. Under oppholdet ble de hovedsakelig fulgt opp av sykepleiere, men de hadde også to-tre møter med stomisykepleier underveis. Min erfaring var at seksualitet ikke var et fokus verken hos sykepleiere eller stomisykepleiere.

## 3.0 TEORI

I dette kapittelet presenteres aktuell teori utfra problemstillingen. Først beskriver jeg stomi generelt, deretter beskrives psykososiale konsekvenser av å få stomi. Så kommer jeg inn på seksualitet og hvordan dette påvirkes av stomi. Avslutningsvis vil jeg beskrive aktuelle etiske aspekter og lovverk for sykepleier i møte med pasienter og deres seksualitet.

### 3.1 Stomi.

Stomi er opprinnelig et gresk ord som betyr åpning eller munn, men i medisinsk terminologi viser det til en kunstig, kirurgisk konstruert åpning i kroppen (Persson, 2008b). Ordet stomi i seg selv forteller ingenting om hvor åpningen er, derfor er det organnavnet foran som forteller oss hvilken type åpning det er snakk om (Nilsen et al., 2016). Stomien konstrueres ved at kirurgen trekker tarmen ut gjennom en åpning på buken, før den vrenses og sys fast til huden, og det er altså innsiden av tarmen, eller tarmslimhinnen, vi ser på en stomi (Nilsen et al., 2016). Denne teknikken, med å vrense tarmen før den sys fast, ble først utviklet av Bryan Brooke i 1952, og brukes altså den dag i dag (Berndtsson, 2008b). Persson (2008b) forklarer at tarmslimhinnen i en stomi ikke har nerver, og at pasienten derfor ikke kan kjenne smerter eller trykk ved berøring. Hun forklarer videre at ettersom den ikke har nerver er stomien inkontinent, altså har ikke vedkommende kontroll på tarmtømmingen, og avføringen, eller urinen, havner i en pose som er festet rundt stomiåpningen (Persson, 2008b). Det finnes flere ulike typer stomier, og hovedgruppene er ileostomi, som er fremlagt tynntarm, urostomi, som er en åpning fra urinveiene, og kolostomi, som er fremlagt tykktarm (Nilsen et al., 2016).

### 3.2 Psykososiale konsekvenser for pasienter med stomi.

Det å få stomi medfører store endringer i pasientens liv og det kan for mange oppleves som en krise (Nilsen et al., 2016). Det er en rekke ulike konsekvenser av det å få stomi, både fysiske og psykiske, og disse påvirker ofte hverandre. For eksempel kan det å bli inkontinent for avføring og flatus i voksen alder føles nedverdiggende for pasienten, og det kan være sjenerende å ikke ha kontroll over dette, noe som kan føre til endret selvbilde og nedsatt livskvalitet (Nilsen et al., 2016). Persson (2008a) forklarer at usikkerheten rundt stomiens funksjon, som lyder, lukter og frykt for lekkasje kan føre til at pasienten isolerer seg fra sitt

sosiale liv. Å få en pose på magen og store arr kan være med på å true selvbildet, og mange føler seg annerledes og mindre attraktive i etterkant av en stomioperasjon (Persson, 2008a). Dette vil igjen kunne gå utover pasientens seksualitet i større eller mindre grad (Graugaard, Møhl & Hertoft, 2006). Alle disse forandringene tar lang tid å bearbeide, men mange vil etterhvert kunne oppleve mestring i situasjonen og akseptere de endringene som har oppstått (Nilsen et al., 2016).

### 3.3 Stomi og seksualitet.

Seksualitet og generell helse påvirkes av hverandre i stor grad (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). For eksempel kan problemer med seksualiteten føre til nedsatt livskvalitet og nedsatt livskvalitet kan føre til konsekvenser for seksualiteten (Nilsen et al., 2016). Seksualitet står som en sentral del av vår helse og velbefinnende, og dersom en person opplever problemer vedrørende sin seksualitet kan det føre til alvorlige fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser (Almås & Benestad, 1997). Når vi snakker om seksualitet kommer vi ofte inn på begrepet seksuell helse, som kan defineres som fysisk, mental og sosialt velvære relatert til seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Etter gjennomgått sykdom og behandling, som ved anleggelse av stomi, vil seksualiteten og parforholdet kunne være noe av det første som påvirkes av den nye livssituasjonen (Graugaard et al., 2006).

Å få stomi kan som nevnt gå utover pasientens selvbilde og pasientene kan føle seg mindre attraktive, dette kan medføre at vedkommende ikke klarer å gjenoppta eller starte seksuelle forhold (Nilsen et al., 2016). Gamnes (2011) forklarer også at pasienter som har stomi kan føle seg urene og frykte lekkasje, samt at de er redd for at partneren deres skal trekke seg unna, noe som gjør at de selv avskriver seksualiteten i forholdet. Almås og Benestad (1997) skriver at stomien kan føles som et hinder for seksuell utfoldelse for pasienten, men at åpenhet og samtale om seksualitet kan være med på å hindre at dette oppstår. Pasientens og vedkommendes partner må samarbeide om å akseptere kroppens forandringer, og det er viktig med åpenhet rundt situasjonen for å unngå konflikter på dette området (Nilsen et al., 2016). Berndtsson (2008a) beskriver seksuell lyst som den viktigste faktoren for god seksuell helse. Pasienter som får stomi kan føle at den seksuelle lysten dempes eller forsvinner, men lysten kommer ofte tilbake når de har vendt seg til sitt nye liv med stomi (Berndtsson, 2008a). Til tross for viktigheten av god seksuell helse viser det seg at dette er noe helsepersonell unngår å

snakke om, og pasientene kan føle at deres seksualitet blir glemt i lyset av alt annet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

### 3.4 Etikk og lovverk.

Seksualitet er fortsatt et vanskelig tema å snakke om, til tross for at det er mer åpenhet i samfunnet i dag, og derfor er det en del å tenke på når sykepleier skal bevege seg inn på dette området. Sykepleiere har egne yrkesetiske retningslinjer som stiller krav til etiske aspekter ved den hjelpen som utøves (NSF, 2011), og mange av disse punktene går igjen i både generell etikk og i lovverket. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det blant annet at ”Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten” (NSF, 2011, s.7). Seksualitet er et tema som oppleves som privat og intimt for de fleste av oss, og det er ikke noe som snakkes om når som helst og til hvem som helst, kanskje heller ikke til våre nærmeste. Johansen, Thyness og Holm (1998) skriver at en av grunnene til dette kan være at både sykepleiere og pasienter er redde for å krenke eller støte motparten i samtalen. Derfor er det en del etiske spørsmål som må tas stilling til når seksualitet skal samtales om med pasienter. Johansen et al. (1998) beskriver dette som at sykepleier i møte med pasientens seksuelle problemer vil ha flere handlingsmuligheter og at det derfor kan oppstå noen etiske problemer, derfor er det viktig å være bevisst rundt dette. Det er noen overordnede etiske prinsipper som må følges som en del av arbeidet som sykepleier, og som også vil være aktuelt når sykepleier skal samtale og hjelpe pasienter som opplever at seksualiteten er truet av å få stomi;

- Velgjørhetsprinsippet, som innebærer å ville og gjøre det som er best for pasienten.
- Autonomiprinsippet, som innebærer at pasienten har rett på bestemme over eget liv, han skal få mulighet til å utnytte egne ressurser samt at han skal være delaktig i den behandlingen og problemløsingen vi utfører.
- Ikke-skade-prinsippet, som vil si at hjelpen må utføres skånsomt og med omtanke, det skal sørges for at pasienten ikke opplever unødvendig lidelse. (Nortvedt, 2012)

Som sykepleier er det altså viktig å ha gode fagkunnskaper og å være bevisst på etiske spørsmål som kan dukke opp (Nortvedt, 2012). Johansen et al. (1998) skriver at sykepleier må være oppmerksom på at viktige moralske verdier står på spill når det snakkes om seksualitet med pasienter. Sykepleieren må også være klar over at pasientens integritet kan bli krenket

dersom vedkommende overgår pasientens grenser for hva som føles greit (Johansen et al., 1998). Sykepleieren må ha den rette holdningen og moralske sensitiviteten i den særskilte situasjonen, og ha oppmerksomheten rettet mot hva som står på spill for pasienten (Nortvedt, 2012). Pasientene kan føle det vanskelig å snakke om seksualitet, så det vil være sykepleiers ansvar å se når et informasjonsbehov er til stede, og etter å ha fått tillatelse til å snakke om det, informere med vennlighet og omtanke (Johansen et al., 1998).

Som sykepleier er det en rekke lover som skal overholdes, som det er viktig at sykepleier har kunnskaper om. Her presenteres de mest relevante når det gjelder undervisning og veiledning av pasienter med stomi vedrørende seksualitet. Pasienter har en lovpålagt rett til å motta den informasjonen som skal til for at vedkommende får innsikt i sin helsetilstand, samt informasjon om risikoer og bivirkninger av sykdom og behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven [pbrl], 1999, §3-2). Derimot skal ikke informasjonen gis dersom pasienten ikke vil (pbrl, 1999, §3-2). Det vil si at pasienten skal ha informasjon om at det å få stomi kan ha innvirkning på seksualiteten, men at sykepleier må forsikre seg om at dette er informasjon som pasienten ønsker, sykepleier må altså be om tillatelse. For å understreke pasientens rett på informasjon, har helsepersonell også en lovpålagt plikt til å gi denne informasjonen (Helsepersonelloven [hpl], 1999, §10). I tillegg har pasientene rett til å påvirke hvordan helsehjelpen skal gis, de skal altså så langt det er mulig tas med på alle avgjørelser i forhold til egen behandling (pbrl, 1999, §3-1). Det skal altså være et samarbeid mellom sykepleier og pasient om hvordan og hvilken informasjon som blir gitt. Samtaler om seksualitet vil i stor grad også omhandle pasientens partner, og det vil være gunstig å ha partneren med på disse samtalene. Dette kan kun gjøres dersom pasienten har samtykket til at informasjonen også kan gis til pårørende (pbrl, 1999, §3-3). Det er også viktig å vite at lovverket sier noe om at informasjonen må være tilpasset den enkelte pasient, og at informasjonen må gis på en hensynsfull måte (pbrl, 1999, §3-5). Sykepleier må også forsikre seg om at pasienten forstår innholdet i informasjonen som er gitt, samt at det som er informert eller undervist om skal dokumenteres (pbrl, 1999, §3-5). Helsepersonelloven sier også noe om at sykepleier ikke skal gå utenfor egne faglige kvalifikasjoner, og at hjelpen må utføres med forsvarlighet og omsorg (hpl, 1999, §4). Videre står det at dersom pasientens behov går utenfor sykepleiers kompetanse skal pasienten henvises til riktige fagfolk der det er nødvendig (hpl, 1999, §4). Taushetsplikten, altså verning av personlige opplysninger, er også

overholdt av både pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl, 1999, §3-6) og helsepersonelloven (hpl, 1999, §21).



## 4.0 OPPGAVENS RAMMEVERK

I dette kapittelet vil jeg presentere oppgavens rammeverk som innebærer sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon med den didaktiske relasjonsmodellen som verktøy.

### 4.1 Sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon.

En pasient med nyanlagt stomi vil i stor grad ha behov for undervisning og veiledning av sykepleier, og da blant annet angående seksualiteten som kan bli negativt påvirket av sykdommen og behandlingen (Nilsen et al., 2016). Mens legene har hovedansvar for den medisinske behandlingen, har sykepleieren en viktig rolle i å hjelpe pasientene med å mestre konsekvensene av sykdom, behandling og helsesvikt (Tveiten, 2008). Tveiten (2008) skriver videre at dette innebærer blant annet informasjon og veiledning, og at sykepleier må ha gode kunnskaper om hvilke konsekvenser pasientene kan møte i de enkelte situasjonene for å kunne hjelpe de best mulig. Informasjonen og veiledningen sykepleieren gir pasienten skal være med på å skape mestring og fremme trygghet i situasjonen (Tveiten, 2008). Tveiten (2008) beskriver den undervisende og veiledende sykepleiefunksjonen som sykepleierens pedagogiske funksjon, og hun vektlegger kravet om at sykepleieren må ha pedagogisk kompetanse i sitt arbeid. Hun beskriver dette som kompetanse til å gi informasjon, instruksjon, rådgivning, undervisning og veiledning til pasienter og pårørende (Tveiten, 2008). Hun beskriver videre at hensikten med sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer å hjelpe pasienten og eventuelt pårørende til oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring. Målet med dette vil være at pasienten skal forholde seg til sykdommen og konsekvensene på en mer hensiktsmessig måte slik at livskvaliteten øker (Tveiten, 2008).

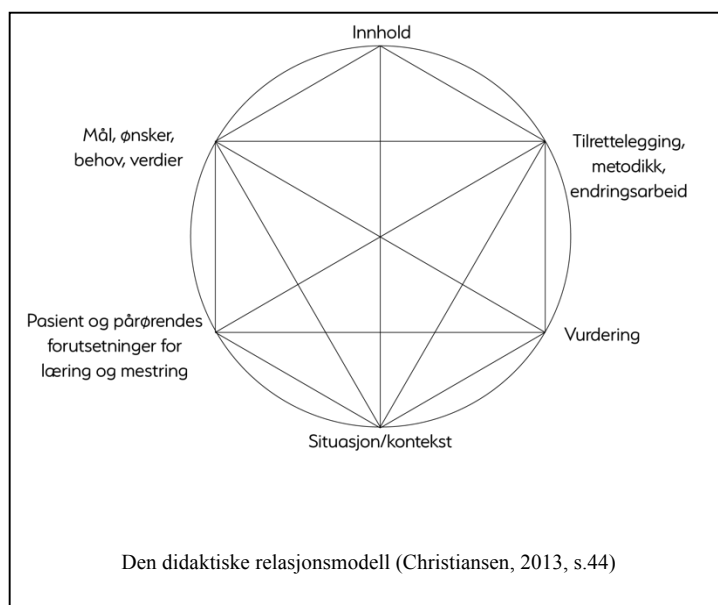
Tveiten (2016) forklarer veiledningsbegrepet som et paraplybegrep, hvor informasjon, undervisning, instruksjon og råd inngår i prosessen. Og hun skriver videre at sykepleieren har ansvar for å gi pasienten den kunnskapen vedkommende trenger for å selv kunne ta ansvar for egen situasjon, og for å utføre de handlinger som skal til for å bedre tilstanden sin (Tveiten, 2016). Sykepleieren skal også oppfordre til refleksjon og legge til rette for holdningsendringer samt at pasienten skal få det grunnlaget han eller hun trenger for å få innsikt i egen situasjon. Likevel er det pasienten selv som har ansvar for å gjennomføre og komme frem til den

metoden som best vil gagne han eller hun (Tveiten, 2016). Videre vektlegges også viktigheten av god relasjon mellom pasient og sykepleier, og at sykepleier må skape en trygg, tillitsfull og respektfull atmosfære slik at pasienten er mottakelig for veiledning og informasjon (Tveiten, 2016). Som veileder må sykepleieren finne en god balanse mellom en støttende og en utfordrende rolle basert på pasientens behov, og bevege seg frem og tilbake mellom disse rollene underveis (Tveiten, 2016). Tveiten (2016) understreker også at sykepleier må være bevisst de etiske aspektene ved det å veilede og at pasientens autonomi og verdighet ivaretas gjennom hele prosessen. I arbeidet med å veilede, undervise eller informere pasienter vil det alltid være mange hensyn å ta for å individualisere opplegget etter pasientens behov, og den didaktiske relasjonsmodellen blir trukket frem som et viktig verktøy (Tveiten, 2008; Tveiten, 2016).

#### 4.2 Den didaktiske relasjonsmodellen som verktøy.

Den didaktiske relasjonsmodellen er et verktøy for planlegging og gjennomføring av et undervisnings-opplegg (Christiansen, 2013). Den har seks punkter som sykepleier må være bevisst på når informasjon og veiledning skal gis. Disse punktene skal være med på å individualisere og optimalisere

opplegget for hver enkelt pasient, i forhold til deres ressurser og behov (Christiansen, 2013). Christiansen (2013) skriver at figuren skal hjelpe oss med å finne undervisningens hva, hvordan og hvorfor. Den didaktiske relasjonsmodellen (som vist på bildet) viser at alle disse punktene henger nøye sammen, og at det ene påvirkes av det andre. I denne delen av oppgaven presenteres modellens seks punkter.



Under punktet for *pasient og pårørendes forutsetninger for læring og mestring* må sykepleier gjøre en kartlegging av pasienten, og eventuelt pårørende, dersom vedkommende skal være en del av opplegget. Dette gjelder blant annet vedkommendes alder, erfaringer, sykdomstilstand,

ønsker, behov og verdier (Christiansen, 2013). Dette punktet i modellen er også regulert av pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl, 1999, § 3-5) som sier at pasienter skal ha informasjon tilpasset sine forutsetninger. Pasienten er ekspert på seg selv, og sin situasjon, og dette må sykepleieren huske på når han eller hun skal informere og veilede om konsekvenser av sykdom. For å få til dette må sykepleier oppnå innsikt i pasientens opplevelse av situasjonen, og informasjonen skal altså gis utfra hans eller hennes forståelse (Christiansen, 2013). Christiansen (2013) forklarer at for å få til dette må sykepleier samtale med pasienten og få vedkommende til å fortelle om sin situasjon med egne ord, og sykepleier må lytte og etterspørre relevant informasjon. Hun vektlegger også at ulike reaksjoner på sykdom, behandling og psykisk tilstand kan påvirke pasientens forutsetninger for læring (Christiansen, 2013). Angst, slitenhet og andre ubehag er eksempler på tilstander som kan gjøre at pasientens forutsetninger for læring er nedsatt, og at konsentrasjonen ikke er på topp og det er viktig å være oppmerksom på dette i møte med pasienten (Christiansen, 2013).

Med *situasjon og kontekst* menes hvor og når undervisningen skal skje. Her skal sykepleieren sette rammer for undervisningen, som hvilket rom og hvor lang tid undervisningen skal ta (Christiansen, 2013). Christiansen (2013) beskriver ulike situasjoner undervisningen kan foregå, som akutt-, problematiske- og problemidentifiserende situasjoner, og i denne oppgaven vil vi befinne oss i sistnevnte. Den problemidentifiserende situasjonen innebærer en forebyggende og endringsorientert karakter, altså vet sykepleier hva problemet er eller kan bli, og målet er å unngå at dette utgjør store konsekvenser for pasienten (Christiansen, 2013).

Christiansen (2013) vektlegger at det må være et samarbeid mellom sykepleier og pasient når det skal fastsettes *mål, ønsker, behov og verdier* for undervisningen. Hun skriver videre at for å få til dette må sykepleieren fastsette disse i dialog med pasienten, og hun legger vekt på pasientens rett til medbestemmelse som skal ansvarliggjøre og motivere pasienten til å følge opplegget (Christiansen, 2013). Sykepleier og pasient trenger en felles forståelse av hva pasienten skal arbeide mot og oppnå med veiledningen, og målene må være individuelt tilpasset pasienten (Christiansen, 2013). Det settes gjerne både kortsiktige og langsiktige mål, som er viktig for pasienten for å se fremgang i egen situasjon, samt at sykepleier kan vurdere fremgangen underveis (Christiansen, 2013).

Når det gjelder oppleggets *innhold* er det viktig for sykepleieren å ha gode faglige kunnskaper om tema som skal undervises eller informeres om (Christiansen, 2013). Christiansen (2013) skriver videre at sykepleier må ha brede kunnskaper innenfor både sykepleiefaget, anatomi, sykdom og behandling samt om psykologi. Også her er det viktig at pasienten og eventuelt pårørende får være med på utforme hva innholdet i veiledningen skal være (Christiansen, 2013). Det er pasientene selv som vet hva de føler behov for informasjon om, men ettersom det er sykepleieren som sitter med den faglige kunnskapen må dette gjøres i samarbeid (Christiansen, 2013).

Modellen presentert i Christiansen (2013) velger å kalle arbeidsmåtene for *tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid*. Dette innebærer metoder for hvordan sykepleier kan veilede, nemlig ved å spørre, lytte, motivere, støtte, råde, informere, undervise og prosessvurdere (Christiansen, 2013). Hun understreker at pasienten alltid skal være en aktiv deltaker i opplegget, og at sykepleier må gi pasienten mulighet til å være med på å påvirke undervisningsopplegget i ønsket retning (Christiansen, 2013). Når pasienten skal informeres er det bevist at skriftlig og muntlig informasjon utfyller hverandre, og at begge disse metodene bør benyttes (Christiansen, 2013). Brosjyrer, filmer, nettsider og lignende kan hjelpe pasientene med å få en forforståelse i forkant av veiledning med sykepleier og det kan være greit å be pasienten skrive ned spørsmål som dukker opp underveis (Christiansen, 2013). Under dette punktet vil det også være lurt å finne ut om pårørende skal inkluderes i undervisningsopplegget, noe som ville være naturlig når det er snakk om seksualitet og samliv.

Til slutt, og underveis i prosessen, vil sykepleieren i samarbeid med pasienten evaluere og gjøre en *vurdering* om målene, både kortsiktige og langsiktige, er oppnådd. Sykepleieren vil også fortløpende i prosessen vurdere pasientens behov for mer informasjon og behov for endringer i planen (Christiansen, 2013).

## 5.0 DRØFTING

I dette kapittelet vil jeg drøfte funn fra fag- og forskningslitteratur opp mot oppgavens rammeverk som er blitt redegjort tidligere i oppgaven opp mot den valgte problemstillingen; *”Hvordan kan sykepleier ved hjelp av sin undervisende- og veiledende funksjon bidra til at pasienter med stomi bevarer sin seksualitet?”*

Innledningsvis i kapitlet vil jeg drøfte hva som må tas hensyn til når sykepleier skal kartlegge pasientens behov for veiledning. Deretter drøftes pasientens- og pårørendes forutsetninger. Så blir den polikliniske konteksten drøftet før jeg videre kommer inn på veiledningens mål og innhold. Avslutningsvis vil jeg drøfte hvorfor seksualitet oppleves som et vanskelig tema å snakke om.

### 5.1 Kartlegging av behovet for veiledning vedrørende seksualitet.

Før planlegging av veiledning eller undervisning om seksualitet må sykepleier i samarbeid med pasienten kartlegge om det er behov for veiledning på dette området, da det er pasienten som er ekspert på seg selv og sine behov. Som tidligere nevnt er det ikke alltid slik at pasienten våger å stille spørsmål vedrørende seksualitet, eller har innsikt i hvilke konsekvenser som er normale å oppleve etter en stomioperasjon. I møte med den stomiopererte kan sykepleieren derfor åpne for samtale om seksualitet ved å starte med å gi generell informasjon om hvordan seksualiteten kan påvirkes av en stomioperasjon (Berndtsson et al., 2004). Sykepleieren bør informere pasienten om at det er normalt, som nevnt tidligere, å føle seg mindre attraktiv, uren og ha nedsatt seksuell lyst. Berndtsson et al. (2004) skriver at med dette legger sykepleieren til rette for at pasienten kan stille spørsmål angående seksualiteten. Dette er i tråd med Almås og Benestad (1997) som skriver at sykepleieren med fordel kan stille et direkte spørsmål, som for eksempel, hvordan seksualfunksjonen har fungert etter operasjon. Dette kan åpne for at pasienten velger å ta opp eventuelle spørsmål eller tanker de har rundt stomien og seksualiteten. Det gir også sykepleieren en god indikator på om pasienten har behov, eller et ønske om å snakke om seksualitet videre.

Sykepleier har en viktig rolle innen pasientinformasjon og -veiledning, men til tross for dette er det flere studier som viser at pasienter savner informasjon og veiledning vedrørende endret kroppsbilde og seksualitet (Persson et al., 2005; Davidson, 2016; Kloster, 1997). Dette er derimot ikke noe sykepleieren kan regne med at gjelder for alle pasienter. For i motsetning til disse studiene viser en studie utført av Andersson et al. (2010) at intervjupersonene ikke la vekt på konsekvensene en slik operasjon kunne ha for seksualiteten. De forklarte dette med at de ikke så på det å ha et aktivt seksualliv som særlig viktig, og at det var andre, viktigere ting som de ønsket veiledning og informasjon om av sykepleier (Andersson et al., 2010).

Kvinnene som var intervjuet i denne studien var mellom 60 og 65 år, altså en del eldre enn målgruppen for denne oppgaven, og dette kan gjøre at deres holdninger til seksualitet er annerledes enn yngre pasienter. Det er imidlertid viktig for sykepleieren å huske på at selv om pasienten er eldre betyr det ikke at han eller hun ikke verdsetter seksualiteten og trenger veiledning rundt dette (Almås & Benestad, 1997). I tråd med studien til Andersson et al. (2010) er det i en studie utført av Hood (2010) også funn som viser at pasientene ser på gevinsten av å overleve sykdommen som større enn tapet av seksuallivet, og at en del pasienter ikke ser behovet for hjelp på dette området. Dette tydeliggjør sykepleierens ansvar for å se enkeltindividet og søke å forstå hvilket behov den enkelte pasienten har.

Etter anleggelse av stomi vil pasientene få innkalling til en kontrolltime på tilhørende poliklinikk, og for pasienter som har blitt operert for kolorektal kreft skjer dette gjerne innen tre-fire uker etter utskrivelse (Oslo Universitetssykehus, 2016). På denne timen vil sykepleieren ha mulighet til å møte pasienten på et tidspunkt hvor han eller hun kanskje har bearbeidet en del av følelsene og sjokket rundt det å få stomi. Derfor tenker jeg at dette kan være et fint tidspunkt for sykepleieren å åpne opp for samtale om emnet og kartlegge behovet for veiledning. Derimot kan dette fortsatt være for tidlig i prosessen da det kommer det frem i en studie utført av Davidson (2016) at de fleste pasientene først hadde vendt seg til livet med stomi innen tre måneder, og at det også er en stor del av pasientene som hevder det tok over seks måneder, eller at de aldri helt hadde vendt seg til det. I tråd med Davidsons (2016) studie skriver også Berndtsson (2008a) at det kan ta opp til tre måneder før den seksuelle interessen kommer tilbake etter stomioperasjon. Dette viser at også tiden det tar å bli komfortabel med forandringene som oppstår etter en stomioperasjon er svært individuell, og viser viktigheten av at sykepleier tilpasser tidspunktet for veiledning om seksualitet til hver enkelt pasient. Det samsvarer med Hood (2010) som viser i sin studie at rett informasjon, på rett måte, til rett tid

var viktig for at sykepleieren skulle møte pasientenes behov. Dette understøttes videre av det Tveiten (2008) skriver om at tidspunktet for undervisning og veiledning bør være tilpasset pasientens tilstand og behov. Forøvrig vektlegger samtlige forfattere at sykepleier må ha et tett samarbeid med pasienten når undervisning eller veiledning skal planlegges (Persson et al., 2005; Christiansen, 2013; Tveiten, 2008; Tveiten, 2016).

## 5.2 Pasienten og partnerens forutsetninger.

I min oppgave vil pasientene være mellom 30 og 40 år, og alle vil ha permanent stomi. Det er imidlertid viktig for sykepleieren å huske at selv om de alle har fått stomi og er i samme alder, vil ikke deres reaksjoner og erfaringer være like, og de vil kunne være i svært ulike stadier av å vende seg til livet med stomi (Berndtsson, 2008a). I alderen 30 til 40 år vil nok mange av pasientene ha etablert faste forhold, men dette kan sykepleier imidlertid ikke ta for gitt, da mange av ulike grunner lever store deler av livet uten partner (Gamnes, 2011). Et eksempel er et funn i en studie utført av Manderson (2005) hvor en av intervjupersonene forklarer at etter hun fikk stomi levde hun hele 30- og 40-årsalderen uten partner. Hun forklarte dette med at hun ikke klarte å innlede et nytt forhold etter det forrige tok slutt, grunnet lavt selvbilde (Manderson, 2005). På en annen side kan det være noen som ikke ønsker å leve i forhold av ulike personlige grunner, og dette er det viktig å respektere i møte med pasienten (Gamnes, 2011). Det er imidlertid viktig for sykepleier å gi informasjon om seksualitet uavhengig av om pasienten er i et forhold eller ikke, da alle mennesker har en seksualitet som de forholder seg til (Nilsen et al., 2016). En del av pasientene vil i denne alderen ha fått barn, men det vil også være mange som ikke har fått barn. Enten fordi de ikke ønsker, fordi de ikke får det til eller at dette er noe de ønsker senere. Dette er også noe sykepleieren må kartlegge og ta hensyn til, da denne delen av en persons liv har stor innvirkning på menneskets seksuelle liv (Gamnes, 2011).

Det å innlede eller opprettholde et forhold, samt å dyrke seksualiteten, er vanskelig for alle, men kanskje spesielt dersom sykdom og kriser rammer (Gamnes, 2011). Dette er i tråd med funnene fra studien til Manderson (2005) som viser at mange sliter med samlivet, og trekker seg unna partneren, som forklares med at de ikke klarer å føle seg som seksuelt attraktive, og at de føler seg som en byrde. Her har sykepleieren en viktig rolle for å begrense det truede selvbilde, slik at pasienten kan opprettholde sitt forhold. Sykepleierens oppgave vil her være

blant annet å hjelpe pasienten til å akseptere og forstå at kroppen har endret seg, og at selvbilde derfor er forandret (Schjølberg, 2010).

Når det gjelder hensyn sykepleieren må ta i forhold til kjønn, er det på den ene siden kjent at kvinnen har lettere for å snakke om de psykiske aspektene ved seksualiteten enn menn (Almås & Benestad, 1997). På en annen side forklarer Almås og Benestad (1997) at menn oftere tar opp de fysiske problemene, som ereksjonssvikt, men at de har vanskelig for å snakke om følelsene og selvbildet, som i seg selv kan føre til problemer med ereksjonen. Dette samsvarer med en studie som viser at det menn oftest søker hjelp av helsepersonell for er ereksjonssvikt, men studien viser også at på andre og tredje plass over problemer menn søker hjelp for er manglende lyst og vanskeligheter i forholdet (Helmers & Hernæs, 2015). Dette er ikke så ulikt kvinnene, som søker hjelp for vansker med orgasme, manglende lyst og trøbbel i forholdet (Helmers & Hernæs, 2015). Med andre ord kan det se ut til at menn og kvinner ikke er så forskjellige når det kommer til behovet for hjelp vedrørende seksualiteten.

Hvordan pasientene forholder seg til seksualitet med sin nye kropp, vil være påvirket av hvordan deres forhold til seksualitet var før operasjonen, og dette bør sykepleieren kartlegge i denne fasen (Berndtsson, 2008a). Dette er i tråd med funn i studien til Andersson et al. (2010) som viser at hvordan man reagerer på livet med stomi kan ha med tidligere erfaringer å gjøre, som igjen samsvarer med Hood (2010) som skriver at hvordan man reagerer på endret selvbilde kommer an på tidligere livserfaringer. Berndtsson (2008a) forklarer dette videre med at dersom seksuallivet har vært vanskelig tidligere, kan dette utgjøre store problemer i samlivet når de skal forsøke å gjenoppta seksuallivet i etterkant av en stomioperasjon. Derimot kan dette også føre til motsatt effekt, ved at de dersom seksuallivet har vært vanskelig før, nå har fått mulighet til å snakke åpent om det, og fått veiledning, som gjør at seksuallivet faktisk blir styrket gjennom prosessen (Berndtsson, 2008a). Dersom seksuallivet har vært bra tidligere, så kan imidlertid dette også gjøre parforholdet enda bedre, ved at de kommer nærmere hverandre gjennom behandlingsforløpet (Berndtsson, 2008a). Dette stemmer overens med en studie utført av Cotrim og Pereira (2008) der de ser stor sammenheng mellom det å være fornøyd med ekteskapet/forholdet og det å være komfortabel med seksuallivet etter stomioperasjonen. Det vil altså være viktig for sykepleier å få innsikt i pasientens egen forståelse av sine problemer, og hvilke konsekvenser dette oppleves å ha på vedkommendes liv (Almås & Benestad, 1997).



Ettersom partneren til pasienten også er en viktig del av pasientens seksualitet vil det kunne være gunstig at også han eller hun inkluderes i veiledningen (Gannes, 2011). Dette samsvarer med studien utført av Andersson et al. (2010) som vektlegger viktigheten av at partneren også får delta på informasjon og veiledning, da partnere som ikke deltar føler seg mer usikre, mindre involvert i pasientens situasjon og at de ikke får mulighet til å stille eventuelle spørsmål. Studien viser også at pasienter selv gjerne vil ha med partneren slik at de kan være to om å huske den informasjonen som blir gitt (Andersson et al., 2010). Cotrim og Pereira (2008) skriver i sin studie at partnerens psykiske helse blir kraftig påvirket av pasientens situasjon, men dersom sykepleieren bruker tid på å hjelpe partneren til å forstå pasientens symptomer og behov kan det føre til økt livskvalitet for både pasienten og dem selv. Derimot viser funn fra studien til Hood (2010) at noen pasienter føler de må skjerme partneren for noen av de følelsene de sliter med rundt seksualiteten. Dette kan da føre til at noen problemer ikke blir tatt opp, og jeg tenker derfor at pasienten også kan trenge noen møter med sykepleier uten partner også, slik at han eller hun får tatt opp de problemene som de føler partneren skal skjermes fra.

For å få innsikt i denne delen av pasientens liv er det avgjørende at sykepleieren får en tillitsfull og trygg relasjon til pasienten (Almås & Benestad, 1997). Dette er i tråd med Eide og Eide (2007) som skriver at sykepleieren må skape gjensidig tillit, trygghet og oppnå en god relasjon for å kunne snakke åpent om seksualitet. Som nevnt vil sykepleieren være en naturlig person å ta opp seksuelle problemer med da det er vedkommende pasienten har mest kontakt med gjennom behandlingsforløpet. Dette samsvarer med en studie som skriver at sykepleiere har gode muligheter til å tilbringe mye tid med pasientene og dermed skape tillitt og gode relasjoner (Macrum, Ridenour, Shaff, Hammons & Taylor, 2002). For å kunne skape en god relasjon og gjensidig forståelse mellom pasient og sykepleier må sykepleieren ha gode fagkunnskaper og evnen til å vise empati (Eide & Eide, 2007). Eide og Eide (2007) skriver videre at empati i dette tilfellet innebærer at sykepleieren må kunne sette seg inn i pasientens situasjon og følelser og vise med kommunikasjon, verbal eller non-verbal, at han eller hun forstår og respekterer det pasienten uttrykker. Dette er i tråd med det som kommer frem i studien til Hood (2010) som viste at kommunikasjon var det deltakerne så på som det viktigste i god helsehjelp. I ”Strategi for seksuell helse” beskrives profesjonalitet, et bevisst og reflektert forhold til egne holdninger rundt seksualitet og å unngå fordommer som det som skal til for å oppnå god kommunikasjon med pasienten om seksualitet (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2016). Dette støttes også av Gamnes (2011) som skriver at for å kunne hjelpe pasienter med problemer vedrørende seksualitet, på en forsvarlig og profesjonell måte, må sykepleieren ha kunnskaper på flere ulike områder, blant annet kommunikasjon, veiledning, holdninger og etikk.

### 5.3 Kontekst for veiledning.

Når det gjelder situasjon og kontekst er det viktig å tenke på hvilken arena som vil være optimal for å oppnå læring (Christiansen, 2013). I denne oppgaven vil som nevnt sykepleieren møte pasienten på poliklinikk. Poliklinikken skal kompensere for sykehusets korte liggetid, og er en god arena for veiledning og undervisning (Kristoffersen, 2011). Dette samsvarer med Berndtsson et al. (2004) som skriver at på grunn av at seksualitet er et svært komplekst tema, er det viktig at pasientene blir fulgt opp poliklinisk slik at informasjon og veiledning kan gjentas og utdypes utfra pasientens behov. Tveiten (2008) beskriver aspekter som fremmer læring som ro i situasjonen, å unngå unødvendige forstyrrelser, som lyder og utstyr, og at omgivelsene rundt ikke krever noen oppmerksomhet. Dette samsvarer med en studie utført av Kloster (1997) som sier at rolige omgivelser, som gjør at sykepleieren har sin oppmerksomhet rettet mot pasienten gjør at pasientene lettere oppfatter og forstår den informasjonen som blir gitt.

At vi er på en poliklinikk i stedet for en sengepost på sykehus tenker jeg vil gi større ro og forutsigbarhet, da sykepleier har booket et rom og sjeldnere vil bli avbrutt av andre helsepersonell eller pasienter som går i dører og lignende. Det vil også være avtalte tidspunkter, som gjør det enklere å planlegge informasjonen eller undervisningen på forhånd, som samsvarer med Klosters (1997) studie som viser at pasientene ønsker å ha faste tidspunkter å forholde seg til, og at de verdsetter kontroll rundt dette. Almås og Benestad (1997) skriver at mindre problemer vedrørende seksualitet fint kan løses med korte samtaler, men at det ved større, komplekse, problemer kan kreves lengre avtaler. I motsetning til dette vil det dersom sykepleier utfører veiledningen på pasientrommet på sengeposten, fort bli tilfeldig og lite planlagt, samt at tiden vil være knapp og man kan bli avbrutt midt i samtalen (Tveiten, 2008). Dette er i tråd med funnene i en studie utført av Macrum et al. (2002) hvor sykepleiere beskrev at det som er vanskelig med pasientundervisning blant annet er mangel på tid, begrenset personal og uegnede omgivelser. Disse funnene stemmer overens med studien til Kloster (1997), som viser at sykepleierne ofte uttrykte dårlig tid, og at det generelt er for

travelt i avdelingen. Dette førte til at pasientene følte at de ikke fikk den informasjonen og veiledningen de hadde behov for (Kloster, 1997). På en poliklinisk time vil man i motsetning til på pasientrommet, som ofte er delt med andre pasienter, også unngå at medpasientene overhører det som blir snakket om. Dette stemmer overens med funn i studien til Kloster (1997) som beskriver at pasienter kan finne det svært ubehagelig at medpasienter kan høre det som blir sagt og at de derfor unngår å stille spørsmål de eventuelt måtte ha. I tillegg til at det føles ubehagelig for pasienten vil dette være i strid med loven om taushetsplikt (pbrl, 1999, §3-6). Jeg tenker at dette spesielt gjelder spørsmål angående seksualiteten, da det er et svært intimt og personlig tema, og at poliklinikken derfor vil være den beste arenaen for å veilede og informere vedrørende seksualitet.

#### 5.4 Veiledningens mål og innhold.

Når man i samarbeid med pasienten skal sette mål for veiledningen, er det viktig at det er åpen dialog mellom sykepleier og pasient, slik at målene med sikkerhet er forstått av begge parter (Christiansen, 2013). På tross av dette er det i en studie av Persson et al. (2005) vist at pasienter er misfornøyd med mulighetene til å være medbestemmende i behandlingen. Dette strider i mot pasientenes rett til medbestemmelse (pbrl, 1999, §3-1). Christiansen (2013) beskriver også viktigheten av at målene er oppnåelige, og at de kortsiktige målene er med på å gjøre at de langsiktige målene ikke føles så uoppnåelige. Det er derimot viktig å huske at selv om målene er satt er det ikke kun det som skal være i fokus, men også at både pasienten og sykepleieren er fleksible og kan endre målene underveis i prosessen (Christiansen, 2013). I studien til Kloster (1997) ble det også vist at sykepleierne ikke lager spesifikke mål når de underviser pasientene. Derimot ble det funnet at sykepleierne hadde overordnede mål for pleien som innebar å gi trygghet, tilfredshet, bedre mestring og forebygging av komplikasjoner (Kloster, 1997). Det beskrives videre at sykepleierne slet med å skille sine ulike funksjoner, og så i stedet undervisningen som en del av den helhetlige pleien (Kloster, 1997). Aktuelle mål i forhold til problemstillingen på oppgaven kan for eksempel være å bli komfortabel med stomiposen, oppnå godt selvbilde, være komfortabel med å være intim med partneren og å kunne bevare seksualiteten.

Når det gjelder innhold i undervisningen vil dette også være noe sykepleieren må planlegge i samarbeid med pasienten (Christiansen, 2013). Graugaard et al. (2006) beskriver viktigheten av at tema seksualitet bør være en naturlig del av den informasjonen pasientene og deres

partnere får etter en stomioperasjon, samt at det er helsepersonellens ansvar å ta det opp da pasientene sjelden tar opp dette på eget initiativ. Dette samsvarer med studien utført av Hood (2010) hvor funnene viser at pasientene mener at helsepersonell bør ta opp tema seksualitet og selvbilde som en del av rutinene. På den ene siden ville standardiserte rutiner være bra, da det kunne hjulpet til å fjerne barrieren sykepleiere har for å snakke om seksualitet (Gamnes, 2011). Det stemmer overens med studien utført av Kloster (1997) som skriver at strukturert undervisning gir en god ramme som gjør det enklere for sykepleieren å gjennomføre. Standardisert innhold i undervisning, samt skriftlig materiell, bør derfor utvikles og brukes for å kvalitetssikre hjelpen (Kloster, 1997). På en annen side vil dette kunne vanskeliggjøre den individuelle tilpasningen som kreves for å kunne snakke om seksualitet, da hvert enkelt menneske har individuelle opplevelser og behov (Gamnes, 2011). Funn i Klosters (1997) studie viser at pasienter setter pris på brosjyrer og lignende materiell, men at dette derimot ikke er nok, og at de trenger muntlige samtaler og veiledning i tillegg. Jeg tenker at sykepleieren med fordel tidlig i prosessen kan gi pasientene ulike brosjyrer vedrørende seksualitet og truet selvbilde, slik at pasienten kan ta det med seg hjem, reflektere selv, og senere kunne stille spørsmål som sykepleier besvarer.

Flere studier peker på viktigheten av at pasientene bør få muligheten til å snakke med andre i samme situasjon (Davidson, 2016; Andersson et al., 2010; Hood, 2010). Davidson (2016) skriver blant annet at pasientene savner mulighet til å snakke om, og dele erfaringer, med andre. Dette støttes av Hood (2010) som skriver at det er en viktig sykepleieoppgave å informere pasientene om hvilke tilbud og muligheter som finnes angående dette, og å henvise eller sette pasienten i kontakt med for eksempel en støttegruppe eller lignende. Blant annet har ”Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft”, en likepersonstjeneste hvor personer som har stomi og har tilpasset seg godt i hverdagen, kan hjelpe andre (Norlico, udatert). Disse likepersonene har fått opplæring og har i tillegg taushetsplikt, og kan være en god støtte for pasienten (Norlico, udatert). Dersom pasienten har behov for konkrete råd og tiltak for å bevare seksualiteten kan for eksempel sykepleieren gi informasjon om å tømme eller skifte stomiposen før vedkommende eventuelt skal være intim med sin partner (Berndtsson, 2008a). Det finnes også mindre poser, eller undertøy som er spesiallaget for å gjøre stomien mer diskret, som noen pasienter foretrekker å bruke, og dette kan sykepleier informere om, og eventuelt vise frem (Nilsen et al., 2016). Det er også ulike stillinger under

samleie, som kan gjøre det mer komfortabelt for både pasienten og partnere, da stomiposen ikke kommer i veien (Berndtsson, 2008a).

Som tidligere nevnt finnes det nå flere og flere blogger som omhandler livet med stomi, blant annet har Camilla Tjessem en blogg om det å leve med stomi som ung voksen, hvor hun tar opp alle de vanskelige temaene, inkludert seksualitet (Tjessem, 2016). Jeg tenker at mange pasienter vil kunne ha glede av å lese slike blogger, og at sykepleier kan gi pasienten kjennskap til disse bloggene. Hood (2010) skriver at det å lese blogger kan føre til at pasientene opplever at deres følelser er vanlige og at andre opplever det samme. Derimot var det noen som mente at alle erfaringer er så unike og ulike at de ikke hadde nytte av å lese om andres erfaringer (Hood, 2010). Jeg tenker derfor at sykepleier bør gi informasjon om at det finnes slike blogger, og hvordan pasienten kan finne dem, og at det skal være opp til pasienten om dette er noe som passer deres behov.

Gjennom hele prosessen er det viktig å vurdere fortløpende om de målene som sykepleier og pasient har laget sammen blir nådd, både de kortsiktige og de langsiktige. Er pasienten blitt mer komfortabel med stomiposen? Har pasienten oppnådd et bedre selvbilde? Har pasienten klart å bli komfortabel med å være intim med sin partneren? Og er seksualiteten bevart? Det er forøvrig ikke nok å vurdere resultatene til slutt, behovet for hvordan videre veiledning skal legges opp må også vurderes underveis og målene må eventuelt endres ettersom at pasientens behov endrer seg (Christiansen, 2013). Jeg tenker at sykepleieren også bør gjøre en evaluering av sin egen rolle, hva som var bra og hva han eller hun kan gjøre bedre neste gang, slik at sykepleieren også utvikler seg videre i sin undervisende- og veiledende funksjon.

En annen, og svært viktig, sykepleieoppgave vil være å dokumentere hvilken informasjon, veiledning eller undervisning som er gitt, og ikke minst om pasienten har forstått innholdet (Christiansen, 2013). Til tross for dette kommer det frem i studien til Kloster (1997) at sykepleiere sjelden dokumenterer når de har gitt informasjon eller veiledning, og de stiller heller ikke kontrollspørsmål for å sikre at pasienten har skjønnet hva som er blitt sagt. Sykepleieren har en plikt til å dokumentere relevant informasjon (pbrl, 1999, §3-5), og dokumentasjonen er også en god pekepinn når sykepleieren skal evaluere gjennomføringen av informasjon, veiledning og undervisning.

### 5.5 Hvorfor er det så vanskelig å snakke om seksualitet?

Dessverre er det slik at både pasienter, partnere og sykepleiere har vanskeligheter med å ta opp tema seksualitet, særlig når det gjelder de psykiske aspektene (Berndtsson, 2008a). Berndtsson (2008a) forklarer at på den ene siden forventer pasienten gjerne at det er sykepleieren som skal være den som tar opp tema, mens på den andre siden kvier sykepleieren seg for å ta opp tema dersom pasienten ikke har ytret et ønske om det. Dette resulterer ofte i at problemer med seksualiteten ikke blir tatt opp, og at pasientene ikke får den informasjonen de trenger for å oppnå et tilfredsstillende seksualliv (Berndtsson, 2008a). Dette er i samsvar med Graugaard et al. (2006) som skriver at seksuelle problemer hos denne pasientgruppen er underrapportert, og det forklares med at det fortsatt oppleves som tabu å snakke om seksualitet både for pasienter og helsepersonell. Sykepleiere føler seg kanskje ikke komfortable med å stille spørsmål angående seksualitet, en grunn til det kan være at de redde for å starte en prosess som ville medføre flere kompliserte problemstillinger (Hood, 2010). På en annen side skriver Hood (2010) at ved kun å lytte til pasientenes tanker og bekymringer vil det alene kunne løse opp i en del av problemene pasienten opplever. Dette stemmer overens med Nilsen et al. (2016) som skriver at det ofte er nok at pasienten får muligheten til å snakke åpent om seksualitet. Pasienter er gjerne villige til å snakke om sine erfaringer vedrørende seksualitet, derimot er det få som tar det opp med sykepleier på eget initiativ da de føler dette er noe som ikke snakkes om (Davidson, 2016).

En annen, viktig grunn til at sykepleiere ikke tar opp problemstillinger angående seksualitet er at de føler de mangler kunnskap på området (Hood, 2010; Gamnes, 2011; Berndtsson et al., 2004). I studien utført av Macrum et al. (2002) kommer det frem at sykepleierne ønsket å få tilbud om kurs med fokus på hvordan pasientundervisning bør planlegges og gjennomføres, men også kurs hvor de kan lære om temaer som de vil måtte undervise om, for eksempel seksualitet. Dette stemmer overens med studien til Hood (2010) som viser at sykepleiere ønsket mer kunnskap om selvbilde og seksualitet og hvordan å hjelpe pasienter med slike problemstillinger. Studien er en del av et prosjekt som har utarbeidet et internettbasert kurs vedrørende dette (Hood, 2010), og jeg tenker at slike kurs kan være en god måte for sykepleiere å tilegne seg mer kunnskaper i en travel hverdag, da det er muligheter for å logge ut og inn ettersom når han eller hun har tid til overs.

## 6.0 AVSLUTNING

I dette kapittelet vil oppgavens oppsummeres, hvor de viktigste funnene trekkes frem. Jeg har i denne oppgaven sett på hvilke konsekvenser det å få stomi har for pasientens selvbilde og seksualitet, samt på hvilken måte sykepleieren ved hjelp av sin undervisende- og veiledende funksjon kan bidra til å begrense disse konsekvensene.

Å få anlagt stomi vil medføre flere endringer i pasientens liv, både når det gjelder selvbilde og konsekvenser for seksualiteten. Det kommer frem at pasienter som får anlagt stomi er i en svært sårbar situasjon, og at de har et stort informasjon- og veiledningsbehov. Dessverre er seksualitet et tema som sjelden blir prioritert av sykepleiere, og annet helsepersonell, tross at funn peker på at pasienter ønsker og har behov for informasjon om dette i etterkant av en stomioperasjon. Faktorer som går igjen i fag- og forskningslitteratur er at pasienter generelt savner informasjon og veiledning angående truet selvbilde og konsekvenser for seksualiteten i etterkant av en stomioperasjon. Her har sykepleieren en viktig rolle, da informasjon og veiledning til pasienter er en del av sykepleierens ansvar og funksjon. Derimot er det ikke alle som har behov for å utfyllende informasjon og veiledning angående seksualiteten, og det er derfor vesentlig å kartlegge hver enkelte pasients individuelle behov for hjelp til å bevare seksualiteten.

Dersom sykepleier tilstreber å skape en tillitsfull og trygg relasjon til den stomiopererte, vil dette kunne medføre at pasienten har lettere for å åpne seg, og det vil være lettere for sykepleieren å ta opp problemer vedrørende pasientens seksualitet. Det kommer også frem at sykepleiere føler de har for lite kunnskap på området, og jeg tenker dette er et ansvar for organisasjonen, ledere på de ulike arbeidsplassene, og den enkelte sykepleier. Skulle det komme opp spørsmål eller problemstillinger som sykepleieren ikke selv klarer å besvare må han eller hun ha kunnskaper om hvem eller hvilken instans pasienten skal henvises til. Når sykepleieren skal planlegge og gjennomføre veiledning og undervisning er samarbeid og åpen dialog med pasientene, og eventuelt deres partner, et viktig aspekt gjennom hele prosessen. I denne oppgaven kommer det frem at den didaktiske relasjonsmodellen er et godt verktøy når sykepleier skal planlegge å gjennomføre individuelt tilpasset veiledning eller undervisning.

Gjennom drøftingen kommer det frem at modellens punkter må ses i helhet og er avhengige av hverandre for å få til et godt resultat.

Det er flere grunner til at både pasienter og sykepleiere vegrer seg for å snakke om seksualitet, blant annet at begge parter kan være redde for å krenke eller støte den andre parten. Seksualiteten er et intimt og privat tema, og derfor er det viktig at sykepleieren er bevisst på aktuelle etiske aspekter og lovverk i arbeidet med seksualitet. Pasientens medbestemmelse og autonomi bør stå i fokus, da det er de som kjenner sine behov best, og sykepleieren bør tilstrebe at pasienten, og eventuelt vedkommendes partner, er aktive deltakere gjennom veiledningen. Behovet for veiledning, utover generell informasjon, må kartlegges, og sykepleieren kan ved å stille direkte spørsmål om seksualitet gi pasienten rom og tillatelse til å åpne for samtale om deres seksualitet. Ettersom alle mennesker er helt unike, og alle har forskjellig følelser og forhold til seksualitet er det viktig at sykepleier er bevisst på dette, og legger opp veiledning og undervisning så individuelt som mulig. Likevel vil det kanskje kunne være bra å ha en standardisert rutine for å samtale med pasienter om seksualitet, da det kan gjøre det enklere for sykepleieren og være med på å kvalitetssikre denne delen av sykepleien.

Det viser seg også i forskningen at pasienter har godt av å snakke med andre i samme situasjon, for å dele erfaringer. Sykepleier kan med fordel sette pasienten i kontakt med pasientgrupper eller lignende, dersom pasienten ytrer ønske om dette. Pasienter kan ha glede av å lese blogger som omhandler hvordan å leve med stomi, og sykepleieren kan gi informasjon om at dette eksisterer og hvor pasientene kan finne disse.

Gjennom å arbeide med denne oppgaven ser jeg at det er utfordrende å finne forskning som fokuserer spesifikt på sykepleiers rolle i å informere om seksualitet etter en stomioperasjon, samt hvilke tiltak som bør iverksettes, eller hvilken informasjon som bør gis. Dette tenker jeg bør forskes mer på i tiden fremover. Men som funnene viser kan det i første omgang være nok at sykepleieren åpner for at det er tillatt å snakke om seksualitet, slik at pasientene kan sette ord på de problemene de opplever.



## LITTERATURLISTE

- Almås, E. & Benestad, E. (1997). *Sexologi i praksis – behandleres møte med menneskers seksualitet*. Forfatterne og Tano Aschehoug.
- Andersson, G., Engström, Å. & Söderberg, S. (2010). A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 603-608. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01887.x.
- Berndtsson, I., Palselius, I., Olsen, T., Alstad, B., Thomsen, L. & Bach, K. (2004). *Nordisk standard for stomipleie: seksualitet ved stomioperasjon*. Nordisk stomisamarbeid.
- Berndtsson, I. (2008a). Sexualitet och fertilitet. I E. Persson, I. Berndtsson & E. Carlsson (red.) *Stomi- och tarmopererad – ett helhetsperspektiv*. Författarna och Studentlitteratur.
- Berndtsson, I. (2008b). Stomiteknik- och terapi i ett historiskt perspektiv. I E. Persson, I. Berndtsson & E. Carlsson (red.) *Stomi- och tarmopererad – ett helhetsperspektiv*. Författarna och Studentlitteratur.
- Christiansen, B. (2013). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I B. Christiansen (red.) *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Christiansen, B. [Bilde] (2013). *Den didaktiske relasjonsmodell*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Cotrim, H. & Pereira, G. (2008). Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 217-226. doi: 10.1016/j.ejon.2007.11.005
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Davidson, F. (2016). Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates. *British Journal of Nursing*, 25 (17), 4-12. Hentet fra <https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=118331621&site=ehost-live>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gamnes (2011) Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. – A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie*. Bind 3, 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Graugaard, C., Møhl, B. & Hertoft, P. (2006). Krop, sykdom og seksualitet. I C. Graugaard, B. Møhl & P. Hertoft (red.) *Krop, sykdom og seksualitet*. Forfatterne og Hals Reitzels Forlag.
- Helmers, A.-K. B. & Hernæs, N. (2015). Det vi ikke snakker om... *Sykepleien*. Hentet 29.05.17 fra <https://sykepleien.no/2015/10/det-vi-ikke-snakker-om>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse*. Hentet 26.04.17 fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)
- Helsepersonelloven [hpl] (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Hood, C. (2010). Project to improve care for people coping with changes in body image. *Cancer Nursing Practice*, 61 (2). 26-32. Hentet fra <https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105147706&site=ehost-live>

- Johansen, M., Thyness, E. M. & Holm, J. (1998). *Seksualitet på alvor – Ethiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kloster, T. (1997). Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasientene dette? *Vård i Norden*, 17 (3). 14-20.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. – A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie*. Bind 3, 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Manderson, L. (2005). Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery. *Social Science & Medicine*, 61. 405-415. doi: 10.1016/j.soscimed.2004.11.051
- Macrum, J., Ridenour, M., Shaff, G., Hammons, M. & Taylor, M. (2002). A study of Professional Nurses' Perceptions of Patient Education. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33 (3). 112-118. Hentet fra <http://search.proquest.com.ezproxy.hioa.no/docview/223324613/fulltextPDF/4B6E5B58C387493FPQ/1?accountid=26439>
- Mediesenteret (2012a) Kunnskapsbasert praksis – kritisk vurdering. Hentet 11.04.17 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/sjekkliste/>
- Mediesenteret (2012b) Kunnskapsbasert praksis – litteratursøk. Hentet 07.04.17 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/litteratursok/soketeknikker/>
- Nilsen, C., Indrebø, M. & Stubberud, D.-G. (2016) Sykepleie til pasienter med stomi. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie Bind 1*. (s.519-549) (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norlco (udatert). *Om likepersonstjenesten*. Hentet 30.05.17 fra <http://www.norilco.no/tilbud-til-deg/likepersonstjenesten/om-likepersonstjenesten>

- Norsk sykepleierforbund [NSF] (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet 31.03.17 fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Oslo Universitetssykehus (2016). *Tykk- og endetarmskreft*. Hentet 20.05.17 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/tykk-og-endetarmskreft>
- Pasient- og brukerrettighetsloven [pbrl] (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)
- Persson, E., Gustavsson, B., Hellström, A.-L., Lappas, G. & Hultén, L. (2005). Ostomy patients' perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (1), 51-58. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03263.x.
- Persson, E. (2008a). Psykososiale aspekter på en forändrad livssituation. I E. Persson, I. Berndtsson & E. Carlsson (red.). *Stomi- och tarmopererad – ett helhetsperspektiv*. Författarna och Studentlitteratur.
- Persson, E. (2008b). Stomier. I E. Persson, I. Berndtsson & E. Carlsson (red.). *Stomi- och tarmopererad – ett helhetsperspektiv*. Författarna och Studentlitteratur.
- Schjølberg, T. K. (2010). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (red.) *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling*. (s.131-140). Oslo: Akribe.
- Senneset, I. (2015, 09.06). Hun blogger om kreft og stomi: ”Det er mange fordommer mot utlagt tarm, som at det lukter eller lekker”. *Aftenposten*. Hentet 20.05.17 fra [http://www.aftenposten.no/norge/Hun-blogger-om-kreft-og-stomi-Det-er-mange-%20fordommer-mot-utlagt-tarm\\_-som-at-det-lukter-eller-lekker-38506b.html](http://www.aftenposten.no/norge/Hun-blogger-om-kreft-og-stomi-Det-er-mange-%20fordommer-mot-utlagt-tarm_-som-at-det-lukter-eller-lekker-38506b.html)

Stubberud, D.-G. & Nilsen, C. (2016). Sykepleie ved sykdommer i mage-tarm-kanalen. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie Bind 1*. (s.465-491) (5.utg.).Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I. – J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tjessem, C. (2016, 2. september). *Seksualitet og samliv med stomipose på magen*. Hentet 20.05.17 fra <http://www.camillatjessem.no/seksualitet-og-samliv-med-stomipose-pa-magen/>

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

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.